



Thèse

2018

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des
capabilités : le cas du Mali

Cisse, Siaka

How to cite

CISSE, Siaka. Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capabilités : le cas du Mali. Doctoral Thesis, 2018. doi: [10.13097/archive-ouverte/unige:107221](https://archive-ouverte.unige.ch/unige:107221)

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:107221>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:107221](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:107221)

Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités : le cas du Mali

THÈSE

présentée à la Faculté des sciences de la société
de l'Université de Genève

par

Siaka CISSE

sous la codirection de

prof. Claudine Sauvain-Dugerdil et
prof. Clémentine Rossier

pour l'obtention du grade de

Docteur ès sciences de la société
mention démographie

Membres du jury de thèse :

Maurice Bucagu, PhD, Organisation Mondiale de la santé (OMS)
Eric Widmer, Professeur, Université de Genève, Président du Jury
Clémentine Rossier, Professeure, Université de Genève,
Claudine Sauvain-Dugerdil, Professeure, Université de Genève

Thèse no 96

Genève, 16 juillet 2018

La Faculté des sciences de la société, sur préavis du jury, a autorisé l'impression de la présente thèse, sans entendre, par-là, émettre aucune opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées et qui n'engagent que la responsabilité de leur auteur.

Genève, 12 septembre 2016

Le doyen

Bernard DEBARBIEUX

Impression d'après le manuscrit de l'auteur

« Toute réflexion sur le développement doit prendre en compte l'amélioration de la qualité de vie et des libertés individuelles. Il existe un éventail de libertés dont nous désirons jouir, parce qu'elles nous confèrent une plus grande autonomie, parce qu'elles donnent plus de relief à notre vie. Grâce à elles, nous devenons des individus dans toute l'acception de ce terme, nous exerçons notre volonté, nous entrons en interaction avec le monde dans lequel nous vivons et nous l'influons. »

Amartya Sen, *Development as freedom*, 1999

(Traduit de l'anglais par Michel Bessières, 2000)

Table des matières

Table des matières	vii
Liste des tableaux	xiii
Liste des figures	xvii
Résumé	xxi
Remerciements	xxiii
Introduction	1
Première partie : Cadres théorique et explicatif du recours aux soins, problématique, questions et hypothèse de recherche	5
Chapitre 1. Revue de la littérature relative aux inégalités de recours aux soins de santé maternelle	7
1.1 Inégalités de santé.....	7
1.2 Revue de la littérature des travaux empiriques sur l'utilisation des services de santé.....	9
1.2.1 Soins de santé maternelle et issue de la grossesse	9
1.2.2 Facteurs économiques du recours aux soins de santé maternelle..	12
1.2.3 Éducation de la femme ou du conjoint	12
1.2.4 Autonomie de la femme	13
1.2.5 Normes et croyances	15
1.2.6 Age, État matrimonial et parité	16
1.2.7 Facteurs liés à l'offre de services	18
1.3 Modèles théoriques en rapport avec le recours aux soins	19
1.3.1 Modèles de Thaddeus et Maine (1994)	19
1.3.2 Modèle théorique de Gabrysch et Campbell (2009)	21
1.3.3 Modèles théoriques socio-psychologiques	23
1.4 Synthèse de la littérature : insuffisance de prise en compte du contexte social comme influence des comportements individuels	26
1.5 Mode d'influence du contexte sur les comportements individuels	28
1.5.1 Influence des réseaux ou interactions sociales sur le recours aux soins	29
1.5.2 Régulation des comportements individuels par la diffusion des connaissances et valeurs.....	30
1.6 Modèles théoriques prenant en compte le contexte.....	32
1.6.1 L'approche par la décomposition	32
1.6.2 L'Approche par les capacités (AC).....	35

1.7	Synthèse du premier chapitre.....	37
-----	-----------------------------------	----

Chapitre 2. Problématique de la santé maternelle au Mali dans un contexte de défis sociodémographiques : Questions et hypothèses de recherche 39

2.1	Les défis sanitaires et sociodémographiques du Mali.....	39
2.1.1	Au Mali, des efforts d'amélioration de l'offre sanitaire mais des effets quelque peu mitigés.....	39
2.1.2	Pauvreté et persistance des pratiques d'auto médication et de traitements traditionnels.....	46
2.1.3	Défis démographiques actuels.....	48
2.2	Cadre conceptuel et thématiques de recherche pour mieux comprendre les inégalités d'accès et de recours aux soins de santé maternelle	53
2.2.1	Déficit de documentation des effets du niveau de développement socioéconomique et humain de la population féminine sur les tendances du recours aux soins de santé maternelle au Mali	55
2.2.2	Comprendre les inégalités géographiques importantes de recours aux soins de santé	59
2.2.3	Prendre en compte le rôle important de l'entourage social, quasiment ignoré dans les études sur le recours aux soins.....	60
2.3	Objectifs, questions et hypothèses de recherche.....	61
2.3.1	Objectifs, principaux axes d'investigations et questions de recherche conformément au cadre des capacités	61
2.3.2	Cadre d'analyse et hypothèses de recherche.....	63

Deuxième partie : Données utilisées, méthodes d'analyse et mesures des indicateurs 69

Chapitre 3. Données et méthodes d'analyse 71

3.1	Données existantes utilisées dans les chapitres quatre et cinq.....	71
3.1.1	Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS).....	71
3.1.2	Les données de l'enquête par grappe à indicateurs Multiples et le recensement	73
3.2	Données collectées dans le cadre de cette thèse.....	74
3.2.1	Cadre institutionnel, zone de l'enquête et profil des enquêteurs	74
3.2.2	Questionnaire utilisé, méthode de collecte, recrutement et formation des enquêteurs	78
3.2.3	Méthode de collecte, recrutement et formation des enquêteurs.....	79
3.2.4	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées	80
3.3	Méthodes d'analyses.....	83
3.3.1	Méthodes de décomposition utilisée dans le chapitre cinq.....	83
3.3.2	Méthodes utilisées dans le chapitre six.....	85
3.3.3	Analyse de regression logistique binaire utilisée dans le chapitre sept	87

Chapitre 4. Concepts et mesures des indicateurs	89
4.1 Mesures utilisées dans le chapitre cinq à partir des données d'EDS	89
4.1.1 Soins de santé maternelle comme réalisations.....	89
4.1.2 Recomposition de la structure socioéconomique et humaine de la population féminine en âge de procréation utilisée comme ressources socioéconomiques du contexte	92
4.2 Mesures utilisées dans le chapitre six à partir des données de MICS et du recensement.....	96
4.2.1 Recours aux soins de santé maternels comme fonctionnements....	96
4.2.2 Facteurs individuels et familiaux de conversion	100
4.2.3 Ressources du contexte et facteurs collectifs de conversion (niveau de développement socioéconomique et humain local).....	102
4.3 Mesures utilisées dans le chapitre sept à partir des données collectées par nous-même	104
4.3.1 Mesure du recours à la consultation prénatale comme fonctionnement dans la perspective des capacités	104
4.3.2 Mesure du type de réseaux personnels comme ressource personnelle et leurs déterminants sociodémographiques	105
4.3.3 Capital social : un facteur individuel de conversion	116
4.3.4 Mesures des ressources contextuelles et personnelles dans le chapitre sept.....	125
4.4 Synthèse du chapitre quatre.....	127
Troisième partie : Résultat des inégalités de recours aux soins	129
Chapitre 5. Changements socioéconomiques et tendances du recours aux soins de santé maternelle au Mali et dans trois pays voisins de l'Afrique de l'Ouest.....	131
5.1 Bref historique de l'amélioration de la santé de la mère et la réduction de la mortalité maternelle dans les pays développés	132
5.2 Contexte des pays étudiés et problématique	134
5.2.1 Tendances des indicateurs sociodémographiques	134
5.2.2 Genèse des politiques d'exemption des coûts au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal et contexte sanitaire maternel actuel	137
5.2.3 Littérature sur l'impact des politiques d'exemption des coûts sur le recours aux soins dans les trois pays	140
5.3 Tendances de l'utilisation des services de santé	141
5.4 Sources de changement de l'utilisation des services de santé : effet de composition ou de comportement ?	143
5.4.1 Résultats de la décomposition simple ou de base	144
5.4.2 Décomposition avancée	148
5.5 Analyses des tendances des inégalités en matière de recours aux soins	150

5.5.1	Tendances des inégalités en matière de recours aux soins prénatals 150	
5.5.2	Tendances des inégalités de contributions au changement du niveau de recours à l'accouchement assisté.....	151
5.6	Synthèse du chapitre cinq	153

Chapitre 6. Inégalités de recours aux soins de santé maternelle au Mali : rôles respectifs des caractéristiques individuelles et communautaires.. 157

6.1	Nécessité de prise en compte du contexte socioéconomique, rappel des objectifs et hypothèses dans le cadre de ce chapitre	158
6.1.1	Contexte socioéconomique comme modulateur des comportements individuels et objectifs du chapitre	158
6.1.2	Rappel des hypothèses, données et principales variables utilisées dans le cadre de ce chapitre.....	161
6.2	Facteurs associés au recours aux soins de santé maternelle au niveau descriptif	163
6.3	Résultats de l'analyse de comparaison des moyennes communales de recours aux soins (anova à un facteur)	167
6.4	Déterminants contextuels et individuels ou familiaux du recours aux soins maternels au niveau explicatif	170
6.4.1	Déterminants des inégalités de consultation prénatale	170
6.4.2	Déterminants des inégalités liées à l'accouchement assisté	176
6.5	Synthèse du chapitre six	182

Chapitre 7. Réseau personnel, capital social et recours aux soins prénatals 185

7.1	Le rôle de la famille.....	185
7.1.1	Mutations de la famille africaine : la grande famille se maintient mais évolue 185	
7.1.2	Nouvelles familles : de la structure à la configuration familiale.....	188
7.2	Rappel des objectifs et hypothèses du chapitre et précision méthodologique supplémentaire	192
7.3	Résultats des analyses sur le recours aux soins maternels.....	193
7.3.1	Réseau personnel et capital social	193
7.3.2	Résultats au niveau descriptif bivarié.....	195
7.3.3	Résultats au niveau multivarié : les facteurs explicatifs du recours au soin 197	
7.4	Synthèse du chapitre sept	203

Conclusion générale et discussion 207

Bibliographie..... 221

Annexes..... 253

Liste des tableaux

Tableau 2.1 : Infrastructures sanitaires par région.....	41
Tableau 3.1 : Évaluation externe : distribution des femmes enquêtées par niveau d'instruction et état matrimonial en comparaison avec les données du recensement ainsi que la dernière enquête démographique et de santé	81
Tableau 4.1 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans par niveau de vie standardisé, par pays et année	95
Tableau 4.2 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans dont la dernière naissance a eu lieu au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes par niveau de vie standardisé, niveau d'instruction selon le pays et l'année.....	96
Tableau 4.3 : Distribution des mères de 15-49 ans selon leur recours à la consultation prénatale et à l'assistance à l'accouchement mali 2010, MICS.....	97
Tableau 4.4 : Tableau descriptif des facteurs individuels et familiaux de conversion ainsi que les variables de contrôle.....	101
Tableau 4.5 : Récapitulatif des variables contextuelles et de composition communale de la population féminine.....	103
Tableau 4.6 : Indicateurs de demande de soins de santé maternelle	105
Tableau 4.7 : Description et poids des personnes citées comme importantes	107
Tableau 4.8 : Description du type de réseaux personnels	112
Tableau 4.9 : Rapport de chance d'appartenir à un type de réseau personnel	115
Tableau 4.10 : tableau récapitulatif des variables d'analyse.....	119
Tableau 4.11 : Récapitulatif des variables à utiliser dans nos analyses notamment de regression.....	126
Tableau 5.1 : Résultats de la décomposition avancée.....	149
Tableau 5.2 : Contributions relatives des femmes de différentes catégories socioéconomiques et éducatives au changement total de recours au suivi prénatal par pays.....	151
Tableau 5.3 : Contributions relatives des femmes de différentes catégories socioéconomiques et éducatives au changement total en matière du recours à l'accouchement assisté par pays	153

Tableau 6.1 : Prévalence de consultation prénatale et de l'assistance à l'accouchement selon le groupe d'âge de la femme par milieu de résidence..	163
Tableau 6.2 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme par milieu de résidence	164
Tableau 6.3 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage par milieu de résidence ...	164
Tableau 6.4 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon la fréquence d'exposition aux médias par milieu de résidence	165
Tableau 6.5 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon les groupes ethniques de la femme par milieu de résidence	166
Tableau 6.6 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon la région de résidence par milieu de résidence	167
Tableau 6.7 : Proportions communales moyennes de recours au soins prénatals et obstétricaux selon le pourcentage communal des ménages situés parmi les 20 % les plus riches du pays	168
Tableau 6.8 : Proportions moyennes communales de recours au soins prénatals et obstétricaux selon le pourcentage communal de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire	169
Tableau 6.9 : Régression logistique multiniveau des effets des facteurs individuels, du ménage et contextuels sur la propension à recourir à la consultation prénatale (Logit)	173
Tableau 6.10: Régression logistique multiniveau des effets des facteurs individuels, du ménage et contextuels sur la propension à accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé (Logit)	179
Tableau 7.1 : Niveaux de capital social matériel et émotionnel selon les types de réseau personnel.....	194
Tableau 7.2 : Recours aux soins selon les types de réseau personnel.....	195
Tableau 7.3 : Recours aux soins selon le niveau de capital social.....	196
Tableau 7.4 : Effet du type de réseau personnel et du capital social matériel, en contrôlant par les ressources contextuelles et personnelles, sur la propension du suivi adéquat de la grossesse (Rapports de côte)	200

Tableau 7.5 : Effet du capital social émotionnel, en contrôlant par les ressources contextuelles et personnelles ainsi que le réseau, sur la propension du suivi adéquat de la grossesse sur la propension du suivi adéquat de la grossesse (Rapports de côte)	201
Tableau 7.6 : Probabilité de recours adéquat aux soins par réseaux personnel et capital social de la femme	202

Liste des figures

Figure 1.1 : Résumé du modèle Thaddeus et Maine	21
Figure 1.2 : Cadre conceptuel de de Gabrysch et Campbell (2009) de recours aux soins de santé maternelle dans les pays en développement.....	23
Figure 1.3 : Cadre conceptuel du Behavioural Model	25
Figure 1.4 : Cadre d'amélioration du recours aux soins de santé maternelle dans la perspective de la décomposition (décomposition de base ou simple et décomposition avancées).....	34
Figure 2.1 : Densité du personnel de santé (médecin, sage-femme et infirmier) pour 10 000 habitants.....	42
Figure 2.2 : Répartition spatiale du taux de pauvreté monétaire et non monétaire au Mali en 2011	47
Figure 2.3 : densité de la population du Mali réparties par cercle	49
Figure 2.4 : Taux de mortalité infanto-juvénile (%) par région et milieu de résidence	52
Figure 2.5 : Cadre conceptuel général de l'AC adapté à notre étude	54
Figure 2.6 : Tendances du taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans ou plus	57
Figure 2.7 : Cadre conceptuel général de l'AC adapté à notre étude	68
.....	68
Figure 3.1. Zone d'enquête et localisation des femmes enquêtées.....	76
Figure 3.2. Localisation des femmes enquêtées par rapport au centre de santé communautaire (CSCOM).....	77
Figure 3.3 : Répartition des enquêtées par caractéristiques sociodémographiques	78
Figure 3.4 : Répartition des femmes enquêtées par âge	80
Figure 3.5 : Répartition des enquêtées par groupe d'âge et rang de naissance du dernier enfant	82
Figure 4.1 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le groupe d'âge.....	98

Figure 4.2 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon niveau d'instruction de la femme.....	99
Figure 4.3 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le niveau de vie du ménage	99
Figure 4.4 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le milieu de résidence.....	100
Figure 4.5: Dendrogramme ou arbre de classification	110
Figure 4.6 : Taille des réseaux personnels (nombre de personnes citées dans chaque réseau d'interdépendance).....	113
Figure 4.7 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau de voisinage ou d'amitié	121
Figure 4.8: Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau d'orientation restreinte	122
Figure 4.9 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau alliance	123
Figure 4.10 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau horizontal	124
Figure 4.11 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau d'orientation élargie	125
Figure 5.1 : Nombre moyen d'enfant par femme et du rythme d'accroissement de la population au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal	135
Figure 5.2 : Indicateurs de mortalité au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal	136
Figure 5.3 : Évolution de la population urbaine au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal.....	137
Figure 5.4 : Évolution de l'utilisation des services de santé maternelle par pays étudiés	143
Figure 5.5 : Décomposition simple de l'effet du niveau de vie standardisé dans les tendances d'utilisation des soins prénatals	145
Figure 5.6 : Décomposition simple de l'effet du niveau de vie standardisé dans les tendances d'utilisation des soins de santé au moment de l'accouchement	146

Figure 5.7 : Décomposition simple de l'effet de l'éducation dans les tendances d'utilisation des soins prénatals	147
Figure 5.8 : Décomposition simple de l'effet de l'éducation dans les tendances d'utilisation des soins de santé au moment de l'accouchement	147
Figure 6.1 : Répartition des résidus de la régression dans le modèle nul par commune pour la consultation prénatale	171
Figure 6.2 : Propension nette à recourir aux soins prénatals par niveau d'instruction selon le milieu de résidence (termes d'interaction des rapports de chances)	176
Figure 6.3 : Répartition des résidus de la régression dans le modèle nul par commune pour l'accouchement assisté	177
Figure 6.4 : Propension nette à utiliser les soins au moment de l'accouchement par niveau de vie selon le milieu de résidence (termes d'interaction des rapports de chances)	182

Résumé

Au Mali, plusieurs travaux traitent des facteurs associés au non recours aux soins mais ceux-ci ne sont appréhendés qu'au niveau individuel en mettant très peu en avant les aspects contextuels et leur influence sur les comportements des individus. Cherchant à combler cette insuffisance, cette recherche doctorale s'inscrit dans un contexte malien marqué par un niveau encore élevé de mortalité maternelle et de très grandes inégalités tant au niveau individuel que géographique d'accès aux soins, conjugués aux nombreux défis associés à la forte croissance démographique et à l'insécurité qui règne dans les parties septentrionale et centrale du pays.

En plaçant l'individu et son contexte au centre des analyses, cette thèse vise à apporter une contribution à une meilleure connaissance des tendances actuelles de l'utilisation des services de santé maternelle et des déterminants des inégalités de recours aux soins. À cet égard, nous avons utilisé différentes sources de données disponibles - EDS, MICS et Recensement - et aussi réalisé une enquête complémentaire portant sur les réseaux personnels de la femme.

Les principaux résultats montrent que la faible utilisation des services de santé maternelle résulte du déficit de capacités de santé (libertés des femmes à recourir aux soins conformément à leurs aspirations) en raison de l'insuffisance des possibilités offertes par le contexte local et de la faible capacitation de la femme à mener une grossesse à moindres risques. Ainsi, les inégalités de recours aux soins de santé maternelle ne sont que le reflet des disparités des capacités d'action des femmes en faveur de leur bonne santé. Leurs libertés réelles de recours aux soins sont limitées principalement par la pauvreté chronique des ménages, l'insuffisance d'autonomie de la femme et des ressources sanitaires conjuguée à un déficit de développement socioéconomique et humain local. Face à une quasi-inexistence de sécurité sociale et un système d'assurance maladie privilégiant les couches sociales les plus nanties, les femmes enceintes font appel, dans la mesure du possible, à leur capital social matériel par la mobilisation de leur ressource relationnelle pour accroître leurs capacités de recours aux soins.

Ces résultats suggèrent de continuer à accorder une attention particulière à la politique de gratuité, déjà en vigueur mais dont la mise en œuvre souffre de certaines insuffisances, en commençant par l'élargir aux accouchements eutociques et aux consultations prénatales. Cette politique de gratuité devra être accompagnée d'une offre plus importante de services de santé pour juguler l'inaccessibilité géographique criarde aux soins. Fort du constat de l'accroissement des inégalités ces dernières années entre catégories socioéconomiques au Mali, les couches les plus démunies devront être plus ciblées par les différents programmes et politiques en matière de santé maternelle.

Remerciements

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au soutien multiforme et aux encouragements indéfectibles de plusieurs personnes. Je voudrais, ici, leur adresser mes sincères et chaleureux remerciements pour leur aide dans l'accomplissement de ce travail.

Je tiens, tout d'abord, à remercier vivement mes deux directrices de thèse : Claudine Sauvain-Dugerdil et Clémentine Rossier. J'ai bénéficié de la confiance de Claudine dès le début de cette aventure. Elle m'a encouragé à soumettre mon dossier pour le programme de bourse d'excellence de la confédération suisse en acceptant de diriger mes travaux. Depuis mon arrivée à Genève, elle n'a cessé de m'apporter tout son soutien, tant sur le plan académique que social. Tout au long de ce parcours plein d'expériences enrichissantes, la disponibilité de Claudine et son intérêt pour mes travaux ont été sans failles. Son suivi permanent m'a été d'un apport très précieux pour la réalisation de cette thèse. Le soutien de Clémentine Rossier n'a jamais aussi fait défaut et c'est elle qui nous a aidé à trouver un spécialiste des questions de santé maternelle pour compléter les membres du jury. Ses lectures attentives et ses observations constructives ont permis d'améliorer le manuscrit final. Que toutes les deux trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

J'ai été très heureux et honoré d'avoir Maurice Bucagu parmi les membres de mon jury. Je le remercie très respectueusement d'avoir accepté de faire partie du jury et d'avoir fait l'effort de lire le manuscrit en vue de son amélioration. En tant que spécialiste des questions de santé maternelle, ses observations et suggestions ont largement contribué à compléter et finaliser le document.

Mes chaleureux remerciements vont aussi à l'endroit de Eric Widmer pour avoir accepté d'assurer la présidence du jury, pour son entière disponibilité et pour m'avoir fait bénéficier de son expérience en matière d'analyse des réseaux. Ses propositions d'amendements de certains aspects de la thèse et ses suggestions de références ont permis d'étoffer et d'améliorer les chapitres consacrés aux réseaux personnels des répondants et leur implication sur le recours aux soins.

Je ne saurais m'empêcher d'exprimer ma gratitude à la Confédération suisse pour avoir financé mon séjour de recherche à travers son programme de bourse d'excellence pour les étudiants étrangers. Je salue cette initiative louable et je remercie particulièrement Olivier Lombard, Jacques Moeschler et Rosanna Barbuto pour leur disponibilité. Je salue aussi les efforts consentis par l'État malien, dans le renforcement des capacités de ses cadres, qui a accepté de me mettre en congé et partant de rendre possible cette recherche doctorale. J'adresse mes remerciements chaleureux aux responsables du projet DEMOSTAF pour l'appui financier à la réalisation de mes travaux de terrain et à l'UNPA pour la prise en charge du billet aller Bamako – Genève.

Ma reconnaissance va aussi aux responsables de l'Institut de Démographie et de Socioéconomie (IDESO) pour avoir souvent pris en charge certains de mes déplacements en France dans le cadre des activités de recherche. J'aimerais remercier tous les collègues, plus particulièrement Jonathan Zufferey pour ses

conseils, Sabrina Roduit et Myriam Girardin pour leur aide précieuse en ce qui concerne les questions liées à l'analyse des réseaux.

J'adresse mes sincères remerciements à Seydou Moussa Traoré, ex. Directeur Général de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) et Assa Gakou pour leur confiance et les opportunités inestimables qu'ils m'ont offertes. À travers eux, je remercie tous mes collègues de l'INSTAT et de l'ODHD pour leur franche collaboration. Je pense particulièrement à Abdoul Karim Diawara et Amadou Traoré à qui j'exprime toute ma reconnaissance pour leur appui technique pendant mes travaux de terrain sans oublier Mouhamed Oumar Camara (un collaborateur à Abdoul Karim Diawara). Il me plaît aussi de remercier Massa Coulibaly et Pierre Cissé pour leur lettre de recommandation m'ayant permis de postuler au programme de bourse d'excellence de la confédération suisse.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes qui ont représenté une seconde famille pour moi à Genève. J'aimerais citer singulièrement les collègues et amis Nouhou Abdoul Moumouni, Roch Modeste Millogo et Zan Lonkila Moussa avec qui j'ai pu partager mes moments de joie mais aussi d'angoisse et de stress.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude à mon père, mes frères et ma sœur pour leurs affections, prières et bénédictions permanentes. À ma femme, je dis un grand merci pour son amour inconditionnel et sa patience qui m'ont apporté une motivation supplémentaire dans l'accomplissement de ce projet. Pendant mon absence, elle a su s'occuper de mes enfants avec bien entendu l'aide de ma belle-mère. Qu'elles trouvent, ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

À la mémoire de ma défunte mère,
Kadiatou Bengaly, pour ses bénédictions
et son soutien inestimable.
Que l'éternel lui fasse miséricorde.

Introduction

La question de la santé maternelle a longtemps été négligée dans les pays en voie de développement. Il a fallu attendre le milieu des années quatre-vingts pour que le niveau de mortalité maternelle commence à attirer l'attention de « quelques militants et professionnels "éclairés" qui ont commencé à se mobiliser autour de cette tragédie jusqu'alors très peu documentée, sous-estimée et négligée » (Van Lerberghe et De Brouwere, 2000 : page 1). C'est la conférence sur la Maternité sans Risque, tenue à Nairobi en 1987, qui a marqué un tournant important dans la prise en compte de la santé maternelle comme un problème de santé publique (Bergström et Goodburn, 2001).

Par la suite, l'amélioration de la santé des mères a été au centre des débats dans d'autres rencontres internationales dont la conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD, 1994) ainsi que le Sommet du Millénaire des Nations Unies (2000) pour le Développement, traduisant une fois de plus, une prise de conscience que toute grossesse comporte des risques qui peuvent être considérablement réduits. La CIPD a intégré la santé maternelle dans les questions de population et développement suite au constat de la vulnérabilité des femmes enceintes et parturientes conjugué à l'essor des avortements provoqués et pratiqués dans de mauvaises conditions dans les pays en développement, entre autres. Les objectifs y étaient principalement de : « promouvoir la santé maternelle et la maternité à moindre risque ; faire baisser rapidement la morbidité et la mortalité maternelle et réduire les différences constatées entre pays développés et pays en développement, ainsi qu'à l'intérieur même des pays ; améliorer la santé et le bien-être des femmes ; réduire considérablement le nombre des décès et accidents dus à des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions » (Plan d'action de la CIPD, 1995 : page 56). Tout comme la CIPD, un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) concernait la santé maternelle (objectif 5) avec comme cibles la réduction de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et l'atteinte d'un accès universel aux soins de santé maternel d'ici 2015 (Wage et al., 2010).

Cette mobilisation générale pour l'amélioration de la santé maternelle n'a pas été vaine car les proportions de consultation prénatale et d'accouchements assistés augmentent et la mortalité maternelle baisse considérablement à travers le monde. Plus de 71 % des naissances ont été assistées par du personnel de santé qualifié dans le monde en 2014, avec une augmentation de 59 % depuis 1990. Le rapport de mortalité maternelle a baissé de 44 % entre 1990 et 2015 à l'échelle mondiale, et le nombre annuel de décès maternels a chuté de 43 % durant la même période. Le risque de décès maternel sur la durée de vie entière a considérablement baissé, passant d'environ 1 sur 73 à 1 sur 180 dans le monde (OMS, 2015)

Cependant, malgré l'intérêt accordé à la santé maternelle dans le débat international ces dernières décennies, la grossesse reste associée à des risques énormes pour les mères dans bon nombre de pays en développement. Certains d'entre eux sont encore à un niveau de décès maternels proche de ce que d'aucuns qualifient de "mortalité naturelle" estimée à environ 1 500 pour 100 000 naissances vivantes, c'est-à-dire le niveau de décès maternel lorsque rien n'est

fait pour l'éviter. Dans ces pays en développement, les taux de mortalité maternelle sont 14 fois plus que ceux enregistrés dans les pays développés (Nations Unies, 2015) et 99 % de tous ces décès surviennent dans les régions en développement et 66 % sur le continent africain faisant de ce dernier la région où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé (OMS, 2015). Alors qu'une femme sur 4 700 court le risque de mourir de complications liées à la grossesse dans le monde industrialisé, une femme africaine sur 39 court ce même risque (OMS, 2012). De plus, la conjugaison de la mortalité maternelle avec une fécondité élevée contribue à relever le risque de décès maternel sur la durée de vie adulte¹ qui est de 1 sur 16 dans les pays en développement alors qu'il est de 1 pour 2 800 dans les pays développés (WHO 2005 cité par Richard et al, 2008).

À en croire Ransom et Yinger (2002), 80 % des décès maternels sont dus à des causes directes dont les plus connues sont l'hémorragie², l'éclampsie³, le travail dystocique. Les 20 % restants proviennent de facteurs indirects c'est-à-dire des maladies aggravées par l'état de grossesse (le paludisme, le diabète, l'hépatite virale, le rhumatisme cardiaque, l'anémie, etc.). A ces maladies, d'autres facteurs ont également été évoqués par certains auteurs (Grimes et Gross, 1981 ; Tebeu et al., 2004) comme faisant partie des causes indirectes : âge de la mère, intervalle inter-général, parité, alimentation et activités physiques pénibles. Quelles qu'en soient les causes, la plupart de ces décès peut être évitée si les femmes reçoivent des soins appropriés durant la grossesse ou surtout au moment de l'accouchement (Ransom et Yinger, 2002 ; Ndiaye et al, 2005).

Malgré le rôle important de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté dans la prévention des décès maternels, l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et parturientes reste encore très faible dans nombre de pays en développement. Seulement la moitié des femmes enceintes bénéficient des soins prénatals adéquats dans ces pays (Nations Unies, 2015). De surcroît, les progrès vers l'atteinte de l'objectif 5 ont été assez inégaux, ils se sont accompagnés d'inégalités aussi bien entre pays qu'à l'intérieur même des pays. Ce constat d'accroissement des inégalités, et même parfois d'échec dans la réalisation des OMD dans nombre de pays a conduit en 2015 à renouveler l'intérêt accordé à la santé maternelle dans les Objectifs de Développement Durable (ODD). Dans ce nouveau paradigme de développement, les pays réitèrent leurs engagements à améliorer la santé maternelle à travers la réduction du taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030. Cela indique que la vulnérabilité des femmes pendant la grossesse et l'accouchement reste, encore aujourd'hui, une des préoccupations majeures pour la communauté internationale. C'est particulièrement le cas dans le contexte malien où, en 2013, encore 25,8 % des mères n'ont pas reçu de soins prénatals, 38,7 % accouchent sans l'assistance d'un personnel de santé formé et le niveau

¹ Probabilité pour une femme de 15 ans de décéder au cours de sa vie adulte d'une cause liée à la maternité.

² L'hémorragie représente une perte de sang rapide et important avant, pendant ou après l'accouchement liée à la rupture d'un vaisseau sanguin.

³ L'éclampsie est une affection grave caractérisée par la présence, chez la femme enceinte, d'une hypertension artérielle, d'œdèmes importants et d'une perte de protéines dans les urines survenant en fin de grossesse, généralement durant le troisième trimestre.

de mortalité maternelle (368 décès pour 100 000 naissances) y est l'un des plus élevé au monde (EDSM-V, 2012-2013). À cela, s'ajoutent les disparités géographiques persistantes en matière d'utilisation des services de santé maternelle.

Les questions de santé maternelle dans les pays au Sud du Sahara ont fait l'objet de nombreuses études mais les sources de l'amélioration du recours aux soins à laquelle on assiste ces dernières années restent très peu étudiées. La prise en compte des facteurs communautaires et le rôle du capital social de la femme dans les inégalités de recours aux soins sont peu abordés dans la littérature en Afrique subsaharienne, et particulièrement au Mali. En plus, s'il ressort dans la littérature que le suivi prénatal permet de prévenir certains risques et complications (OMS, 1994 ; Bergsjø, 2001), il n'en demeure pas moins que la relation entre la fréquence des visites prénatales et la santé de la mère ainsi que celle de l'enfant à la naissance est complexe et varie selon les contextes. Dans le contexte kenyan par exemple, Brown et al (2008) trouvent que les femmes ayant recouru à seulement deux visites prénatales étaient plus susceptibles d'avoir un bébé en bonne santé (au moins 2,5 kg) par rapport à celles qui ont consulté au moins quatre fois. Ce qui soulève des questionnements quant aux perceptions que les femmes peuvent avoir de l'utilité du contenu actuel et de la fréquence des visites prénatales ainsi que leur implication sur l'issue de la grossesse.

Cette thèse s'inscrit dans une démarche globale de prospection de l'évolution du recours aux soins de santé maternelle et recherche des déterminants des inégalités d'utilisation des services de santé obstétricaux au Mali. Elle se propose d'examiner à la loupe trois aspects qui restent peu explorés particulièrement au Mali, à savoir les sources de l'amélioration du recours aux soins, les interactions entre les facteurs individuels et communautaires dans les inégalités de recours aux soins et enfin le lien entre les différentes configurations de réseaux personnels, le capital social de la femme et le recours aux soins. Ainsi, nous nous fixons comme objectifs de déterminer : (1) les rôles respectifs des changements de la structure socioéconomique de la population féminine en âge de procréation et de l'offre de services dans l'amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle ; (2) les rôles respectifs du contexte socioéconomique ou communautaire et des facteurs individuels dans les inégalités d'accès aux soins de santé maternelle et enfin (3) le rôle que jouent les réseaux familiaux ainsi le capital social qu'ils génèrent dans le processus de recours aux soins prénatals.

Le travail est structuré en trois parties. La première est constituée des deux premiers chapitres. Dans le premier chapitre, nous passons en revue le cadre théorique et explicatif des inégalités de recours aux soins. Le deuxième chapitre traite du contexte malien dans lequel nous faisons un état des lieux de la situation sanitaire et des défis démographiques et socioéconomique du pays tout en faisant une ouverture sur les pistes de réflexion contribuant à une meilleure compréhension de la problématique des questions de santé maternelle au Mali. Nous y décrivons le cadre conceptuel générale qui aboutit à la formulation de nos questions et hypothèses de recherche dans la perspective des capacités.

La deuxième partie est composée des chapitres trois et quatre. Le chapitre trois est consacré, dans un premier temps, à la description des données secondaires (trois dernières enquêtes démographiques et de Santé du Mali, Burkina Faso,

Niger et Sénégal ; enquête par Grappes à Indicateurs Multiples de 2010 du Mali et recensement générale de la population et de l'habitat de 2009 du Mali). Ensuite, nous terminons ce chapitre par la description des données portant sur les réseaux personnels des femmes qui ont été collectées par nous-mêmes. Le quatrième chapitre traite des différentes mesures et méthodes utilisées dans les chapitres cinq, six et sept.

Enfin la dernière partie est composée des trois derniers chapitres (cinq, six et sept). S'agissant du cinquième chapitre, il dresse un bilan des tendances actuelles du recours aux soins de santé maternelle et les sources de celles-ci au Mali en comparaison avec trois pays voisins (Burkina Faso, Niger et Sénégal). Dans ce chapitre, nous cherchons à montrer, au-delà des influences relatives des politiques et programmes de santé, dans quelle mesure les progrès enregistrés en matière de recours aux soins peuvent résulter de l'amélioration de la situation socioéconomique de la population féminine en âge de procréation. Nous y examinons aussi si ces progrès accomplis dans chaque pays étudié se sont accompagnés ou non des inégalités entre catégories socioéconomiques. Le chapitre six traite finement des inégalités de recours aux soins au Mali. Son objectif est de dissocier, les parts de inégalités d'utilisation de services de santé maternelle dues aux caractéristiques contextuelles de celles qui relèvent des profils sociodémographiques et économiques des femmes ainsi que ceux de leurs ménages. Cela permet d'appréhender comment les différences individuelles de recours aux soins sont modulées par celles du niveau familial et contextuel. Le chapitre sept examine la manière dont le contexte social influence les décisions individuelles de recours aux soins, à travers la connexion qu'il crée entre les individus. Dans ce chapitre, nous nous intéressons à la manière dont l'environnement social de la femme influence sa capacité à utiliser les services. Ce qui permettra de mieux appréhender le rôle que peut jouer le capital social de la femme dans sa décision de recourir aux soins pendant la grossesse.

Nous terminons ce document par une conclusion générale dans laquelle nous revenons sur la pertinence du sujet étudié et faisons une synthèse des principaux résultats issus de nos analyses conformément aux objectifs fixés et aux hypothèses formulées à cet égard. Nous y discutons les enseignements tirés au terme de ce travail et en précisons l'apport scientifique, les implications sociopolitiques et les limites.

**Première partie : Cadres théorique et explicatif du
recours aux soins, problématique, questions et
hypothèse de recherche**

Chapitre 1. Revue de la littérature relative aux inégalités de recours aux soins de santé maternelle

Dans ce chapitre, nous passons d'abord en revue les déterminants des inégalités d'utilisation des services de santé qui ressortent des travaux empiriques de façon générale et plus spécifiquement ceux traitant du recours aux soins de santé maternelle dans les pays en développement et ailleurs. Ensuite, nous présentons différents modèles théoriques en lien avec l'utilisation des services de santé maternelle. Les principaux modèles que nous abordons se rapportent aux cadres théoriques de Thaddeus et Maine (1994), de Gabrysch et Campbell (2009) puis à deux approches socio-psychologiques souvent utilisées pour expliquer les comportements de santé : le modèle comportemental (Behavioural Model) et le Health Belief Model (HBM). Et enfin, nous faisons une synthèse de la littérature en mettant l'accent sur le rôle du contexte social qui constitue un des principaux axes d'investigation dans le cadre de cette thèse.

1.1 Inégalités de santé

Parlant d'inégalités, Rousseau (1754)⁴ déclarait, dans son Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes, ceci : «Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalité ; l'une que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature, et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps, et des qualités de l'esprit, ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler inégalité morale, ou politique, parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qui consiste dans les différents privilèges, dont quelques-uns jouissent, au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux, ou même de s'en faire obéir. ». De l'avis de l'auteur, certaines des inégalités sont d'origine biologiques ou établies par la nature et dont on ne saurait en chercher la source car "la réponse se trouverait énoncée dans la simple définition du mot", dit-il. L'autre type d'inégalité, qu'il qualifie de morale, semble institué par la société elle-même à travers une espèce de convention humaine.

Cette idée selon laquelle certaines inégalités seraient naturelles, bien qu'encore fort répandue aujourd'hui dans le sens commun, n'est pas partagée par des auteurs dont Fassin et al. (2000). Même s'il existe indéniablement des différences d'ordre génétique ou biologique, pouvant induire une vulnérabilité différenciée face à certaines pathologies, ces auteurs pensent que les disparités physiques entre les individus ne sont pas exclusivement le fait de la nature, mais peuvent être aussi déterminées par les inégalités que la société institue. De ce point de vue, les deux types d'inégalité énoncés par Rousseau sont imbriqués du moins partiellement, contrairement à ce que pensait Rousseau. Cette idée de l'indissociabilité des deux types d'inégalités développée par Fassin et ses

⁴ Téléchargeable sur : <http://www.lecture-audio.fr/audio/Rousseau/DOFIH/Discours-sur-l-inegalite.pdf>

collaborateurs soutient que ce n'est pas seulement le fruit du hasard ou de l'hérédité si certains ont plus de risques de développer certaines affections que d'autres. C'est aussi le résultat d'une production par la société. Par conséquent, la question de savoir dans quelle mesure la société contribue à transformer ces prédispositions à la maladie en inégalités de santé se justifie à foison.

De très nombreux auteurs dont White et Heywood (2009), Aïach et Fassin (2004), Woodward et Kawachi (2000), Kawachi et al (2002), Roth et Henley (2012) traitent des inégalités de santé dans le sens de Fassin et al. (2000). « Les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique » (Aïach et Fassin, 2004 : page 2225). C'est dans ce même ordre d'idée que Woodward et Kawachi (2000, page 923) écrivent que « It is well known that social, cultural and economic factors cause substantial inequalities in health ». Certaines des inégalités évoquées ci-dessus peuvent parfois relever de l'injustice pouvant être évitée notamment par les pouvoirs publics mais les inégalités de santé et les iniquités en matière de santé sont difficiles à démêler. Tout en reconnaissant la difficulté de distinction entre ces deux concepts, Kawachi et al, (2002) considèrent que les inégalités deviennent "injustes" quand la mauvaise santé est elle-même la conséquence d'une répartition injuste des déterminants sociaux de la santé tels que l'inégalité des chances en matière d'éducation ou d'emploi. De ce point de vue, les iniquités en matière de santé se réfèrent donc à des disparités de santé considérées comme déloyales ou découlant d'une certaine forme d'injustice.

Qu'elles soient qualifiées de différences ou d'injustices, les inégalités en matière de santé ne sont pas seulement observées que dans les sociétés moins avancées. Même dans les pays les plus riches avec une couverture médicale satisfaisante, les catégories les plus désavantagées passent entre les mailles du filet (Sen, 2000). C'est le cas des soins de maternité aux États Unis marqués par une omniprésence de l'inégalité dans les soins prénatals et post-partum, conduisant à des résultats sanitaires différents selon les groupes culturels et le revenu. Les femmes afro-américaines, hispaniques, à faible revenu ou moins instruites reçoivent souvent des soins inadéquats et sont plus susceptibles d'avoir un niveau de mortalité associée à la grossesse (Dressler et al, 2005 ; Kuklina et al. 2009 ; Daniels et al, 2006 ; Roth et Henley, 2012). Il ressort également des travaux de Daniels et al (2006) que les femmes afro-américaines ont tendance à commencer les soins prénatals après le premier trimestre et sont moins susceptibles de recevoir des soins adéquats. Au demeurant, les disparités de santé entre les groupes culturels, tant aux États Unis que dans les pays d'Europe, doivent être analysées avec circonspection car il convient d'examiner les racines de ces inégalités. Très souvent ces groupes peuvent être en moins bonne santé ou avoir un accès plus difficile aux soins parce qu'ils ont un moins bon niveau de revenu et d'éducation. Ces disparités observées sont très souvent sociales, économiques et politiques que culturelles. Elles ont pour origine des choix de société en matière d'emploi, de logement, d'éducation (Pascal et Lombrail, 2006). C'est aussi le cas de la France, l'un des pays qui bénéficie d'un système de santé considéré comme l'un des meilleurs au monde selon certaines évaluations, mais qui paradoxalement connaît des inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens (Aïach et Fassin, 2004).

Dans la plupart des pays, quel que soit leur niveau de développement, les dirigeants essaient, tant bien que mal, de mettre en œuvre des mesures pour réduire les inégalités et rendre accessibles les soins de santé de qualité à tous. Cependant, ces interventions produisent très souvent des résultats inverses à ceux attendus. White et Heywood (2009), parlant du concept de "Inverse Prevention Law" (IPL), notent que les personnes les plus susceptibles de bénéficier de mesures préventives ont tendance à être moins susceptibles de les recevoir. En effet, selon ces auteurs, de nouvelles interventions de santé publique conduisent à un élargissement des inégalités socio-économiques initiales en raison de leur absorption préférentielle par les plus favorisés avant même l'amointrissement des inégalités et l'amélioration de la santé globale. Les moins favorisés de la population, en raison de leur réaction tardive à l'intervention, profitent moins de ces mesures pour réduire les écarts avec les plus aisés. Par conséquent, les politiques et programmes gagneraient plus en efficacité si elles sont élaborées sur la base de l'équité plutôt que d'égalité en ciblant davantage les couches socioéconomiques les plus démunies.

1.2 Revue de la littérature des travaux empiriques sur l'utilisation des services de santé

1.2.1 Soins de santé maternelle et issue de la grossesse

Toute grossesse comporte des risques mais la littérature indique que certains d'entre eux sont aggravés essentiellement par l'âge à la grossesse, l'intervalle inter-général, la parité de la femme, l'alimentation et les activités physiques pénibles (Grimes et Gross, 1981 ; Tebeu et al., 2004). Ces facteurs peuvent contribuer à la survenue des causes médicales directes de décès maternels – les hémorragies, les infections, l'éclampsie, le travail dystocique et les conséquences de l'avortement non médicalisé (OMS, 2005).

Il est établi aujourd'hui que la plupart de ces causes directes de mortalité maternelle sont évitables, en partie par le suivi approprié de la grossesse. Le suivi permet de prévenir les problèmes médicaux directs mais aussi certains risques et complications lors de l'accouchement (excepté des complications suite aux avortements dangereux). Les visites prénatales peuvent faciliter un diagnostic précoce des problèmes de santé, c'est pourquoi elles constituent l'un des "quatre piliers"⁵ d'une maternité sans risque, (OMS, 1994). En sus, les risques de morbidité et de mortalité maternelles sont aussi liés aux maladies infectieuses (paludisme, anémie, syphilis, etc.) qui peuvent être exacerbées par la grossesse et l'accouchement. Les consultations prénatales peuvent se révéler très efficaces dans la prévention de ces causes médicales indirectes de mortalité notamment par des traitements préventifs avant l'accouchement. Elles peuvent par exemple

⁵ Les quatre piliers d'une maternité sans risque sont la planification familiale, les soins prénatals, un accouchement sans risque et dans de bonnes conditions d'hygiène et les soins obstétricaux essentiels comme l'a formulé le programme de Santé Maternelle et Maternité sans Risque, Division de la Santé de la Famille de l'OMS (1994).

permettre le diagnostic précoce et le traitement de l'anémie et la syphilis (McCaw-Binns et al, 1994).

Plusieurs études ont montré l'effet positif de la consultation prénatale sur l'issue de la grossesse et la santé de l'enfant à la naissance dans différents contextes. Le suivi prénatal insuffisant est associé à un niveau de naissance prématurée élevé en Hongrie (Orvos et al, 2002) et en Arabie Saoudite (Al-Eissa et Ba'Aqeel, 1994), le faible poids à la naissance est associé à une faible consultation prénatale (Orvos et al, 2002 ; Kapoor et al, 1985) et la morbidité des nouveau-nés et le décès périnatal est élevé chez les femmes n'ayant pas reçu de soins ou qui en ont reçu peu (Orvos et al, 2002 ; Kapoor et al, 1985 ; McCaw-Binns et al, 1994 ; Moore et al., 1986). Par ailleurs, la prise des suppléments en fer et en acide folique pendant la grossesse contribue à une réduction du risque de décès néonataux précoces au Népal et au Pakistan (Nisar et Dibley, 2014), et au poids élevé à la naissance en Inde (Malhotra et al., 2014). De même en Jamaïque, la prise de fer pendant la grossesse et le début des soins prénatals au cours du premier trimestre réduisent le risque de décès périnataux. (McCaw-Binns et al, 1994).

Le suivi prénatal est aussi supposé préparer les femmes à recourir à l'accouchement assisté. À ce titre, la consultation prénatale apparaît importante en ce sens qu'elle peut permettre une plus grande sensibilisation à la nécessité des soins et une meilleure familiarité avec les établissements de santé en incitant les femmes à s'y rendre pour accoucher (Bloom et al, 1999). En plus donc de la capacité de prévention des risques et des complications, le suivi prénatal est aussi pédagogique et constitue l'occasion idéale pour les femmes de bénéficier des informations et l'éducation nécessaire sur les bonnes conduites (une bonne alimentation par exemple) pour une meilleure issue de la grossesse. Dans une localité urbaine en Inde, Bloom et al (1999) montrent que les femmes avec un niveau de consultation relativement élevé (parmi le dernier quartile du score de recours aux soins) sont quatre fois plus susceptibles d'être assistées au moment de l'accouchement que celles d'un niveau faible (premier quartile du score), tout en contrôlant pour les autres facteurs. Aussi, Nikiéma et al. (2009) constatent-ils l'existence d'un déficit d'informations sur les complications de la grossesse en Afrique subsaharienne et montrent que les femmes sont plus susceptibles d'accoucher dans un centre de santé lorsque celles-ci sont mieux sensibilisées durant les visites prénatales.

Par ailleurs, les informations nécessaires sont aussi données sur la contraception, qui est une des dimensions importantes de la santé maternelle. Elle permet de réduire la fréquence des grossesses et des accouchements et d'éviter les avortements dangereux qui constitue aujourd'hui un grave problème de santé publique, toutes choses qui peuvent contribuer à réduire les risques de décès maternels (Rooney, 1992 ; Ransom et Yinger, 2002).

Cependant, les avis divergent sur l'effet de la fréquence et le contenu actuel des soins prénatals sur l'issue de la grossesse. La contribution du suivi régulier de la grossesse à des naissances plus sûres et à la réduction des décès maternels reste fondés sur des présomptions car des essais randomisés n'ont montré aucun effet négatif avec moins de visites prénatales (Bergsjø, 2001, Rooney, 1992 ; McDonagh, 1996 ; Villar et al, 2001 ; Carroli et al, 2001 ; Bhutta et al, 2005 ;

McDonagh, (1996). À travers une revue systématique des essais randomisés évaluant l'efficacité des différents modèles de soins prénatals, Carroli et al. (2001) indiquent qu'il n'y a pas de preuves solides sur l'efficacité du contenu, la fréquence et le moment des visites dans les programmes de soins prénatals standards actuels en termes de résultats cliniques, de satisfaction perçue et de coûts. Selon McDonagh, (1996), bien que des questions aient été soulevées et qui continuent d'être posées sur l'impact des soins prénatals, notamment sur la mortalité maternelle, il existe très peu de recherches sur le sujet pour trouver des réponses. Par exemple au Kenya, Brown et al. (2008) trouvent que les femmes qui participent à deux visites prénatales et pas plus, étaient plus susceptibles d'avoir un bébé en bonne santé (au moins 2,5 kg) plus que celles qui ont été suivies au moins quatre fois. Un résultat similaire a été obtenu au Pakistan où un lien significatif n'a pas été trouvé entre la prise de suppléments de fer et le poids de l'enfant à la naissance (Nisar et Dibley, 2016). Dans certains cas, le sens de la causalité du lien entre le suivi prénatal et la bonne santé de la mère ainsi que celle du bébé peut être complexe et difficile à établir. En effet, si le suivi prénatal peut aider à éviter certains risques de complications et de maladies chez la mère et son bébé, il n'en demeure pas moins que son nombre élevé peut être aussi la conséquence de problèmes de santé récurrents chez la femme enceinte notamment dans des contextes où le suivi systématique de la grossesse n'est ancré dans les habitudes.

En revanche, on note une certaine convergence quant au rôle capital que revêt l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Il permet de mieux prendre en charge les complications d'autant plus qu'on sait que les décès maternels surviennent autour de la période de travail, de l'accouchement et post-partum immédiate, causés principalement par l'hémorragie (Ronsmans 2006) et que la plupart des complications ne peuvent pas être prédites (Gabrysch and Campbell 2009). Les auteurs semblent unanimes sur l'importance de l'accouchement assisté qui présente de nombreux avantages au point que McDonagh (1996) propose le développement de services de sage-femme à domicile soutenu par des services obstétricaux locaux efficaces, qui selon lui, donnerait plus de résultats.

L'importance de l'accompagnement des parturientes par une sage-femme a été illustrée dans le contexte de la Suisse par le témoignage écrit de Favre (2009, réédition). En effet, jusqu'au début du XX^e siècle, les sages-femmes n'étaient pas du tout préparées aux complications car elles n'avaient pas suffisamment de connaissances médicales. À cette époque, de nombreux accouchements se déroulaient dans de mauvaises conditions : certaines parturientes allaient même accoucher à l'écurie pour éviter que les enfants entendent leurs cris et d'autres allaient jusqu'à trois jours de travail sans pouvoir accoucher. Mais vers le milieu du XX^e siècle, les sages-femmes ont commencé à recevoir une formation qui leur permettait d'assurer l'accompagnement des femmes enceintes et d'apaiser leurs craintes par rapport à leurs accouchements. Cette assistance à domicile par une sage-femme formée a largement contribué à la réduction de nombreux problèmes liés à l'accouchement à Sierre (Suisse). Certes l'avènement de l'obstétrique moderne a conduit de façon importante à la chute des taux de mortalité maternelle et périnatale au XX^e siècle, mais il n'en demeure pas moins que l'accompagnement par la sage-femme à domicile a aussi fait ses preuves dans la prévention de certaines complications (Morel, 2018).

Par conséquent, l'assistance par un personnel qualifié à l'accouchement est importante dans la réduction des risques. Le fait, pour une parturiente, d'être assistée à l'accouchement garantit plus ou moins les soins de qualité selon des règles d'hygiène, permet une reconnaissance et prise en charge des complications et la réduction du risque de contamination de la mère à l'enfant au cours du travail en cas de VIH.

1.2.2 Facteurs économiques du recours aux soins de santé maternelle

L'effet négatif de la pauvreté sur l'utilisation des services de santé est largement traité par les chercheurs. L'appartenance à un groupe social défavorisé (Van Eijk, 2006) ou la résidence dans les ménages pauvres (Gabrysch et al., 2011) et les difficultés de prise en charge financière de la grossesse par le mari ou partenaire (Gross et al., 2012) sont autant de facteurs qui peuvent empêcher les femmes enceintes d'aller en consultation ou de demander l'assistance d'un personnel de santé qualifié à l'accouchement. Les coûts de consultation prénatale et de prestations de services liées à l'accouchement n'étant pas à la portée de tous les ménages, les femmes vivant dans les ménages pauvres sont plus susceptibles d'être moins suivies pendant leur grossesse et plus enclines à accoucher à domicile. Ainsi, les coûts (à la fois directs et indirects) exorbitants des soins pour certains ménages pauvres conditionnent en partie leurs décisions de recourir aux services de santé maternelle. Ces coûts représentent des facteurs qui peuvent dissuader les femmes à aller dans les centres de santé pour le suivi de leur grossesse ou pour être assistées au moment de l'accouchement (Koblinsky et al., 2006 ; Wilson et al., 1997 ; Peters et al., 2008 ; Perkins et al. 2009). C'est dans ce sens que Titaley et ses collaborateurs (2010 : page 6) font remarquer que "Cost was one of the main reasons stated by participants in all villages for using the services of traditional birth attendants". Évoquant les barrières financières supplémentaires induites par l'augmentation des coûts de prestations de service en milieu rural zaïrois, Haddad et Fournier (1995) ont observé dans une étude longitudinale, une diminution de l'utilisation des services de santé de près de 40 % entre 1987 et 1991. Selon ces auteurs, 18 à 32 % de cette diminution s'explique par le coût lié à l'utilisation de ces services. Par conséquent, une réduction de ces coûts pourrait engendrer une hausse de l'utilisation des services de santé. Ridde et ses collègues (2011, 2012) mettent en exergue une augmentation du recours à l'accouchement dans les centres de santé suite à la suppression des coûts dans certains pays africains.

Mais l'impact de la réduction des coûts sur la hausse de la fréquentation des services de santé ne semble pas vérifié dans toutes les études. C'est par exemple le cas au Kenya et en Tanzanie où la qualité des services apparaît plus importante que les questions de coût, corroborant ainsi la complexité de la relation entre réduction des frais, motivation des prestataires, qualité des services et utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement (Parkhurst et al. 2005 ; Perkins et al. 2009 ; Kruk et al. 2009).

1.2.3 Éducation de la femme ou du conjoint

Le rôle de l'éducation de la femme ressort largement dans presque toutes les études traitant du sujet de la santé maternelle en raison de son action indéniable

dans le changement de comportements en matière de demande de soins. L'acquisition de l'éducation facilite entre autres des relations plus égalitaires au sein du couple, une meilleure communication avec le conjoint et par conséquent un plus grand pouvoir de décision, une meilleure capacité d'adaptation et de négociation ; une plus grande familiarité avec les services de santé et une meilleure capacité de communication avec les prestataires de soins de santé et donc une capacité à exiger des services adéquats (Gabrysch and Campbell, 2009 ; Thaddeus et Maine, 1994 ; Burgard, 2004 ; Furuta et Salway, 2006 ; Elo, 1992 ; Navaneetham et Dharmalingam, 2002). Ainsi, les femmes instruites arrivent, dans leur grande majorité, à se détourner des pratiques traditionnelles nuisibles à leur santé. L'éducation accroît aussi la connaissance des risques liés à la maternité. Une femme éduquée est plus susceptible d'être mieux informée de la nécessité des visites prénatales ou de l'assistance par un personnel de santé qualifié à l'accouchement et des effets bénéfiques des soins sur leur santé ainsi que celle de leurs enfants. Toutes les études indiquent que les femmes relativement plus éduquées utilisent mieux les services de santé maternelle que celles d'un bas niveau d'éducation, qui sont plus enclines à consulter tardivement pendant leur grossesse et à accoucher à domicile (Van Eijk et al., 2006 ; Gabrysch et al., 2011 ; Omer et al., 2014 ; Furuta et Salway, 2006 ; etc.).

Il en est de même pour l'éducation des conjoints. Le niveau d'éducation du conjoint est tout aussi important dans la décision de recours aux soins de santé maternelle, même si elle semble avoir une influence moindre que celui de la femme (Paul and Rumsey 2002 ; Gabrysch et Campbell, 2009). Lorsqu'ils sont instruits, les conjoints peuvent comprendre les avantages que revêtent les soins prénatals et l'accouchement assisté pour leurs femmes, ce qui leur permet d'être plus ouverts à la médecine moderne (Glei et al, 2003). De plus, l'accès financier des femmes enceintes et parturientes aux soins est d'autant plus facilité que l'éducation de l'époux est aussi associée à l'occupation et à la richesse du ménage (Short et Zhang, 2004). Certes dans certains cas, comme au Tadjikistan où Kamiya (2011) montre que l'éducation du partenaire n'a pas d'effet significatif sur le recours aux consultations prénatales et à l'accouchement assisté en comparaison avec celle de la femme. Mais dans la plupart des cas, il s'agit du fait que la probabilité est forte qu'une femme éduquée soit en couple avec un homme lui-même éduqué (Adjiwanou, 2014).

L'effet de l'éducation peut aller au-delà des individus et affecter le rôle de la communauté sur les questions de santé. Par exemple, des communautés avec de personnes plus instruites peuvent s'organiser pour demander de meilleurs services publics et une place plus importante pour la santé dans les programmes politiques (Gabrysch and Campbell, 2009).

1.2.4 Autonomie de la femme

Des études ont analysé l'influence de l'autonomie de la femme sur l'utilisation des services de santé maternelle (Glei et al, 2003 ; Mrisho et al, 2007 ; Bloom et Gupta, 2001 ; Obermeyer et Potter, 1991 ; Ahmed et al., 2010, etc.). Les dimensions retenues pour appréhender l'autonomie des femmes comprennent généralement la liberté de mouvement, les aspects de la prise de décision, le contrôle des finances, la communication et le partage des tâches ménagères avec

le mari, le sexe du chef de ménage et la présence de la belle-mère dans le ménage. Dans le cas de l'Inde, Bloom et al. (2001) ont considéré trois dimensions d'autonomie : la liberté de mouvement, le contrôle des finances du ménage et la prise de décision. Tout en contrôlant pour l'âge, l'éducation, la structure des ménages et d'autres facteurs, ils arrivent à montrer que les femmes avec une plus grande liberté de mouvement sont plus susceptibles de recourir aux soins prénatals et d'utiliser les services au moment de l'accouchement.

Contrairement au contexte de l'Inde où le contrôle des finances et la prise de décision n'ont pas d'effets significatifs sur l'utilisation des services de santé maternelle, Ahmed et al. (2010), dans leur étude sur la situation économique, l'éducation et l'autonomisation des femmes dans 21 pays d'Afrique, arrivent à la conclusion que le pouvoir de décision de la femme influence positivement l'utilisation des services de santé maternelle. Dans une autre étude portant sur le lien entre la position de la mère au sein du ménage et l'utilisation des soins de santé maternelle au Népal, la discussion au sein du couple autour des questions de planification familiale, une des dimensions de l'autonomie de la femme, était associée à l'augmentation de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté (Furuta et Salway, 2006). L'autonomie des femmes semble aussi importante que d'autres déterminants connus tels que l'éducation et le niveau de vie dans la propension à utiliser les soins de santé. En plus de son pouvoir d'expansion de la capacité des femmes à recourir aux services, elle leur permet de mieux planifier leurs grossesses.

Cependant, la relation entre les dimensions de l'autonomie des femmes et l'utilisation des services de santé semble beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, en ce sens qu'elle peut varier selon les contextes. Par exemple l'étude de Fotso et al. (2009) au Kenya, contrairement à celles de Bloom et al. (2001) et Ahmed et al. (2010), ont trouvé que la prise de décision et la liberté de mouvement des femmes n'ont pas d'effets significatifs sur l'utilisation des services pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Très souvent, les femmes qui prennent leurs propres décisions de recours aux soins, surtout dans un contexte qui leur confère un faible statut social ou peu d'autonomie, le font parce qu'elles sont relativement isolées et n'ayant pas de soutiens d'autres personnes qui puissent décider pour elles. Elles agissent donc non pas par autonomie mais sous la contrainte et vivent le plus souvent dans des situations difficiles (Furuta et Salway, 2006 ; Gabrysch and Campbell, 2009).

Le contexte d'autonomie limitée des femmes est aussi, dans certains cas, associé à un rôle important des belles-mères. Leur influence ressort, dans certaines études, comme un des facteurs associés au recours ou non aux soins prénatals. Dans le contexte du Népal, Simkhada et al. (2010) montrent que les belles-mères peuvent parfois avoir une influence positive sur la décision de recourir aux soins prénatals, mais très souvent cette influence est négative, précisent-ils. En effet, elles semblent avoir des perceptions défavorables face aux consultations prénatals surtout lorsqu'elles sont analphabètes et si elles n'avaient pas recouru aux soins pendant leurs grossesses elles-mêmes, comme la plupart des femmes de leur génération. Ces perceptions, basées sur leurs propres expériences, les prédisposent à ne pas encourager leurs belles-filles enceintes à recourir aux soins.

1.2.5 Normes et croyances

Les facteurs socio-économiques et l'offre de services sont indéniablement des déterminants importants de l'utilisation des services de santé, mais il n'en demeure pas moins que leurs effets sont influencés par l'environnement culturel dans lequel vivent les individus à travers les croyances et normes entretenues par leur communauté d'appartenance. Ces normes et croyances culturelles peuvent déterminer les perceptions des individus sur leur propre santé ainsi que sur la qualité et l'utilité des services de santé disponibles (Stephenson et al., 2006 ; Rutenberg et Watkins, 1997). Ainsi, dans certaines sociétés, les femmes ont souvent un contrôle limité sur leurs propres décisions en matière d'utilisation des services de santé de reproduction à cause des normes et valeurs véhiculées par le contexte social dans lequel elles vivent.

La période de la grossesse jusqu'au moment de l'accouchement est souvent marquée par une soumission à plusieurs normes et interdits. Ces dispositions sont souvent un ensemble de croyances, de mythes et de normes médicales, le plus souvent transmises de générations en générations, qui prédéterminent les comportements et répondent à des logiques sociales et culturelles visant à préserver la santé de la mère et de l'enfant (Marcel et al., 2015). Celles-ci influencent leur recours aux soins quels que soient leur statut social ou leur autonomie (Andersen, 1995). C'est le cas par exemple au Kenya (Magadi et al. 2004) et en Indonésie (Titaley et al., 2010) où une grossesse est perçue comme un processus normal ne nécessitant pas un suivi systématique que lorsque celle-ci présente une complication. A tout cela, s'ajoute ce que Titaley et ses collaborateurs ont appelé la "distance sociale" c'est-à-dire le sentiment de l'utilisatrice de gêner le prestataire de soins.

Dans des localités rurales de la Tanzanie et de l'Ouganda, un des facteurs de la faible utilisation des services de santé à l'accouchement était la croyance selon laquelle la grossesse est un test de résistance, la recherche de soins est un signe de faiblesse et le décès maternel est un événement triste mais normal (Mrisho et al, 2007 ; Kyomuhendo, 2003). Par exemple en Sierra Leone, au Libéria, au Ghana et au Zimbabwe, l'accouchement prolongé et difficile n'est pas toujours reconnu comme un problème de santé mais est perçu comme un signe de l'infidélité de la femme et donc une punition divine. Dans ce cas, la femme devrait se confesser pour être soulagée (Thaddeus et Maine, 1994).

Au Niger, certaines pratiques et normes liées à la grossesse et l'accouchement sont évoquées comme barrières au recours aux soins (Olivier de Sardan et al., 1997 ; Vangeenderhuysen et al., 1998 ; Olivier de Sardan et al., 1999). La femme enceinte se doit d'être discrète sur son état de grossesse et en parler à personne, même à ses proches, avant quatre mois et demi. Elle doit continuer à travailler (porter de l'eau, ramasser et transporter le bois et à piler le mil) pour avoir l'estime de la communauté. Elle ne doit pas manifester la moindre douleur, même au cours de l'accouchement car cela est considéré comme une honte pour la famille. L'éclampsie, une des causes directes importantes de décès maternels, est assimilée à des crises d'épilepsie et la crise tonico-clonique perçue par l'entourage comme une action maléfique des génies. Et en cas d'une dystocie (complication au cours d'un accouchement), on préfère recourir au marabout. Selon Vangeenderhuysen et al., 1998, si l'accouchement dans les centres de

santé se fait sur la table gynécologique, il se déroule à domicile à genoux et dans la discrétion, ce qui peut dissuader les femmes et leurs familles à se rendre dans les centres de santé pour accoucher. Toutes ces pratiques constituent des obstacles à l'utilisation des services de santé. Par exemple, la recommandation de la discrétion en début de la grossesse ne facilite pas le suivi prénatal au moins avant quatre mois.

Ces normes sociales peuvent varier non seulement avec le contexte mais aussi selon l'appartenance ethnique ou religieuse qui sont souvent considérées comme des marqueurs de l'origine culturelle. Par exemple chez les "Babolé-Dioso", un groupe ethnique au Congo, les complications pendant l'accouchement interviennent inéluctablement chez une femme ayant eu des rapports sexuels avec un homme autre que son mari ou partenaire, comme cela a été décrit dans d'autres contextes plus haut. Le cas échéant, elle doit se confesser pour faciliter l'arrivée de l'enfant (Elenga, 2015). Au Niger, des considérations d'ordre religieuses expliquent le refus de la consultation prénatale lorsque le prestataire est un homme (Vangeenderhuysen et al., 1998).

1.2.6 Age, État matrimonial et parité

L'une des variables démographiques la plus utilisée dans les études sur la santé maternelle est l'âge qui ressort comme un facteur de risque chez les femmes enceintes et parturientes. La littérature met l'accent sur la vulnérabilité des femmes d'âges extrêmes de la vie reproductive c'est-à-dire les adolescentes (moins de 20 ans) et les adultes (plus de 34 ans).

Les adolescentes sont deux fois plus susceptibles de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement que celles âgées de plus de 20 ans parce que la plupart d'entre elles ne sont pas encore prêtes physiquement pour la maternité (Gross et al, 2012). Au Cameroun, il a été montré que les adolescentes enceintes sont plus sujettes au post-terme, à la prématurité et la souffrance fœtale néonatale et présentent un risque plus élevé d'accouchement par césarienne, de mortinatalité et de retard de croissance intra-utérine (Tebeu et al, 2004). Un résultat similaire a été observé à Bamako (Mali) et Bobo Dioulasso (Burkina Faso) où les décès d'enfant et le faible poids à la naissance étaient beaucoup plus fréquents parmi les mères de moins de 18 ans (LeGrand et Mbacké, 1993).

De même, avoir 35 ans ou plus est considéré comme un facteur de risque élevé pendant la grossesse en raison du fait que les femmes de cet âge sont plus susceptibles de vivre avec des maladies chroniques (hypertension, diabète, etc.) qui peuvent être exacerbées avec l'occurrence de la grossesse (Gross et al, 2012). Tout comme les adolescentes, les femmes de cette tranche d'âge courent un risque relativement plus important d'accouchement par césarienne, de mortinatalité et de retard de croissance intra-utérine (Tebeu et al, 2004). Reichman et Pagnini (1997) indiquent, à New Jersey (États Unis), que les mères âgées de 30 ans ou plus étaient significativement plus susceptibles d'avoir un bébé de faible poids à la naissance que les femmes âgées de 25 à 29 ans.

Mais paradoxalement, il ressort dans certaines études une moindre utilisation des services de santé par ces deux groupes de femmes dits plus à risque. En examinant l'utilisation des services de santé maternelle par les adolescents dans

21 pays d'Afrique subsaharienne, Magadi et ses collaborateurs (2007) trouvent que les adolescentes (15-19 ans) sont généralement moins susceptibles de demander des soins prénatals, d'être assistées à l'accouchement par rapport à celles plus âgées (20-34 et 35-39 ans) après contrôle pour la parité, les naissances avant le mariage, le niveau de scolarité et le milieu de résidence. Cela résulterait, en partie, d'une association entre l'âge et l'autonomie des femmes. Les adolescentes sont d'autant moins enclines à recourir aux soins obstétricaux que les contextes socioculturels dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne leur accordent peu de liberté et de pouvoir de décision. En outre, dans le district sanitaire de Richard-Toll au Sénégal, Ndiaye et al. (2005) s'aperçoivent que les femmes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 34 ans sont celles qui recourent tardivement à la première consultation prénatale. Ce même résultat a été observé dans une étude en Jamaïque (McCaw-Binns et al, 1995) et dans quelques pays de l'Amérique Latine où les femmes de moins de 19 ans étaient moins susceptibles, que celles de 19 à 23 ans, de recourir aux soins prénatals ou d'être assistées à l'accouchement après avoir contrôlé pour la parité (Reynolds et al, 2006). En revanche, cette dernière étude portant sur quinze pays des continents africain, asiatique et sud-américain, n'a trouvé aucune différence significative selon l'âge de la mère en Éthiopie, en Guinée, au Malawi et au Mali. Ce qui montre que les résultats des travaux sur la question ne convergent pas et peuvent varier d'un contexte à un autre. Par exemple en Tanzanie, les adolescentes enceintes (moins de vingt ans) ont commencé leurs soins prénatals plutôt que les femmes enceintes adultes (plus de 34 ans) (Gross et al, 2012).

L'âge de la mère apparaît aussi corrélé avec l'état matrimonial, la parité et l'expérience passée d'utilisation des services (Magadi et al, 2007 ; Gabrysch et Campbell, 2009). Les femmes qui recourent tardivement ou qui ne recourent pas du tout aux soins sont le plus souvent des célibataires ou des multipares (au moins trois accouchements) (McCaw-Binns et al, 1995 ; Ndiaye et al., 2005). Les mères célibataires, du fait de la stigmatisation dont elles pourraient être victimes, peuvent préférer rester à la maison craignant une interaction négative avec les prestataires dans les centres de santé (Duong et al, 2004 ; Atuyambe et al, 2008).

En ce qui concerne les femmes plus âgées ou multipares, elles peuvent appartenir à des cohortes plus traditionnelles et donc être moins susceptibles d'utiliser des soins modernes (Navaneetham et Dharmalingam, 2002). Toutefois, l'expérience antérieure de ces dernières en matière de complications et leur perception de la qualité des soins reçus lors des dernières visites peuvent constituer des facteurs incitatifs ou des obstacles à l'utilisation des services de santé. C'est ce que montrent Gross et al (2012) en Tanzanie où les femmes qui avaient connu une fausse couche ou une mortinaissance étaient plus enclines à recourir précocement aux soins prénatals. Cependant, tout comme avec l'âge, les études empiriques n'aboutissent pas toujours aux mêmes résultats. Si le lien entre l'état matrimonial et le recours aux soins était significatif dans certains contextes, il ne l'est pas dans d'autres. C'est par exemple le cas en Éthiopie (Mekonnen, et Mekonnen, 2003).

1.2.7 Facteurs liés à l'offre de services

Le rôle des facteurs individuels est certes important dans les inégalités de santé, mais l'offre de services de santé ainsi que la régulation des réglementations en la matière et la capacité à les faire respecter semble par ailleurs essentielle pour expliquer les variabilités géographiques d'accès aux soins (Rossier et al, 2014). Par exemple dans le contexte rwandais, Bucagu et ses collègues (2012) mettent en évidence une hausse importante du recours à l'accouchement assisté par suite d'une augmentation conséquente du personnel de santé et de ses compétences, d'une amélioration de la couverture de l'assurance santé communautaire, du leadership et de la gouvernance. L'accessibilité géographique cernée par l'éloignement des centres de santé (la distance aux centres de soins) ou l'insuffisance d'infrastructures, de personnel et la qualité des soins sont très souvent mis en avant pour faire cas de la faible consultation prénatale et le non recours à l'accouchement assisté. Ces aspects ont reçu plus d'attention dans de nombreuses recherches (Garenne et al., 1997 ; Wilson et al., 1997 ; Brown, 2008 ; Gabrysch et al., 2011 ; Gross et al., 2012 ; etc.). En milieu rural zambien, Gabrysch et ses collègues montrent que l'éloignement des centres de santé est un des facteurs importants qui fait que les femmes accouchent à domicile. De plus, l'enclavement de certaines zones surtout rurales peut rendre inaccessible les centres de santé et expliquer le fait que certaines femmes continuent de mener leur grossesse à terme sans consulter un personnel de santé. C'est ce qu'a aussi montré Brown (2008) dans le contexte du Kenya. À partir des discussions de groupe avec des membres de la communauté du District de Nsawam (Ghana), Wilson et al. (1997) révèlent que les mauvais états des routes constituent des obstacles pour atteindre l'hôpital du district en vue du traitement d'une complication obstétricale. De même, Gage et Calixte (2006) mettent en évidence la présence de zones montagneuses comme entrave au recours aux soins au moment de l'accouchement en Haïti.

Certes, la disponibilité des services, en plus des caractéristiques socioéconomiques (au niveau des individus et de leur ménage) influencent l'utilisation des services de santé maternelle, mais la qualité des services dans l'amélioration du recours aux soins apparaît tout aussi importante quelle que soit la définition qu'on lui donne (normative ou perçue par les utilisateurs). En effet, la qualité normative des soins se conçoit comme une combinaison de structure et du processus en vue d'obtenir des résultats. Du point de vue structurel, l'offre sera dite de qualité si elle assure un certain nombre de services, possède un nombre suffisant d'équipements, dispose d'un personnel bien formé qui satisfait aux attentes et aux besoins des populations et dispose d'ambulances nécessaires pour pouvoir référer rapidement les malades d'urgence. La mesure par le processus cherche à savoir si les bonnes pratiques médicales sont appliquées telles que révélées par le niveau de connaissance du moment (qualité technique). Le processus concerne à la fois la qualité purement technique et les relations interpersonnelles qu'entretiennent les prestataires avec les patients en vue d'assurer un meilleur service (Adjiwanou, 2014). Selon Haddad et Fournier (1995), la qualité des services publics a souvent été négligée dans les pays en développement, mais c'est surtout les composantes interpersonnelles de la qualité des services qui sont généralement ignorées par les planificateurs plus que les qualités techniques. Et ce sont ces composantes qui sont les plus

résistantes aux changements, ajoutent-ils. Dans le cas de la Tanzanie, la mauvaise qualité de soins perçue des utilisateurs sur les services de santé et les attitudes des agents de la santé explique le recours tardif aux soins de santé prénatale (Gross et al., 2012). Les services de santé de bonne qualité sont susceptibles d'accroître l'efficacité des interventions, et partant de réduire considérablement les réticences à leur utilisation (Haddad et al. 1998). Ils peuvent aider à promouvoir un recours aux soins plus fréquent à travers les informations fournies aux femmes pendant leurs visites, notamment auprès de celles qui sont moins éduquées. De plus, certaines pratiques ayant trait à la qualité telles que l'organisation du système de santé (Dogba et Fournier 2009), l'empathie, l'accueil, la gentillesse, l'honnêteté (Bruce, 1990) encouragent aussi fortement les mères à recourir aux soins pendant leur grossesse et au moment de l'accouchement.

1.3 Modèles théoriques en rapport avec le recours aux soins

Le champ du recours aux soins de santé maternelle est vaste. C'est un domaine qui intéresse aussi bien les démographes que des chercheurs d'autres disciplines dont principalement la santé publique, la sociologie médicale, la socio-psychologie et les agents des politiques et programmes de santé. Depuis la fin des années 1960, certains chercheurs, ont travaillé à identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé à travers certains modèles théoriques. Nous passerons en revue quelques-uns dont les cadres de Thaddeus et Maine (1994), de Gabrysch et Campbell (2009) puis deux approches socio-psychologiques souvent utilisés pour expliquer les comportements de santé : le modèle comportemental (Behavioural Model) et le Health Belief Model (HBM).

1.3.1 Modèles de Thaddeus et Maine (1994)

La littérature clinique montre que la plupart des décès maternels résultent de causes obstétricales directes qui surviennent autour de la période de travail, de l'accouchement et post-partum immédiate, causés principalement par l'hémorragie (Ronsmans 2006) et qui nécessite une prise en charge urgente (Thaddeus et Maine, 1994). Mais certains retards dans le recours aux soins et la prestation de services peuvent contribuer à empirer les complications et conduire aux décès. Le modèle théorique de Thaddeus et Maine (1994) s'intéresse à la survenue des complications obstétricales et aux différents facteurs de la demande et de l'offre qui retardent le recours aux soins et limitent l'accès à un service de qualité. Les auteurs identifient trois phases de retard pouvant intervenir entre le début des complications et leurs traitements : le temps mis pour se décider à recourir aux soins de santé (premier délai), le temps nécessaire pour se rendre dans un centre de santé (deuxième délai) et le temps écoulé entre l'arrivée au centre de santé et la prestation des soins (troisième délai) (Figure 1.1).

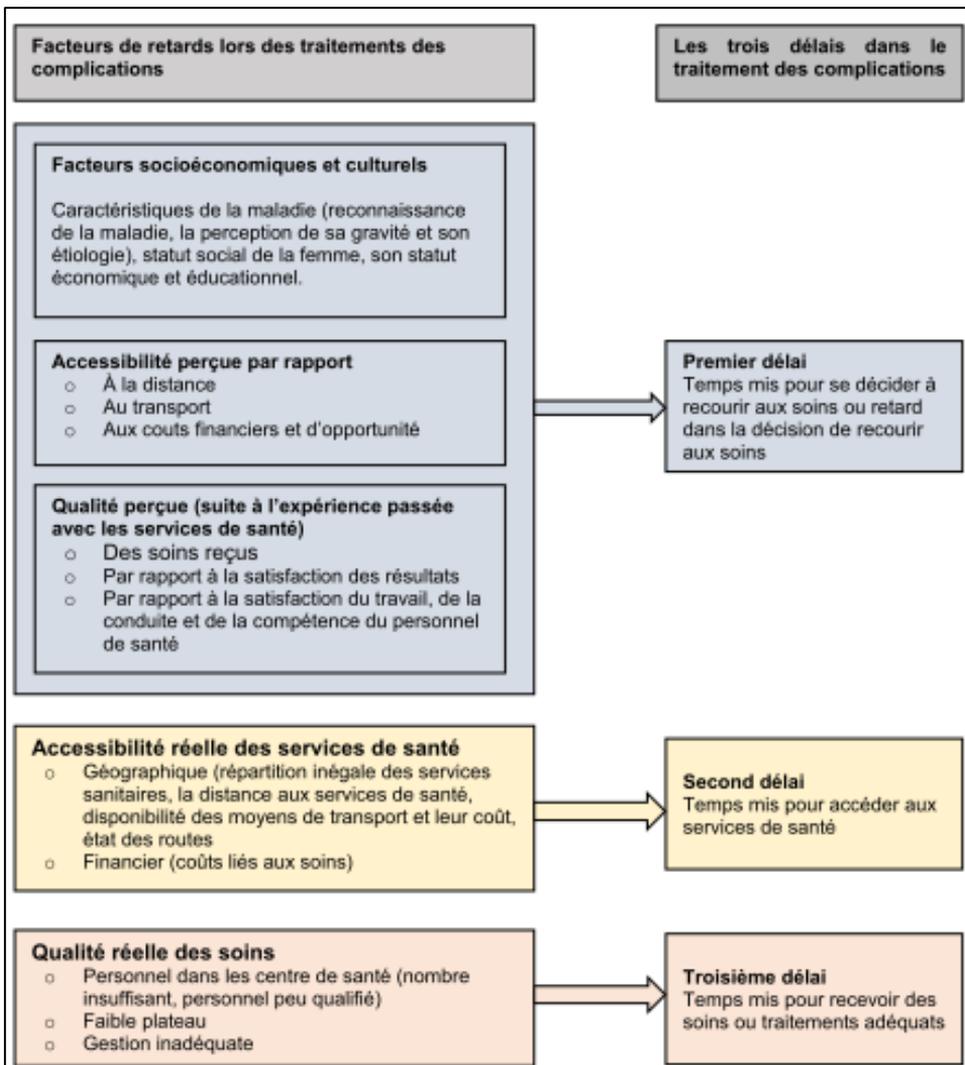
Le premier délai est influencé par les facteurs identifiés au niveau des différents acteurs impliqués dans la prise de décision à recourir aux soins (la femme, son conjoint, ses relations et la famille). Selon les auteurs, trois types de facteurs retardent la décision de recourir aux soins dès la survenue des complications. Il s'agit premièrement des facteurs d'ordre socio-économiques et culturels. Ces

derniers concernent les caractéristiques de la maladie (reconnaissance de la maladie, la perception de sa gravité et son étiologie), le statut social de la femme, son statut économique et éducationnel. Les difficultés pour la femme à reconnaître les signes des complications et le fait de ne pas s'apercevoir très vite de la gravité de celles-ci peuvent conduire au retard dans la décision de recourir aux soins pour leurs traitements. De plus, même si les patients et leurs familles s'aperçoivent de la gravité de la maladie, le choix des soins demandés pour la traiter (automédication, traitements traditionnel et moderne ou les trois types combinés) dépend fortement des causes attribuées à la maladie (Thaddeus et Maine, 1994). Le deuxième type de facteurs concerne l'accessibilité perçue se rapportant à la distance au centre de santé, les coûts financiers et d'opportunité. Le dernier groupe de facteurs est axé sur la qualité perçue des soins qui peut influencer la demande de soins à travers les expériences antérieures avec le système de soins de santé.

Il ne suffit pas de prendre la décision d'utiliser les services si l'accessibilité à une structure sanitaire adéquate est limitée. L'accès à des services de santé dépend principalement de l'accessibilité géographique. Il s'agit entre autres, de la répartition des infrastructures sanitaires, de la distance de la maison à l'établissement de santé, de la disponibilité et du coût des services de transport, de l'état des routes (facteurs du deuxième retard dans le traitement des complications). Les facteurs pris en compte dans le troisième délai se rapportent essentiellement à l'offre de services, notamment à leur qualité dans le traitement des complications obstétricales. Ils concernent principalement le système de référence, la disponibilité des produits, des équipements et du personnel qualifié ainsi que leur compétence.

Thaddeus et Maine distinguent clairement l'effet direct de l'accessibilité réelle à l'arrivée dans un établissement (deuxième délai) et l'effet indirect de l'accessibilité perçue sur la décision de demander des soins (premier retard) et, de façon correspondante, entre la qualité réelle et perçue des soins. Les facteurs retenus dans toutes les phases apparaissent déterminants dans le traitement, à temps opportun, des complications survenues pendant la grossesse. Cependant, les facteurs relatifs aux deux dernières phases semblent très importants en ce sens qu'ils influencent fondamentalement la décision de recourir aux soins pendant la première phase. Car « aucune décision rationnelle de recours aux soins ne peut être prise si les individus savent qu'ils ne seront pas soulagés de leurs maux » (Thaddeus et Maine traduit de l'anglais par Adjiwanou, 2014 : page 61).

Figure 1.1 : Résumé du modèle Thaddeus et Maine



1.3.2 Modèle théorique de Gabrysch et Campbell (2009)

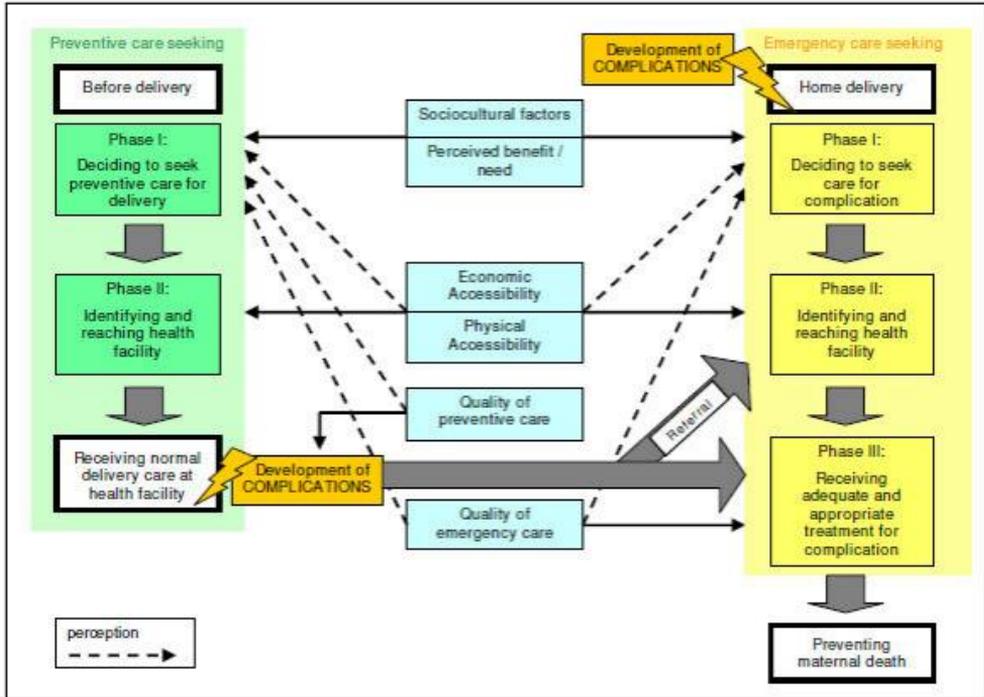
Partant du cadre de Thaddeus et Maine, discuté précédemment, Gabrysch et Campbell (2009) mettent en place un modèle théorique spécifique aux recours aux soins qui ne s'intéresse qu'aux deux premiers délais, à travers l'examen des déterminants étudiés dans la littérature sur la question.

Ce modèle a le mérite de distinguer le recours aux soins d'urgence de celui préventif afin de mieux comprendre l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays en développement. Les facteurs qui déterminent l'intention et le comportement en matière de soins préventifs et de complications sont similaires

à ceux retenus dans le cadre conceptuel de Thaddeus et Maine mais agissent de façon différente selon le type de recours aux soins. Pour illustrer cette différence, Gabrysch et Campbell (2009: page 3) estiment que « Cost of transport, for instance, is likely to be a greater deterrent for preventive than for emergency care-seeking. Physical accessibility may exert its role on preventive care-seeking mainly through influencing the decision to seek care, while in the case of emergency care-seeking, reaching the facility in time may be the main problem ». De même dans le cadre précédent, les facteurs économiques étaient considérés comme influençant uniquement la prise de décision de recourir aux soins. Or une meilleure condition économique des femmes ou des ménages peut aussi faciliter l'accessibilité géographique. Ce qui a conduit Gabrysch et Campbell à dissocier les caractéristiques économiques des facteurs culturels dans leur cadre théorique. Ils distinguent aussi la qualité des soins d'urgence de la qualité des soins préventifs qui n'ont pas les mêmes types d'influences. La qualité des soins d'urgence exerce une influence sur l'issue de la grossesse alors que les soins préventifs de bonne qualité ont l'avantage de pouvoir prévenir certaines complications. Lorsqu'une femme enceinte recourt aux soins préventifs et fait une complication, il est plus facile d'identifier rapidement le mal et de fournir le traitement qu'il faut ou de la référer vers un établissement de niveau supérieur. Par contre, celle qui développe une complication à la maison devra d'abord faire face aux premier et deuxième délais avant de recevoir d'urgence des soins de qualité.

Ce cadre identifie au total vingt facteurs regroupés en quatre grandes composantes que sont les caractéristiques socioculturelles, les bénéfices/besoins perçus, l'accessibilité économique et l'accessibilité physique. Les caractéristiques socioculturelles influencent principalement la prise de décision de recours aux soins et sont appréhendés par l'âge de la femme, son statut matrimonial, l'ethnie, la religion et les croyances traditionnelles, la composition familiale, le niveau d'éducation de la femme et celui de son conjoint ainsi que l'autonomie des femmes. Les bénéfices/besoins perçus permettent aux femmes d'arbitrer entre les avantages qu'un recours aux soins peut leur procurer au regard de ce qu'il pourrait leur coûter. À ce titre, ils influencent tout d'abord l'intention de recourir aux soins et permettent donc aux femmes de mieux définir leur perception sur les avantages et les moyens dont ils pourraient avoir besoin pour faire face aux coûts. Les variables en cause dans cette perception des bénéfices/besoins sont la disponibilité de l'information, la connaissance en matière de santé, l'acceptation de la grossesse, la perception de la qualité des soins, le recours aux soins prénatals, le recours précédent à l'accouchement médicalisé, l'ordre de naissance des enfants et la survenue des complications. L'accessibilité économique rend compte de la capacité financière des individus et de leurs familles à atteindre les centres de santé eu égard aux coûts d'accès incluant le transport et autres frais. L'occupation de la femme et de son conjoint, la possibilité de payer les frais sont des variables utilisées pour cette dimension économique. Pareillement à l'accessibilité économique, l'accessibilité physique affecte indirectement la prise de décision et facilite directement l'accès aux services de santé. Les auteurs considèrent le lieu de résidence, la distance et les moyens de transport comme variables d'accessibilité géographique.

Figure 1.2 : Cadre conceptuel de de Gabrysch et Campbell (2009) de recours aux soins de santé maternelle dans les pays en développement



Source : Gabrysch et Campbell (2009 : 4)

1.3.3 Modèles théoriques socio-psychologiques

- **Le Behavioural Model**

Le modèle comportemental (Behavioural Model) de l'utilisation des services de santé, de façon générale, a initialement été développé par Andersen (1968) pour permettre de comprendre le recours aux soins par les familles et les individus aux États Unis. Ce modèle était initialement axé sur la famille comme unité d'analyse sous l'hypothèse que les soins médicaux reçus par une personne est fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques de sa famille. Il a ensuite connu une révision par Andersen et Newman (1973) puis par Andersen (1995) et permet de mieux appréhender les déterminants individuels de recours aux soins à travers un enchaînement de trois groupes de facteurs que sont les facteurs prédisposants, favorisants et les besoins. Le modèle comportemental suggère que les comportements sanitaires dépendent de la prédisposition des individus, des facteurs qui facilitent le recours aux soins et de leurs besoins en matière de soins.

Les facteurs dits prédisposants se rapportent aux caractéristiques démographiques (âge, sexe...), à la structure sociale (éducation, profession,

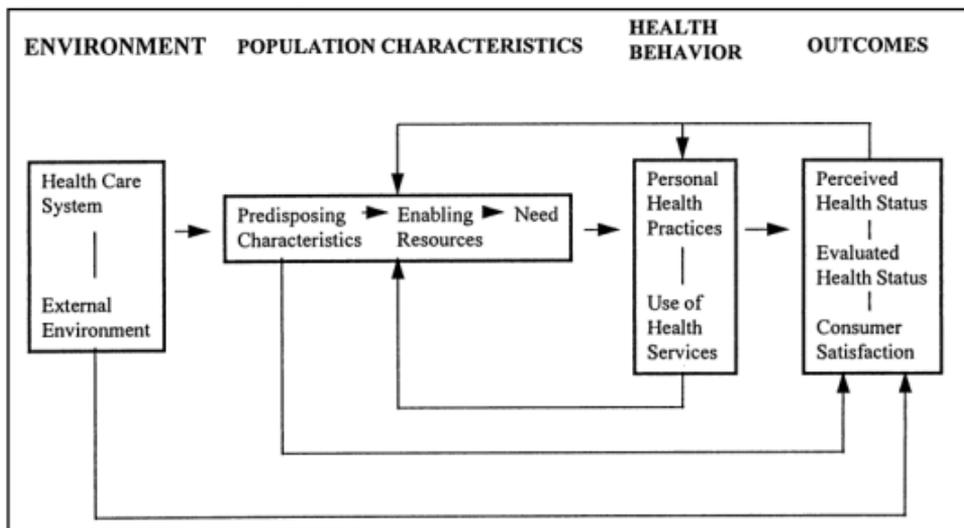
l'appartenance ethnique, réseaux sociaux, interactions sociales...) et les croyances en matière de santé. Les croyances représentent les attitudes, les valeurs et les connaissances que les individus ont des services de santé et qui sont susceptibles d'influencer la perception de leur besoin et de l'utilisation. Les croyances en matière de santé fournissent un moyen d'expliquer comment la structure sociale pourrait influencer sur les ressources, les besoins perçus et l'utilisation ultérieure. Si les individus considèrent par exemple que l'utilisation des services peut les aider à recouvrer la bonne santé, cela pourrait susciter une utilisation beaucoup plus rapide.

Toutefois, la disponibilité des ressources en tant que facteurs favorisant est importante aussi bien au niveau des individus que de la communauté pour faciliter l'utilisation des services de santé. Autant le personnel et les centres de santé doivent être disponibles, autant les individus doivent avoir les ressources pour s'y rendre. Ces facteurs facilitants permettent de lever des barrières liées à l'accessibilité géographique et économique.

Enfin, un des facteurs importants du modèle formulé par Andersen a trait aux besoins perçus des personnes en matière de soins de santé moderne. Ces besoins perçus peuvent influencer sur le recours aux soins mais leur identification par les femmes ne suffit pas. Encore faudrait-il que les utilisateurs potentiels soient dans une prédisposition qui soit incitative et que les ressources et l'offre soient disponibles pour leur permettre d'exprimer ces besoins à travers une utilisation plus fréquente des services de santé.

Ce cadre général d'utilisation des services de santé a déjà été appliqué spécifiquement aux soins maternels notamment au Guatemala par Gleit et al (2003) et dans les contextes du Brésil et de l'Afrique du Sud par Burgard (2004). Toutefois, ce modèle tient très peu compte du contexte des pays notamment où coexiste des pratiques thérapeutiques modernes et traditionnelles. Ce qui peut modifier considérablement la perception du besoin des individus ou de leurs familles en matière de santé, une des composantes non moins importantes du modèle. Cette diversité de parcours thérapeutiques impose de prendre en compte des caractéristiques de la maladie et de leur signification ainsi que la perception que les individus ont de celle-ci (Kroeger, 1983). Cet aspect absent dans le cadre de Andersen, peut se révéler déterminant dans la perception du degré de risques du non recours aux soins chez les femmes enceintes ou parturientes. La perception que les individus ont de leur santé et de la médecine moderne détermine aussi leurs choix en termes de suivi prénatal ou de l'accouchement. Par exemple, dans des contextes où la grossesse est perçue comme un processus normal ne nécessitant pas un suivi systématique, la consultation prénatale sera très peu considérée comme un besoin.

Figure 1.3 : Cadre conceptuel du Behavioural Model



Source : Andersen (1995)

- **Le Health Belief Model (HBM)**

Ce modèle théorique, concernant les aspects socio-psychologiques, considère que toute action en rapport avec le recours aux soins dépend simultanément de trois types de facteurs (Rosenstock, 1966 et 2005 ; Becker et al., 1972)⁶. Tout d'abord, pour qu'il y ait recours aux soins, l'individu doit avoir la conviction d'être susceptible ou vulnérable à la maladie (perceived susceptibility) ou aux séquelles liées à celle-ci (perceived seriousness). Il s'agit essentiellement de la perception que l'on a de la menace (problème de santé) qui détermine l'utilisation des services. Plus on perçoit la gravité d'une maladie, plus il y aura un recours plus prompt aux soins modernes. Ensuite le risque doit s'accompagner de la conviction de réduire la menace perçue (c'est-à-dire recouvrer la bonne santé) par le recours aux soins (perceived benefits) à un coût subjectivement acceptable. Les coûts se réfèrent, selon les auteurs, aux obstacles perçus devant être surmontés pour permettre une utilisation des services de santé. Certes les dépenses financières y sont incluses mais ils vont au-delà. Selon cette deuxième dimension du Health Belief Model, l'individu agira par comparaison entre sa perception du bénéfice de demander les soins et les barrières perçues (coûts et autres barrières). Rosenstock (2005) pense qu'une perception élevée du bénéfice de la guérison conjuguée à un amoindrissement des obstacles perçus facilitent le recours aux

⁶ Le Health Belief Model a été initialement proposé par Rosenstock en 1966 et 2005. Il a été adapté par Becker et ses collaborateurs qui y ont intégré la dimension motivation car selon eux "the original Health Belief Model dealt only with negative aspects of health (i.e., an individual's behavior when threatened by a disease or condition) (Becker et al, 1972 : p 414)" même s'ils pensent par ailleurs qu'il est possible que des motivations positives pour la santé peuvent représenter aussi un comportement de conformité.

soins. Mais, la décision de recourir aux soins est facilitée par des signaux (cues to action), précise-t-il. Et ceux-ci peuvent être internes (maladies d'un membre proche) ou externes (affiches et posters, campagne de sensibilisation dans les médias, etc.) à l'individu.

1.4 Synthèse de la littérature : insuffisance de prise en compte du contexte social comme influence des comportements individuels

Il ressort de la littérature que les femmes n'utilisent pas les services de santé pendant la grossesse en raison des barrières socioculturelles, financières, de l'insuffisance numérique de l'offre de services et de sa qualité mais surtout du manque de perception des risques de la grossesse et de l'accouchement ainsi que des bénéfices du recours aux soins. Les perceptions des risques liés à la grossesse et des bénéfices du recours aux soins, compte tenu des contraintes culturelles, géographiques et financières semblent importants dans l'explication de la faible demande de soins.

En plus donc de l'accessibilité des services de santé et de l'existence des ressources individuelles ou collectives pour y accéder, la prise en compte de ce que les individus pensent être bien pour eux même est importante dans toute tentative d'explication des comportements en matière de santé. Ce qui revient à dire que l'utilisation des services de santé maternelle ne repose pas que sur l'offre de service mais aussi sur la capacité et la volonté de les utiliser. Les femmes ou les ménages doivent donc vouloir et pouvoir les utiliser, comme cela a été souligné par Coale (1973) et repris par Lesthaeghe et Vanderhoeft (2001) à travers le modèle RWA (Ready, Willing and Able) pour expliquer la baisse de la fécondité. Ce modèle met l'accent sur trois conditions préalables à une transition de la fécondité qui doivent être remplies simultanément. Tout d'abord, la contraception comme nouveau comportement pour contrôler les naissances ne serait adoptée par les couples que si ces derniers sont convaincus des bienfaits que cela leur procure en termes d'utilité ou de coût-avantage (*Readiness*). Ensuite, le contrôle des naissances doit avoir une certaine légitimité normative c'est à dire conforme aux croyances traditionnelles et aux codes de conduite établis par la société (*Willingness*). « L'acceptation morale et sociale du contrôle des naissances est un préalable nécessaire au recours à la contraception » (Nouhou, 2016 : page 19). Au-delà des deux premières préconditions, la disponibilité ou l'accessibilité des moyens de contrôle des naissances (produits contraceptifs) est aussi importante (*Ability*).

Le parcours des travaux empiriques et des différents modèles théoriques sur le recours aux soins prénatals et à l'accouchement a permis de constater que la plupart des études portant sur le recours aux soins a tendance à l'aborder "à travers le prisme d'une modélisation théorique du comportement"⁷ basé sur l'idée que la décision de recourir aux soins pour un individu malade relève d'un choix

⁷ « Many studies only isolate and study differences in people who have or have not made a decision to seek some form of medical care » McKinlay (1972 : page 118).

rationnel. Elles ont le plus souvent traité les questions liées au recours aux soins dans une perspective individuelle en mettant très peu en avant les aspects contextuels et leur influence sur les comportements des individus. Les contextes locaux (par exemples régions, communes, quartiers à l'intérieur d'un pays), et même nationaux, sont souvent considérés comme des ensembles homogènes influençant très peu la demande individuelle de soins. Or les comportements de recours aux soins au niveau individuel sont aussi déterminés par les contextes socioéconomiques et culturels (Franckel et al, 2008).

La liberté de choix selon les risques perçus de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les bénéfices perçus du recours ou non aux soins ne saurait se faire en dehors du contexte dans lequel vit l'individu. Durkheim (1858-1917 - cité par Merlo et al, 2005) fait remarquer que les personnes appartenant à une communauté spécifique se reconnaissent le plus souvent dans une conscience collective⁸ qui fonctionne pour créer la "cohésion sociale" et lier la structure sociale d'ensemble. De ce point de vue, le groupe social apparaît au-dessus des personnes qui le composent, si bien que les caractéristiques collectives ou du groupe façonnent les comportements individuels en matière de santé.

Sen (1979), cherchant à répondre à la question "Equality of What" fait le constat que les êtres humains diffèrent aussi par leurs caractéristiques externes et leur environnement. Ceci, parce qu'ils sont dotés d'héritages très divers et surtout du fait qu'ils vivent dans des environnements naturels différents. Selon l'auteur, les sociétés et les communautés auxquelles appartiennent les individus déterminent de façon différente ce qu'ils peuvent faire ou non et les réalités épidémiologiques de la région peuvent avoir un profond impact sur la santé et le bien-être de ceux qui y vivent. Parlant de l'utilisation des services de santé, il apparaît judicieux de prendre en compte les aspects sociaux au-delà des caractéristiques individuelles. Ces caractéristiques au niveau sociétal sont importantes car elles influencent aussi la perception que les femmes ont de leurs besoins et donc leurs choix en matière de santé. À ce titre, elles permettent de mieux comprendre dans quelle mesure ces choix sont faits librement ou par conformisme (préférences adaptatives).

Ainsi, au-delà des différences d'offre de services, le contexte dans lequel vivent les individus façonne d'une certaine manière leurs attitudes et comportements. C'est ce qui peut expliquer, en partie, le fait que des individus de différentes zones géographiques ont des propensions différentes à recourir aux soins prénatals et obstétricaux. Ainsi, les femmes d'une commune ou d'un quartier spécifique peuvent être plus semblables dans leurs comportements. De même, les personnes ayant des caractéristiques personnelles similaires, par exemple un niveau élevé d'éducation, peuvent avoir différents états de santé en raison des différences culturelles, économiques, politiques, climatiques, historiques ou environnementales inhérentes au contexte local (Merlo et al, 2005).

⁸ Valeurs et normes qui sont formées par les relations humaines et les interactions et qui génèrent des sentiments collectifs de solidarité et de connectivité sociaux communs.

Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons comment le contexte social peut influencer les décisions individuelles de recours aux soins deux types de cadre théorique utilisés à cet égard.

1.5 Mode d'influence du contexte sur les comportements individuels

Dzewaltowski et ses collaborateurs (2002) utilisent la Social Cognitive Theory (SCT), en tenant compte des facteurs contextuels, pour montrer comment une nouvelle intervention peut susciter une acceptation et une participation plus élevée de la population cible. Partant d'une hypothèse de réciprocité triadique entre un individu, son environnement et son comportement, les auteurs offrent un cadre de développement d'une intervention ciblant à la fois les cognitions individuelles et les facteurs environnementaux considérés comme médiateurs potentiels du changement de comportement de santé. À cet effet, ils mettent en avant quatre modes d'influence du contexte social. Le premier concerne la connexion qui renvoie au sentiment de se savoir intégré dans une communauté. Cela rejoint un peu le concept d'efficacité collective de Sampson et ses collègues (1999) qui suggère l'activation des liens sociaux pour atteindre des attentes communes, par exemple celles liées au recours aux soins. Ce sentiment de connexion et d'appartenance à un groupe est important car les personnes qui se sentent isolées ne vont pas participer ou adhérer à une nouvelle intervention visant à améliorer leur santé. Un second mode d'influence du contexte est constitué par ce que les auteurs appellent l'autonomie contextuelle. Par cette notion, ils se réfèrent à un environnement social ou physique ne faisant pas obstacle aux initiatives individuelles, c'est-à-dire un milieu social ou physique qui n'entravent pas les libertés d'actions et de choix des individus. Par exemple, si les femmes vivent dans un milieu qui restreint leur autonomie ou qui ne leur offre pas la liberté de leurs actions, il serait très difficile pour ces dernières de recourir librement aux soins sans aucune influence de l'entourage familial ou social. Les deux dernières voies par lesquelles le contexte influence les comportements individuels considérés par Dzewaltowski et al (2002) sont les facteurs d'acquisition des connaissances et les normes sociales du groupe en matière de recours aux soins.

Outre ces d'influence mentionnés ci-dessus, l'environnement économique et la disponibilité des services sont aussi importants. Ainsi, les influences du contexte sur les comportements de recours aux soins maternels doivent être recherchées aussi bien dans sa dimension physique (offre de services de santé, possibilités économiques) que socio-culturelle pour mieux comprendre la problématique d'accès et de recours aux services de santé dans les pays africains (Adjiwanou, 2014).

Dans les paragraphes qui suivent, nous développons les diverses façons par lesquelles le contexte social peut influencer les décisions individuelles de recours aux soins, en distinguant celles ayant trait aux interactions sociales, de celles relatives à la diffusion des connaissances et valeurs.

1.5.1 Influence des réseaux ou interactions sociales sur le recours aux soins

Les modes d'influence du contexte sont explicités dans des travaux pionniers traitant de la théorie de la désorganisation sociale (Shaw et McKay 1942 cité par Adjiwanou, 2014), de l'efficacité collective (Sampson et al. 1997 ; Sampson et al.1999) et du capital social (Coleman, 1988 et 1990). La théorie de désorganisation sociale, contrairement à celle relative à l'efficacité collective, se rapporte à l'incapacité d'une société à maintenir un contrôle social effectif sur ses membres, dans le sens de la réalisation des valeurs qui leur sont communes. Ce dysfonctionnement social conduirait à la délinquance qui affecte négativement le cadre de vie des populations. Quant aux travaux de Coleman (1990), ils mettent en évidence l'influence des interactions sociales entre les individus au sein des réseaux sociaux sur leurs comportements à travers le capital social. Les effets du capital social généré par les relations sociales ont été mis en évidence par Kawachi (2001) et repris par Bouchard et ses collègues (2006). Le capital social contribue aux changements de comportements en matière de santé à travers la diffusion de l'information, favorise l'accès aux soins de santé par une mobilisation plus grande des communautés à améliorer leur qualité et leur disponibilité et enfin, il produit des ressources psychosociales (soutien moral, affectif et instrumental) favorables à la bonne santé.

Dans la recherche épidémiologique, certains auteurs traitent de l'effet des interactions sociales en tant que ressources améliorant la santé et réduisant la mortalité (House et al., 1988 ; Kaplan et al.,1988 ; Orth-Gomer et Johnson, 1987 ; Welin al., 1985, etc.). Ce lien entre les relations sociales et la santé ressort dans plusieurs travaux récents. C'est le cas de Peretti-Watel (2006) qui étudie le rôle des relations interpersonnelles sur le maintien de la bonne santé des personnes en situation de précarité en France métropolitaine. Il arrive à la conclusion que les personnes ayant des contacts plus fréquents avec la famille, les proches et les connaissances s'estimaient plus souvent en bonne santé. "L'isolement relationnel" apparaît aussi comme un obstacle à la demande de soins dentaires chez ces personnes. Selon l'auteur, les liens sociaux avec les proches leur procurent de la protection, aide à la prise en charge des pathologies chroniques les concernant et renforcent leur estime de soi.

Une étude, portant sur les hommes et femmes britanniques âgés de 16 à 54 ans et réalisée par McCulloch (2001), montre qu'un faible capital social est associé à une morbidité psychiatrique et physique plus élevée. Aux États-Unis, l'acquisition d'un capital social important (confiance réciproque, participation à des associations bénévoles) constitue un facteur important de baisse de la mortalité (Kawachi et al., 1997 ; Lochner et al., 2003) et d'une meilleure santé (Kawachi et al., 1999 ; Subramanian et al., 2002). De même, le suivi d'une cohorte (exclusivement des hommes) sur une durée de quatre ans aux États-Unis a permis à Kawachi et ses collaborateurs (1996) d'examiner le rôle des réseaux sociaux sur l'incidence des maladies cardiovasculaires. Les hommes qui avaient des réseaux sociaux plus forts en termes de taille et de densité (plus d'amis ou de parents, adhésion à des groupes religieux ou communautaires) couraient moins de risques de mortalité par maladie cardiovasculaire. Ceci confirme un résultat similaire obtenu par Kaplan et ses collègues (1988) en Finlande. Par

ailleurs, Reynolds et Kaplan (1990) dans une étude portant sur des hommes et des femmes suivis pendant 17 ans en Californie, montrent que les femmes isolées socialement sont celles qui courent plus de risques de mourir d'un cancer.

1.5.2 Régulation des comportements individuels par la diffusion des connaissances et valeurs

Le processus de diffusion des valeurs dans une société est abordé par certaines études portant notamment sur la transition de la fécondité (Montgomery et Casterline 1993, 1996, 2001 ; Casterline 2001 ; Carley, 2001, etc.). Cette diffusion des valeurs avait été avancée comme une des raisons de la baisse de la fécondité en Occident (Bongaarts et Watkins, 1996). En effet, l'entourage social influence les attitudes et choix personnelles et favorise l'adoption de nouveaux comportements. Selon Carley (2001), les informations dont dispose l'individu, ses prises de décisions, ses croyances et sa conviction sont toutes influencées par le réseau social auquel il appartient. C'est aussi ce que montrent Montgomery et al (2001) dans le contexte du Ghana où l'adoption de la contraception moderne est fortement affectée par les attitudes et comportements reproductifs des partenaires du réseau social. Ce phénomène de "contagion sociale", selon la dénomination des auteurs, est également observé par Kohler et al (2001) au Kenya. Ces derniers montrent que, plus les femmes sont intégrées dans des réseaux au sein desquels la contraception est fortement utilisée, plus elles sont enclines à utiliser les méthodes modernes de contraception.

La littérature traitant de l'effet des interactions sociales au sein des réseaux interpersonnels, fait ressortir l'influence sociale, l'apprentissage social et le soutien social comme facteurs d'influence des attitudes et comportements reproductifs. Montgomery et Casterline (1996) mettent l'accent sur le rôle important de l'apprentissage social et de l'influence sociale. Selon eux, la diffusion des connaissances, attitudes et comportements, à travers des interactions sociales, se fait principalement par ces deux mécanismes. L'apprentissage social désigne l'acquisition de nouvelles informations à travers les contacts avec d'autres personnes (ami, parents, collègues, etc.). Les individus, membres d'un groupe social, interagissent entre eux. Et l'information détenue par les uns, les choix qu'ils font et les résultats qui en découlent peuvent plus ou moins influencer les comportements et attitudes des autres membres du groupe. Ce type d'influence peut apparaître particulièrement important pour la diffusion des nouveaux comportements tels que l'utilisation des produits contraceptifs modernes. L'acquisition des informations à travers l'interaction sociale peut moduler les choix et comportements des personnes face à un phénomène donné. Les liens entre les individus au sein des réseaux sociaux constituent des canaux importants de diffusion des comportements démographiques novateurs. L'apprentissage social, décrit ci-dessus, se fait généralement de manière interpersonnelle c'est-à-dire que les informations proviennent des acteurs d'interactions au sein du groupe social. Mais celui-ci peut se réaliser aussi de façon impersonnelle et, dans ce cas précis, les informations proviennent de sources impersonnelles telles que les médias de masse, les marchés ou d'autres structures sociales agrégées (Nouhou, 2016). Même dans ce cas où l'information

provient d'une source impersonnelle, elle est souvent transmise et évaluée par une interaction sociale plus poussée (Hornik et McAnany 2001).

Le processus de diffusion susmentionné, c'est-à-dire l'apprentissage social, se ferait par le biais d'un groupe pionnier ayant facilement accès à une innovation. « As regards fertility control, we define the essence of diffusion by the following : diffusion exists when the adoption of innovative ideas (and corresponding behaviour) by some individuals influences the likelihood of such adoption by others » (Montgomery et Casterline, 1993 : page 458). Faisant référence au contrôle des naissances, les auteurs font remarquer que cette diffusion se produirait dans trois situations différentes : un contexte où les individus manquent d'informations sur la disponibilité des nouvelles méthodes contraceptives, où subsiste une incertitude sur les bénéfices et coûts liés au contrôle des naissances, et où des sanctions pourraient s'appliquer à tout contrevenant aux pratiques habituelles ou aux normes sociales du groupe (Nouhou, 2016). De même, dans la théorie de diffusion selon Rogers (1995), on distingue les personnes qui adoptent plus facilement un nouveau comportement ou une innovation de celles qui prennent du temps pour y adhérer. Les premiers individus concernent les « innovators » et les « early adopters » qui sont prompts à adopter un comportement novateur en raison de leur niveau d'éducation, leur statut social, leur autonomie et l'activation de leurs réseaux (Adjiwanou, 2014 ; Aboud et Singla, 2012). Ensuite, il y'a ceux que Rogers (Op. cit.) qualifie de « late adopters » qui ont besoin d'être rassurés que les changements, adoptés par les premiers, n'ont pas de conséquences néfastes avant de s'y engager. Et enfin, les « laggards » peuvent être réfractaires à toute idée de changement et sont habituellement lents à adhérer à une idée novatrice.

Quant à l'influence sociale, elle se réfère, plus globalement, aux contraintes des normes émanant d'une autorité sociale. Définies comme la compréhension collective des comportements acceptables et inacceptables, ces normes sociales constituent un mécanisme important de maintien des contraintes sociales. « As individuals consider innovative choices, they may find that various groups, institutions, or local elites are positioned either to facilitate or to constrain the adoption of those choices » (Montgomery et al, 2001 : page 4). Autrement dit, l'influence sociale résulte du sentiment de se conformer impérativement à certains acteurs sociaux considérés comme la référence. Ce type d'influence sociale représente la "norme subjective" dans la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Elle n'est rien d'autre que la pression sociale, positive ou négative, qui détermine en partie les intentions individuelles et la perception de ce que les autres veulent qu'on se comporte façonne aussi ces intentions. C'est fort de ce constat que Rossier et Bernardi (2009) soutiennent que les mécanismes d'influence, d'apprentissage et de soutien sociaux sont pris partiellement en compte notamment par le concept de "norme subjective" dans le cadre de la théorie du comportement planifié. Cette influence sociale sur le recours aux soins, à travers les normes et croyances du groupe, a été largement traité plu haut (point 1.2.5. Normes et croyances).

Outre l'apprentissage social et l'influence sociale, certains auteurs évoquent le soutien comme un facteur d'influence des intentions et comportements individuels en matière de fécondité. L'effet du soutien social à travers les relations

interpersonnelles d'échange de biens et de services entre les membres d'un réseau a été étudié par Bühler et Philipov (2005) dans le contexte de la Bulgarie. Ils montrent l'importance positive du soutien social des parents sur les intentions des femmes à avoir des enfants. Ainsi, le soutien à travers des relations intergénérationnelles est source de capital social qui aide à réduire les coûts directs et indirects d'avoir des enfants surtout dans des contextes où il existe peu de services de garde d'enfants formels. Un résultat similaire a été obtenu en Pologne où l'intention d'avoir un deuxième enfant augmente avec une probabilité plus élevée d'avoir accès au capital social lié à ce type de soutien social (Bühler et Fraczak, 2007).

1.6 Modèles théoriques prenant en compte le contexte

Les différents modèles théoriques et travaux empiriques, décrits plus haut, mettent en évidence le rôle important de l'offre de services et des caractéristiques au niveau individuel et méso. Au niveau individuel, on sait par exemple que le niveau de vie des ménages et l'éducation de la femme sont des déterminants du recours aux soins de santé maternelle. Mais les changements en matière de recours aux soins liés à l'accroissement de ces capacités individuelles agrégées au niveau macro ne sont pas du tout abordés dans la littérature. Pourtant ces dernières années ont été marquées par la hausse de l'utilisation des services de santé maternelle dans presque tous les pays en Afrique subsaharienne. Il importe donc de mieux documenter l'effet du changement de structure (ou recomposition) de la population féminine dans cette augmentation du taux de recours aux soins, au-delà de celui lié à l'offre de services sanitaires. Le changement de structure de la population féminine se rapporte ici à l'augmentation de la proportion nationale des femmes éduquées ou vivant dans des ménages d'un niveau de vie élevé. En d'autres termes, il s'agit de voir l'effet additif de l'amélioration des capacités individuelles réelles des femmes en matière de réalisation du recours aux soins.

Par ailleurs, l'influence des interactions sociales entre les membres au sein des réseaux, qui façonnent les comportements individuels, sont totalement absents aussi bien dans les modèles théoriques que dans les différentes études empiriques traitant des questions de recours aux soins de santé maternelle.

1.6.1 L'approche par la décomposition

L'approche de décomposition, proposée par Eloundou-Enyegue et Giroux (2010), a été appliquée dans plusieurs recherches dont celle de Beninguisse et ses collaborateurs (2013) en lien avec la mortalité des enfants. Ce cadre permet d'étudier le changement d'un phénomène donné en dissociant la part du changement dû à la modification des conditions socioéconomiques et humain de celui lié à l'amélioration de la performance des politiques de santé.

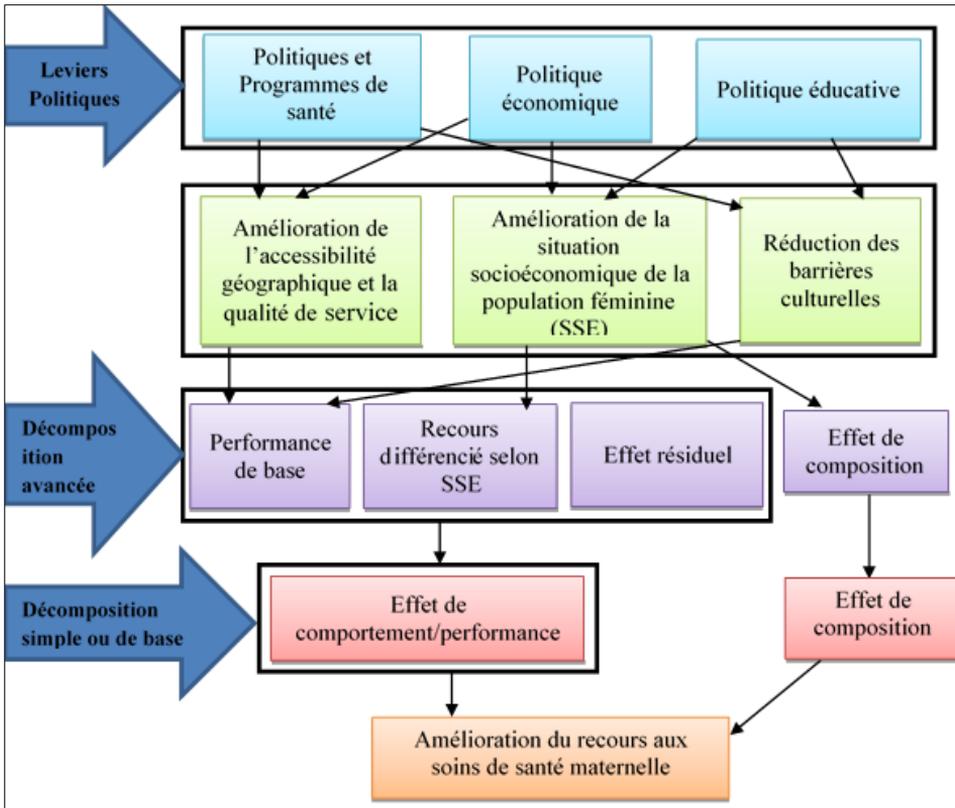
Le schéma ci-dessous est une adaptation du cadre de Beninguisse et al. (2013) au recours aux soins. Ce schéma décrit le lien entre les leviers politiques et l'amélioration des conditions socioéconomiques conduisant à une amélioration du recours aux soins de santé maternelle. Un des leviers importants à prendre en compte dans la compréhension des tendances en matière du recours aux soins de santé maternelle est la politique de santé. Celle-ci représente un ensemble

d'actions et d'éléments pouvant déterminer la performance du système de santé (ressources financières, matérielles et humaines alloués à la santé ; programmes de sensibilisation, politiques de gratuité ou de subvention de la césarienne ou des frais à l'accouchement ; programmes en faveur du traitement du paludisme chez les femmes enceintes, notamment la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticides, etc.). Un deuxième aspect non négligeable est la politique en matière d'éducation (programmes de scolarisation et d'alphabétisation). En effet, l'acquisition d'un niveau élevé d'instruction permet de façonner les comportements des individus et sa diffusion au sein d'une population, particulièrement celle féminine, est susceptible d'impacter la propension à utiliser les services de santé. Enfin, les politiques économiques ne sont pas sans effet sur les tendances de l'utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Elles représentent les différentes actions de lutte contre la pauvreté ou destinées à améliorer la performance macro-économique. Toutes ces actions, allant du processus de création de la richesse nationale à la distribution de celle-ci au sein de la population en vue d'une amélioration des conditions de vie sont susceptibles d'impulser le changement dans l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et parturientes.

L'effet de composition représente un changement du phénomène étudié imputable à une recomposition sociale, c'est-à-dire à une modification de la distribution statistique des différentes couches sociales au sein d'une population. Par exemple, le changement dans la représentation relative (proportion) des diverses couches sociales de la population féminine peut modifier, par "effet mécanique de pondération", la moyenne nationale du recours aux soins en ce sens que certains groupes peuvent utiliser moins les services que d'autres.

En revanche, l'effet de comportement, ou dit de performance, est moins mécanique que celui lié à la composition. Il renvoie à un changement réel du phénomène étudié au sein d'un ou plusieurs groupes. À titre d'illustration, si le recours aux soins prénatals augmente dans un groupe, en considérant toutes choses égales par ailleurs, le taux d'utilisation des services de santé maternelle au niveau national augmentera également. Dans ce cas, ce n'est pas le changement des effectifs relatifs qui est en cause mais plutôt les niveaux de recours aux soins dans au moins un groupe de femmes. Comme indiqué dans le schéma, cet effet de comportement se décompose aussi en performance de base, effet de différenciation et effet résiduel. La performance de base indique que le changement a lieu chez les femmes indépendamment de leur rang social. Ceci est attribuable à la politique d'offre de services de santé et plus globalement au système de santé. En revanche, l'effet de différenciation met en évidence un changement de recours qui varie, non pas à cause de la recomposition socioéconomique de la population, mais d'une catégorie socioéconomique à une autre. Quant à l'effet résiduel, il représente une modification attribuable aux facteurs non pris en compte.

Figure 1.4 : Cadre d'amélioration du recours aux soins de santé maternelle dans la perspective de la décomposition (décomposition de base ou simple et décomposition avancées)



Cette approche par la décomposition permet de comprendre le changement en matière recours aux soins (augmentation du niveau de recours aux soins) à un niveau agrégé en distinguant les contributions respectives de l'offre de services de santé et des modifications de la structure de la population à ce changement. Elle permet aussi d'identifier les poids respectifs des différents groupes socioéconomiques au changement social intervenu au niveau national. À ce titre, elle a le mérite de pouvoir d'appréhender les tendances des inégalités entre les catégories socioéconomiques en fonction de leur contribution au changement mais à un niveau agrégé en ignorant totalement le rôle de l'individu dans son contexte. Exclusivement descriptive, cette approche par la décomposition ne permet pas de prendre en compte les modes d'influence du contexte socioéconomique sur les comportements individuels. Pourtant le rôle de l'individu dans un contexte donné semble important à toute explication des inégalités. Par conséquent, le cadre de décomposition semble inapproprié pour l'étude de l'influence sociale à travers les relations interpersonnelles au sein des réseaux. Elle ne permet pas non plus de cerner l'effet du développement socioéconomique et humain local sur les inégalités individuelles de recours aux soins. Ces

dimensions sociale et contextuelle se retrouvent dans l'Approche par les Capabilité (AC) qui est plus complète dans sa conceptualisation.

1.6.2 L'Approche par les capacités (AC)

L'Approche par les Capabilités (AC), proposée par Amartya Sen considère l'individu dans son contexte. Ainsi, elle dépasse non seulement les limites des analyses agrégées qui, comme celle de la décomposition, restent essentiellement descriptives, mais aussi les approches qui isolent l'individu de son contexte. L'AC a notamment été conçue dans la perspective des mesures du développement humain visant à dépasser les approches économiques classiques, utilisant le niveau de revenu comme seul étalon de mesure. Elle considère les multiples dimensions de la pauvreté, les causes des inégalités de bien-être, les privations réelles des individus dans la perspective de leurs différents besoins. Elle met l'accent sur l'équité des opportunités plutôt que sur l'aboutissement en termes d'égalité, de satisfaction et d'insatisfaction (Sauvain-Dugerdil, 2014). Cette approche attire l'attention sur le fait que le progrès social doit se centrer sur les libertés ou opportunités réelles offertes à une personne qui lui permettent une large possibilité de choix (entre plusieurs alternatives) ou d'options qu'elle a des "raisons de valoriser". Multidimensionnelle et interdisciplinaire, elle a déjà été utilisée par des chercheurs de domaines divers : notamment comme un cadre de justice sociale pour la réforme des systèmes de santé et des politiques de santé publique (Chakraborty, et Chakraborti, 2015 ; Ruger, 2004, 2006a, 2009), pour l'évaluation des politiques sociales (Bonvin et Rosenstein, 2011) et dans des études démographiques (Sauvain-Dugerdil, 2014).

L'AC repose fondamentalement sur deux distinctions importantes. Premièrement, Sen fait la différence entre ce qu'il appelle fonctionnements (ou accomplissements ou réalisations) d'un individu et ses capacités ou libertés réelles de mener la vie de son choix. Les fonctionnements représentent ce que fait ou comment se comporte l'individu à un moment donné, par exemple le fait de recourir ou non aux soins de santé. Cette distinction terminologique est fondamentale dans l'approche par les capacités en ce sens que deux personnes ayant un accomplissement ou une réalisation similaire, n'ont pas nécessairement les mêmes possibilités ou le même degré de liberté réelle. De même, les personnes ayant des opportunités similaires peuvent avoir des réalisations différentes. Sen illustre son argumentation par un exemple repris par Bonvin et Rosenstein (2011 : pages 1-2) : « si quelqu'un se trouve dans un contexte de pénurie ou de famine, le fait de ne pas se nourrir relève d'une contrainte, tandis qu'une personne habitant dans un contexte d'abondance alimentaire pourra plus facilement faire le choix de se nourrir ou pas ». Ces deux personnes : l'une agissant par conformisme ou sous la contrainte et l'autre qui jeûne volontairement avec une alternative de pouvoir bien se nourrir, ne peuvent pas être comparés en termes de bien-être. Pareillement, une femme enceinte, ayant à sa disposition des possibilités (accès financière et géographique) de consulter un personnel de santé, peut décider de recourir ou non aux soins prénatals selon son état de santé, sa perception des visites prénatales, etc. tandis que celle n'ayant aucune possibilité financière se voit contrainte de ne pas demander des soins même si

elle aurait voulu se rendre dans un centre de santé pour le suivi prénatal ou l'accouchement.

La distinction entre fonctionnements et capacités pose la problématique des moyens à disposition des individus pour atteindre les fonctionnements ou réalisations (recours aux soins) conformément à leurs aspirations. Ce qui justifie une seconde distinction importante qui oppose les ressources ou dotations à la capacité de les utiliser. Il existe très souvent un gap entre la disponibilité de ces ressources et la liberté réelle des femmes à recourir aux soins de santé. De ce point de vue, deux personnes peuvent disposer des mêmes ressources sans nécessairement avoir les mêmes capacités ou libertés réelles d'utiliser celles-ci. L'exemple du vélo, donné par Sen, est très illustratif de cette distinction entre ressources et capacités. Même dans une société où chacun a un vélo et où le droit de faire du vélo est garanti à tout le monde, la possibilité réelle des individus de jouir de cette ressource (bien et droit formel similaires pour tous) peut être différente en raison des inégalités de capacité à l'utiliser, ce que Sen dénomme "facteur de conversion". Ainsi, la disponibilité des ressources ne suffit pas à accroître le bien-être ou la justice sociale, encore faut-il qu'il existe des facteurs de conversion qui permettent à l'individu d'étendre ses possibilités réelles à utiliser les services conformément à son choix et ses aspirations. C'est dans ce sens que Bonvin et Rosenstein (2011) estiment que l'efficacité des politiques publiques réside en leur capacité de rendre égales les libertés réelles des individus dans une collectivité et d'assurer à chacun la possibilité d'agir en toute liberté pour vivre la vie de leur choix.

Grosso modo, le fondement de l'approche par les capacités réside en la distinction entre les ressources, les capacités d'utiliser celles-ci, les capacités (liberté réelle de choisir son mode de vie) et les fonctionnements. Cette liberté réelle des personnes dépend donc autant de la présence de ressources que de la possession de facteurs de conversion favorables, tous deux influencés par le contexte socio-culturel et environnemental dans lequel elles évoluent. Le rôle des individus eux-mêmes (leur agencéité, *agency*) - c'est-à-dire leur capacité d'action en faveur de leur bonne santé – est donc primordial dans la réalisation de leurs capacités. Selon Ruger (2007 : page 89) « Even if society guarantees equal access to high-quality healthcare, individuals must exercise their health agency to make use of these resources and translate them into maximal levels of health functioning. What I call health agency, thus, entails a more specific form of human agency that relates particularly to one's health and constitutes individuals' and groups' ability to pursue valuable health goals. More specifically, I argue, health agency includes more than health knowledge but effective decisional balance with respect to health, self-management and self-regulation skills, and ability to command control of personal and professional situations to pursue health, among other important qualities ». Les individus ne sont pas des bénéficiaires passifs des ressources du contexte, ils agissent comme des acteurs de leur propre santé pour transformer ces ressources de santé en un fonctionnement effectif (recours aux soins). À ce titre, ils doivent être capables de recourir librement aux soins maternels pour atteindre ce qu'ils estiment être une bonne santé. En plus de mettre l'accent sur les possibilités à un moment donné et les facteurs qui y sont associés, l'AC permet d'examiner les raisons qui font que les personnes jouissant

des mêmes opportunités peuvent se retrouver dans des situations différentes en termes de fonctionnements.

1.7 Synthèse du premier chapitre

En conclusion, ce chapitre a permis de passer en revue les études empiriques et différents modèles théoriques qui traitent des déterminants de l'utilisation des services de santé pendant la grossesse et l'accouchement. La littérature, relative aux questions de santé maternelle, fait ressortir une diversité de modèles théoriques sur lesquels se fondent d'ailleurs très peu d'études empiriques en Afrique subsaharienne. Parmi les aspects peu abordés par cette littérature, figure le contexte social qui pourtant apparaît très déterminant dans les inégalités d'accès et de recours aux soins. La prise en compte de la situation des femmes comme agents de leur propre santé - vivant dans des environnements sociaux, politiques et économiques différents qui influencent leurs décisions de recours aux soins - paraît capitale. Il s'agit donc de dépasser les oppositions simplificatrices entre offre et demande de soins, facteurs individuels et du contexte, dimensions objectives et subjectives, en examinant les opportunités réelles des individus partageant un contexte donné (économique, social, culturel) et les inégalités qui subsistent entre les individus. À ce titre, l'Approche par les Capabilités (AC), constitue un cadre pertinent pour notre thèse car elle permet de dépasser l'opposition entre la liberté individuelle et le déterminisme social. En mettant l'accent sur "la liberté des individus de choisir la vie qu'ils ont raison de valoriser", Sen met au centre le rôle actif de la personne (agency en anglais), mais en situant celui-ci dans son contexte. Dans cette perspective, il s'agit de mettre en avant le rôle des femmes, mais situées dans leurs contextes respectifs, en examinant l'éventail des possibilités réelles dont elles disposent (capabilités) selon les ressources (biens et services à leur disposition) et les différents facteurs de conversions pour recourir aux soins de santé maternelle (réalisations).

Bien que l'approche par la décomposition reste descriptive, elle permet néanmoins de mieux comprendre les progrès en cours en matière de santé maternelle et d'en identifier les principales sources. Cet aspect semble totalement ignoré dans les recherches portant sur les questions de santé maternelle. Les effets de comportement et de structure (effet additif de capacitation individuelle à un niveau agrégé), deux concepts clés de l'approche par la décomposition, peuvent s'intégrer aussi dans le cadre des capabilités si l'on les considère respectivement comme des ressources sanitaires et socioéconomiques du contexte. Comme nous l'avons vu plus haut, autant une amélioration de l'offre de services de santé relève de la performance du système de santé, autant un accroissement des proportions nationales de femmes ayant un capital humain élevé ou vivant dans des ménages avec une meilleure condition socioéconomique est impulsé par des leviers politiques notamment éducative et économique qui sont des dimensions importantes du développement socioéconomique d'un pays. De même, on pourrait considérer qu'une hausse de la proportion nationale de femme éduquées ou vivant dans des ménages aisés permettrait, notamment par l'influence sociale ou le soutien social, de contribuer à accroître le niveau national de recours aux soins. Cet effet additif agrégé des

capacités individuelles constitue une ressource du développement socioéconomique et humain au niveau national.

Dans la suite de ce travail, nous utilisons le cadre des capacités qui intègre aussi celui de la décomposition au regard de tout ce qui précède. C'est donc à l'aune du modèle conceptuel des capacités que nous formulons, au chapitre suivant, nos questions et hypothèses de recherche, chapitre dans lequel nous faisons un état des lieux de la problématique de santé maternelle au Mali eu égard aux défis sociodémographiques et économiques de ce pays.

Chapitre 2. Problématique de la santé maternelle au Mali dans un contexte de défis sociodémographiques : Questions et hypothèses de recherche

L'insuffisance de travaux prenant en compte le contexte comme influençant les comportements individuels en matière de recours aux soins, mentionnée dans le chapitre précédent, est problématique pour la compréhension des inégalités d'accès et de recours aux soins. Elle l'est particulièrement dans le contexte malien eu égard aux défis sociodémographiques énormes auxquels le pays doit faire face, aux inégalités géographiques d'accès aux soins et aux résultats mitigés des politiques et programmes de santé.

Enclavé et situé au centre de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un vaste pays couvrant une superficie de 1 241 238 km² dont les deux tiers sont désertiques. Situé à la charnière de l'Afrique noire et blanche, ce pays fait partie de ceux où la situation des femmes enceintes et parturientes reste encore problématique. Le niveau de mortalité maternelle y demeure élevé malgré les efforts visant à améliorer la santé des mères ainsi que celle de leurs enfants. À cela, s'ajoutent de nombreux défis démographiques, socioéconomiques auxquels le pays est confronté. Dans ce chapitre, nous décrivons les défis particuliers que pose la situation démographique et socioéconomique du Mali et leurs implications pour comprendre les facteurs limitant l'accès aux soins maternels. Dans une seconde partie de ce chapitre, nous présentons les questions et hypothèses de recherche adoptées pour mieux cerner les inégalités de recours aux soins au Mali et qui structurent la suite du travail.

2.1 Les défis sanitaires et sociodémographiques du Mali

2.1.1 Au Mali, des efforts d'amélioration de l'offre sanitaire mais des effets quelque peu mitigés

Système de santé peu efficace à réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le système de santé du Mali était exclusivement centré sur la fourniture de soins publics gratuits jusqu'à la fin des années soixante-dix, à travers le premier plan décennal de développement sanitaire (1966-1976) sans aucune intervention du secteur privé. Mais ce système s'est fragilisé avec les programmes d'ajustement structurel (PAS) et face à des difficultés financières qu'a connues le pays aux débuts des années 1980. Les PAS ont largement contribué à brader nombre de structures publiques, ce qui a conduit, vers la fin des années quatre-vingt, à l'adoption du deuxième plan décennal de développement sanitaire (1981-1990) inspirée par la conférence d'Alma Ata (1978) sur les soins de santé primaire. Ainsi, ce plan consacrait une nouvelle stratégie de soins de santé primaire et le développement des structures de santé rurales et la formation d'agents de santé et de caisses de pharmacie villageoises.

Cette seconde phase programmatique du système sanitaire s'est accompagnée d'une libéralisation progressive de la profession médicale et pharmaceutique, notamment en 1985 (Traore, 2001). Tout ceci a conduit à l'adoption de la politique sectorielle de santé en 1990. Son objectif était de réduire la mortalité et la morbidité des mères et des enfants, en cherchant à assurer à la population l'accessibilité géographique et financière à des services de qualité. Cette politique a vu le jour seulement trois ans après la tenue de l'Initiative de Bamako (IB, tenue à Bamako en 1987) portant sur la relance de la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978. L'initiative en question était axée sur le recouvrement partiel des coûts dans les points de délivrance des services, la mise à disposition des usagers de médicaments essentiels génériques et la participation communautaire. Elle avait pour objectifs de permettre l'achat des médicaments essentiels sous forme génériques, d'assurer diverses dépenses de fonctionnement à partir des recettes perçues par les formations sanitaires et d'assurer un droit de regard des utilisateurs sur le personnel de santé à travers la mise en place des comités de gestion (Olivier de Sardan et Valéry Ridde, 2013).

L'élaboration du troisième plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS, 1998-2007), a consacré la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé à travers les programmes de développement sanitaire et social (PRODESS) I (1998-2002), II (2005-2009) et l'extension du II (2009-2011) (Keïta et Konaté, 2003). La politique sectorielle de la santé était destinée à améliorer l'état de santé de la population notamment celle des femmes et des enfants. Un des résultats attendus de cette politique concernait la réduction de la mortalité à travers une amélioration de l'accessibilité des services et de la disponibilité des médicaments essentiels (Blaise et al, 1997). Basée sur la décentralisation du recours aux soins dont le Mali est des pays pionniers et la participation communautaire, la politique sectorielle de santé et de population s'est accompagnée par la mise en place progressive des centres de santé communautaires. Ainsi, depuis 1990, le système de soins de santé a connu une nouvelle organisation ayant conduit à un découpage sanitaire du pays et au renforcement des liens entre les structures de premier niveau (communautaires) et les structures de second niveau (publiques). Le découpage sanitaire est différent de celui de l'administration et s'appuie sur les centres de santé communautaires (CSCOM) gérées par des associations de santé communautaire (ASACO). Les centres sont créés et gérés par des associations privées sans but lucratif liées à l'État par une convention leur conférant un statut qui les distingue des cabinets médicaux privés. Ce statut leur garantit la participation à la réalisation du service public de premiers recours (offre de soins de premier niveau) auprès des populations vivant à ses alentours tout en bénéficiant de certains avantages tels que l'exemption de tout paiement d'impôts et taxes, la participation à des activités de formation et l'obtention de subventions. Les services dans les structures sanitaires au niveau communautaire sont assurés par une équipe d'agents de santé dirigée par un médecin ou un infirmier. Ils fonctionnent à partir de ressources issues de mécanismes de recouvrement des coûts (Balique et al., 2001), comme recommandés par l'IB.

Les différentes actions politiques et programmatiques, ci-dessus mentionnées, ont contribué à une relative accessibilité des soins de santé. Le nombre de

CSCOM augmente très rapidement : de 370 en 1998 à 606 fonctionnels en 2003 (Keïta et Konaté, 2003) et on en dénombre 1 296 en 2016 (Direction des ressources humaines du secteur sante, développement social et promotion de la famille, 2016). En outre, selon le rapport du développement durable de l'ODHD en 2014, la proportion de la population située dans un rayon de 15 Km d'un centre de santé offrant le paquet minimum d'activités était de 90 % en 2010 et celle à moins de 5 Km s'est améliorée de 2007 à 2010 passant de 51 % à 58 %.

Toutefois, les infrastructures sanitaires restent inégalement réparties se traduisant par des disparités géographiques importantes d'accès aux soins. Un des critères de réalisation d'un CSCOM dans une localité réside au fait qu'elle soit peuplée d'au moins 5000 habitants. En considérant cette condition à travers le nombre de CSCOM pour 5 000 habitants, on s'aperçoit que les soins de santé restent encore inaccessibles à un grand nombre de population et que des inégalités géographiques importantes persistent en la matière. Les CSCOM existants ne suffisent pas à fournir les soins de santé à tout le monde eu égard à la population qui ne cesse de s'accroître. Les régions de Tombouctou, Gao et surtout Kidal sont relativement dotées de plus de CSCOM et de Centre de Santé de référence (CSréf) eu égard à leur population (régions faiblement denses), mais les cabinets et cliniques privés y sont absents. Même si le district de Bamako compte moins de CSCOM et CSréf par rapport à sa population, il concentre la plupart des hôpitaux, centre de santé de référence et cliniques comme en témoigne le tableau ci-dessous. En plus, on y trouve six CSréfs en raison d'une par commune, ce qui n'est pas le cas dans les autres régions si non, on aurait eu 703 CSréfs puisque le Mali compte au total 703 communes.

Tableau 2.1 : Infrastructures sanitaires par région

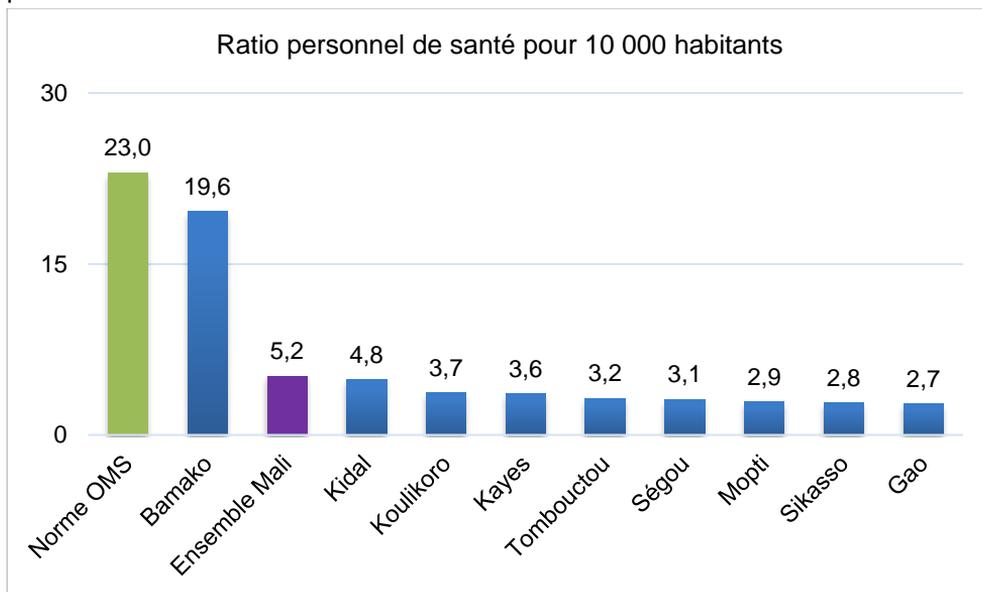
Région	Nombre de CSCOM fonctionnels	Nombre de CSCOM pour 5 000 hbts*	Nbre de Cabine privés	Nbre de cliniques privées	Nombre de CSréf	Population estimée en 2016
Kayes	233	0,46	35	6	10	2 537 187
Koulikoro	212	0,35	32	3	10	3 064 983
Sikasso	230	0,34	62	14	10	3 337 001
Ségou	200	0,33	26	1	8	3 039 357
Mopti	171	0,33	14	0	8	2 571 001
Tombouctou	88	0,52	1	0	5	851 999
Gao	60	0,49	0	0	3	614 370
Kidal	41	0,58	0	0	5	352 834
Bamako	61	0,13	335	75	6	2 284 999
Total	1296	0,35	505	99	65	18 653 731

Source : Annuaire statistique des ressources humaines du secteur de la santé (2016).

* nos propres calculs

Outre l'insuffisance et la répartition inégale de l'offre, le secteur de la santé connaît aussi des problèmes de disponibilité du personnel, surtout qualifié, qui entravent l'atteinte des objectifs dans le cadre des politiques visant à améliorer la santé des mères. Dans l'ensemble on observe une insuffisance numérique des médecins, sages-femmes, infirmiers ou infirmières obstétriciennes et la situation est encore moins reluisante dans les autres régions du Mali. Même à Bamako (la capitale), où l'essentiel des infrastructures et du personnel est concentré, on reste en deçà des normes de l'OMS en la matière. Après Bamako, la région de Kidal⁹ et dans une moindre mesure celles de Koulikoro et Kayes sont les plus dotées en personnel relativement à leur population. De plus, le personnel déjà limité en nombre, est très souvent soumis à des mauvaises conditions de travail : faible rémunération et motivation, insuffisance de formation et de mise à niveau entre autres.

Figure 2.1 : Densité du personnel de santé (médecin, sage-femme et infirmier) pour 10 000 habitants



Source : Annuaire statistique des ressources humaines du secteur de la santé (2016).

La carence d'offre sanitaire constatée ci-dessus constitue un obstacle important au suivi prénatal et à l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié comme en témoigne la littérature. Dans une étude, Pirkle et al. (2011) ont examiné l'accessibilité, mesurée par le transport dans les hôpitaux, sur le niveau de mortalité dans la région de Kayes (Mali). Il en ressort que le temps de déplacement pour atteindre l'hôpital était associé à l'augmentation du niveau de

⁹ La région de Kidal regroupe ici deux autres nouvelles régions : il s'agit des régions de Ménaka et de Taoudénit.

mortalité. Les taux de mortalité intra hospitalière augmentaient significativement lorsque le temps de déplacement à l'hôpital dépassait quatre heures. De même, Gage (2007) a examiné les obstacles à l'utilisation des soins de santé maternelle en milieu rural malien. Selon lui, les femmes maliennes qui vivent entre 10 et 15 km d'un centre de santé ont en moyenne plus de risques d'accoucher sans l'aide d'un personnel qualifié par rapport aux femmes qui vivent plus près. Cet éloignement des centres de santé, conjugué à la rareté des services de transports constitue un obstacle majeur dans l'utilisation des services de santé pour les mères. À en croire l'auteur, les femmes vivant à moins de 15 minutes d'un service de transport avaient en moyenne plus de chances d'avoir effectué au moins 4 visites prénatales que celles se situant à plus de 15 minutes.

- **Politique de gratuité de la césarienne saluaires mais résultats mitigés**

La politique d'exonération des coûts liés à la césarienne, dont nous reviendrons sur la genèse dans le chapitre quatre, a été mise en place en 2005 au Mali. Elle prend en charge les frais liés à la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé dans les cercles, les communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des armées du pays. Cette politique vise à améliorer l'accès des femmes aux services à l'accouchement par du personnel qualifié et aux soins obstétricaux d'urgence afin d'accélérer l'atteinte de l'objectif 5 des OMD. Entièrement financée par le budget national, elle s'applique au coût direct de la césarienne (les examens préopératoires, les kits de césarienne, l'acte chirurgical, le traitement postopératoire et l'hospitalisation) (El-Khoury et ses collègues, 2011).

Un certain nombre d'études se sont penchées sur leurs effets au Mali. C'est le cas de Fournier et ses collaborateurs (2014) qui mettent en évidence une augmentation du taux de césarienne (de 0,25 à 1,5 %) dans la région de Kayes après la mise en place de la politique. Ce résultat pourrait signifier un besoin inexprimé du fait d'un faible niveau de recours aux soins obstétriques. On pourrait donc attribuer à la gratuité de la césarienne la hausse, si modeste qu'elle soit, de l'utilisation des services de santé.

Cependant, l'augmentation de la césarienne constatée dans cette région a bénéficié surtout aux femmes parturientes qui résident dans des localités où les infrastructures sanitaires sont disponibles à en croire les auteurs ci-dessus mentionnés. Cela suppose que la césarienne reste inaccessible à une grande majorité des femmes notamment celles vivant dans les zones rurales où les services de santé, dans lesquels la césarienne est prise en compte, sont quasi inexistantes. De même, El-Khoury et ses collègues (2011), dans une étude sur l'équité dans l'accès aux exonérations de la césarienne, font le constat que la politique bénéficie aux couches socioéconomiques les plus favorisées. Les femmes les plus riches représentaient 58 % de toutes les césariennes tandis que celles les plus pauvres représentaient 27 %. Ces dernières en reçoivent en proportion faibles alors que leur part dans la population des femmes parturientes est plus élevée, précisent-ils. Ce qui laisse croire que malgré qu'elles soient destinées à supprimer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé

maternelle, ces exonérations restent encore insuffisantes pour assurer l'égalité d'accès entre les groupes sociaux.

Une des difficultés dans la mise en œuvre de la césarienne gratuite réside aux problèmes d'approvisionnement des établissements sanitaires en kits de césarienne. Cela se traduit par des ruptures fréquentes de stock de médicaments. Par conséquent, même si les patientes sont exemptées du paiement de certains médicaments supposés être gratuits, il est souvent fort probable que des ordonnances leurs soient prescrites pour paiement (Olivier de Sardan et Valéry Ridde, 2013).

Au regard de tout ce qui précède, on pourrait dire que la politique de césarienne est louable en ce sens qu'elle permet, plus ou moins, de réduire les coûts d'utilisation des services de santé obstétricaux. Mais force est malheureusement de constater que sa mise en œuvre souffre de certains dysfonctionnements dans un contexte d'insuffisances de services de santé et de personnels formés, inégalement répartis géographiquement sur le territoire.

- **Difficultés dans la mise en œuvre du Système de Référence Évacuation (SRE)**

La politique de gratuité de la césarienne était accompagnée par la mise en place du système de référence évacuation (SRE) traduisant l'engagement du Mali à réduire la mortalité maternelle. Instauré en 2001, le SRE avait pour objectif d'améliorer l'identification des complications obstétricales au niveau des CSCOM, de faciliter la référence vers les centres de santé de référence (CSRéf) et la prise en charge rapide pour des soins d'urgence efficaces. Cette mesure était destinée à réduire les barrières financières en assurant systématiquement l'évacuation des parturientes en cas de complication vers des services de santé pour des soins d'urgences d'autant plus qu'elle a été mise en place à un moment où plus de 60% de la population vivait sous le seuil de pauvreté (Soors et al., 2008).

La mise en œuvre et l'opérationnalisation du système de référence évacuation obéissent globalement aux trois composantes (Fournier et al, 2009a) ci-après (voir encadré ci-dessous pour une description plus détaillée).

- Un dispositif de financement à travers la caisse de solidarité.
- Un système d'alerte et d'évacuation et d'évacuation sanitaire.
- La mise en place de la référence obstétricale (accouchement normal et identification rapide des risques et complications au premier niveau dans les CSCOM, accouchement compliqué avec transfusion et de chirurgie au deuxième niveau dans les CSRéf, accouchement compliqué avec possibilité de transfusion et de chirurgie au deuxième niveau).

Cela étant, chaque cercle (deuxième découpage administratif après la région) avait la possibilité d'adapter le système aux réalités locales avec notamment l'appui des directions régionales de santé et de développement social.

Description du programme

Pour réduire le taux de mortalité maternelle, le gouvernement du Mali a mis en place un système de référence-évacuation (SRE) pour les urgences obstétricales, qu'on définit comme étant un état grave lié à la grossesse ou à l'accouchement et qui requiert une intervention médicale d'urgence afin d'empêcher la mort probable de la femme (Maine et al., 1997). Ce système de référence vise à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence, mais aussi l'accès des femmes à ces soins, et cela dans le but de diminuer la létalité des complications obstétricales. Sommairement, Il est articulé autour de trois composantes principales : un système de financement (des caisses de solidarité) ; un système d'alerte et d'évacuation sanitaire (des ambulances et des radios) ; la mise à jour des soins obstétricaux d'urgence dans les CSCOM et les CSRéf.

- **Les caisses de solidarité.** Elles ont été mises en place dans chaque district pour réduire les coûts assumés par les femmes lors d'une complication. Des partenaires locaux (ASACO, Mairies, CSRéf) font des contributions financières à la caisse sur une base régulière ; la contribution de chaque partenaire étant établie annuellement par consensus. L'argent de la caisse est utilisé en cas d'évacuation, pour payer une partie des coûts directs et indirects (par exemple, le carburant de l'ambulance, l'allocation journalière du chauffeur, l'amortissement de l'ambulance, les soins fournis). Avant la mise en place des caisses de solidarité, la totalité de ces coûts devait être assumée par les patientes, ce qui constituait une barrière financière importante et pouvait retarder de façon considérable l'obtention de soins appropriés.

- **Le système d'alerte et d'évacuation.** Chaque CSCOM dispose d'une radio rurale permettant de contacter le CSRéf. On utilise aussi de plus en plus les téléphones cellulaires pour communiquer avec le CSRéf. Chaque CSRéf dispose d'au moins une ambulance pouvant assurer l'évacuation des urgences obstétricales du CSCOM au CSRéf, une fois l'appel lancé par le CSCOM.

- **Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) a deux niveaux.** Des activités de formation et des achats d'équipements ont permis d'améliorer la disponibilité et la qualité des SOU, qui sont organisés en deux niveaux. En premier lieu, les SOU 1, dans les CSCOM, où le personnel prend en charge les accouchements normaux, l'identification des complications et la référence des complications graves au CSRéf. Les CSCOM sont majoritairement dirigés par un infirmier, alors qu'une matrone procède généralement aux accouchements. Quelques CSCOM, dirigés par des médecins détenant une formation spécifique en SOU de base, peuvent offrir des soins plus complexes tels que des perfusions d'ocytocines et l'utilisation de la ventouse ou des forceps. Et en second lieu, les SOU 2, dans les CSRéf, où le personnel s'occupe des accouchements compliqués et de la prestation des SOU complets. Les CSRéf sont dotés d'un bloc opératoire, et la plupart d'entre eux peuvent faire des transfusions sanguines.

Source : Fournier et al. (2009b).

La prise en charge des évacuations d'urgences apparaît très déterminante dans l'amélioration de la santé des mères. Son effet sur l'amélioration de l'accès et la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et la réduction des taux de mortalité maternelle a déjà fait l'objet d'une étude dans les zones rurales de la région de Kayes (Fournier et al, 2009b). Cette étude met en évidence l'amélioration de la santé des parturientes deux ans après la mise en place d'un système de référence dans cette zone. Le risque de décès maternel a baissé de moitié après la mise en œuvre de l'intervention chez les femmes traitées pour une urgence obstétricale par rapport à celui enregistré avant l'intervention. De plus, les taux de mortalité maternelle ont diminué davantage chez les femmes référées pour des soins obstétricaux d'urgence que parmi celles qui se sont présentées au centre de santé sans être référées.

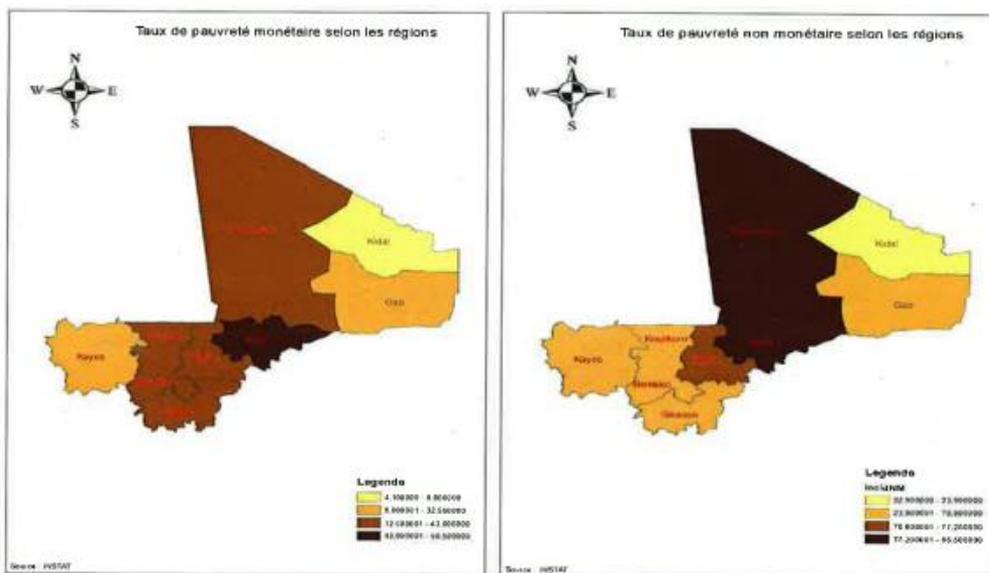
Cependant une des raisons de l'exclusion des parturientes les plus démunies de la césarienne réside au fait que les références ou évacuations des urgences obstétricales ne sont pas prises en compte par la politique. Elles devraient être théoriquement couvertes par les caisses de solidarité qui sont généralement alimentées par les contributions de la mairie, du centre de santé de référence, du conseil de cercle et les associations de santé communautaire (ASACO) (Blaise et al, 1997 ; Fournier et al, 2009a). Mais les dysfonctionnements dans la gestion de ces caisses font que le transport pour les évacuations des urgences obstétricales est, dans la plupart des cas, laissé à la charge des ménages. Ce poids financier important ne pouvant généralement être supporté que par les ménages les plus nantis fait que la gratuité de la césarienne profite pleinement aux couches sociales les plus favorisées au détriment des plus pauvres (El-Khoury et al, 2011). « Le transport en ambulance n'est pas inclus dans le paquet de services concernés par les exemptions. Cela pose un grave problème dans la mesure où l'évacuation rapide en cas d'accouchement dystocique est un facteur décisif de lutte contre la mortalité maternelle, inséparable de l'intervention chirurgicale. Or, le coût de l'évacuation peut facilement atteindre et même dépasser le coût de la césarienne elle-même et il reste à la charge des familles, qui doivent mobiliser dans l'urgence une somme importante (Olivier de Sardan et Ridde, 2013).

2.1.2 Pauvreté et persistance des pratiques d'auto médication et de traitements traditionnels

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres au monde car la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté. En 2009, environ trois quarts de la population vivait avec moins de 3,10 dollars par jour (77 %) et la moitié y vivent avec moins de 1,90 dollars (50 %) (Banque Mondiale, 2016). L'économie du Mali repose essentiellement sur l'agriculture, l'élevage et la pêche et plus récemment sur l'exploitation minière, notamment l'or. Ce secteur primaire occupe près de 80 % de la population active et représente entre 34 et 36 % du PIB. Cette économie est caractérisée par sa vulnérabilité car fortement tributaire des aléas climatiques et de l'aide extérieure. Cette dépendance aux aléas climatiques est une source de précarité pour les populations. En 2011, près de la moitié (45 %) de la population malienne était confrontée à des difficultés pour satisfaire les besoins de base selon le rapport de l'enquête modulaire à passage répété auprès des ménages (INSTAT, rapport de l'EMOP, 2012).

Le niveau de pauvreté général cache des disparités géographiques importantes. Un rapport d'étude, récemment réalisée en 2014, analyse la répartition spatiale de la pauvreté monétaire et non monétaire ainsi que ses déterminants. Les régions de Mopti (monétaire et non monétaire) et Tombouctou (non monétaire) regorgent plus de pauvres. À Mopti, la moitié (50 %) de la population dépense moins de 175 513 FCFA annuellement. En termes des conditions de vie, plus de quatre cinquièmes des ménages sont considérés comme pauvres dans ces deux régions (86,5 % à Mopti et 85,5 % à Tombouctou). On observe en revanche que le District de Bamako (la capitale) et la région de Kidal (située dans la partie septentrionale) sont moins touchés par la pauvreté, tant monétaire que non monétaire (respectivement 8,8 % et 4,1 % vivent avec moins de 175 513 FCFA de dépense annuel). En outre, la pauvreté au Mali est plus répandue en milieu rural quelle que soit la mesure retenue, (Cahier de l'INSTAT, 2016).

Figure 2.2 : Répartition spatiale du taux de pauvreté monétaire et non monétaire au Mali en 2011



Source : Cahier de l'INSTAT, Méthode et Analyses statistiques, 2016

Ce niveau de pauvreté enregistré au Mali n'est pas favorable au recours aux soins notamment de santé maternelle. Une des conséquences de cette pauvreté est la prégnance des traitements traditionnels et de l'automédication. Malgré des succès réalisés ces dernières années dans la médecine conventionnelle, on note une persistance de la médecine traditionnelle exercée par des herboristes, des guérisseurs, des marabouts etc. On les retrouve aussi bien dans le secteur formel (ceux recensés et reconnus par l'INRSP) que dans celui de l'informel. D'une manière générale, la première chose en quête de soins au Mali consiste en l'automédication à base de plantes curatives ou de produits pharmaceutiques (Diakité et al., 1993 ; Diarra, 1993 ; Berthe et al., 2009). Il s'agit d'un recours à

l'utilisation de plantes médicinales achetées ou cueillies. En effet, les personnes qui pratiquent cette forme d'automédication, peuvent se procurer des plantes curatives qui leur ont été recommandées par d'autres à la suite d'une expérience personnelle. Elles peuvent également se les procurer par suite des recettes qui leur ont été données par un parent ou un proche. Le recours à l'automédication qui se fait également par l'acquisition des médicaments frelatés disponibles auprès des vendeurs ambulants ou dans des boutiques. Ainsi, la pratique de l'automédication se fait aussi bien par le recours aux plantes médicinales que par l'achat des produits pharmaceutiques vendus en dehors des pharmacies. Cet itinéraire thérapeutique est suivi par bon nombre de maliens, ce qui n'est pas sans influence sur la santé des populations et partant sur la mortalité.

Au nombre des facteurs expliquant ce phénomène, figurent le faible pouvoir d'achat des ménages. Les services de santé sont moins utilisés par les pauvres que par les non-pauvres et moins par ceux du milieu rural que ceux vivant en milieu urbain. La faiblesse du pouvoir d'achat conduit ainsi à réduire les consultations préventives et à privilégier des solutions alternatives (Konaté et al., 2003).

2.1.3 Défis démographiques actuels

État et structure de la population

La population du Mali était de 6 394 918 habitants en 1976. Ce chiffre est passé respectivement à 7 696 348 ; 9 810 911 et 14 528 662 en 1987, 1998 et 2009 (selon les Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat). Il a atteint en 2015, 17 819 002 selon les estimations de la Direction Nationale de la Population du Mali (DNP), ce qui n'est pas loin du chiffre des Nations Unies (17 600 000 en 2015). Ainsi, en moins de 50 ans, l'effectif de la population a plus que doublé. Aujourd'hui, un des défis majeurs pour le pays réside en la maîtrise de sa population qui croît à un rythme sans précédent. De 1,7 % en moyenne entre 1976 et 1987, le taux d'accroissement a atteint 3,6 % sur la période intercensitaire de 1998 à 2009, en passant par 2,2 % entre 1987 et 1998.

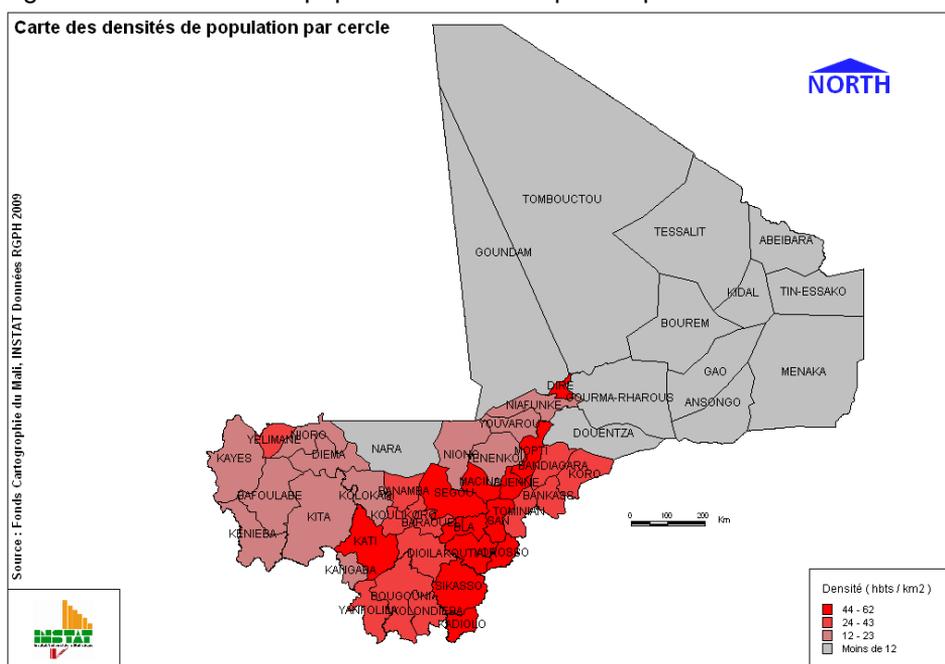
À l'image de la plupart des pays en développement, la population malienne est à prédominance jeune et se caractérise par une proportion très faible de personnes âgées. La proportion des moins de 15 ans se stabilise depuis 1976 : 44 % de la population totale en 1976, 46 % en 1998 et 46,6 % en 2009 (46,6 %). Outre cette extrême jeune, la population malienne est majoritairement rurale (77 % contre 23 % en milieu urbain en 2009).

Cette population est inégalement répartie sur l'étendue du territoire national. Les régions du sud concentrent à elles seules un peu plus de la moitié de la population totale du pays : Sikasso (18,2 %), Koulikoro (16,7 %) et Ségou (16,1 %). En revanche, l'effectif de la population des trois régions du Nord représente moins de 10 % de la population totale enregistrée en 2009 : Tombouctou (4,6 %), Gao (3,7 %) et Kidal (0,5 %). Une personne sur dix (12,5 %) vit dans le district de Bamako. Mais lorsqu'on tient compte de la superficie des différentes régions, Bamako devient la localité la plus dense (6 780 habitants au Km²). La forte concentration de la population dans les régions sud autre que Bamako se trouve

aussi corroborée avec des densités très élevées. Comme on peut le constater sur la carte ci-dessous, les régions du Nord sont moins habitées par rapport à leur superficie. La région de Kidal est la moins dense avec moins d'un habitant au km².

La population d'âge actif au Mali représente moins de la moitié de la population (48,4 %). Le rapport de dépendance théorique (nombre d'inactifs pour 100 personnes d'âge actif), y est aujourd'hui supérieur à 100 (102,8). On pourrait par conséquent dire que la prise en charge des dépendants surtout des jeunes pèse beaucoup sur la population adulte surtout dans un contexte de taux de chômage déjà élevé notamment dans les villes (10,6 % dans l'ensemble, 13 % en milieu urbain et 9,8 % en milieu rural : INSTAT, 2016).

Figure 2.3 : densité de la population du Mali réparties par cercle



Source : RGPH 2009 – INSTAT

La forte croissance et l'extrême jeunesse de la population constitue une forte pression sur l'offre sanitaire et autres infrastructures socioéducatives. Le poids excessif de la jeunesse résulte à la fois du maintien de la fécondité à un niveau élevé et de la baisse de la mortalité surtout infantile que nous aborderons dans les points suivants.

Stagnation de la baisse de la fécondité et faible utilisation de la contraception

Bien que le nombre moyen d'enfants par femme ait connu une baisse ces dernières années, la fécondité se situe encore à un niveau très élevé. Elle s'est presque stabilisée autour de la moyenne de 6 enfants par femme depuis 1996. En effet, de 7,1 en 1987 ; le nombre moyen par femme est passé à 6,7 en 1996 ; à 6,6 en 2006 et à 6,1 en 2013. L'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée en 2013 n'a pas couvert les trois régions du Nord (Tombouctou, Gao et Kidal) ainsi que trois cercles de la région de Mopti (Douentza, Ténenkou et Youwarou) en raison de la crise sécuritaire dans cette partie du pays. Ainsi, le niveau de fécondité pourrait donc avoir été sous-estimé en 2013 et ne saurait donc être comparé avec celui des années antérieures (1987, 1995, 2001 et 2006). Les projections de la Division Population des Nations Unies pour 2015 ont fourni les taux de fécondité par âge des femmes et il en ressort un indice synthétique de 6,3 enfants par femme en âge de procréer. Cet indice obtenu à partir des projections des Nations Unies semble refléter la réalité par rapport à celui de l'Enquête Démographique et de Santé de 2012-2013.

Le niveau de fécondité du Mali correspond donc au schéma classique d'un régime traditionnel de fécondité qui se caractérise par une préférence pour une descendance nombreuse. Mais ce niveau ne doit pas cacher les disparités énormes et le fait que la fécondité est relativement plus faible chez certains groupes de femmes. Si la fécondité est restée stable ces quinze dernières années au Mali, c'est aussi parce que le nombre moyen d'enfant par femme est resté presque constant depuis 1987 en milieu rural où réside la majorité de la population (77 %) et où les normes et valeurs culturelles restent encore très prégnantes relativement au milieu urbain. Le nombre moyen par femme en milieu rural était respectivement de 7,2 et 6,5 en 2006 et 2013 contre 5,4 et 5 chez les femmes urbaines. Cette différence urbain-rural en termes de fécondité existe depuis quasiment près de 30 ans. De plus, les femmes instruites c'est-à-dire ayant atteint au moins le niveau d'enseignement secondaire ont près de trois enfants de moins que celles qui n'ont pas été du tout scolarisées (la différence avec les femmes de niveau primaire n'est pas grande : 0,5). Tout comme l'écart urbain-rural, les disparités associées à l'éducation de la femme sont restées inchangées car le niveau de fécondité est resté stable au sein de chacun des groupes.

Cette stabilité de la fécondité est en partie liée à la faible utilisation des méthodes contraceptives même si la prévalence contraceptive moderne, chez les femmes en union, a augmenté, passant de 2,1 % en 1987 à 7 % en 2006 et 10 % en 2013. Pourtant, le Mali est l'un des pays francophones pionniers à avoir introduit la planification familiale depuis la fin des années 1960. À partir de 1967, un projet pilote de planification familiale dans la capitale (Bamako) a été entrepris par le biais de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF) sans une politique officielle sur la question (Kaggwa et al., 2008). Les activités de cette association étaient essentiellement focalisées sur l'Information, l'Éducation, la Communication (IEC) et le plaidoyer jusqu'en 1972.

Ces activités n'ont pas permis une diffusion plus rapide des méthodes, ce n'est qu'après l'adoption en 1991 d'une politique officielle en matière de population que ces méthodes ont commencé à être mieux connues des couples. Malgré une plus

grande connaissance actuelle des différentes méthodes par les femmes, la pratique contraceptive concerne principalement les femmes urbaines et instruites. La prévalence contraceptive moderne est plus de trois fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (22 % contre 7 %). Elle est de 27 % chez les femmes instruites (celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus) contre 13 % et 8 % respectivement parmi celles du primaire et sans instruction. De plus, le nombre idéal moyen d'enfants par femme estimé à 5,9 en 2013, reste très proche de l'Indice Synthétique de Fécondité (6,1) (EDS, 2012). Cela traduit encore une aspiration à une descendance nombreuse au Mali. Par conséquent, tout porte à croire que la population malienne va continuer à augmenter encore plus longtemps en raison de la stabilité de la fécondité et la présence des générations de jeunes toujours plus nombreuses qui alimentent la base de la pyramide. Ce constat est d'autant plus plausible qu'on observe une tendance à la baisse de la mortalité surtout des enfants de moins de 5 ans.

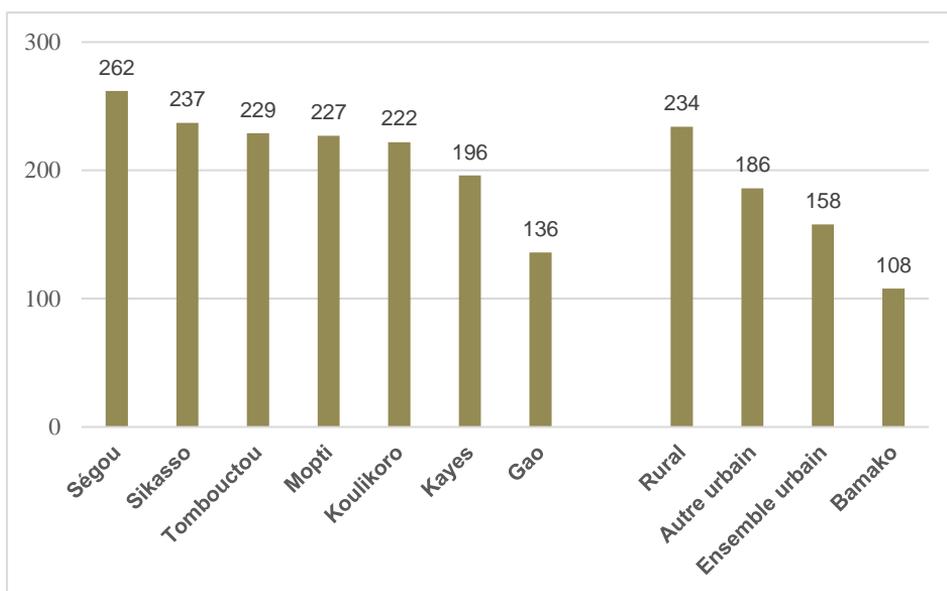
Tendance à la baisse de la mortalité, mais qui demeure toujours relativement élevée

Au Mali, l'espérance de vie à la naissance a évolué suivant deux phases entre 1976 et 2009. Durant la première décennie, il a été enregistré une baisse significative entre 1976 et 1987 (augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 47 à 57 ans) et ce déclin a été plus important en milieu urbain qu'il ne l'a été en milieu rural. La deuxième phase entre 1987 et 2009, est caractérisée par une stabilisation de l'espérance de vie à la naissance. Cette stagnation pourrait être due au fait que les indicateurs de mortalité en 1987 ont été calculés de façon directe à partir des décès des 12 derniers mois précédant le recensement. Cette méthode pourrait avoir conduit à une sous-estimation de l'espérance de vie à la naissance en 1987. C'est ce qui peut expliquer cette tendance à la stagnation de la mortalité au cours de cette période. Autrement dit, l'espérance de vie aurait été plus élevée en 1987 si elle avait été estimée indirectement et on aurait eu une tendance à la hausse de l'espérance de vie depuis 1976. Les estimations des Nation-Unis confirment un peu cette hypothèse (augmentation continue de l'espérance : 53,8 en 2010 ; 55 en 2013 et 57 années en 2015).

Les données d'enquêtes démographiques et de santé permettent de retracer l'évolution de la mortalité infanto-juvénile. Le constat est que son niveau tant infantile qu'infanto-juvénile suit une tendance à la baisse. Le quotient de mortalité infanto-juvénile est passé de 247‰ en 1987 à 191‰ en 2006 et 95‰ en 2013. Le risque de décès de 95‰ en 2013 semble sous-estimé pour des raisons que nous avons évoquées plus haut concernant le fait que cette dernière enquête n'a pas couvert toutes les régions. Quant à la mortalité infantile, c'est à partir de 1996 qu'elle a commencé à baisser. Ces progrès réalisés dans la baisse de la mortalité des enfants seraient dû, en partie, aux différents Programmes Élargis de Vaccination (PEV) mis en place par l'État malien et dont bénéficient la plupart des enfants ces dernières années. Depuis 1988, le Gouvernement du Mali a élaboré le PEV dont l'objectif principal était de vacciner en cinq ans, 80 % des enfants de moins d'un an contre six maladies cibles (diphtérie, tuberculose, coqueluche, tétanos, poliomyélite, rougeole). C'est surtout au cours des dernières années que la couverture vaccinale a enregistré une amélioration : la proportion d'enfants

complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV, qui était de 31 % en 1996, et de 29 % en 2001 a augmenté pour atteindre 48 % en 2006 (CPS/MS, DNSI, MEIC et Macro International Inc, 2006). Toutefois, en dépit d'une tendance générale à la baisse depuis quelques années, la mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure toujours élevée et présente d'énormes inégalités géographiques comme nous pouvons le constater sur la figure ci-dessous. C'est à Bamako, dans les autres milieux urbains, dans les régions de Gao et Kayes dans une moindre mesure que le nombre de décès pour 1000 enfants de moins de cinq est le plus faible.

Figure 2.4 : Taux de mortalité infanto-juvénile (‰) par région et milieu de résidence



Sources : EDS, 2006

En ce qui concerne la mortalité maternelle au Mali, elle a augmenté au cours de la période 1996-2001. De 541 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1996, le rapport de mortalité maternelle avait atteint 582 en 2001. Ce n'est qu'à partir de 2001 que la tendance s'est inversée et depuis lors, on enregistre un déclin régulier des décès maternels. Le ratio a chuté à 368 pour 100 000 naissances en 2013 en passant par 464 en 2006. Cependant son niveau reste encore élevé et les progrès en la matière sont jugés insuffisants par l'OMS (2015) eu égard à la non atteinte de l'objectif de réduction de 75 % du niveau de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 conformément aux engagements pris lors du Sommet du Millénaire consacré à la formulation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

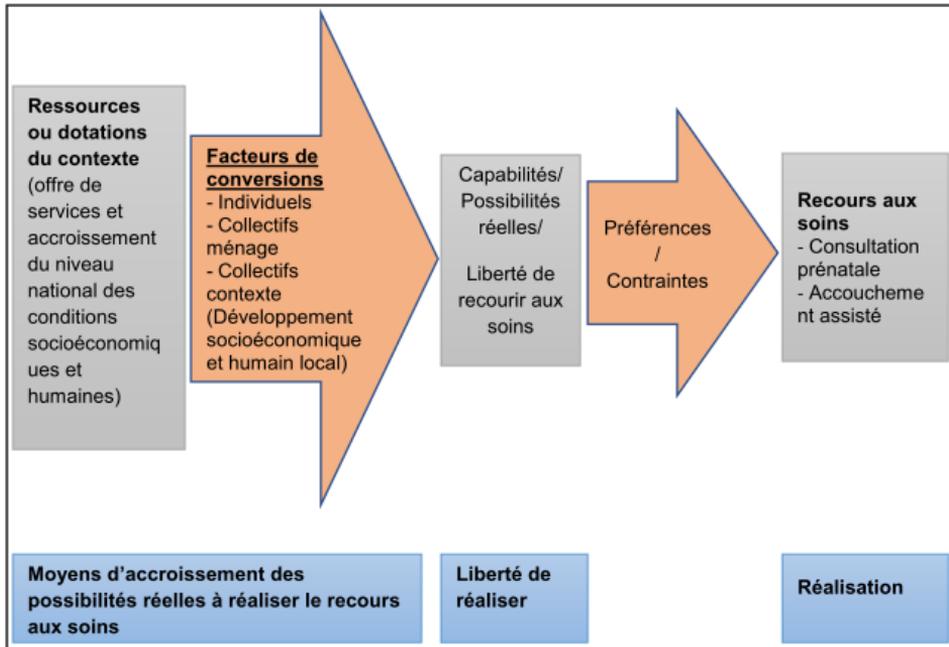
2.2 Cadre conceptuel et thématiques de recherche pour mieux comprendre les inégalités d'accès et de recours aux soins de santé maternelle

L'examen de la situation sanitaire, démographique et socioéconomique du Mali nous a permis d'identifier un certain nombre d'obstacles à l'amélioration de la santé des mères et à la réduction de la mortalité maternelle au Mali. On a souligné en particulier l'insuffisance de l'offre sanitaire. Ainsi, un des défis majeurs qui s'imposent au Mali, est de pouvoir offrir à toute la population des services de santé appropriés dotés d'un plateau technique adéquat et de personnel qualité pour réduire les inégalités de recours aux soins. Cela semble un objectif lointain, surtout si on tient compte des paramètres tels que la forte croissance démographique que connaît le pays. Aux défis de l'offre s'ajoutent ceux liés à la demande : les problèmes de mise en œuvre des politiques et programmes qui peinent à assurer à tous une accessibilité aux services de santé mais aussi la pauvreté à laquelle la population est soumise (inaccessibilité financière) conjugués à l'insécurité qui règne dans les parties septentrionale et centrale du pays se traduisent notamment par un niveau de mortalité maternelle encore très élevé, même si on observe une tendance à la baisse ces dernières années. On observe par ailleurs, des niveaux de recours aux soins et de mortalité maternelle très variables selon les régions et le lieu de résidence. Les actions politiques en faveur de la santé semblent peu profiter aux femmes rurales et aux couches sociales les plus démunies en raison principalement de l'insuffisance de l'offre sanitaire conjuguée à l'inaccessibilité financière.

Eu égard à une santé maternelle qui reste déficiente et fortement inégalitaire, il importe donc de mieux comprendre les différents types de facteurs liés à l'offre de services et à la demande de soins, aux caractéristiques des individus et du contexte, qui se conjuguent pour moduler la réalité du recours aux soins maternels. Comme on l'a vu, la littérature sur les facteurs associés au recours aux soins de santé maternelle est abondante mais ces facteurs (à part la question de l'offre de santé) ne sont appréhendés souvent qu'au niveau individuel.

Comme cela apparaît sur la figure ci-dessus qui applique l'Approche par les Capabilités pour analyser les inégalités en matière de recours aux soins maternels, ce sont les inégalités de possibilités ou libertés réelles qui sont au centre. « La capacité inégale de "vivre la vie qu'on a des raisons de valoriser" résulte de la disponibilité et de l'accessibilité de différents types de ressources, mais aussi de la capacité et de la volonté de les utiliser pour ses propres fins » (Sauvain-Dugerdil, 2014 : page 740). De ce fait, la focalisation sur les libertés réelles ou capabilités des personnes plutôt que sur les fonctionnements effectifs est pertinent et permet de mieux cibler les inégalités en matière de recours aux soins. La compréhension de ces inégalités de recours aux soins de santé maternelle passe par l'examen des moyens qui permettent aux femmes enceintes et parturientes d'élargir leurs possibilités d'action et donc accroître leurs libertés de recourir aux soins si elles le désirent. Les moyens dont peuvent disposer les femmes représentent les ressources ou dotations du contexte et les facteurs de conversion tant individuels que collectifs pour utiliser ces ressources.

Figure 2.5 : Cadre conceptuel général de l'AC adapté à notre étude



Les ressources du contexte représentent ici tous les biens et services offerts par le système de santé (politiques et programmes de santé, disponibilité des infrastructures sanitaires, assurance maladie, mutuelles de santé, moyens de transport et autres ressources de promotion de la bonne santé de la population) qui varient selon les localités de résidence. Les insuffisances dans le système de santé, un des déterminants de la bonne santé, affectent les capacités de santé que Ruger (2009) définit comme la capacité d'une personne à être en bonne santé. Ce déficit de capacités accroît les inégalités de recours aux soins (Chakraborty et Chakraborti, 2015). De même, l'implantation d'un centre de santé peut induire des changements de comportements par rapport aux normes en place dans une localité même si celles-ci prennent du temps pour évoluer. Les changements de comportement en matière de soins prénatals ou de l'accouchement assisté seront d'autant plus rapides que le "nouveau système" apporte une plus-value bien perçue par la population (Adjiwanou, 2014), quoique ces nouvelles interventions puissent aussi générer de nouvelles inégalités (White et Heywood, 2009) comme nous l'avons décrit plus haut.

Les facteurs de conversion relèvent des caractéristiques individuelles et collectives permettant aux individus de mieux utiliser les ressources, ou dotations du contexte, pour recourir aux soins. Ces caractéristiques peuvent être d'ordre individuel (capital social, etc.), familial (niveau de vie du ménage, composition du ménage et caractéristiques du chef de ménage) et communautaire (normes et valeurs sociales, niveau de développement socioéconomique local, etc.). Elles représentent des facteurs sociodémographiques et économiques qui peuvent

élargir ou réduire l'éventail des libertés réelles pour convertir les ressources en réalisations (Dieng, 2014). Le recours aux soins comme fonctionnement ou réalisation ne constitue que l'aboutissement d'un processus de transformation des capacités individuelles qui varient selon les ressources du contexte et les facteurs de conversion (Sen, 1993 ; Robeyns, 2005 ; Bonvin et Favarque, 2008). Ce processus de transformation des capacités individuelles tient compte de l'individu dans son contexte afin de mieux cibler les inégalités de recours aux soins de santé maternelle.

Dans cette perspective, nous explorons la contribution de certains aspects du contexte sur les inégalités de santé maternelle qui ont très peu été étudiés jusqu'ici, particulièrement en Afrique subsaharienne dont le Mali. Nous nous centrons sur trois aspects particulièrement négligés dans la littérature : le rôle du niveau de développement socioéconomique et humain des populations, en particulier féminines, celui des inégalités géographiques et celui des interactions sociales. Nous développons ces aspects ci-dessous avant de formuler nos questions de recherche.

2.2.1 Déficit de documentation des effets du niveau de développement socioéconomique et humain de la population féminine sur les tendances du recours aux soins de santé maternelle au Mali

Comme en témoigne la situation sanitaire du Mali, d'énormes défis restent à relever en matière de santé maternelle. Moins de la moitié des femmes enceintes vont régulièrement en consultation prénatale (moins de quatre visites) et plus du tiers d'entre elles accouchent sans assistance d'un personnel de santé (médecin, infirmières, sages-femmes, matrone) en 2013. C'est ce qui explique d'ailleurs que le niveau de mortalité maternelle reste un des plus élevés au monde avec 368 décès pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, si des défis restent à relever en matière d'accès aux services de santé maternelle, force est de reconnaître que des progrès sont en train d'être accomplis même si ces progrès restent insuffisants. Ces dernières années, on observe dans l'ensemble, une hausse du niveau de consultations prénatales et d'accouchements assistés. Au Mali, la proportion de femmes enceintes qui n'ont pas été en consultation prénatale était de 51 % en 1996, 47 % en 2001 et est descendue à 28,3 % en 2013 en passant 30 % en 2006. De 41 % en 2001, le taux d'assistance à l'accouchement est passé à 49 % en 2006 pour atteindre 74,2 % en 2013 (EDSM-V, 2012-2013).

Le rôle de l'offre de service de santé et plus globalement du système de santé dans l'amélioration de l'état de santé des populations est plus ou moins documenté. Mais l'effet des changements dans la structure socioéconomique de la population sur le niveau national de recours aux soins reste quasiment inexploré. En effet, la plupart des recherches sur les questions de santé maternelle, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, se focalise sur l'étude des déterminants du recours ou non aux soins. Les facteurs d'utilisation ou de non utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement sont relativement connus car amplement abordés dans la littérature. Mais très peu d'études s'intéressent à la compréhension des sources de l'amélioration du niveau de recours aux soins chez les femmes enceintes et

parturientes, excepté comme nous l'avons signalé quelques-unes portant sur l'évaluation d'impact des programmes et politiques de santé.

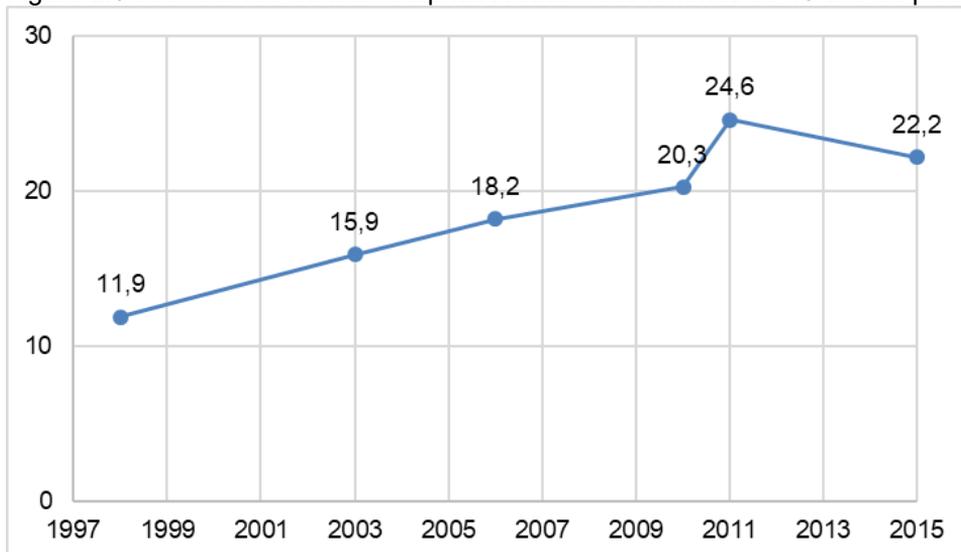
Certes l'éducation de la femme et le niveau de vie des ménages ressortent dans presque tous les travaux comme prépondérants au suivi prénatal et à l'accouchement assisté par un personnel qualifié (Van Eijk et al., 2006 ; Gabrysch et al., 2011 ; Omer et al., 2014 ; Furuta et Salway, 2006, etc.). Cependant, il reste que très peu d'entre eux ont cherché à identifier la contribution des changements liés à l'accroissement global des niveaux de vie et d'instruction sur les tendances d'utilisation des services de santé maternelle. Selon Canning et al. (2015), la réduction de la fécondité totale de la femme induite par la hausse d'une année supplémentaire de scolarisation est inférieure à celle due à l'amélioration moyenne de la scolarisation dans nombre de pays en développement. Cela suppose que le changement observé à un niveau agrégé produit un effet plus important que celui au niveau individuel. Ceci est un argument valable pour explorer la contribution des changements de la structure socioéconomique de la population féminine dans les tendances récentes du niveau national de recours aux soins.

L'examen de la contribution du changement de structure de la population féminine, et donc de l'amélioration de leur niveau de développement socioéconomique et humain, est d'autant plus pertinent que les conditions de vie des populations changent et celles des femmes avec. L'accès à l'instruction des femmes s'améliore dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Il est vrai que l'école malienne demeure encore confrontée à la persistance des inégalités de genre en matière d'éducation à tous les niveaux d'enseignement. Bien que l'instruction soit considérée comme un droit, l'école malienne reste moins accessible aux filles. Les décisions d'inscrire un enfant à l'école se font encore souvent en favorisant les garçons. Les inégalités entre filles et garçons déjà importantes au premier cycle de l'enseignement, s'accroissent au second cycle et aux niveaux supérieurs. C'est ce qui explique le fait que beaucoup moins de femmes que d'hommes savent lire et écrire. Le taux d'alphabétisation est presque deux fois inférieur à celui des hommes (parité F/H de 0,49 en 2015) (Banque Mondiale, 2016 ; UIS, 2016). Malgré cet accès limité des filles à l'école par rapport aux garçons, il faut toutefois souligner que le développement de la scolarisation au cours des dernières années a permis d'augmenter le nombre relatif de filles scolarisées. Selon les statistiques de l'UNESCO, un peu plus de la moitié (52,5 %) d'entre elles sont scolarisées en 2015 contre seulement un peu plus d'un tiers en 1999 (36,8 %). De plus, les écarts filles-garçons s'amenuisent peu à peu surtout dans l'enseignement fondamental comparée, à la situation d'avant les années 1990, période durant laquelle l'accès à l'école des filles était inférieur de 30 % par rapport à celui des garçons et il était deux fois plus faible pour l'entrée dans le secondaire (Keïta et Konaté, 2003).

Par conséquent, on assiste à une augmentation progressive du niveau d'alphabétisation des femmes comme cela est illustré sur la figure ci-dessous. La proportion des femmes, âgées de 15 ans ou plus qui savent lire et écrire dans une langue quelconque, a presque doublé entre 1998 et 2015 passant de 12 % à 22 %. Selon la même source, près de la moitié (49,4 %) des femmes âgées de 15 à 24 ans savent lire et écrire dans une langue quelconque. Cela signifie que

les nouvelles générations ont plus accès à l'éducation. C'est partant d'un tel constat que Locoh et Mouvagha-Sow (2005 : page 16) soulignent que « la scolarisation, en hausse constante depuis les indépendances, "livre" de nouvelles générations d'adultes alphabétisés, mieux armés que leurs parents mais aussi porteurs d'aspirations et exigences nouvelles pour eux-mêmes et leurs enfants. Il y a maintenant une majorité de personnes alphabétisées dans les villes, moins les femmes que les hommes, mais la différence va en s'atténuant ».

Figure 2.6 : Tendances du taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans ou plus



Source : Institut de statistique de l'UNESCO (UIS, 2016), <http://data.uis.unesco.org>

Le développement de la scolarisation des filles et de l'alphabétisation des femmes s'associe à une urbanisation de la population (augmentation de la proportion de la population urbaine de 28 % en 1999 à 40 % en 2015, annexe 2.1)

Ces différents changements, décrits ci-dessus, se traduisent par un certain nombre de modifications des comportements sociodémographiques parmi lesquels on peut citer l'augmentation de l'âge au mariage et la sexualité prémaritale. En effet, les rapports sexuels exclusivement dans le cadre du mariage¹⁰, alors valorisés surtout en Afrique de l'Ouest dont le Mali notamment

¹⁰ Au Mali, comme partout dans la plupart des sociétés d'Afrique sub-saharienne, le mariage demeure encore le cadre privilégié de la procréation à laquelle la société attache une valeur particulière. Dans ces sociétés, le modèle traditionnel de régulation de la sexualité privilégie une entrée précoce des femmes dans la vie conjugale (Bozon, 2003). Ce modèle traditionnel d'entrée dans la vie sexuelle a longtemps régi les sociétés africaines et le mariage précoce des filles figure parmi les mécanismes de contrôle social destinés à mieux canaliser la sexualité des adolescentes pour éviter ou minimiser les rapports sexuels avant le mariage (Delaunay et Guillaume, 2007 ; Rossier et al., 2013).

chez les filles, tendent à s'estomper avec une augmentation de la sexualité prémaritale ainsi que les grossesses et naissances préconjugales comme l'avaient signalé Locoh et Mouvagha (2005). De nombreuses études évoquent cette tendance à la sexualité avant l'union comme le résultat du recul de l'âge au mariage constaté dans nombre de pays en développement et la baisse des mariages arrangés entre familles (Vimard, 1993 ; Garenne et Zwang, 2004 ; Bozon et Hertrich, 2004 ; Locoh et Mouvagha, 2005 ; Hertrich, 2006 ; Delaunay et Guillaume, 2007 ; Sauvain-Dugerdil et al., 2008 ; Zwang et Garenne, 2009).

Ce constat est aussi valable au Mali où l'âge médian aux premiers rapports sexuels (17 ans pour les femmes de 25-49 ans) est plus précoce que l'âge médian d'entrée en première union (18 ans). De surcroît, l'âge médian aux premiers rapports sexuels passe de 18 ans à 17 ans des générations les plus anciennes (45-49) aux plus récentes (25-29). Cette tendance à retarder l'entrée en union serait en partie imputable au développement de la scolarisation. Dans une étude menée auprès de jeunes maliens, Sauvain-Dugerdil et al. (2008) montrent que le premier rapport sexuel et la maternité ont lieu un peu plus tard chez les femmes d'un niveau d'éducation plus élevé. Les conclusions similaires sont obtenues dans notre article " Genre et sexualité prémaritale des jeunes au Mali : effets de configurations familiales, d'urbanisation ou individuels ?" (À paraître) et sont aussi corroborées par les résultats de l'EDS de 2013. Ces derniers mettent en exergue une forte association entre le niveau d'instruction et le recul de l'âge médian des femmes à la première union : de 17,8 ans quand elles n'ont pas d'instruction, il passe à 17,5 ans quand elles ont un niveau primaire et à 21,6 ans quand elles ont un niveau secondaire ou plus.

D'autres recherches, cependant, attribuent ces changements de sexualité préconjugale à l'affaiblissement du contrôle social des aînés sur les plus jeunes, qui était alors, une des caractéristiques essentielles des sociétés africaines. C'est le cas de l'étude menée par Hertrich (2001) dans une population rurale du Mali (villages étudiés, Kwara et Sirao). Celle-ci montre un déclin du contrôle social sur les jeunes ainsi que le contrôle familial dans le processus de mise en place des unions, qui selon l'auteur, sont fortement associés aux modifications des relations entre les générations et aux migrations vers les villes.

Tous ces changements démographiques et socioéconomiques, évoqués ci-dessus, ont probablement un effet sur le niveau de recours aux soins. Les progrès en matière de recours aux soins de santé maternelle sont, certes en partie, dûs aux programmes de santé mais peuvent provenir aussi d'autres sources et en premier lieu d'une augmentation des effectifs relatifs, agrégés au niveau macro, des femmes ayant un capital humain élevé ou vivant dans une meilleure condition.

Selon les auteurs, la sexualité des jeunes femmes avant le mariage est mal vue et peu acceptée par la société sauf dans certains groupes culturels où la sexualité prémaritale est moins ou pas prohibée. Ainsi, les femmes maliennes entrent en union à un âge très précoce : parmi les femmes âgées de 25-49 ans, un cinquième (20%) était déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans ; la moitié d'entre elles (50%) l'étaient avant 18 ans et un peu plus de quatre cinquièmes d'entre elles (89%) vivaient en union avant 25 ans. Cette pratique est plus marquée en milieu rural où les femmes se marient plus tôt que celles du milieu urbain (âge médian de 17,7 ans contre 19 en milieu urbain).

Il s'agit, non pas d'une amélioration des pratiques au niveau individuel mais d'un effet additif agrégé de l'amélioration de l'éducation des femmes et des conditions socioéconomiques de leurs ménages sur les tendances actuelles du recours aux soins, qui est totalement ignorée dans la littérature. Cet effet de structure démographique dans l'augmentation du niveau global de recours aux soins est une piste que nous allons explorer dans le cadre de cette thèse, et qui agit indépendamment des différences bien connues de recours aux soins en fonction du statut socioéconomique de la femme.

2.2.2 Comprendre les inégalités géographiques importantes de recours aux soins de santé

L'amélioration du recours aux soins et la baisse de la mortalité maternelle constatées ces dernières années cachent d'énormes inégalités géographiques d'accès aux soins au Mali. Malgré les efforts consentis par les différents gouvernements, les disparités de recours aux soins existent entre les différentes régionales. Les régions septentrionales enregistrent la proportion de femmes ayant effectué un suivi prénatal la plus faible (respectivement 32 %, 43 % et 58 % à Kidal, Tombouctou et Gao) contre (64 % ; 71 % ; 70,5 % 75 % ; 66 % et 94 % respectivement à Kayes, Koulikoro, Sikasso, Mopti et Bamako) (EDSM-IV, 2006). Les femmes de Kidal (20 %), Tombouctou (26 %) et de Gao (34 %) et Mopti (34 %) ont le plus fréquemment accouché sans l'assistance de personnel formé comparées à celles des régions du Sud (EDSM-IV, 2006). Pourtant les régions enregistrant des niveaux faibles de recours aux soins ne sont pas forcément les plus pauvres ou les plus dépourvues en termes d'offre sanitaire ou de personnel de santé (voir tableau 2.1, figures 2.1 et 2.2 concernant respectivement les répartitions des CSCOM et sages-femmes relativement à la population ainsi que la carte de pauvreté du Mali).

Ces inégalités régionales malgré les politiques nationales visant à améliorer la santé maternelle et à niveau socio-économique presque égal soulèvent une interrogation majeure. Quels sont les rôles respectifs des facteurs contextuels et individuels dans ces inégalités géographiques en matière de recours aux soins de santé maternelle ? Cette question trouve un début de réponse avec l'étude de Gage (2007) qui cependant ne concerne pas l'échelle nationale. Les résultats de l'auteur ne concernent que le milieu rural. Il utilise des modèles multiniveaux pour examiner les inégalités d'utilisation des services de santé maternelle à partir de l'EDS-2001. Au niveau communautaire, il met en évidence le manque d'établissements de santé et les difficultés liées à la distance et au transport comme facteurs d'inaccessibilité aux soins prénatals et d'accouchement par du personnel qualifié. Au niveau individuel, seulement la pauvreté des ménages ressort comme obstacle à l'accès aux soins. Selon lui, la disponibilité variable de l'offre dans les localités explique une part importante des inégalités de recours aux soins et la proportion de variance est plus élevée pour l'accouchement que pour la consultation prénatale. Il précise qu'une part importante des inégalités en matière de recours aux soins de santé maternelle reste inexplicée sans préciser s'il s'agit du niveau individuel ou communautaire.

Nous avons souligné, dans la dernière section du chapitre 1, que la plupart des études traitent des questions de recours aux soins dans une perspective

individuelle en négligeant les aspects contextuels. Pourtant l'environnement social, dans lequel vivent les personnes, influence fortement leurs attitudes et comportements. Par conséquent, il convient de bien distinguer les facteurs qui interviennent au niveau individuel de ceux du niveau contextuel et de tenir compte des interactions qui pourraient exister entre ces différents facteurs de recours aux soins. C'est pourquoi au-delà des différences spatiales en matière d'offre de services, il est impératif de tenir compte d'autres facteurs qui distinguent les communautés. L'étude des inégalités de recours aux soins doit donc s'attacher à distinguer les parts dues à l'environnement socioéconomique et culturel dans lequel évoluent les individus d'une part et d'autre part à leurs caractéristiques personnelles. C'est pourquoi, nous nous inscrivons dans la démarche de Gage (2007) mais en incluant également le milieu urbain afin de prendre en compte les inégalités urbain-rural aussi bien en matière de dotations sanitaires et socioéconomiques que de caractéristiques personnelles des femmes qui y vivent. Cela permettra de mieux appréhender les disparités de recours aux soins de santé maternelle en élargissant les facteurs de variabilités au-delà de ceux observés par Gage.

2.2.3 Prendre en compte le rôle important de l'entourage social, quasiment ignoré dans les études sur le recours aux soins

Les influences des proches, à travers les interactions sociales avec l'entourage et le capital social qu'elles génèrent, ont été abordés dans plusieurs travaux. Mais la quasi-totalité de ceux-ci concerne les sociétés occidentales. En plus, ces recherches ne concernent pas la question du recours aux soins pendant la grossesse et/ou l'accouchement. En Afrique au sud du Sahara où la situation sanitaire des mères reste encore préoccupante, le rôle des réseaux personnels et le capital social qu'ils produisent semblent être occulté dans les études réalisées sur le sujet. Les quelques auteurs qui considèrent indirectement les interactions sociales comme facteurs d'influence des comportements individuelles portent essentiellement sur la fécondité et l'utilisation des méthodes contraceptives (Kohler et al, 2001 ; Montgomery et al, 2001 ; Nouhou, 2016 ; Sauvain-Dugerdil et al, 2014 ; Rossier et Bernardi, 2009).

La seule étude, à notre connaissance, qui traite réellement des réseaux d'interdépendants est celle de Dieng (2014) dans le contexte Sénégalais, mais ne porte pas sur le recours aux soins. Entre autres objectifs, l'auteur cherche à mettre en évidence quels sont les réseaux familiaux les plus associés au capital social. Il identifie un profil de femme vivant dans la précarité (sans activité lucrative et avec des niveaux de vie et d'éducation faibles) mais qui mobilisent leur capital social pour faire face à leurs besoins quotidiens. Ces femmes maintiennent leurs relations au sein de la famille proche tout en étant connectées avec les membres de leur entourage social plus large pour bénéficier d'un double capital social.

Cela montre à quel point l'entourage familial et social est important dans la compréhension de certains phénomènes sociodémographiques. Dans le contexte du Niger par exemple, Nouhou (2016) montre que l'entourage social influence fortement les comportements reproductifs des femmes. L'opinion des femmes nigériennes en matière de contrôle des naissances est largement déterminée par la perception des attentes des autres femmes de la communauté. Cela confirme

ce que Sauvain-Dugerdil et al (2014) avait déjà indiqué pour les cas du Mali et du Ghana à propos du rôle des pressions de l'entourage familial ou social comme obstacle à l'adoption de la culture contraceptive (le recours et l'intention du recours à la contraception). Par ailleurs, une autre étude, réalisée dans deux zones rurales maliennes, analyse comment les dynamiques intrafamiliales et les attitudes des femmes, de leurs maris et de leurs belles-mères sont associées à leurs pratiques de santé maternelle. Il en découle que les préférences et les opinions des belles-mères influencent plus les comportements de santé maternelle de leurs belles-filles, alors que celles des maris n'étaient pas significatives (White et al., 2013).

Les trois points ci-dessus décrits, que nous considérons très peu ou pas du tout documentés dans le contexte malien, constituent des axes de réflexion que nous nous proposons d'investiguer dans la suite de notre travail, dans le contexte qui est celui du Mali. Ces aspects seront abordés à l'aune de l'approche par les capacités pour une meilleure compréhension des inégalités de recours aux soins. Dans les paragraphes qui suivent, nous formulons nos objectifs, questions et hypothèses de recherches à tester dans le cadre de cette thèse dans une perspective des capacités.

2.3 Objectifs, questions et hypothèses de recherche

2.3.1 Objectifs, principaux axes d'investigations et questions de recherche conformément au cadre des capacités

L'objectif général que nous nous sommes fixés, dans le cadre de cette thèse, est de comprendre les tendances actuelles de l'utilisation des services de santé et les déterminants des inégalités de recours aux soins de santé maternelle, en mettant l'accent sur des dimensions du contexte socioéconomique peu explorées jusqu'ici. Plus spécifiquement, il est question d'abord dans le chapitre cinq de chercher à comprendre les effets respectifs du système de santé et de celui des variations de composition socioéconomique de la population féminine en âge de procréer dans les changements du niveau national d'utilisation des services de santé maternelle. Il s'agit aussi de déterminer les variations (accroissement ou diminution) des inégalités en matière de santé maternelle entre couches socioéconomiques au cours du temps. Ensuite dans le chapitre six, il est question de dissocier les rôles respectifs des facteurs contextuels et des caractéristiques personnelles ou familiales dans les inégalités individuelles de recours aux soins. On examine aussi comment interagissent les caractéristiques du niveau individuel avec celles du contexte. Et enfin, il s'agit dans le chapitre sept, d'examiner si les réseaux personnels, et le capital social qu'ils génèrent, influencent les choix des femmes enceintes en matière de suivi prénatal. Ces différents objectifs se déclinent en trois axes principaux d'investigation, présentés ci-dessous, qui aboutissent à la formulation des questions de recherche.

Premièrement, nous explorons les sources des tendances du recours aux soins de santé maternelle au Mali en comparaison avec trois de ses voisins que sont le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal. En plus de l'effet des politiques et programmes de santé comme dotations ou ressources du contexte, étudiés par

certain auteurs (Fournier et al. 2009b, 2014), il importe d'identifier l'effet agrégé des changements socioéconomiques (changement dans la structure socioéconomique de la population féminine) - au-delà de l'amélioration de l'offre et des différentiels individuels de recours aux soins par niveau socioéconomique. Dans les efforts globaux pour améliorer la santé, on oublie souvent que le développement socioéconomique compte aussi. La compréhension des dimensions précises de ce développement, qui comptent, permettrait de mieux orienter les actions. Ce qui revient à se poser les questions ci-après.

Questions : les tendances à la hausse du recours aux soins de santé maternelle résultent-elles des ressources du contexte sanitaire (l'efficacité des programmes et politique de santé ou plus globalement du système de santé) ou sont-elles plutôt expliquées par les changements agrégés dans le niveau de développement socioéconomique et humain, mesuré par la recomposition socioéconomique de la population féminine ou amélioration de leurs conditions de vie ? Autrement dit, les progrès accomplis en matière de santé maternelle proviennent-ils des ressources sanitaires ou des ressources socioéconomiques du contexte ? Quelle dimension du développement socioéconomique et humain influence le plus les tendances du niveau de recours aux soins ? Les inégalités entre groupes socioéconomiques en matière de recours aux soins se sont-elles accrues ou réduites au fil du temps ?

Deuxièmement, nous cherchons à identifier les moyens qui permettent aux femmes d'étendre ou, au contraire, de limiter leurs possibilités ou libertés réelles de recours aux soins. Nous examinons dans cette perspective les facteurs d'inégalités de réalisations (recours aux soins) selon la résidence dans différentes communes. Comme nous l'avons évoqué dans la synthèse du chapitre 1, le contexte dans lequel vivent les individus façonne leurs attitudes et comportements. Cela peut conduire à des propensions différentes de recours aux soins selon les différentes zones géographiques. De même que les femmes d'une commune donnée peuvent avoir des comportements semblables en matière de recours aux soins, celles ayant des caractéristiques similaires peuvent aussi avoir différents états de santé selon leur commune de résidence en raison des spécificités sanitaires et socioéconomiques locales (Franckel et al, 2008 ; Sen, 1979 ; Merlo et al, 2005). Par conséquent, il convient de mieux distinguer les inégalités de recours aux soins dues aux ressources du contexte, de celles liées aux caractéristiques individuelles et collectives afin de mieux comprendre les différentes interactions qui peuvent s'opérer entre ces deux types de facteurs qui constituent des moyens d'expansion ou de diminution des capacités individuelles. Au Mali, le maintien des inégalités géographiques malgré les politiques nationales visant à améliorer la santé maternelle soulève les interrogations suivantes.

Questions : Quels sont les déterminants associés aux inégalités individuelles de recours aux soins de santé maternelle selon les communes de résidence ? Est-ce le résultat d'inégalités de dotations du contexte (l'offre de services) ou de la capacité des individus ou de leurs ménages à recourir aux soins (facteurs individuels, familiaux et collectifs de conversion) ? Comment les facteurs individuels et familiaux de conversion interagissent avec les dotations ou ressources du contexte dans le processus de recours aux soins ?

Troisièmement, nous examinons le rôle du rapport que la femme entretient avec d'autres personnes dans sa communauté ou son entourage et sa participation communautaire sur sa décision de recourir aux soins. Les comportements individuels de recours aux soins dépendent certes de l'environnement socio-économique et de la disponibilité des services, mais les mécanismes d'influence du contexte passent aussi par la dimension sociale qu'il importe de prendre en compte. Ruger (2010) considère que les capacités individuelles de santé, qu'il définit comme la possibilité pour les individus d'agir comme agents de leur propre santé, sont socialement dépendantes. En effet, la femme vit dans un contexte marqué par les interactions sociales qui est la base de la vie en société et la plupart des décisions et comportements individuels sont définis et structurés par les réseaux sociaux créés grâce à ces interactions (Pescosolido, 1992). Cette influence se fait notamment à travers la connexion que le contexte social peut créer entre les individus et les normes sociales (qui ne sont pas traitées ici) qu'il peut faire entretenir au sein d'un groupe de population (Adjiwanou, 2014). Cela suscite un questionnement sur la manière dont l'environnement familial et l'entourage social de la femme influencent sa propension à recourir aux soins.

Question : Comment les interactions sociales au sein des réseaux personnels et le capital social matériel qu'elles produisent, considérés respectivement comme ressource personnelle supplémentaire mobilisable et facteur individuel de conversion, influencent la propension de recours aux soins prénatals ?

2.3.2 Cadre d'analyse et hypothèses de recherche

Nous énonçons les hypothèses de recherche conformément à l'état général des connaissances sur la problématique de santé maternelle et en suivant la logique des questions posées ci-dessus dans le cadre de cette thèse.

La situation sanitaire du Mali témoigne d'un souci d'amélioration de la santé maternelle ces dernières décennies par les pouvoirs publics. Cette volonté de réduction de la vulnérabilité des femmes enceintes et parturientes s'est traduite par la mise en place d'un certain nombre de politiques et programmes. En dépit des dysfonctionnements constatés dans leur élaboration et leur mise en œuvre (El-Khoury et al, 2011 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2013) et de nombreux défis à relever en la matière, ces politiques ont tout de même contribué à améliorer l'accessibilité aux soins de santé maternelle (Fournier et al. 2009b, 2014). De plus, les conditions socioéconomiques vont en changeant avec cependant un rythme quelque peu lent. Partant de ces constats, nous formulons les deux hypothèses ci-dessous qui sont testées dans le chapitre cinq où la situation du Mali est comparée avec celle de trois pays voisins (Burkina Faso, Niger et Sénégal).

Hypothèse 1. Nous supposons que les tendances à la hausse du recours aux soins de santé maternelle résultent conjointement de la performance du système de santé et de l'amélioration, au niveau national, des conditions socioéconomique et humaine de la femme (augmentation au niveau national des effectifs relatifs de femmes éduquées et vivant dans des ménages de niveau de vie élevé ou recomposition de la structure socioéconomique de la population féminine). Les progrès réalisés dans les dotations sanitaires ou la performance du système de santé et l'amélioration des ressources socioéconomiques du contexte constituent

des moyens d'accroissement des possibilités réelles de la femme à réaliser le recours aux soins. Cependant, l'offre sanitaire et plus globalement du système de santé joue un rôle plus important que l'effet additif de l'accroissement de la capacité individuelle à recourir aux soins (ressources socioéconomiques du contexte) en raison de la lenteur dans l'ascension socioéconomique des femmes dans les contextes étudiés (Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal).

Hypothèse 2. Malgré le fait que les nouvelles interventions puissent aussi générer des inégalités (White et Heywood, 2009), nous postulons que les inégalités entre les catégories socioéconomiques les plus démunies (mauvaises conditions socioéconomiques et faible capital humain) et celles favorisées en matière de recours aux soins diminuent au fil du temps en raison d'une grande attention accordée aux questions de santé maternelle ces dernières années.

En outre, dans le chapitre six, nous analysons les inégalités de recours aux soins prénatals et à l'accouchement assisté. Dans la perspective de l'approche par les capacités, nous postulons que ces inégalités résultent d'une inégale répartition de capacités de santé maternelle, c'est-à-dire des différences de capacité pour les mères d'atteindre, en toute liberté, ce qu'elles estiment être une bonne santé (Ruger, 2009). En d'autres termes les femmes vivant dans différentes communes n'ont pas les mêmes libertés réelles de recourir aux soins eu égard aux différences de caractéristiques individuelles et familiales, des spécificités locales en matière de développement socioéconomique (facteurs collectifs de conversion) et de l'offre de services sanitaires (dotations ou ressources du contexte). Les caractéristiques individuelles concernent le niveau d'éducation et le degré d'exposition aux médias qui constituent les facteurs individuels de conversion et le niveau de vie du ménage un facteur familial de conversion (au niveau méso). Ces facteurs de conversion influencent l'accès et la volonté d'accéder aux ressources du contexte et sont aussi modulés par les différences géographiques de développement socioéconomique (degré de concentration communale de la population féminine éduquée et vivant dans des ménages très riches considérées comme des facteurs collectifs de conversion) et des ressources du contexte ayant trait à la santé.

Hypothèse 3. Les inégalités entre les femmes de différentes communes en matière de recours aux soins résulteraient en partie des différences de leurs capacités individuelle et familiale (éducation, exposition aux médias et niveau de vie) à convertir l'offre de services de santé en un recours effectif aux soins. De même, les femmes vivant dans les communes disposant de meilleures dotations ou ressources du contexte (plus équipées en infrastructures sanitaires) sont plus avantagées en termes de recours aux soins. Mais le recours effectif aux soins est aussi et surtout influencé par le niveau de développement socioéconomique et humain de la commune dans laquelle vivent les femmes (niveaux communaux d'éducation de la femme et des conditions de vie du ménage), et cela même si on contrôle pour les ressources au niveau individuel, familial et contextuel. Par exemple, vivre dans un milieu plus développé (même si on est pauvre soi-même) peut aider à utiliser les services de santé à travers entre autres la diffusion de nouvelles normes de comportements et des perceptions différentes de la santé. Ainsi, nous postulons que les communes ayant une proportion élevée de femmes éduquées ou un pourcentage élevé de ménages situés parmi les plus riches du

pays sont celles où les femmes ont une plus grande propension à recourir aux soins de santé maternelle, quelles que soient leurs propres conditions de vie ou capital humain.

Hypothèse 4. L'influence des facteurs individuels ou familiaux de conversion sur la propension à utiliser les services de santé maternelle varie d'un contexte de résidence à un autre en raison des différences communales ou des spécificités locales en matière non seulement d'offre sanitaire mais de normes ou valeurs sociales qui entourent la grossesse pouvant varier d'un contexte à un autre. En effet, l'influence de l'éducation et du niveau d'instruction des femmes sur la propension à recourir aux soins de santé pendant la grossesse et à l'accouchement varie selon le milieu de résidence, et cela même quand on contrôle pour l'offre sanitaire.

Par ailleurs, les individus s'inscrivent dans des réseaux de relations multiformes dépassant le cadre familial et qui sont pourvoyeurs de ressources supplémentaires mobilisables en cas de besoin. Si les liens forts, en particulier au sein de la famille, procurent souvent une plus grande satisfaction émotionnelle, Baudassé et Montalieu (2007) font toutefois remarquer l'importance des liens faibles qui permettent aux individus plus d'ouverture et une plus grande diversité de contacts avec des membres en dehors du cercle familial. Ce type de lien leur procure plus d'autonomie au sein de leurs réseaux (Burt, 2004 et 2001) et ces contacts faibles sont aussi pourvoyeurs d'opportunités (information, emploi, etc.). Par conséquent, les femmes insérées au sein d'un type de réseau dépassant le cadre familial, bien que n'en tirant pas nécessairement profit en termes d'avantage matériel, auraient plus accès aux informations sur les risques liés à la grossesse. Ainsi, leur insertion au sein de ce type de réseaux pourrait leur permettre de réaliser la nécessité des soins prénatals dans la réduction de ces risques. Autrement dit, on pourrait penser que l'ouverture et les contacts extrafamiliaux fréquents permettent une plus grande préférence pour le suivi prénatal. Mais en même temps, nous rappelons que la partie traitant des réseaux d'entourage ne concerne que les femmes vivant à Bamako c'est-à-dire dans la capitale où l'information et les services de santé semblent accessibles pour toutes les femmes. Dans un tel contexte, les opinions favorables aux soins prénatals sont largement diffusées si bien qu'on pourrait penser que tout le monde est conscient des risques liés à la grossesse. Dans ce cas, les préférences des femmes enceintes pour le suivi prénatal auraient tendance à converger : il y aurait donc une certaine homogénéité de connaissances des risques. En revanche, ce qui peut jouer dans les inégalités de recours au suivi prénatal entre ces femmes vivant à Bamako, ce sont surtout les possibilités financières réelles à utiliser les services de santé. Ainsi, l'hypothèse générale à tester dans le chapitre sept est que l'influence des réseaux sur la propension à recourir aux soins prénatals dépend du type de capital social matériel reçu et dans une moindre mesure le capital social émotionnel.

Hypothèse 5. Les réseaux plus diversifiés sont pourvoyeurs de plus d'autonomie c'est-à-dire d'une plus grande liberté de mouvement des femmes et d'accès à l'information sur les risques encourus pendant la grossesse. Mais vu que le suivi prénatal a un coût, l'avantage de ce type de réseau est lié au capital social qu'il génère. Si les liens de soutien matériel et émotionnel y sont forts (relations plus

denses et réciproques), il permettrait aux femmes de disposer d'un éventail plus large d'opportunités offertes par une capacité plus grande de mobilisation des ressources et de leur utilisation en faveur de la réalisation du suivi prénatal adéquat. Les réseaux constituent donc des ressources personnelles supplémentaires mobilisables et qui permettent de produire un capital social matériel et émotionnel important. Ce dernier est un facteur individuel de conversion. Inversement, les femmes appartenant à des réseaux dans lesquels les relations de soutien matériel et émotionnel sont moins denses, beaucoup moins réciproques et fortement centralisées autour d'elles, auraient une réalisation moins élevée car ayant moins accès au soutien nécessaire pour une consultation prénatale appropriée. Ainsi, la détention d'un capital social (matériel ou émotionnel), caractérisé par une forte centralité d'intermédiarité de la femme dans son réseau, serait une entrave à la liberté de réalisation d'un meilleur suivi de la grossesse indépendamment du type de réseaux personnels.

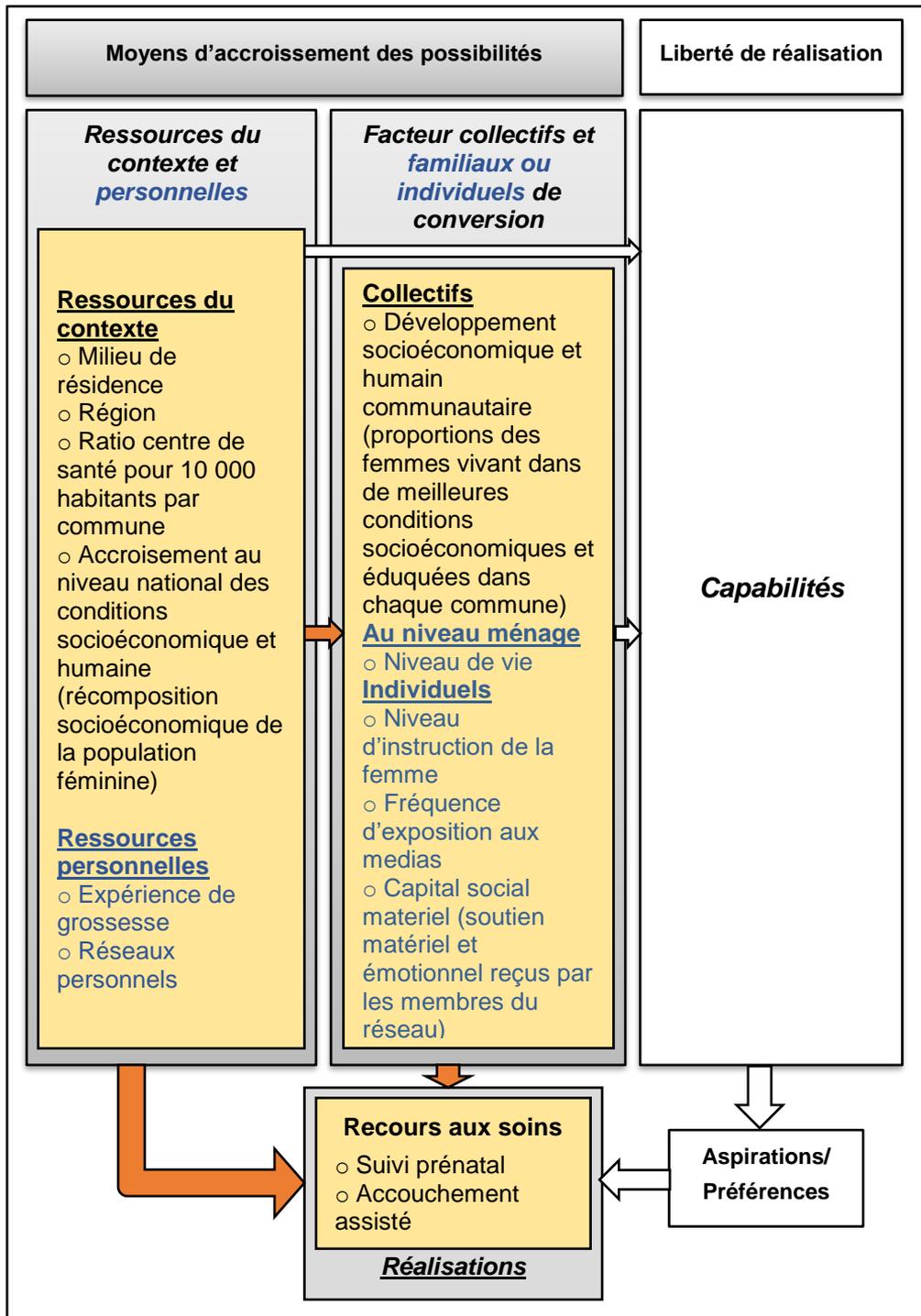
L'ensemble des hypothèses de recherche, formulées ci-dessus, conduisent à l'adoption d'un cadre général d'analyse des facteurs de recours aux soins qui distinguent les inégalités de dotations, des inégalités de capacité à les utiliser (facteurs de conversion) ainsi que leurs implications en termes d'opportunités et de réalisations (Figure 2.7). Les dotations font ici référence essentiellement aux spécificités liées au contexte (milieu et région de résidence), à l'offre de services de santé ainsi qu'aux ressources personnelles de la femme (ici, expérience de la grossesse et réseaux personnels). L'expérience antérieure en matière de maternité est considérée ici comme une ressource personnelle de la femme qui pourrait contribuer à mieux comprendre les risques associés à la grossesse et à l'accouchement. Mais elle ne suffirait pas si la possibilité de convertir cette expérience en réalisation effective est limitée. Des femmes avec des expériences similaires de grossesse peuvent avoir des réalisations (recours aux soins) différentes en raison des facteurs de conversion inégaux comme leur niveau d'éducation, leur degré d'exposition aux médias et leur capital social matériel (au individuel) du niveau de vie de leur ménage (au niveau familial) et aussi des facteurs du contexte que sont les ressources sanitaires (offre de services de santé) et le niveau de développement socioéconomique et humain de la commune où elle vivent (facteurs collectifs de conversion). Les réseaux personnels ou d'interdépendances sont constitués par les personnes définies importantes par les répondantes. Ce dernier étant constitué sur la base d'un critère individualisé (c'est la femme qui décide de la personne qui est importante pour elle et qui fait partie de son réseau), nous considérons le réseau comme une ressource relationnelle c'est-à-dire une ressource personnelle supplémentaire de la femme. Cette dernière représente une des caractéristiques individuelles dont la mobilisation étend les possibilités réelles de réalisation effective du suivi prénatal à travers la production du capital social qui constitue ici un facteur individuel de conversion.

Les disparités de fonctionnements ou de réalisation en matière de recours aux soins (le fait pour une femme d'être suivie adéquatement ou non pendant la grossesse ou d'être assistée ou non à l'accouchement) résultent en partie des inégalités de dotations en infrastructures sanitaires qui varient selon le contexte de résidence (milieu, région, commune, etc.) et des ressources personnelles (expérience de la grossesse et capacité individuelle à développer des réseaux

sociaux). Elles sont également imputables aux inégalités de capacité des femmes à mieux utiliser les ressources du contexte (facteurs de conversion) qui sont identifiables à la fois au niveau individuel, familial et collectif. Le niveau d'instruction, l'exposition aux médias et le capital social généré par les ressources relationnelles au sein des réseaux personnels sont des facteurs individuels de conversion et les conditions de vie du ménage comme facteur familial de conversion. Les facteurs du niveau collectif de conversion sont cernés par les niveaux de développement socioéconomique et humain local (proportions des femmes vivant dans de meilleures conditions socioéconomiques et éduquées dans chaque commune). Les dotations du contexte et les facteurs de conversion aussi bien au niveau individuel, familial que collectif représentent des moyens d'extension ou de limitation des possibilités ou libertés réelles à recourir aux soins. Le recours aux soins constitue le fonctionnement ou la réalisation.

Les mesures relatives à ces différents concepts et variables sont explicitées dans le chapitre quatre. Les libertés individuelles de réalisation, à savoir les capacités, ne sont pas directement mesurées ici mais nous nous intéressons aux moyens de leur accroissement ou limitation. L'examen de ces moyens, en plaçant l'individu et son contexte au centre de nos analyses, permettra d'avoir une idée des libertés dont disposent réellement les femmes pour recourir aux soins selon leurs aspirations. Parlant d'aspirations ou de préférences, nous n'avons pas la possibilité de les mesurer avec les données que nous utilisons, mais il est important de savoir qu'elles comptent aussi dans le processus de recours aux soins. La réalisation c'est-à-dire le recours effectif aux soins maternels, une fois que les libertés de réalisation acquises, devient un choix possible parmi tant d'autres. Ainsi, plusieurs alternatives s'offrent à la femme y compris la décision de recourir aux soins si elle le désire. Peut-être pourrait-on penser que les préférences en matière de santé maternelle sont homogènes et convergent vers la nécessité de la demande de soins eu égard à une meilleure diffusion des connaissances des risques liés à la grossesse et l'accouchement. Les préférences sont intimement liées aux normes socioculturelles et leur effet sur les comportements procréateurs semble beaucoup plus clair que celui relatif à la santé maternelle. Ainsi, tout comme, les préférences, nous ne mesurons pas les normes dans le cadre de cette thèse.

Figure 2.7 : Cadre conceptuel général de l'AC adapté à notre étude



Deuxième partie : Données utilisées, méthodes d'analyse et mesures des indicateurs

Chapitre 3. Données et méthodes d'analyse

Ce chapitre est consacré dans un premier temps à la présentation des sources de données utilisées dans le cadre de cette thèse. Les données auxquelles nous recourons dans le chapitre cinq proviennent des trois dernières Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal. En ce qui concerne le chapitre six, il est traité à partir de l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS, 2009-2010) complétée par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2009) du Mali. Outre ces données disponibles, nous avons mené une enquête sur les réseaux personnels d'un échantillon de 513 femmes âgées de 25 à 40 ans à Bamako. Les données de cette enquête sont utilisées dans le chapitre sept.

Dans un second temps, nous dérivons comment les différents concepts liés aux fonctionnements, aux facteurs individuels ou familiaux de conversion et les ressources du contexte sont mesurés à partir des données ci-dessus évoquées. Nous terminons le chapitre par la présentation des méthodes d'analyse utilisées pour tester les hypothèses formulées dans le cadre des chapitres quatre et cinq. Deux méthodes sont utilisées à cet effet : la décomposition dans le chapitre quatre et la régression logistique multiniveau dans le chapitre cinq.

3.1 Données existantes utilisées dans les chapitres quatre et cinq

3.1.1 Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)

Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS, DHS en anglais) est l'une des principales sources de données actuelles sur la population et la santé à l'échelle internationale. Lancé depuis 1984, ce programme est le prolongement de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité (EMF) et des Enquêtes sur la prévalence de la contraception (EPC) (Ayad et Barrerre, 1991). Ce sont des enquêtes standardisées dans presque tous les pays en développement et sont téléchargeables gratuitement sur le site du programme. Ce dernier a pour objectif la collecte, l'analyse et la diffusion des données permettant l'évaluation de l'impact des programmes mis en œuvre et la planification de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Nous faisons recours à ces données d'EDS dans le chapitre cinq. Elles concernent celles réalisées respectivement en 2001, 2006 et 2012 au Mali ; 1999, 2003 et 2010 au Burkina Faso ; 1998, 2006 et 2012 au Niger ; 1997, 2005 et 2011 au Sénégal. Globalement, l'échantillon dans les EDS est aréolaire et tiré selon une stratification à deux degrés de manière qu'il soit représentatif à la fois au niveau national, régional et urbain-rural. Le premier niveau de tirage porte sur les grappes ou section d'énumération proportionnellement au nombre de ménages dénombrés par le dernier recensement de la population et de l'habitat qui constitue la base de sondage. Au second niveau, les ménages sont tirés selon la méthode de l'échantillonnage systématique à partir de la liste des ménages dans chaque grappe sélectionnée (Ayad et Barrerre, 1991). La constitution des échantillons dans les EDS sont quasiment similaires dans tous les pays étudiés

ici. Cette procédure est décrite en détail dans les rapports pour pays disponibles sur le site du programme des enquêtes EDS¹¹.

En ce qui concerne le Mali, nous utilisons les trois dernières enquêtes. Mais celle réalisée en 2012-2013 (la toute dernière) n'a pas couvert la zone septentrionale (régions de Tombouctou, Gao et Kidal) et trois cercles de la région de Mopti (Douentza, Ténenkou et Youwarou) situés au centre du pays. Eu égard à la procédure d'échantillonnage stratifiée selon la région et le milieu de résidence (décrite brièvement ci-dessus), les données de 2012-2013 ne pourraient être comparées à celles des autres enquêtes réalisées précédemment pour l'ensemble du pays. Pour contourner ce problème, nous avons fait le choix de travailler sur la zone sud constitué des cinq premières régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti situés respectivement au sud et centre du pays) et le district de Bamako (la capitale) pour l'examen des tendances et la comparaison avec les autres pays.

Trois types de questionnaire sont utilisés dans le cadre de ces enquêtes : celui relatif au renseignement des informations de base sur le ménage, le questionnaire dédié aux femmes ainsi que leurs enfants nés vivants et celui pour les hommes. La fiche ménage permet de sélectionner les femmes en âge de procréer auprès desquels le questionnaire femme est administré. Ce dernier contient entre autres les questions relatives au recours ou non aux soins prénatals, les prestataires de services de soins pendant les consultations, le lieu, le début et le nombre de visites ainsi que les services reçus au cours des différentes consultations. Les informations sur le lieu et le type de prestataires lors de l'accouchement y figurent également. Les questions sur le recours aux soins prénatals sont renseignées exclusivement pour la dernière naissance vivante intervenue au cours des cinq dernières années ayant précédé la collecte, sans doute pour limiter les biais de confusions et d'omissions comme l'avait souligné Adjiwanou (2014). Celles portant sur l'accouchement assisté par un personnel qualifié concernent les trois dernières naissances vivantes intervenues au cours des cinq dernières années avant la collecte des données.

Les données d'EDS sont largement utilisées dans divers domaines et leur qualité a déjà été amplement évaluée. Adjiwanou (2014), souligne dans sa thèse un potentiel problème de déclaration en réponses aux questions relatives aux soins prénatals et aux recours à l'accouchement auprès d'un personnel qualifié. Ces questions concernent, dans la plupart des cas, le dernier enfant né vivant au cours des cinq dernières années et il serait possible que certaines femmes aient des difficultés à se rappeler exactement des soins reçus. Ce problème de déclaration serait d'autant plus récurrent que le nombre de mois s'écoulant entre la naissance du dernier enfant et le moment de l'enquête devient élevé.

Toutefois, ce type d'erreur semble peu probable notamment dans le contexte des pays étudiés (Mali, Burkina Faso, Niger et Sénégal) marqué par une fécondité élevée et une faible utilisation de la contraception. Dans plus de quatre cinquièmes des cas, l'intervalle entre les naissances vivantes, de plus d'un rang, survenues les cinq dernières années et celles survenues précédemment ne

¹¹ <https://dhsprogram.com/data/available-datasets.cfm>

dépasse pas trois ans (92 % et 88 % au Mali respectivement en 2006 et 2013, 90 % au Burkina Faso en 2010, 94 au Niger en 2012 et 88 % au Sénégal en 2011). De plus, les questions relatives aux soins maternels ne font pas beaucoup appel à la mémoire en raison de l'existence des carnets de suivi des femmes enceintes. Nous jugeons donc les données d'assez bonne qualité pour mener des analyses comparatives entre pays ou régions (Nikiéma et al, 2009).

3.1.2 Les données de l'enquête par grappe à indicateurs Multiples et le recensement

Dans le chapitre six, nous mobilisons les données de l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée au Mali en 2009-2010 par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, du développement social et la promotion de la famille et l'Institut National de la Statistique, avec l'appui technique et financier de l'UNICEF, de la Coopération Suédoise, de l'Union Européenne, de la Banque Mondiale et de l'Agence des États Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID). Inscrite dans un programme international d'enquêtes auprès des ménages initié par l'UNICEF, cette enquête fournit des informations sur la situation des enfants et des femmes permettant de suivre les progrès dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et d'autres engagements internationaux.

L'échantillon de cette enquête constitué au moyen d'un sondage aléatoire stratifié à deux. Les unités statistiques du premier degré ou unités primaires sont les sections d'énumération (SE ou grappes) définies à partir du recensement de 2009. Les unités statistiques du deuxième degré ou unités secondaires sont constituées par les ménages des sections d'énumération (grappes) tirés au premier degré. Ce qui a donné lieu à un dénombrement des ménages dans chacune des sections d'énumération tirées au premier degré et ce dénombrement consistait à actualiser la liste des ménages de chaque section d'énumération échantillonnée. Le critère de stratification retenu pour cette enquête est le milieu de résidence. Cette stratification a permis de séparer les ménages ruraux des ménages urbains dans chaque domaine d'étude constitué de huit régions ainsi que le district de Bamako. Elle a abouti à la définition de dix-sept (17) strates en raison de deux par région (urbaine, rurale) et d'une strate pour le domaine d'étude constitué par la ville de Bamako.

Les informations relatives à la santé maternelle disponibles dans les données MICS sont assez similaires à celles des EDS. Les méthodes d'échantillonnage sont aussi pratiquement les mêmes. Mais le choix de l'enquête MICS pour les analyses dans le chapitre six vient du fait qu'elle est la plus récente qui concerne tout le pays.

Par ailleurs, nous complétons les données MICS par celles du Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali réalisé en 2009 par l'Institut National de la Statistique (INSTAT) à travers son département en charge des statistiques démographiques et sociales. Quatrième du genre, le RGPH de 2009 a été mené selon la loi N° 98-020 du 9 mars 1998 régissant la réalisation du recensement tous les dix ans en République du Mali et l'article 2 du Décret N° 98-099/P-RM du 27 mars 1998 qui en fixe les modalités d'application (Rapport du

résultat définitif, 2011)¹². Les informations collectées lors de ce recensement avaient pour principal but d'intégrer les questions de population dans le processus de développement conformément aux agendas internationaux et d'assurer le suivi des engagements pris par le pays tant au niveau national qu'international.

Le dénombrement de la population était accompagné d'une énumération des infrastructures socio-sanitaires. Nous utilisons donc les données du recensement afin de disposer des informations sur les infrastructures sanitaires et la population au niveau des communes dans la perspective des analyses multiniveaux dont nous décrivons la méthodologie dans le chapitre quatre.

3.2 Données collectées dans le cadre de cette thèse

Nous avons décrit, ci-dessus, les données existantes (EDS, MICS et RGPH) qui ont servi à identifier les sources du changement en matière d'utilisation des services et les déterminants des inégalités de recours aux soins de santé maternelle. L'objectif d'exploration du rôle des réseaux personnels et du capital social qu'ils génèrent, notamment par les interactions sociales qui s'y opèrent, sur la propension à recourir aux soins prénatals a donné lieu à la conduite d'une enquête à Bamako (Mali). Cette enquête, réalisée par nous-même, avait pour objectif d'identifier les réseaux de personnes importantes ou considérées comme telles par les femmes interviewées et les relations potentielles de soutien matériel, émotionnel et d'influence qui existent entre les différents membres appartenant à ces réseaux.

Nous présentons ici les données issues de cette enquête : la zone où elle a été réalisée, la population cible et les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées. Nous procédons, en outre, à une évaluation externe de ces données (en les comparant avec d'autres sources notamment l'EDS) pour juger de leur qualité.

3.2.1 Cadre institutionnel, zone de l'enquête et profil des enquêteurs

Les données utilisées dans le chapitre sept sont issues d'une enquête financée par le projet DEMOSTAF¹³ (Demographic Statistics for Africa) avec l'appui technique d'un des collègues de l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Nous avons aussi bénéficié de l'appui logistique de l'Observatoire du Développement Durable (ODHD) de Bamako, qui a mis à notre disposition une salle pour la formation des agents enquêteurs et que nous avons utilisée pendant toute la durée de l'enquête. Cette enquête a été réalisée du 05 au 20 juillet 2017

¹² Disponible sur le site de l'institut.

<http://www.instat-mali.org/index.php/publications/conditions-vie-societe/demographie>

¹³ Le projet DEMOSTAF regroupe des instituts de recherche, des universités et des instituts nationaux de statistiques dans un programme de mobilités pour mener des recherches sur la population en Afrique subsaharienne. Ce programme finance depuis 2016 la mobilité de personnels pour soutenir des projets de recherche, tout en renforçant la formation et le transfert des compétences et prévoit des activités collectives, de documentation et de valorisation scientifique.

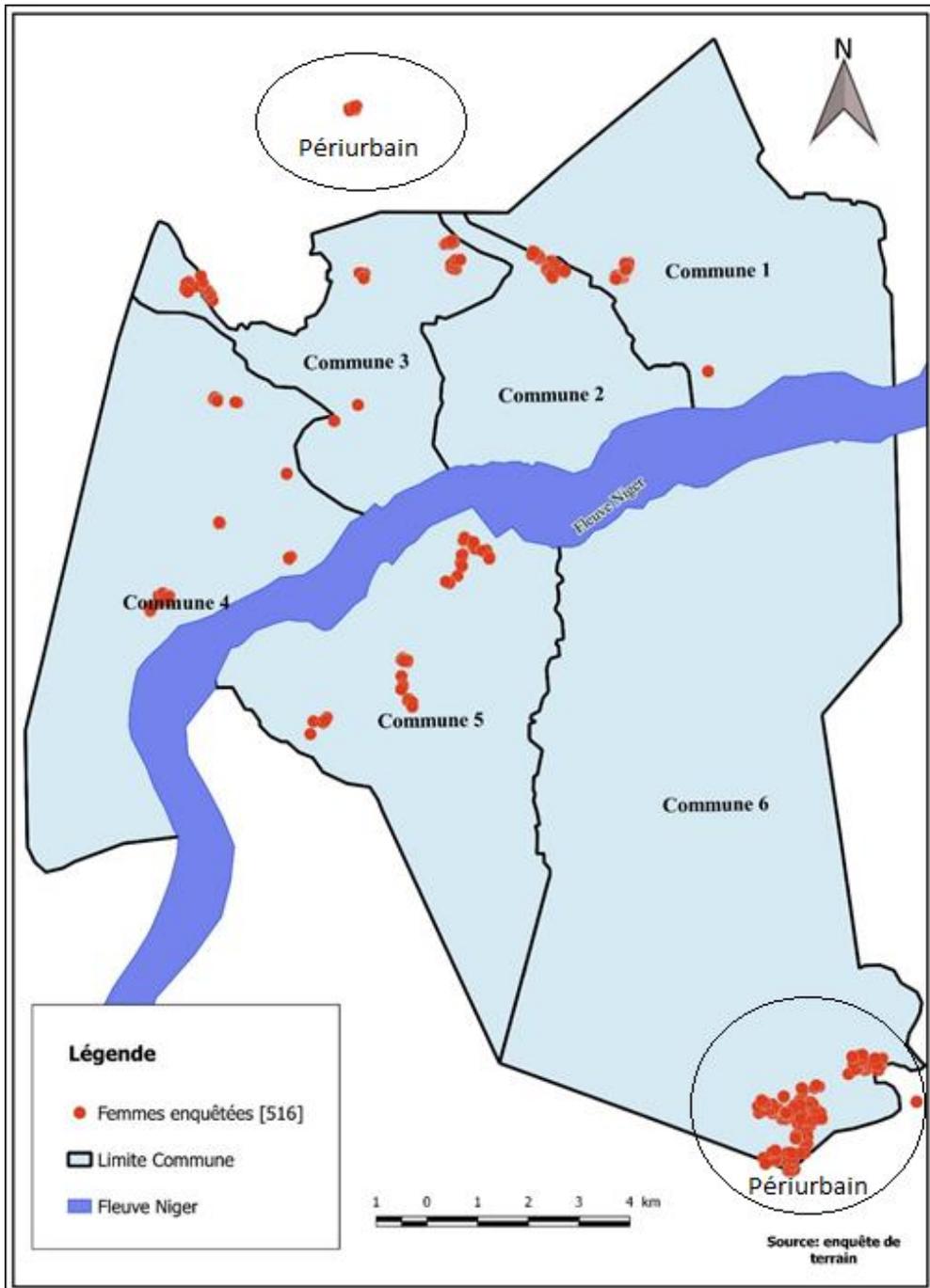
dans le dans le District de Bamako. Peuplée par 2 379 000 habitants en 2017 (selon les données de projection de la Direction Nationale de la Population (DNP)), Bamako est la capitale du Mali avec une superficie de 244,08 Km². Le nombre moyen d'habitants au kilomètre carré y est de 9 747 en 2017.

Initialement, nous avons prévu d'enquêter 500 femmes dont 250 en centre urbain et 250 en périurbain pour tenir compte de l'effet de la zone de résidence dans nos analyses. Chaque enquêteur disposait d'un quota de femmes à enquêter dans chaque commune et dans chacune des tranches d'âge suivantes : 25-29 ans, 30-34 ans et 35-40. En raison du non-respect des quotas exigés, quelques-uns parmi nos enquêteurs ont enquêté plus que ce qui leur avait été demandé. Ainsi à la fin de l'enquête, 516 femmes remplissant les critères ont été enregistrées au lieu de 500 prévues. Au demeurant, cette situation n'a pas eu d'effet notable sur la répartition initialement prévue. Notre fichier final de données est donc composé de 513 femmes au total après en avoir supprimé trois (3) lors de l'apurement.

La collecte en périurbain s'est réalisée à Sénou et Ngomi, choisis de manière raisonnée parmi ceux situés dans la zone périurbaine de Bamako. Ces deux quartiers sont localisés respectivement dans les communes II et VI du district de Bamako (figure 3.1). Le choix de ces derniers réside au fait qu'ils se trouvent non seulement à la périphérie mais que les commodités liées à la ville y sont moins perceptibles par rapport aux autres quartiers situés plus ou moins au centre de Bamako. Le quartier de Sénou se situe dans la zone aéroportuaire précisément au Sud-Est de Bamako. Il comptait 65 571 habitants en 2009 (RGPH, 2009) et le nombre moyen au kilomètre carré y était de 8 494. Les données de projection en 2017 ne sont pas disponibles au niveau des quartiers ou villages. Mais en supposant constant le poids (3,6%) de ce quartier par rapport à l'ensemble de la population de Bamako depuis 2009, sa densité s'établirait à environ 11 162 habitants au km². S'agissant de Ngomi, c'est un village situé au septentrion de Bamako qui a été rattaché à la commune II par l'extension de la ville comme on peut le constater sur les figures 6.2 et 6.3). La numérisation cartographique actuelle de Bamako ne prend pas en compte ce quartier qui pourtant en fait partie désormais. Sa population représentait 0,1% de celle de Bamako en 2009, soit une population de 2 129 habitants. En supposant constante cette part de 0,1% de l'effectif de la population de Bamako, la population de Ngomi s'établirait en 2017 à 279 772 habitants.

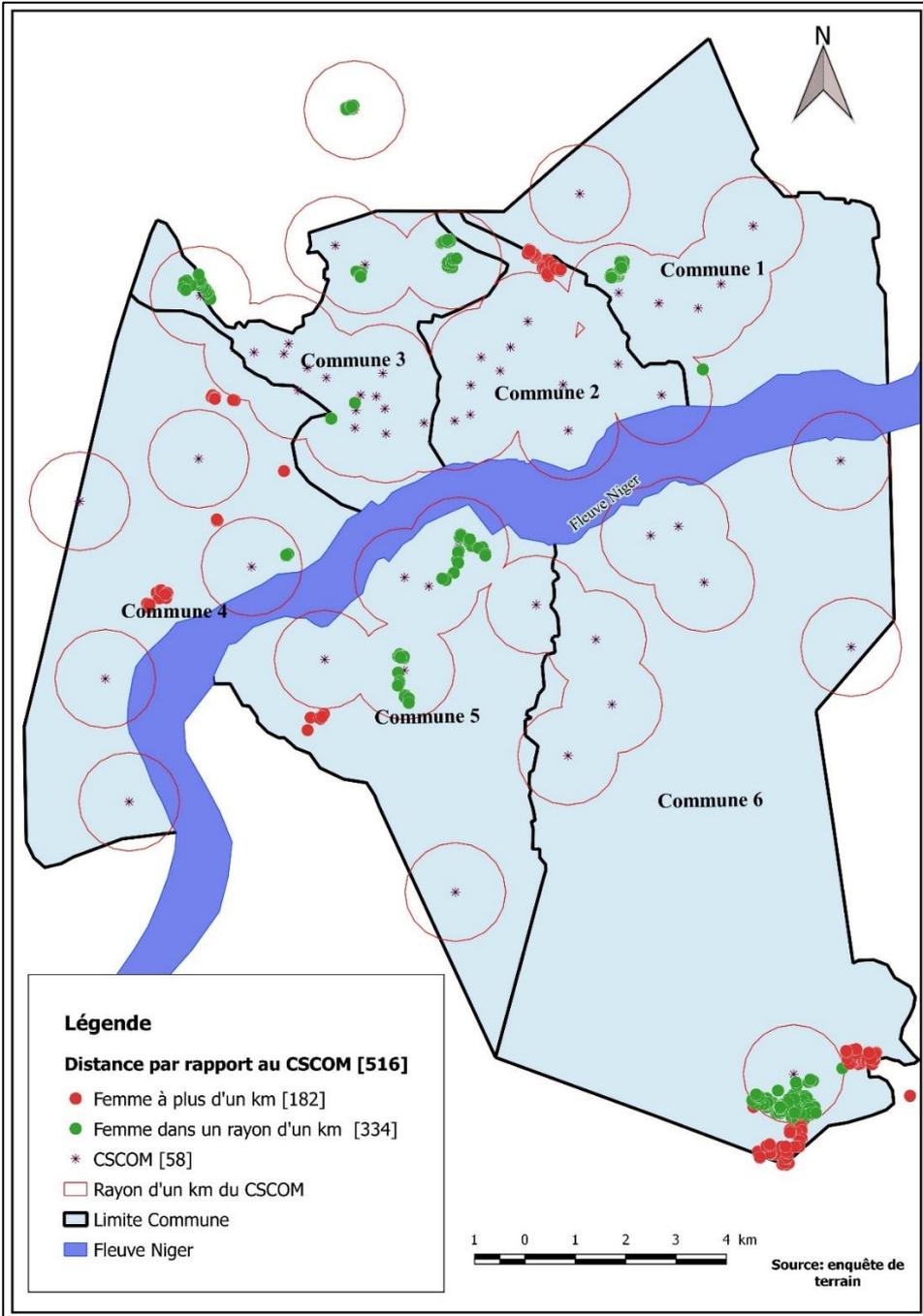
En outre, on peut globalement dire que l'offre sanitaire est plus ou moins disponible dans la zone où ont été interviewées les femmes. Elles ont relativement accès géographiquement aux centres de santé. On constate une certaine proximité des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) des répondantes. Aucune d'entre elles ne réside au-delà de deux kilomètres du CSCOM le plus proche et un peu plus de deux tiers se trouvent dans un rayon d'un kilomètre d'un CSCOM (Figure 3.2).

Figure 3.1. Zone d'enquête et localisation des femmes enquêtées



Source : nos données, 2017

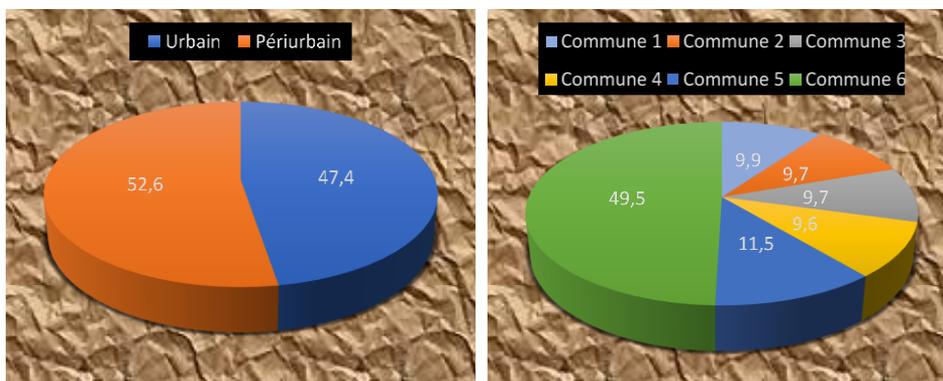
Figure 3.2. Localisation des femmes enquêtées par rapport au centre de santé communautaire (CSCOM)



Source : nos données, 2017

Comme on peut le constater sur la figure ci-dessous, presque l'ensemble des femmes enquêtées et résidant dans la périphérie du District de Bamako se retrouvent en commune VI plus précisément dans ce quartier situé un peu au Sud-Est dont nous avons mentionné plus haut. Le reste (6%) d'entre elles ont été interviewées en commune II plus exactement à Ngomi, une extension de la ville de Bamako. Les 243 autres femmes considérées comme résidant en milieu urbain ont été interrogées dans les communes I, II, III, IV et V de façon à obtenir une répartition presque équitable.

Figure 3.3 : Répartition des enquêtées par caractéristiques sociodémographiques



3.2.2 Questionnaire utilisé, méthode de collecte, recrutement et formation des enquêteurs

Le questionnaire¹⁴ conçu dans le cadre de notre enquête comprend cinq principaux modules à savoir l'identification des enquêtées ; leurs caractéristiques sociodémographiques et le recours aux soins maternels ; la configuration du réseau personnel ; les relations d'interdépendances des répondantes au sein de leur réseaux, les risques et besoins perçus en matière de santé maternelle. Les rubriques questionnaire portant sur le réseau et les relations d'interdépendances sont inspirées par la méthode « Family Network Method » (FNM) qui est un outil d'enquête validé et déjà utilisé à l'occasion d'autres études (Widmer, 2016 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2012 ; Widmer et al, 2013 ; Dieng 2014). Nous y faisons recours pour formuler en l'adaptant à la problématique de notre recherche et à la réalité de la zone d'enquête (Bamako, Mali).

Dans le module portant sur le réseau personnel, il s'agissait pour la répondante de citer les personnes qu'elle considère comme membres de son réseau c'est-à-dire les personnes importantes pour elle ou ayant joué un rôle significatif dans sa vie. Ainsi, la possibilité lui est donnée de fixer le contour de sa famille et de décider

¹⁴ Voir en annexe 7.1

des personnes qui en font partie. Les membres cités constituent son réseau personnel de l'enquêtée et ne lui sont pas systématiquement apparentés. Les questions allant de C1 à C6 sont utilisées à cet effet. Elles permettent de recueillir les membres du réseau et certaines informations sur ces derniers (sexe, lien avec la personne, lieu d'habitation, fréquence de contact avec la personne, etc.). Dans la rubrique suivante (relations d'interdépendances au sein des réseaux), la personne interviewée décrit les relations interpersonnelles (relations de soutien émotionnel, matériel, d'influence et de conflits) entre les différents membres du réseau cités précédemment.

Chaque module du questionnaire est précédé d'un texte introduction rappelant l'objectif de la collecte, les principales instructions ainsi que quelques exemples de prise de contact avec les enquêtées pour le bon déroulement de la collecte (Cf. annexe 7.1). Ce texte résume les attentes concernant chaque module du questionnaire et des consignes données aux agents afin d'anticiper les difficultés auxquelles ils pouvaient être confrontés sur le terrain.

3.2.3 Méthode de collecte, recrutement et formation des enquêteurs

La méthode d'échantillonnage dite des itinéraires (ou Random Route Sampling en anglais) est celle que nous avons choisie dans le cadre de cette enquête aussi bien en périurbain que dans les quartiers situés au centre de Bamako. Il s'agissait pour les enquêteurs de suivre un itinéraire déterminé à partir d'un point choisi (généralement une place publique ou le début/fin d'une rue principale) dans le quartier et de sélectionner les femmes à interviewer dans les maisons ou concessions selon les critères mentionnés ci-dessus. Ensuite, sur une concession ou maison sur trois, à Sénou (commune VI) et sur cinq dans les autres communes sur leur itinéraire, les enquêteurs devaient systématiquement administrer le questionnaire à toutes les femmes qui s'y trouvaient et qui remplissaient les critères (avoir un enfant de moins d'un an et être âgée entre 25 et 40 ans). La notion de ménage a été ignorée dans cette enquête en raison principalement de la méthode utilisée (Family Network Method dont la description détaillée est faite plus loin) qui cherche à appréhender le réseau de personnes considérées importantes selon la perception des répondantes.

Pour la collecte proprement dite, nous avons utilisé la méthode CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) en lieu et place des questionnaires papiers pour collecter nos informations. Cette procédure de collecte a beaucoup d'avantage parmi lesquels le gain considérable de temps et la réduction de certaines erreurs de collecte. Nous recevions les données saisies par les agents enquêteurs après chaque journée de travail. Il leur suffisait de connecter les tablettes pour que nous recevions les données avant la minute qui suit via un compte Dropbox configuré sur toutes les tablettes et partagé avec nos machines.

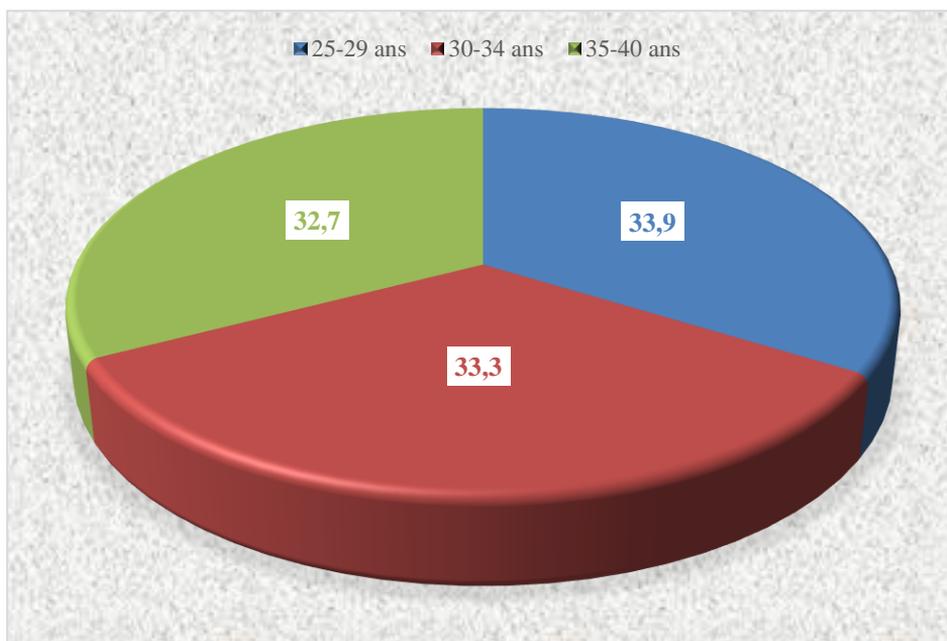
Cinq enquêteurs ont été recrutés dans le répertoire des agents de l'INSTAT. Pour avoir déjà réalisé plusieurs enquêtes avec l'institut, ces agents enquêteurs avaient une expérience avérée des opérations de terrain. Chacun d'entre eux avait le niveau Bac + 4 et ils ont été formés pendant cinq jours, du 29 juin au 02 juillet 2017. La formation a été assurée par un des collègues de l'INSTAT (cartographe et ingénieur de la statistique) et moi-même. Un jour de plus (le 03

juillet) a été consacré à un essai pour non seulement nous assurer que la formation a bien été assimilée mais aussi pour tester les outils de collecte (voir si les tablettes avaient été bien configurées et si la connexion des tablettes avec nos PC pour la réception des données, à travers le compte Dropbox créée, fonctionnait comme prévu).

3.2.4 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Notre enquête a été réalisée auprès des femmes âgées de 25 à 40 ans, ayant eu leur dernier accouchement d'un enfant né vivant au cours des 12 derniers mois qui ont précédé la collecte, c'est-à-dire après juin 2016. Eu regard à notre échantillon de taille relativement petite, il ne nous a pas semblé utile d'élargir cette tranche d'âge. Nous avons opté pour éliminer les femmes de moins de 25 ans et celles âgées de plus de 40 ans qui peuvent être considérées comme des groupes plus à risques en matière de santé maternelle. Les 513 femmes que compose notre fichier d'analyse sont quasiment réparties équitablement entre les groupes d'âges 25-29 ans, 30-34 ans et 35-40 ans.

Figure 3.4 : Répartition des femmes enquêtées par âge



Les répondantes de notre enquête sont pour la plupart mariées et monogames. Neuf personnes sur dix (95,7%) enquêtées sont mariées et près de trois quarts d'entre elles sont monogames. De plus, la répartition des femmes enquêtées par niveau d'instruction met en évidence un accès limité des femmes à l'éducation même dans la capitale. Plus de quatre cinquièmes de celles qui composent notre échantillon n'ont pas achevé le niveau secondaire. Elles sont encore plus

nombreuses à n'avoir aucun niveau d'éducation. Près de la moitié d'entre elles sont concernées par cette situation.

Pour évaluer la représentativité de notre échantillon, nous avons procédé à une comparaison avec les données du recensement et de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisés respectivement en 2009 et 2012-2013 (tableau 3.1). Cette comparaison est effectuée concernant les femmes de Bamako avec les caractéristiques quasiment similaires à celles de la population ciblée par notre enquête : femmes de la tranche d'âge 25-40 ans ayant eu une naissance vivante au cours des douze derniers mois pour le RGPH et des cinq dernières années pour l'EDS. Les distributions de notre population cible, selon le niveau d'éducation et la situation matrimoniale, sont en cohérence avec celles obtenues pour le recensement et surtout la dernière EDS qui est beaucoup plus récente que le recensement. Ainsi, notre échantillon semble représentatif de l'ensemble des femmes bamakoises âgées de 25 à 40 ans. Quelle qu'en soit la source, les données mettent en évidence le faible accès des femmes à l'instruction et le mariage comme cadre privilégié de la procréation même dans le contexte de Bamako et plus généralement du Mali.

Tableau 3.1 : Évaluation externe : distribution des femmes enquêtées par niveau d'instruction et état matrimonial en comparaison avec les données du recensement ainsi que la dernière enquête démographique et de santé

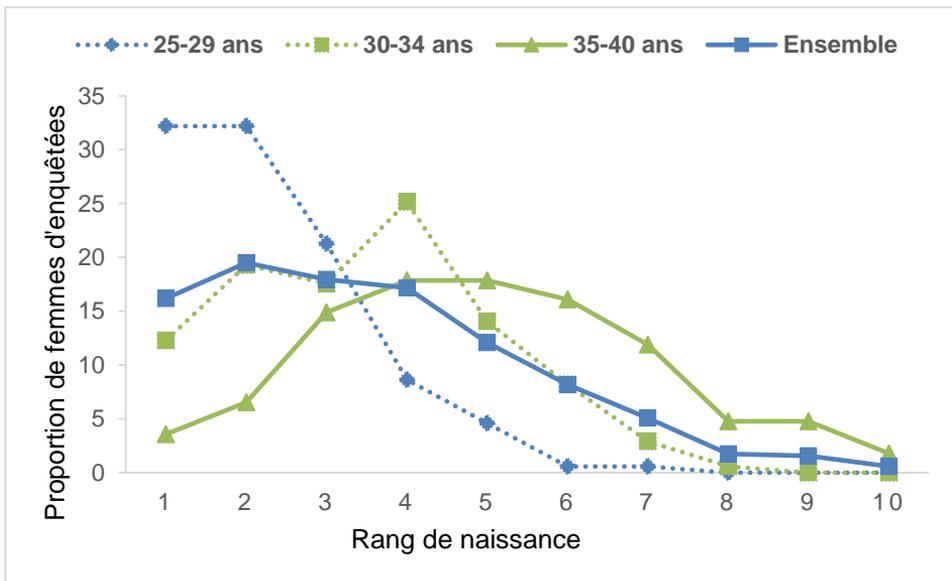
	RGPH- 2009	EDS-2012- 2013	Notre enquête- 2017
Niveau d'instruction			
Aucun	52,5	56,3	46,8
Fondamental	29,7	35,8	39,4
Secondaire ou plus	17,6	7,9	13,8
Non déclaré	0,2		
État matrimonial			
Monogame	56,8	71,9	73,5
Polygame	29,0	20,3	22,2
Célibataire	9,4	2,6	3,3
Divorcées/séparées/veuves/union libre	2,4	5,2	1,0
Non déclaré	2,4		
Total	100,0	100,0	100,0

Source : calculs de l'auteur

Nous examinons par ailleurs la répartition des femmes enquêtées par rang de naissance de leur dernier enfant à la date de l'interview selon leur groupe d'âge (figure ci-dessous). Les résultats permettent d'évaluer la qualité de nos données. Dans l'ensemble, nous pouvons constater que notre échantillon est représenté par des femmes ayant rarement déjà eu plus de quatre enfants. La moitié d'entre elles

sont tout au plus à leur troisième enfant (rang médian=3) et le rang de naissance du dernier enfant ne dépasse pas quatre (4) ou cinq (5) respectivement chez 71% et 83% d'entre elles. Ces résultats sont visibles sur la courbe bleue épaisse et ils confirment bien que nous sommes dans un contexte de fécondité relativement basse par rapport au reste du Mali. Selon le dernier rapport de la dernière enquête démographique et de santé (EDS, 2012-2013), le nombre moyen d'enfant par femme à Bamako était de 5,1 (4,9 pour les autres villes ; 5 pour l'ensemble urbain ; 6,5 pour le milieu rural) contre 6,1 pour l'ensemble du Mali. Il est vrai que ces résultats de l'EDS concernent les femmes de 15-49 ans mais ils aident à mieux comprendre la structure de nos données. En outre, les rangs de naissance un et deux apparaissent beaucoup plus chez les femmes les plus jeunes (25-29 ans) tandis que celles âgées de 35 à 40 ans sont se retrouvent généralement avec des rangs plus élevés. Quant à celles âgées de 30 à 34 ans, elles déclarent majoritairement être à leur quatrième enfant, nombre au delà duquel leur proportion baisse plus rapidement par rapport aux femmes adultes. Cette analyse en comparaison avec les données de la dernière EDS, permet d'accorder du crédit à nos données qui sont d'assez bonne qualité.

Figure 3.5 : Répartition des enquêtées par groupe d'âge et rang de naissance du dernier enfant



3.3 Méthodes d'analyses

3.3.1 Méthodes de décomposition utilisée dans le chapitre cinq

Les questions et hypothèses formulées dans le cadre du chapitre cinq sont traitées au moyen de la méthode de décomposition développée par Eloundou-Enyegue et Giroux (2010). Celle-ci est basée sur le principe selon lequel la prévalence de l'utilisation des services de santé maternelle au niveau nationale (Y_t) est une moyenne des prévalences dans les différentes catégories socio-économiques (y_{it}) pondérée par la proportion de femmes dans chaque catégorie au même temps t (w_{it}).

Ainsi, la formule de la décomposition de base s'obtient en exprimant la performance nationale comme une moyenne pondérée des performances des groupes.

$$Y_t = \sum w_{it} * y_{it}$$

Y est la moyenne nationale pour la variable substantive (utilisation des services de santé pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement au niveau nationale).

y_i est la prévalence de l'utilisation des services de santé maternelle pour le groupe i en année t .

w_{it} est la proportion des femmes appartenant au groupe i au moment t .

À partir de cette formule, le changement dans la prévalence de l'utilisation des services de santé maternelle au niveau national se décompose comme suit :

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_i * \Delta w_i + \sum \bar{w}_i * \Delta y_i \quad [1]$$

La décomposition exprime donc la variation totale due au changement de « composition » (premier terme de l'équation ci-dessus) et celle due à la « performance/comportement » au sein des différentes classes socio-économiques.

Pour la décomposition avancée, il s'agit de décomposer à son tour l'effet de performance en notant que la performance d'un groupe donné (i) peut s'exprimer comme une fonction d'une autre ou de plusieurs autres variables. Si nous prenons le cas d'une relation linéaire, par exemple,

$$y_{it} = \alpha_t + \beta_t x_{it} + \mu_{it} \quad [2]$$

où la constante α représente la performance de base lorsque $x=0$, β est l'accroissement de la prévalence de l'utilisation des services associée à un accroissement unitaire de la variable X (dans notre cas, statut socioéconomique du ménage ou niveau d'instruction de la femme), et μ_i l'erreur qui s'interprète comme l'effet résiduel des facteurs autres que x , non considérés dans l'analyse).

Dans ce cas, le changement dans la valeur de y_i entre deux périodes s'obtient ainsi :

$$\Delta y_i = \Delta \alpha + \bar{\beta} \Delta x_i + \bar{x}_i \Delta \beta + \Delta \mu_i \quad [3]$$

Étant donné que les définitions des catégories de x ne changent pas entre les dates t_1 et t_2 , le deuxième terme de cette équation est égal à zéro et $\bar{x}_i = x_i$. Ainsi, l'équation se réduit à :

$$\Delta y_i = \Delta \alpha + x_i \Delta \beta + \Delta \mu_i \quad [4]$$

En remplaçant cette équation (4) dans celle de la décomposition de base (1), on obtient l'équation générale de la décomposition avancée ci-dessous :

$$\Delta Y = \sum_i \bar{y}_i * \Delta w_i + \sum_i \bar{w}_i * \Delta \alpha + \sum_i \bar{w}_i * x_i \Delta \beta + \sum_i \bar{w}_i * \Delta \mu_i$$

Le premier terme de cette équation de décomposition avancée représente l'effet de composition et les trois dernières composantes désignent respectivement le changement imputable à l'amélioration des conditions de santé de base, l'effet de la différenciation de la prévalence de l'utilisation des services de santé selon la variable de classification utilisée et l'effet résiduel des autres variables non considérées.

Définition de quelques concepts de la décomposition

Certains concepts sont utilisés dans la méthode de décomposition et il importe de les définir pour faciliter la lecture et la compréhension des résultats qui seront présentés par la suite. En effet dans la décomposition, **l'effet de composition** représente un changement du phénomène étudié imputable à une recomposition sociale, c'est-à-dire à une modification de la distribution statistique des différentes couches sociales au sein d'une population. Par exemple, le changement dans la représentation relative des diverses couches sociales de la population féminine peut modifier, par "effet mécanique de pondération", la moyenne nationale du recours aux soins en ce sens que certains groupes peuvent utiliser moins les services que d'autres.

En revanche, **l'effet de comportement** ou dit de **performance** est moins mécanique que celui lié à la composition. Il renvoie à un changement réel du phénomène étudié au sein d'un ou plusieurs groupes. À titre d'illustration, si le recours aux soins prénatals augmente dans un groupe, en considérant toutes choses égales par ailleurs, le taux d'utilisation des services de santé maternelle au niveau national augmentera également. Dans ce cas, ce n'est pas le changement des effectifs relatifs qui est en cause mais plutôt les niveaux de recours aux soins dans au moins un groupe de femmes. Cet effet de comportement, comme présenté dans les méthodes, se décompose aussi en **performance de base, effet de différenciation et effet résiduel**. La performance de base indique que le changement a lieu chez les femmes indépendamment de leur rang social. Elle correspond à la constante dans une régression linéaire. Ceci est attribuable à la politique d'offre de services de santé et plus globalement au système de santé. En revanche, l'effet de différenciation met en évidence un changement de recours qui varie, non pas à cause de la recomposition socioéconomique de la population, mais d'une catégorie socioéconomique à une autre. Quant à l'effet résiduel, il

représente une modification attribuable aux facteurs non pris en compte par l'étude.

3.3.2 Méthodes utilisées dans le chapitre six

Les méthodes d'analyse utilisées sont à la fois descriptives et explicatives. D'un point de vue descriptif, deux méthodes sont appliquées. La première porte sur l'analyse bivariée basée sur le croisement des variables à expliquer (recours à la consultation prénatale et à l'accouchement assisté) avec chacune des variables explicatives. Elle est faite au moyen du test d'indépendance du Khi-deux stratifié par milieu de résidence. La seconde est une analyse de variance à un facteur (anova à un facteur). Le niveau de significativité dans le cadre de nos analyses est fixé à 5 %.

En ce qui concerne l'analyse de variance à un facteur, elle est utilisée dans le cadre des tests de comparaison des moyennes sur plusieurs (plus de deux) échantillons ou groupes indépendants. Cette analyse de variance à un facteur permet de comparer les moyennes d'une variable quantitative Y en fonction d'un facteur. Dans le cadre de notre travail, Y représente la proportion de recours aux soins par commune et le facteur est une variable qualitative avec au moins deux modalités dont on étudie l'influence sur la variable Y . Le facteur dans notre cas est le développement socioéconomique de la commune (faible, moyen et élevé) cerné par la proportion de ménages situés parmi les 20 % les plus riches et la proportion de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire dans la commune. Il s'agit de voir si ce niveau de développement socioéconomique influence significativement la proportion de recours aux soins dans la commune. Cela conduit à la vérification de deux hypothèses énoncées dans ce test de comparaison des moyennes. L'hypothèse nulle (H_0) suppose que les moyennes des proportions de recours aux soins sont égales dans chaque catégorie de niveau de développement socioéconomique. Autrement dit, on a le même niveau de recours aux soins de santé maternelle quel que soit le niveau de développement de la commune. Dans l'hypothèse alternative (H_1), on postule au contraire que le niveau d'utilisation des services, mesuré par la proportion de femme recourant aux soins dans la commune, varie selon le niveau de développement socioéconomique de la commune.

Pour ce qui est de l'analyse explicative, nous utilisons la régression multiniveau pour déterminer les variabilités de recours aux soins liées aux caractéristiques individuelles et familiales (facteurs individuels ou familiaux de conversion) et celles dues aux caractéristiques communautaires (unités géographiques retenus : 420 communes) à l'aide du package lme4 du logiciel R. Les caractéristiques du niveau communal sont appréhendées par les niveaux de développement socioéconomique (différences communales de composition socioéconomique de la population féminine comme facteurs collectifs de conversion) et les ressources du contexte (offre de service de santé). Apparue au milieu des années 1980, cette méthode permet l'estimation simultanée des résidus au niveau des individus et de la variance des effets aléatoires au niveau des groupes (Vallée, 2009). Étant donné la nature de la variable dépendante (qualitative et dichotomique), nous recourons au modèle de régression logit multiniveau dont l'équation simplifiée est donnée par :

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = \ln \left(\frac{P(Y_{ij}=1|x_{ij}, u_j)}{P(Y_{ij}=0|x_{ij}, u_j)} \right) = \alpha_1 + \sum_{k=0}^k \beta_k x_{kij} + u_j \quad (1)$$

$$u_j \sim N(0, \sigma^2) \quad j=1, 2, \dots, j \quad i=1, 2, \dots, n_j$$

Où π_{ij} est la probabilité conditionnelle que la femme i dans la commune j recoure aux soins de santé maternelle (prénatals ou accouchement assisté) ;

Y_{ij} la valeur de la variable dichotomique (dans notre cas, 1 si recours aux soins de santé maternelle et 0 si non) de la $i^{\text{ème}}$ femme dans la $j^{\text{ème}}$ commune ;

x_{kij} représente les variables explicatives utilisées dans le modèle ;

u_j est l'effet aléatoire de la $j^{\text{ème}}$ commune et est supposé suivre une distribution normale avec une moyenne nulle et la variance égale à $V(u_j) = \sigma^2$

k est le nombre des variables explicatives dans le modèle, α_1 l'ordonnée à l'origine (intercept) et β_k représente le coefficient de la régression pour la $k^{\text{ème}}$ variable explicative. Dans le cas du modèle nul, k prend la valeur zéro et on aura donc $\text{logit}(\pi_{ij}) = \alpha_1 + u_j$;

Dans le modèle logit, la variance de niveau individuel est égale à $\frac{\pi^2}{3}$ (c'est-à-dire à 3,29). La part de la variabilité du recours aux soins de santé chez les femmes enceintes et parturientes due aux différences de communes vaut

$$VPC^{15} = ICC = \left(\frac{\sigma^2}{\sigma^2 + \frac{\pi^2}{3}} \right) * 100. \quad \text{Dans ce cas, si } \sigma^2 \text{ est nulle, alors il n'existe aucune}$$

disparité inter-commune. En revanche, si σ^2 est significativement supérieure à 0, on peut conclure à une différence entre les unités géographiques. Cette part de variabilité due aux différences des caractéristiques communales (*VPC*) n'est pas à confondre avec la variation en proportion de la variance intercommunautaire liée au passage à un modèle supplémentaire (*PCV*¹⁶).

Ce type d'analyse permet de mesurer l'influence des facteurs communautaires et individuels sur les inégalités de recours aux soins prénatals et obstétricaux. La prise en compte du niveau communautaire dans l'analyse offre l'occasion de mettre en évidence les risques de non recours des soins associés à la structure sociale et à l'écologie (Stephenson et al, 2006). Autrement dit, cette méthode permet d'examiner s'il y a une différence entre les unités géographiques (communes dans notre cas) en matière d'utilisation des soins de santé maternelle et de mettre en évidence les rôles respectifs des profils sociodémographiques des femmes et de leur ménage d'une part (effet de composition) et des caractéristiques contextuelles d'autre part (effet du contexte : par exemples le niveau de développement socioéconomique, la présence et la qualité des services de santé, les normes sociales et culturelles). L'intégration dans le même modèle des caractéristiques individuelles avec celles agrégées évite de commettre l'erreur atomiste qui consiste à isoler l'individu sans faire intervenir les

¹⁵ VPC=Variance Partition Coefficient, ICC = Intra Class correlation coefficient

¹⁶ PCV=Proportional Change in Variance

contraintes du milieu dans lequel il vit, ainsi que l'erreur écologique qui consiste à inférer à l'individu une association statistique observée à un niveau agrégé (Courgeau, 2004 ; Von Korff et al. (1992). « L'articulation, dans un même modèle, de données collectées à des niveaux différents (individu, groupes d'individus, sous-populations, etc.) permet de distinguer correctement l'effet des caractéristiques individuelles de l'effet des caractéristiques des divers niveaux d'agrégation considérés, ainsi que d'un effet aléatoire propre à chaque niveau » (Nganawara, 2016 : 23).

Cette méthode explicative présente l'intérêt de pouvoir comparer la variance de niveau groupe (commune) avant et après l'introduction des caractéristiques individuelles/familiales et contextuelles (différences de composition de la population féminine et d'offre de services de santé) dans la régression et de quantifier leurs parts respectives dans la variabilité de recours aux soins. Elle est, par ailleurs, utile pour déterminer si les variations inter-intercommunale repérées concernent l'ensemble des femmes, ou certaines d'entre elles aux profils particuliers. Ce type d'analyse conduit ainsi à une meilleure identification des populations à risque, utile lors de l'élaboration des programmes de santé (Chauvin, 2002).

3.3.3 Analyse de régression logistique binaire utilisée dans le chapitre sept

La méthode utilisée dans ce chapitre est la régression logistique binaire en plus du test d'indépendance du Khi-deux dont nous avons parlé dans le chapitre deux. La régression logistique permet de mesurer l'effet des facteurs explicatifs (quantitatifs ou catégoriels) sur une variable dichotomique ou binaire dite dépendante. On peut considérer par exemple l'effet du type de réseaux personnels ou du capital social ou même du niveau d'instruction (X_k) sur la probabilité pour une femme de recourir aux soins prénatals (Y). Le recours aux soins prénatal (Y) représente ici notre variable binaire avec pour modalités : 1 (avoir recouru aux soins) et 0 (n'avoir pas recouru aux soins). Le processus de modélisation consiste également à chercher les relations les meilleures et les plus efficaces. En plus, lorsque le modèle est déjà estimé dans une régression logistique binaire, il est possible de prédire, pour un profil bien déterminé, la cote de la valeur 1 par rapport à celle à la valeur 0.

Dans la régression linéaire, on étudie la relation (linéaire) entre une variable réponse y et k variables explicatives X_1, X_2, \dots, X_k . Si on considère l'exemple proposé ci-dessus, les valeurs attendues de Y dans une régression linéaire s'obtiendront par la relation suivante : $Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k$. Cette formulation mathématique du modèle ne permet pas d'estimer la probabilité pour une femme d'avoir recouru aux soins parce que les valeurs estimées \hat{Y} peuvent ne pas appartenir à l'intervalle de définition d'une probabilité qui est de $[0,1]$. Autrement dit, l'espérance de Y peut être supérieure à 1 et inférieure à 0 dans une régression linéaire. Ce qui conduit à une situation problématique lorsqu'on veut étudier des probabilités car l'hypothèse de la normalité des résidus ne tient plus dans ce cas. Cela nous impose une transformation logit pour contourner le problème lié à la violation de l'hypothèse de la normalité des résidus dans une régression linéaire

Plutôt que de considérer $p = E(Y)$, l'astuce consiste à considérer sa transformation logistique qui donne $\text{logit}(p) = \log(p/1-p)$, avec $p \in [0,1]$ et $\text{logit}(p) \in \mathbb{R}$. Le rapport $p/1-p$ est appelé cote (odds) et $\log(p/1-p)$ le logarithme de la cote. Le rapport de cotes est le rapport de la cote d'un profil donné au profil de référence, soit : $\frac{p(X)}{1-p(X)} / \frac{p(X_{\text{ref}})}{1-p(X_{\text{ref}})}$.

On peut finalement exprimer le logit de la probabilité d'avoir la caractéristique étudiée comme une fonction linéaire des facteurs explicatifs : $\text{logit}(p(Y = 1|X_1, \dots, X_k)) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k$.

Les coefficients β_k mesurent l'effet additif individuel de chaque variable X_k sur le logit. Il s'agit de l'effet de cette variable toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire lorsqu'on admet que les autres variables restent fixes.

L'exponentiel du coefficient $\exp(\hat{\beta}_i)$ donne l'effet multiplicatif sur la cote $p/1-p$. Il est appelé rapport des cotes ou odds ratio et correspond au facteur par lequel la cote (odds) est multipliée lorsque X_i varie d'une unité et que les autres variables sont maintenues à leur niveau¹⁷.

Globalement, la méthode de régression logistique binaire est basée sur le calcul des rapports de cotes par le modèle Logit. Il s'agit de déterminer, pour chaque variable explicative, la probabilité pour les femmes d'une catégorie donnée (par exemple celles ayant un capital social élevé) de recourir adéquatement aux soins prénatals par rapport à celles d'une catégorie de référence (faible capital social par exemple).

¹⁷ Plus détaillée dans le document de cours de master de Gabriel et Zufferey (2015), Semestre d'automne, Institut de démographie et socioéconomie, Université de Genève.

Chapitre 4. Concepts et mesures des indicateurs

Dans ce chapitre, nous présentons de façon détaillée les différentes mesures retenues dans le cadre de cette thèse en lien avec nos hypothèses évoquées plus haut et conformément au cadre général d'analyse au chapitre deux (Figure 2.7). Ces mesures, bien que présentées ici, sont utilisées pour les analyses effectuées dans les chapitres cinq, six et sept.

Très généralement la notion de santé maternelle englobe à la fois la contraception moderne, les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins postnatals. Ces différentes dimensions constituent les quatre piliers de la maternité à moindres risques (Dugas, 2011 ; OMS, 1994). Dans le cadre de cette thèse, nous nous focalisons sur les soins prénatals et l'accouchement assisté par un personnel qualifié. Nous faisons recours à ces deux indicateurs aussi bien dans le chapitre cinq que six. Au chapitre sept, nous considérons exclusivement le suivi prénatal comme mesure de la santé maternelle. Les analyses effectuées au chapitre cinq, sont essentiellement descriptives et les variables indépendantes utilisées à cet effet concernent les proportions nationales réparties selon le niveau de vie des ménages abritant les femmes âgées de 15 à 49 ans (indicateur standardisé dont le calcul est détaillé plus bas) et l'éducation de la femme. Eu égard aux différentes données utilisées, les variables explicatives varient quelque peu selon les chapitres six et sept.

Dans les paragraphes qui suivent, nous passons en revue les différents indicateurs qui sont utilisés dans chacun des trois chapitres évoqués ci-dessus tout en précisant les données mobilisées à cet égard. Nous commençons par présenter les mesures des indicateurs du chapitre cinq, ensuite le chapitre six et terminons par celles relatives au dernier chapitre de la thèse.

4.1 Mesures utilisées dans le chapitre cinq à partir des données d'EDS

4.1.1 Soins de santé maternelle comme réalisations

Les composantes de santé maternelle les plus couramment ciblées aussi bien dans les programmes d'intervention en santé maternelle que dans les études empiriques concernent l'utilisation de la contraception moderne, les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins postnatals. Ces éléments constituent les quatre piliers de la maternité sans risque (OMS, 1994) et forment un continuum dans le processus de recours aux soins maternels. Dans le cadre de cette thèse, nous nous focalisons sur les soins prénatals et l'accouchement assisté par un personnel qualifié.

Comme il ressort dans plusieurs études mentionnées dans le chapitre un, les consultations prénatales (CPN) apparaissent importantes dans l'amélioration de la santé maternelle même si leur efficacité sur l'issue de la grossesse continue de faire débat. Partant de l'évidence que la plupart des complications peuvent être

évités par des soins adéquats¹⁸, l'OMS recommande quatre consultations prénatales dont la première devra commencer au cours du premier trimestre à compter du début de la grossesse.

Aujourd'hui, on préconise des soins prénatals "focalisés"¹⁹ qui s'articulent autour des éléments principaux suivants. « 1 - L'évaluation de la condition physique et la prise en charge des maladies dont le VIH, les infections sexuellement transmissibles (surtout la syphilis), la tuberculose, le paludisme, l'anémie, les saignements vaginaux, la prééclampsie/éclampsie et la bactériurie. 2 - La prévention des maladies et des complications par la vaccination antitétanique, la supplémentation (fer, acide folique et iode), le traitement vermifuge périodique, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse, l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII). 3 - Enfin, le paquet de soins inclut des conseils et du soutien pour la femme et sa famille pour l'acquisition de comportements sains à domicile. On y fait la promotion d'un environnement propre lors de l'accouchement, l'adoption d'un plan de préparatifs à la naissance et en cas d'urgence et la reconnaissance des signes de danger pour la femme et le nouveau-né. Enfin, on y retrouve des recommandations pour les soins postnatals par, entre autres, la promotion de l'allaitement maternel immédiat et exclusif. » (Dugas, 2011 : page 527).

Diverses mesures sont utilisées pour appréhender le recours aux soins de santé maternelle. Les plus courantes concernent généralement le nombre de visites, le moment des visites et le contenu des services reçus lors des consultations. En effet, certaines études considèrent le nombre de visites prénatales pour mesurer le recours aux soins. Mais cette mesure semble présenter quelques insuffisances. Certes, les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS devraient théoriquement se faire à intervalles de temps réguliers, mais ce n'est pas forcément le cas. Autant le nombre de visites prénatales élevé peut indiquer que la femme est plus attentive au suivi de sa grossesse, autant il peut être la conséquence de complications de grossesse (Soura, 2009). Autrement dit, les femmes présentant des grossesses à problèmes pourraient être plus enclines à avoir un nombre élevé de consultations prénatales. Bloom et ses collègues (1999) pensent que la prise en compte uniquement du nombre de visites pourrait conduire à un regroupement des femmes dont le statut en matière de soins prénatals diffère considérablement. C'est pourquoi ils proposent un indicateur composite de suivi prénatal qui est construit à partir des contenus des services reçus lors des consultations.

D'autres travaux se limitent au fait d'avoir recouru au moins une fois ou non à la consultation prénatale pour appréhender le recours aux soins mais cette mesure devient inappropriée lorsque qu'il s'agit d'un contexte avec une forte couverture de suivi prénatal. La mesure du recours aux soins prénatals relative au moment

¹⁸ Près de la moitié des décès maternels serait due à une insuffisance de soins pendant la grossesse et ces décès sont considérés comme évitables avec des soins adéquats (Dugas, 2011).

¹⁹ Il s'agit du modèle des quatre consultations recommandées et leur contenu respectif. Il consiste à l'administration d'un ensemble de soins moins nombreux mais plus ciblés et de meilleure qualité que les soins prénatals « classiques » qui demandent des visites plus fréquentes (Dugas, 2011).

d'utilisation des visites combine très souvent le nombre de visite et la durée de gestation de la grossesse (Coria-Soto et al, 1996). Nous utiliserons cette approche au chapitre sept consacrée aux rôles des interactions sociales sur le recours aux soins. Ce choix est dû au fait que cette partie concerne Bamako (la capitale) où le niveau d'utilisation des services de santé est relativement élevé.

En ce qui concerne le recours à l'accouchement médicalement assisté, il est appréhendé selon le lieu où a lieu l'accouchement ou le prestataire des services à l'accouchement. D'autres critères sont utilisés pour cerner les soins à l'accouchement. Par exemple, Fotso et al. (2008) utilise une mesure basée sur la classification des centres de santé où a lieu l'accouchement. Les critères de classification étaient entre autres la formation du personnel, leurs compétence et disponibilité, le plateau technique, l'adéquation et l'état fonctionnel des fournitures et autres équipements essentiels pour l'accouchement en toute sécurité.

La plupart des recherches antérieures, sur l'utilisation des services de soins maternels, étudient les composantes de manière indépendante. Mais certaines dont celle de Sunil et al (2006) propose un indicateur composite prenant en compte à la fois toutes les dimensions de santé maternelle (le nombre de visites prénatales, avoir reçu suffisamment de fer et d'acide folique pendant plus de trois mois, des injections anti tétanique, avoir accouché dans un établissement médical et accouchement assisté par un personnel de santé qualifié). Ils avancent comme argument le fait qu'une femme peut utiliser les services de soins prénatals sans accoucher dans un centre de santé et qu'une analyse séparée ne permettrait pas de cerner le niveau d'utilisation réel des services de soins maternels. Nous ne nous inscrivons pas dans cette démarche car elle pourrait cacher certaines spécificités selon les différentes composantes étudiées. Par exemple, les raisons de recours ou non aux soins peuvent varier selon le suivi prénatal et l'accouchement assisté. Par conséquent la construction d'un indicateur composite, associant les soins prénatals et l'accouchement assisté, pour appréhender globalement l'utilisation des services peut s'événer limitée.

Toutes ces mesures, décrites ci-dessus et utilisées dans la plupart des études, souffrent pour la plupart d'un effet de sélection. Généralement les questions servant de mesures au recours aux soins de santé maternels sont adressées aux femmes dont les derniers enfants sont nés vivants. Les fausses couches et les mort-nés ne sont pas concernés. Pourtant de nombreux travaux mettent en évidence une corrélation positive entre le suivi prénatal et l'issue de la grossesse (Orvos et al, 2002 ; Al-Eissa et Ba'Aqeel, 1994 ; Orvos et al, 2002 ; Kapoor et al, 1985 ; Orvos et al, 2002 ; Kapoor et al, 1985 ; McCaw-Binns et al, 1994 ; Moore et al., 1986 ; Nisar et Dibley, 2014 ; Malhotra et al., 2014 ; McCaw-Binns et al, 1994). Partant de ce constat, il est fort probable que les grossesses, qui ne sont pas arriver à terme, soient celles pour lesquels les femmes n'ont pas reçu de soins prénatals adéquats (Souara, 2009). Cet effet de sélection constitue une limite quelle que soit la mesure qui est utilisée à partir des données d'EDS. Il faut aussi souligner que ces données ne fournissent pas d'information sur la qualité des services offerts durant les consultations prénatales et l'accouchement assisté. Les informations disponibles concernent, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, le fait d'avoir été suivie ou assistée respectivement pendant la grossesse ou l'accouchement et le type de prestataires de services.

Dans le chapitre cinq, nous utilisons les recours à la consultation prénatale et à l'accouchement assisté (oui ou non). À l'aide du questionnaire femme, il a été demandé aux femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu leur dernière naissance au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes si elles avaient reçu des soins prénatals d'un personnel de santé et si elles ont été assistées par un prestataire qualifié (médecins, infirmières/infirmiers, sages-femmes et matrones) au moment de l'accouchement. Ces questions permettent de calculer les prévalences nationales de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement pour tous les pays et toutes les années. Ces proportions d'utilisation des services de santé (suivi prénatal et accouchement assisté), pour la population des mères âgées de 15 à 49 ans dont le dernier enfant né vivant n'a pas plus de cinq ans à la date de réalisation des enquêtes, constituent des données requises pour les calculs effectués à partir de la méthode de décomposition au chapitre cinq.

4.1.2 Recomposition de la structure socioéconomique et humaine de la population féminine en âge de procréation utilisée comme ressources socioéconomiques du contexte

Pour le calcul de la décomposition dans le chapitre cinq, nous utilisons les changements de répartition des effectifs relatifs agrégés des femmes entre les catégories de niveau de vie et celles du niveau d'instruction de la femme. Il s'agit des mesures, non pas au niveau individuel, mais des proportions agrégées au niveau macro (national). Plus concrètement, il est question de calculer les proportions nationales de femmes dans chaque catégorie de niveau de vie (faible, intermédiaire et élevé) et d'éducation (aucun, primaire et secondaire ou plus) afin de voir comment celles-ci évoluent au cours du temps. Toutes augmentations des proportions nationales des femmes en âge de procréer vivant dans les ménages les plus aisés et ayant atteint un niveau d'éducation élevé au cours du temps sont globalement interprétées comme des améliorations à la fois de la situation socioéconomique et humaine au niveau national.

- ***Changement de situation socioéconomique au niveau agrégé : calcul du niveau de vie standardisé par pays.***

Les travaux traitant de la pauvreté mettent en évidence différentes approches méthodologiques de mesures du bien-être de l'individu ou du ménage. Ces approches se distinguent les uns des autres en fonction des dimensions utilisées pour le classement des ménages qui se déclinent en trois principaux aspects : subjectif, monétaire et conditions d'existence (Lollivier et Verger, 1998). Alors que certaines méthodes ne considèrent que l'aspect matériel ou économique du bien-être, d'autres privilégient aussi les aspects liés aux "droits" (Ravallion, 1996).

Les indicateurs communément utilisés dans les enquêtes classiques sur la pauvreté se basent sur les dépenses de consommation et/ou les revenus des ménages. Mais cette approche est difficile à mettre en œuvre en raison de certaines difficultés dans la collecte des informations sur la consommation et les revenus notamment dans les pays en développement (diversité de la nature et du niveau de consommation, existence d'une consommation non marchande,

réticence à déclarer les revenus²⁰, difficultés de la constitution d'un panier de référence des biens et services consommés, etc.) (Nouhou, 2016 ; Rutstein et Johnson, 2004). C'est fort de ce constat que de nombreuses études recourent à d'autres mesures du niveau de vie (activité économique du chef de ménage, les biens d'équipement du ménage, les caractéristiques de l'habitat, etc.) (Kobiané, 1999 ; Antoine et al, 2002, etc.). Cette approche par les conditions d'existence est très souvent privilégiée dans les travaux utilisant les données d'enquête comme celles des enquêtes démographiques et de santé (Hewett et Montgomery, 2001) ainsi que celles issues des recensements de population et de l'habitat. Ces données collectent des informations sur les caractéristiques de l'habitat et/ou les biens d'équipement du ménage qui permettent d'approcher une mesure des conditions de vie des ménages. Cependant, les critères utilisés sont axés vers un mode de vie occidentalisé (possession d'un équipement moderne ou caractéristiques d'habitats modernes) alors que dans les sociétés traditionnelles africaines d'autres considérations peuvent prévaloir dans la détermination du niveau de richesse qui ne sont malheureusement pas prises en compte dans ces enquêtes. C'est le cas par exemples des signes extérieurs de richesse comme les habits traditionnels ou les parures de bijoux qui ne sont pas considérés dans le calcul de cet indicateur de condition de vie (Antoine et al, 2002). C'est dans cette optique que Garenne (2015) estime que l'indicateur de conditions de vie des ménages, tel que mesuré, peut être aussi assimilé à une mesure d'accès à la modernité.

Utilisé comme proxy du niveau de vie des ménages, l'indice de richesse est une mesure composite qui est construit dans une approche multidimensionnelle, notamment par l'application d'une analyse en composantes principales et de classification. La première composante, qui explique la plus grande part de la variance, est retenue pour classer les ménages en quintiles, allant du plus pauvre au plus riche. Les variables utilisées pour sa construction sont celles relatives aux matériaux des murs, du sol et du toit du logement abritant les ménages ; à la possession de biens durables de consommation (voiture, réfrigérateur, téléphone, téléviseur, etc.) ; à l'accès à l'eau et aux installations sanitaires. Cette variable existe déjà dans les bases de données.

Cependant, vu que les enquêtes ont été réalisées à différentes dates, les indicateurs de niveau de vie disponibles dans les bases de données ne peuvent pas être utilisés pour des fins de comparaison. Les ménages présents dans les bases de données différentes ne sont pas classés selon la même échelle de mesure et les variables utilisées pour les classer varient d'une année à une autre. Pour contourner ce biais et de rendre l'indicateur comparable dans le temps dans chaque pays, nous avons regroupé les fichiers de données de toutes les trois années considérées pour chaque pays. Un travail similaire a été fait par Rossier et ses collaborateurs (2015) qui avaient mobilisé dans leur étude les données de quatre EDS réalisées successivement dans tous les pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Est. Ces données de tous les pays et toutes les années ont été regroupées en un seul fichier pour des fins de comparaison des tendances de la fécondité entre les pays de ces deux grands ensembles géographiques (Afrique de l'Ouest

²⁰ Les pauvres se déclarent plus pauvres dans l'espoir d'une assistance, les riches se déclarent pauvres pour échapper aux impôts et taxes diverses (Nouhou, 2016).

et de l'Est) selon l'appartenance aux groupes socioéconomiques. Ici, notre objectif n'est pas de procéder à une telle comparaison. Nous voulons simplement comprendre comment la répartition des effectifs relatifs de femmes entre les catégories du niveau de vie changent au fil du temps à l'intérieur de chaque pays et l'implication que ce changement de structure peut avoir sur le niveau de recours aux soins au niveau national. Par exemple, au Mali, nous avons fusionné verticalement les bases de données de 2001, 2006 et 2012-13 en nous assurant d'avoir les mêmes variables avec des modalités similaires dans ces trois fichiers de données différents. Ceci a été aussi réalisé sur les données des autres pays (Burkina Faso, Niger et Sénégal pour les trois années successives).

Nous utilisons ensuite les caractéristiques de l'habitat et les équipements possédés par les ménages, dont la liste complète par pays se trouve en annexe (Annexe 4.1, 4.2, 4.3 et 4.4), dans une procédure d'Analyse en Composante Principale (ACP) pour construire nos indicateurs de niveau de vie par pays. Ces indicateurs sont calculés, en tenant compte des spécificités entre les milieux urbain et rural, afin d'évaluer le cadre de vie d'un ménage par rapport aux ménages vivant dans un milieu similaire. Le choix d'un indicateur calculé séparément par milieu réside au fait que, dans presque tous les pays en Afrique au Sud du Sahara, des disparités socioéconomiques et d'infrastructures énormes existent entre les milieux urbain et rural. Ce sont ces spécificités selon le milieu de résidence qui ont également conduit à la révision de l'indicateur composite de niveau de vie utilisé par les enquêtes EDS (Rutstein, 2008). Les principaux facteurs issus de l'ACP permettent de construire des catégories de ménages hiérarchisées sur une échelle de niveau de vie. Pour chacun des quatre pays, Ces facteurs ont été divisés en trois quantiles c'est-à-dire que les ménages sont regroupés en trois groupes : les premiers 33% de ménages considérés comme ayant un niveau de vie faible, les seconds comme le groupe intermédiaire et le dernier tiers représentant les ménages avec un niveau de vie élevé. Ce calcul est fait dans chaque milieu avant d'être mis ensemble²¹ pour obtenir un indicateur national que nous appelons ici "niveau de vie standardisé". Ce dernier permet de résoudre le problème de comparaison des conditions socioéconomiques des ménages au cours du temps dans chacun des pays.

²¹ Pour l'ensemble et chaque milieu, nous procédons à une ACP pour calculer les indices représentant des scores. La construction de l'indice national utilise l'ensemble des variables que le rural et les zones urbaines ont en commun (et se limitent à celles qui sont en corrélation avec la richesse dans le même sens). Une fois que les scores des ménages ont été calculés, on peut trouver les valeurs d'ajustement du niveau et de la distribution en régressant la valeur des scores de l'indice spécifique à la zone de chaque ménage sur son score d'indice national (Rutstein, 2008, 2015). À cet effet, nous utilisons deux régressions linéaires : la première utilise le score de l'ensemble des ménages comme variable dépendante et celui du milieu urbain comme variable explicative ; dans la seconde régression, le score de l'ensemble des ménages est toujours gardé comme variable dépendante et celui des ménages ruraux est considéré comme variable explicative. Enfin, nous utilisons les paramètres issus de ces deux régressions pour calculer un indice ajusté pour tous les ménages qui est coupé ici en quantiles.

Tableau 4.1 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans par niveau de vie standardisé, par pays et année

Pays	Années	Niveau de vie standardisé			Total
		Faible	Intermédiaire	Elevé	
Burkina Faso	1999	53,7	23,4	22,8	100,0
	2003	43,3	25,0	31,8	100,0
	2010	33,4	31,2	35,3	100,0
	Ensemble	40,5	27,7	31,9	100,0
Mali	2001	18,0	59,0	23,0	100,0
	2006	14,7	56,8	28,5	100,0
	2012	7,1	58,7	34,2	100,0
	Ensemble	13,7	58,1	28,2	100,0
Niger	1998	73,7	12,9	13,4	100,0
	2006	72,7	14,0	13,3	100,0
	2012	60,3	20,6	19,1	100,0
	Ensemble	68,0	16,3	15,6	100,0
Sénégal	1997	19,8	21,1	59,2	100,0
	2005	11,2	19,8	69,1	100,0
	2011	8,4	19,5	72,1	100,0
	Ensemble	11,9	20,0	68,1	100,0

La répartition des femmes en âge de procréation entre par catégories de niveau de vie, indiqué sur la figure ci-dessus, montre une augmentation de la proportion de celles qui vivent dans des ménages avec de meilleures conditions de vie sauf pour la période 1998-2006 pour le Niger.

- ***Tendances du niveau d'instruction (de capital humain) au niveau agrégé***

Un autre indicateur utilisé, dans la procédure de décomposition au chapitre cinq, est le changement dans la répartition des effectifs relatifs de femmes en âge de procréer entre les catégories de niveau d'instruction (changement de structure de la population féminine en âge de procréation par niveau d'éducation atteint) au niveau national. Comme expliqué plus haut il ne s'agit pas du niveau d'éducation au niveau individuel mais d'une mesure agrégée au niveau national. Ce dernier, est considéré aussi comme une addition des capacités individuelles à pouvoir utiliser les ressources du contexte disponibles. Le niveau d'instruction que nous utilisons pour effectuer le calcul agrégé se réfère au plus haut degré d'instruction atteint par les femmes au moment des enquêtes. Cette variable, disponible dans les bases de données, a été catégorisée en trois modalités : "Aucun niveau", "Primaire" et "Secondaire ou plus" avant de procéder au calcul au niveau agrégé.

On constate des progrès timides en matière d'éducation des femmes en âge de procréation dans les pays étudiés. De façon générale la situation éducative des

femmes s'améliore très lentement même si le Sénégal semble prendre de l'avance sur les autres. Le progrès est plus lent au Niger suivi du Burkina et le Mali occupe une position intermédiaire entre le Sénégal et les deux autres pays.

Tableau 4.2 : Répartition des femmes âgées de 15-49 ans dont la dernière naissance a eu lieu au cours des cinq dernières années précédant les enquêtes par niveau de vie standardisé, niveau d'instruction selon le pays et l'année

Pays	Années	Niveau d'éducation atteint			Total
		Aucun	Primaire	Secondaire ou plus	
Burkina Faso	1999	85,8	8,4	5,8	100,0
	2003	80,3	11,0	8,7	100,0
	2010	74,0	13,6	12,4	100,0
	Ensemble	78,3	11,8	9,9	100,0
Mali	2001	80,0	11,3	8,7	100,0
	2006	78,2	11,4	10,3	100,0
	2012	75,8	9,3	14,9	100,0
	Ensemble	78,2	10,8	11,0	100,0
Niger	1998	84,8	9,9	5,3	100,0
	2006	83,5	10,4	6,1	100,0
	2012	80,1	11,4	8,5	100,0
	Ensemble	82,5	10,7	6,8	100,0
Sénégal	1997	66,6	20,9	12,5	100,0
	2005	59,6	25,2	15,2	100,0
	2011	57,9	21,8	20,4	100,0
	Ensemble	60,4	22,9	16,7	100,0

4.2 Mesures utilisées dans le chapitre six à partir des données de MICS et du recensement

4.2.1 Recours aux soins de santé maternels comme fonctionnements

Dans le chapitre six, où on ne travaille que sur le Mali, la population d'étude est constituée de femmes âgées de 15-49 ans en union et ayant eu leur dernière naissance au cours des deux dernières années précédant l'enquête.

Comme variables de fonctionnements, nous retenons les deux indicateurs clés de la santé maternelle (évoqués ci-dessus) que sont la consultation prénatale et l'assistance à l'accouchement en raison de leur importance dans le maintien de la santé de la mère pendant sa période de procréation. Le questionnaire adressé aux femmes de 15-49 ans contenait un module "Santé de la mère et du nouveau-né". Dans ce module, la question suivante : "Avez-vous reçu des soins prénatals

au cours de la grossesse de (nom) ?" était posée aux femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. C'est cette question qui permet d'appréhender la consultation prénatale avec comme modalité Oui ou Non. Nous avons opté pour cette mesure (le fait d'avoir recouru au moins une fois à la consultation prénatale ou non) en raison d'un nombre non moins important de femmes enceintes qui n'ont recouru à aucun suivi prénatal (26%). Il a été aussi demandé aux mêmes femmes le lieu où elles avaient accouché de leur dernier enfant : "Ou avez-vous accouché de (nom) ?". Cette dernière variable a été recodée de manière à avoir deux modalités (Oui ou Non). Les femmes qui ont accouché dans les centres de santé publique ou privé sont considérées comme ayant été assistées par un personnel de santé qualifié. Ce sont dans ces centres de santé qu'on retrouve les médecins, infirmières, sages-femmes et matrones, lesquels sont supposés être formés et qualifiés, même si certains d'entre eux n'ont pas toute la qualification requise. Ces deux variables constituent donc les variables dépendantes (réalisations ou fonctionnements) dans le chapitre cinq avec respectivement 0,7 % (76 sur 10157 observations) et 0,8 % (85 sur 10157 observations) de valeurs manquantes.

Comme susmentionné, un peu plus du quart (26,1 %) des femmes âgées de 15-49 ans en union n'ont pas consulté pendant leur dernière grossesse intervenue au cours des deux années précédant l'enquête. En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, près d'une femme sur deux a accouché sans l'assistance d'un personnel de santé (46,3 %) en 2010.

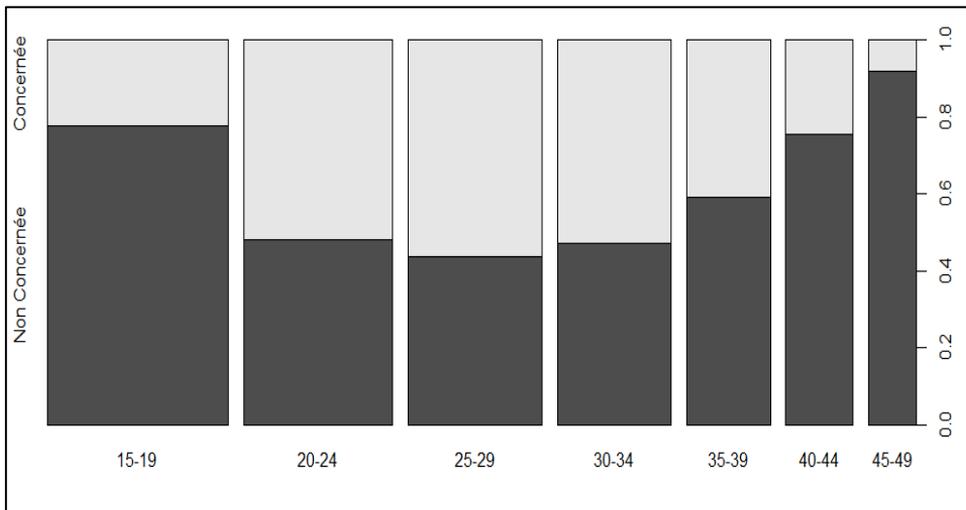
Tableau 4.3 : Distribution des mères de 15-49 ans selon leur recours à la consultation prénatale et à l'assistance à l'accouchement mali 2010, MICS

Modalités	Consultation prénatale			Accouchement assisté		
	Effectifs	%	% valide	Effectifs	%	% valide
Non	2630	25,9	26,1	4664	45,9	46,3
Oui	7451	73,4	73,9	5408	53,2	53,7
NA	76	0,7		85	0,8	
Total	10157	100,0	100,0	10157	100,0	100,0

En guise d'évaluation supplémentaire de la qualité de l'enquête MICS, nous décrivons ici la population étudiée qui est légèrement différentes de la population générale au vu des différentiels de fécondité. Nous rappelons que les questions portant sur les soins maternels étaient adressées exclusivement aux femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé la date de la collecte (c'est-à-dire entre 2004 et 2009). Ici, nous examinons les distributions des femmes enquêtées en distinguant celles à qui les questions ont été posées de celles qui n'étaient pas concernées (celles qui n'ont eu aucune naissance vivante au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête) selon leurs âge, éducation, milieu de résidence et le niveau de vie de leur ménage selon qu'elles aient été concernées ou non par les questions se rapportant aux soins maternels (figures 4.1 ; 4.2 ; 4.3 et 4.4 ci-dessous). Les

femmes concernées par ces questions sont moins nombreuses parmi les adolescentes (celles qui sont âgées de moins de 20) et les femmes adultes proches de la ménopause. Cette fréquence plus importante des naissances vivantes récentes chez les femmes moins jeunes et plus âgées paraît normale.

Figure 4.1 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le groupe d'âge



Les femmes les plus éduquées sont moins représentées parmi celles ayant eu au moins une naissance vivante entre 2004 et 2009. Cela est dû au fait que l'entrée plus tardive au mariage et la maternité sont moins fréquentes chez les femmes plus éduquées (Sauvain-Dugerdil et al., 2008). Ces résultats sont bien connus et se retrouvent par ailleurs dans tous les rapports d'EDS. Ces femmes utilisent plus les méthodes contraceptives que celles qui sont moins instruites. Il est par conséquent normal qu'elles soient plus nombreuses parmi celles qui n'ont pas été enceintes récemment.

En outre, les ménages les plus favorisés sont ceux où les femmes sont moins concernées par les naissances des cinq dernières années ayant précédé la collecte. Ce constat est corroboré par presque toutes les études sur la fécondité à savoir que les femmes appartenant à une classe sociale favorisée utilisent plus les méthodes contraceptives et tombent moins souvent enceintes par rapport aux autres vivant dans la pauvreté. C'est aussi le cas pour les femmes urbaines : celles en âge de procréer qui ont eu au moins un enfant entre 2004 et 2009 se retrouvent assez fréquemment en milieu rural.

Figure 4.2 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon niveau d'instruction de la femme

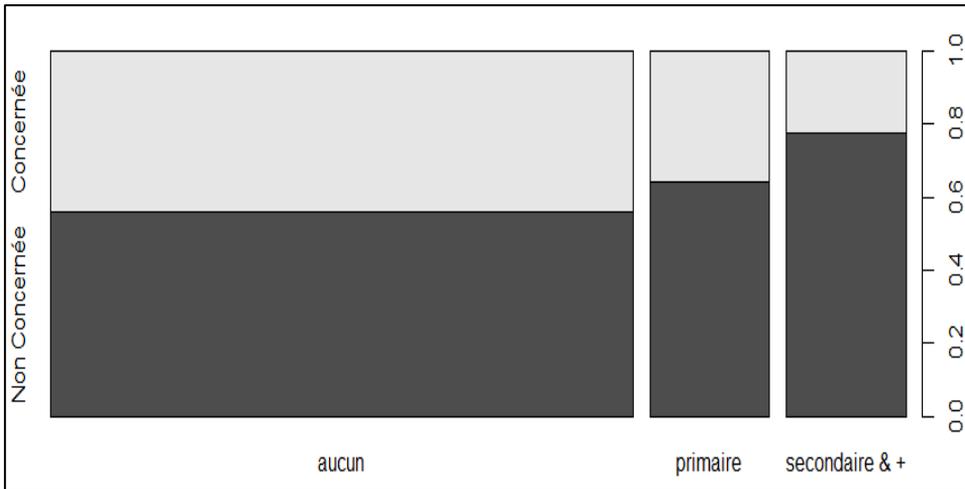


Figure 4.3 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le niveau de vie du ménage

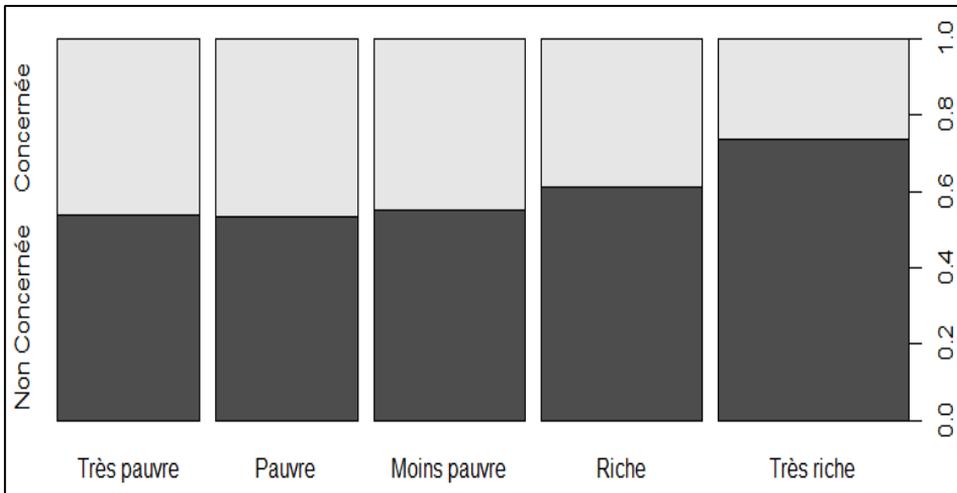
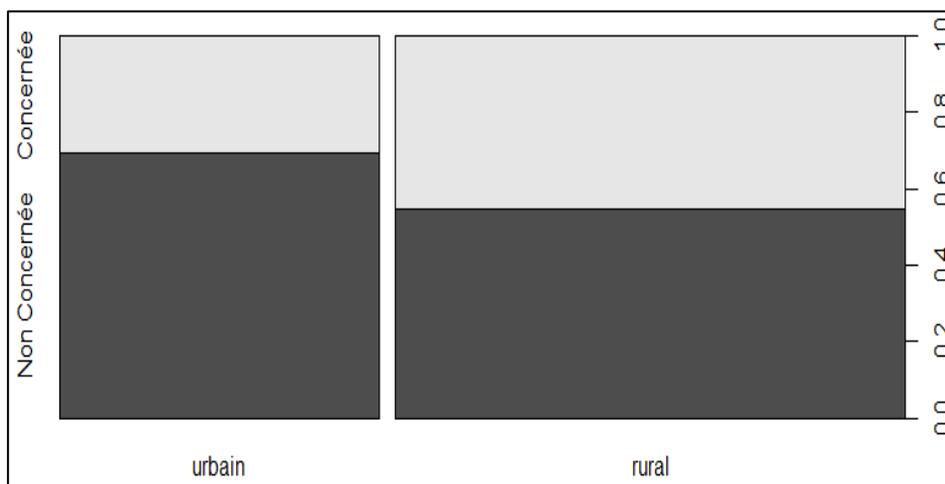


Figure 4.4 : Distribution des femmes ayant eu leur dernière naissance vivante au cours des cinq dernières années ou non selon le milieu de résidence



4.2.2 Facteurs individuels et familiaux de conversion

Dans le chapitre six, et toujours seulement pour le Mali en 2010, les variables explicatives retenues au niveau individuel et du ménage sont le niveau d'instruction de la femme, son exposition aux médias, le niveau de vie du ménage. Déjà disponible dans la base de données, le niveau de vie est un indicateur classique de proxy du niveau de richesse des ménages comme nous l'avons décrit ci-dessus pour les EDS. Cet indicateur est déjà disponible dans la base et nous l'utilisons comme tel en recodant en trois catégories au lieu de cinq : les deux premiers quintiles forment les pauvres, les deux suivantes les moins pauvres et les 20% des ménages les plus aisés sont considérés comme les riches. Il a été construit, selon le même principe, à partir de questions relatives aux matériaux des murs, du sol et du toit des logements, à la possession de biens durables de consommation et à l'accès à l'eau et aux installations sanitaires. Le niveau de vie de la femme et son degré d'exposition aux médias sont considérés comme facteurs individuels de conversion et le niveau de vie du ménage comme facteur familial de conversion. Dans les analyses qui seront effectués dans le chapitre six, nous faisons recours à d'autres variables qui serviront de contrôle à celles précédemment citées. Il s'agit au niveau individuel de l'âge de la femme et l'appartenance à un groupe ethnique, au niveau du ménage de l'éducation du chef et de son sexe. Le principe de construction, le recodage et la description de l'ensemble de ces variables sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 4.4 : Tableau descriptif des facteurs individuels et familiaux de conversion ainsi que les variables de contrôle

Variables	Catégories initiales	Recodage	Description		
			Effectifs	%	% valide
Facteurs de conversion					
Niveau d'instruction de la femme	1. Aucun		8131		80,1
	2. Primaire		1301		12,8
	3. Secondaire ou plus		725		7,1
Fréquence d'écoute de la radio & du temps passé devant la télé	1. Pratiquement chaque jour	1 (Radio) ou 1 (Télé) → 1	1579	15,5	15,6
	2. Au moins une fois par semaine	2 (Radio) ou 2 (Télé) → 2	1379	13,6	13,6
	3. Moins d'une fois par semaine	3 (Radio) ou 3 (Télé) → 3	1221	12,0	12,0
	4. Pas du tout	4 (Radio) ou 4 (Télé) → 4	5962	58,7	58,8
	Manquant	Manquant ->NA	16	0,2	
Niveau de vie du ménage	1.Très pauvre, 2. Pauvre, 3. Moyen, 4. Riche, 5. Très riche	1 ou 2 → Pauvre	4362		42,9
		3 ou 4 → Moyen	4236		41,7
		5 → Riche	1559		15,3
Variables de contrôle					
Age de la femme	>= 15 ans & <= 49 ans	15-19 → Ado/jeune	1150		11,3
		20-34 → Moins jeunes	7128		70,2
		35 ou plus → Adultes	1879		18,5
Ethnie ²²	Bambara ; Malinke ; Peulh/foulfoulbé; Sonraï/djerma; Sarakole/soninke/marka; Kassonké; Sénoufo; Dogon; Maure; Tamacheq; Bobo; Dafing; Minianka; Haoussa; Samogo; Bozo; Arabe; Autres ethnies africaines; Autres ethnies étrangères; Autres ethnies du Mali ; Manquant.	1. Bambara	2793	27,5	70,2
		2. Malinke/Kassonké	835	8,2	8,2
		3. Peulh/foulfoulbé	1405	13,8	13,8
		4. Sonraï/djerma/haoussa	1111	10,9	10,9
		5. Sarakole/soninke/marka	1109	10,9	10,9
		6. Sénoufo/minianka	1099	10,8	10,8
		7. Dogon	549	5,4	5,4
		8. Maure/tamacheq/Arabe	616	6,1	6,1
		9. Autres ²³	630	6,2	6,2
		NA	10	0,1	

²² Le groupe ethnique a été construit par regroupement de la variable appartenance ethnique, en tenant compte de leur proximité géographique et de certaines similitudes socioculturelles

²³ La catégorie "Autre" de la variable ethnie contient les bobo, dafing, samogo, bozo, autres ethnies du Mali non listées, autres ethnies africaines, autres ethnies étrangères non africaines.

Variables	Catégories initiales	Recodage	Description		
			Effectifs	%	% valide
Niveau d'instruction du CM	1. Aucun	1. Aucun	8163	80,4	80,7
	2. Primaire	2. Primaire	1026	10,1	10,1
	3. Secondaire ou plus	3. Secondaire ou plus	920	9,1	9,1
	Manquant	Manquant ->NA	48	0,5	
Sexe du CM	Homme		9713		95,6
	Femme		444		4,4
Total			10157		100,0

4.2.3 Ressources du contexte et facteurs collectifs de conversion (niveau de développement socioéconomique et humain local)

Les variables de dotations du contexte sont constituées du milieu de résidence, de la région et du ratio de centres de santé pour dix mille habitants. Les niveaux moyens d'éducation de la femme et de conditions de vie du ménage dans la commune sont utilisés pour appréhender le niveau de développement socioéconomique local.

Le milieu et la région de résidence, sont utilisés tels que définis dans la base de données. En revanche, nous avons calculé le ratio des centres de santé²⁴ avec les données du recensement en rapportant le nombre de centres de santé de chaque commune à sa population. L'indicateur ainsi obtenu est regroupé en trois catégories d'effectifs similaires. Il a été ensuite inséré dans notre fichier d'analyse avec les autres variables issues de l'enquête MICS. Les niveaux moyens d'éducation et de conditions de vie des ménages dans la commune sont également répartis en trois catégories. En raison du fort aplatissement de la distribution de ces variables vers les petites valeurs, les premières catégories comprennent respectivement les communes dans lesquelles aucune femme n'a atteint le niveau secondaire et ne vit dans un ménage situé parmi les 20 % les plus riches du pays.

²⁴ Recensement général de la population et de l'Habitat de 2009, réalisé la même année que l'enquête MICS.

Tableau 4.5 : Récapitulatif des variables contextuelles et de composition communale de la population féminine

Variables	Catégories initiales	Recodage	Description	
			Effectifs	% valide
Ressources du contexte				
Milieu de résidence		Urbain	2889	28,4
		Rural	7268	71,6
Région		Kayes	1519	15
		Koulikoro	1623	16
		Sikasso	1925	19
		Ségou	1224	12,1
		Mopti	1021	10,1
		Tombouctou	720	7,1
		Gao	641	6,3
		Kidal	363	3,6
		Bamako	1121	11
Ratio centre de santé pour 10 000 habitants par commune	Calculé à partir du nombre de centre de santé et de l'effectif de la population (RGPH, 2009) et fusionné avec nos données.	<= 3,08 → Faible	3388	33,4
		> 3,08 & <= 5,31 → Moyen	3385	33,3
		> 5,32 → Élevé	3384	33,3
Niveau de développement socioéconomique local ou communautaire				
Niveau de vie de la commune où réside la femme	% des ménages appartenant au 20 % des ménages maliens les plus riches agrégée par commune.	0 % → Aucun	5976	58,8
		> 0 % & <= 12,5 % → Moyen	2188	21,5
		> 12,5 % → Élevé	1993	19,6
Niveau d'éducation dans la commune où réside la femme	% de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire agrégée par commune	0 % → Aucun	4995	49,2
		> 0 % & <= 34,24 % → Moyen	2585	25,5
		> 34,24 % → Élevé	2577	25,4
Total			10157	100

4.3 Mesures utilisées dans le chapitre sept à partir des données collectées par nous-même

4.3.1 Mesure du recours à la consultation prénatale comme fonctionnement dans la perspective des capacités

Les analyses dans le chapitre sept concernent seulement Bamako (la capitale du Mali) et la variable dépendante utilisée porte sur le recours aux soins prénatals. Cette variable est construite en tenant compte de la précocité et la régularité du recours au soin. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre trois, beaucoup d'études ne considèrent que le nombre de visites prénatales ou le fait simplement d'avoir recouru au moins une fois ou non à la consultation prénatale pour cerner le recours aux soins. Mais le processus de recours aux soins prénatals dans les pays en Afrique est beaucoup plus complexe. Il est vrai que le nombre élevé de consultations prénatales est associé à un suivi régulier de la grossesse, mais il peut aussi être la conséquence de complications de grossesse (Souza, 2009) en ce sens que les femmes présentant des grossesses à problèmes peuvent être plus enclines à avoir un nombre élevé de consultations prénatales.

De même, le fait simplement de recourir au moins une fois ou non à la consultation prénatale peut cacher certaines réalités dans le processus de recours de soins. Par exemple certaines femmes peuvent avoir effectué seulement une consultation prénatale et attendre l'accouchement pour des raisons d'ordre économiques, culturels, d'accessibilités géographiques comme nous l'avons décrites dans le chapitre un. Nos données permettent de constater cette situation : seulement 2% des 513 femmes n'ont pas été suivies pendant leur grossesse tandis que 15% ont effectué moins de 4 visites (dont respectivement 4 et 8% ont consulté une et deux fois). Par conséquent la simple considération du recours aux soins prénatals sans tenir compte de la précocité et la fréquence des visites paraît insuffisante pour saisir le recours aux soins surtout dans le contexte de Bamako. Pour contourner ou réduire ce biais, nous proposons un indicateur de recours aux soins en croisant le nombre de mois de grossesse à la première visite prénatale avec le nombre de visites. Ce qui paraît plus intéressant que le nombre de visites prénatale ou le fait simplement d'avoir recouru ou non aux soins. Comme indiqué dans le tableau ci-après, est considéré comme ayant recouru adéquatement aux soins prénatals, toutes les femmes ayant effectué au moins quatre visites prénatales et dont la première consultation est intervenue avant le quatrième mois de la grossesse. On observe que 49% de l'ensemble des femmes de notre échantillon ont eu un recours élevé aux soins contre 51% de celles considérées comme ayant une faible consultation prénatale.

Tableau 4.6 : Indicateurs de demande de soins de santé maternelle

Nombre de visites prénatales	Nombre de mois de grossesse à la première consultation		
	Quatre ou plus	Un-Trois	Total
Un-Trois	115 22,9%	26 5,2%	141 28,1%
Quatre ou plus	116 23,1%	245 48,8%	361 71,9%
Total	231 46,0%	271 54,0%	502 100,0%

Les variables explicatives principales que nous utilisons dans le chapitre sept sont le type de réseaux personnels et le capital social. Les paragraphes qui suivent sont consacrés à la description de chacune des deux variables. Nous considérons le type de réseau comme une ressource personnelle et le capital social comme un facteur de conversion permettant aux femmes enceinte une liberté de recours aux soins. Nous décrivons en détail comment ces indicateurs d'accroissement de l'éventail des possibilités de recours effectif aux soins sont mesurés.

4.3.2 Mesure du type de réseaux personnels comme ressource personnelle et leurs déterminants sociodémographiques

- **Mesure du type de réseaux personnels**

La diversification des formes familiales et leur complexification - remise en couple et recombinaison notamment à travers l'augmentation importante du divorce et des remariages - rend difficile l'étude des familles. Cette complexification des liens familiaux dans les sociétés occidentales ont conduit plusieurs sociologues à s'interroger sur la notion de la famille post modernisation (Widmer, 2016). De plus en plus, l'approche configurationnelle tend à s'imposer, notamment dans le domaine de la sociologie, comme une alternative prenant en compte cette tendance à la diversité des formes familiales. En effet, la famille contemporaine devient difficile à appréhender par un petit groupe de personnes, régi par des rôles et des statuts institutionnellement prédéfinis et principalement axé sur des liens de sang ou d'alliance. Aujourd'hui, la famille apparaît plutôt comme un réseau de personnes dépendantes à travers de multiples relations et échanges qui lient les unes aux autres (Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2013 ; Widmer et al, 2012 ; De Carlo et al., 2014 ; De Carlo et Widmer, 2011 ; Widmer, 2016, 2006 et 1999 ; Widmer et al., 2008). À en croire Widmer (2016), le concept de configuration a été proposé pour la première fois dans les années trente par Jacob Moreno puis repris des années trente aux années quatre-vingt-dix par le sociologue allemand Norbert Elias qui le définit comme l'ensemble de "structures de personnes mutuellement orientées et dépendantes".

Dans cette dynamique, une méthode d'analyse ("Family Network Method, FNM") a été proposée vers le milieu des années 1990 par le Professeur Eric Widmer et ses collègues (Widmer, 1999 ; Widmer et Lafarga, 2000 ; Widmer, 2016), basée sur l'analyse des relations familiales dans une perspective configurationnelle. Utilisée dans plusieurs travaux (Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2013 ; Widmer et al, 2012 ; De Carlo et al., 2014 ; De Carlo et Widmer, 2011 ; Widmer, 2016, 2006 et 1999 ; Widmer et al., 2008 ; Dieng 2014), cette approche permet de faciliter l'étude de modèles complexes de relations et offre la possibilité d'étudier les relations familiales en tant qu'ensemble d'interdépendances matérielles, émotionnelles et cognitives. Cette approche se justifie notamment par le fait que les individus dépendent de diverses relations dans lesquelles les enfants adultes, les parents vieillissants, les frères et sœurs, les ex-partenaires, les amants ou les amis considérés comme des membres de la famille jouent un rôle important (Widmer, 2016). Les interdépendances émotionnelles et matérielles, entre les enfants et leurs parents non-résidents, demeurent fortes même en cas de coresidence. Les adultes gardent de fortes interdépendances avec leurs parents, lesquelles interdépendances s'exercent tant sur le plan émotionnel, cognitif que financier. Bien que ne vivant pas dans les mêmes ménages et n'appartenant pas à la même famille nucléaire, les parents et les frères et sœurs continuent de rester en contact à travers des liens d'une grande signification émotionnelle comme l'avait souligné Widmer (2016). De même, les personnes concernées par la recomposition des familles, gardent très souvent les liens affectifs et cognitifs avec d'autres personnes résidant dans des ménages différents (Widmer, 2016 ; Widmer et al, 2013) si bien que les critères fondés sur la coresidence et les liens de sang ne suffisent plus à saisir la complexité des relations familiales y compris en Afrique où on assiste à des transformations des structures familiales décrites dans le chapitre sept.

C'est fort de ce constat qu'une section du questionnaire, que nous avons élaboré dans le cadre de notre enquête de terrain, est consacrée aux réseaux et relations d'interdépendances des répondantes. Les questions formulées dans cette section sont inspirées par la méthode "Family Network Method (FNM)". Même si cette méthode est le plus souvent utilisée sous un angle configurationnelle comme c'est le cas dans la plupart des travaux cités ci-dessus, nous nous focalisons plutôt sur les réseaux personnels c'est-à-dire les personnes importantes des enquêtées sans aucune référence à la famille à la suite de Widmer et ses collègues (2013). Cela dit, l'application de la méthode suit le même principe et elle a le mérite de permettre un enregistrement des membres du réseau de chaque personne éligible enquêtée et les liens qui les unissent. La question suivante était posée à l'enquêtée : « **Qui sont les personnes significatives ou importantes pour vous ?** ²⁵ ». Plus concrètement, il était demandé à la répondante de citer les personnes (au maximum 15) qu'elles considèrent importantes durant la période de référence considérée (de juillet 2016 à juillet 2017). Contrairement aux recensements et enquêtes classiques, la répondante avait le libre choix de circonscrire son réseau et d'y inclure les personnes qu'elle perçoit comme en étant membres. Par conséquent, les personnes citées ne lui sont pas nécessairement apparentées. Elles peuvent ne pas résider avec elle (sous le

²⁵ Voir le questionnaire en annexe 7.1

même toit) ou dans le même ménage. En d'autres termes, les membres du réseau personnel concernent les personnes qui comptent pour la répondante c'est-à-dire celles qui ont pu jouer un rôle important dans sa vie : par exemple celles qui lui ont apporté une aide financière ou un soutien émotionnel entre autres.

Pour chaque personne citée, la femme enquêtée devait indiquer le lien avec cette dernière en répondant à cette question : « **Quel lien avez-vous avec (nom) ?** ». Les liens possibles cités par les enquêtées figurent dans le tableau ci-dessous qui sert aussi à évaluer la qualité de nos données. Le nombre de fois qu'un lien est cité devra être égale au nombre de personnes le citant pour certains types de liens. Il s'agit des termes suivants : conjoint, père, mère, beau-père et belle-mère. Pour ces types de liens, nous avons comparé les colonnes deux (2) et cinq (5) du tableau qui doivent être identiques. Par exemple, une femme n'a qu'un seul conjoint, une seule mère, un seul père etc. et ces personnes ne peuvent qu'être citées qu'une seule fois comme membre important du réseau personnel de la répondante. On observe en outre, mis à part le conjoint qui est mentionné presque par toutes les répondantes, une grande diversité dans la fréquence des liens cités avec les personnes considérées comme importantes. Cette diversité de citation des liens constitue une information pertinente que nous utilisons pour catégoriser les femmes de manière à avoir des groupes (réseaux personnels) plus homogènes qui sont autant que possible distincts les uns des autres.

Tableau 4.7 : Description et poids des personnes citées comme importantes

Types de liens cités (1)	Nombre de personnes citant le terme (2)	Proportion de personnes citant le terme (3)	Rang selon la proportion de personnes citant le terme (4)	Nombre de fois que le terme a été cité par l'ensemble des enquêtées (5)	Proportion par rapport au total de citation (6)	Proportion par rapport au total de citation cumulée (7)
Conjoint/Partenaire	460	0,891	1	460	0,3566	0,3566
Mère	103	0,200	2	103	0,0798	0,4364
Amis	89	0,172	3	115	0,0891	0,5256
Frère	83	0,161	4	115	0,0891	0,6147
Sœur	77	0,149	5	94	0,0729	0,6876
Belle-mère	54	0,105	6	54	0,0419	0,7295
Voisine/Voisin	41	0,079	7	55	0,0426	0,7721
Beau-frère	39	0,076	8	55	0,0426	0,8147
Père	35	0,068	9	35	0,0271	0,8419
Frère/Sœur de mère	29	0,056	10	48	0,0372	0,8791
Belle-sœur	25	0,048	11	28	0,0217	0,9008

Types de liens cités (1)	Nombre de personnes citant le terme (2)	Proportion de personnes citant le terme (3)	Rang selon la proportion de personnes citant le terme (4)	Nombre de fois que le terme a été cité par l'ensemble des enquêtées (5)	Proportion par rapport au total de citation (6)	Proportion par rapport au total de citation cumulée (7)
Frère/Sœur de père	22	0,043	12	28	0,0217	0,9225
Épouse de beau-frère	12	0,023	13	13	0,0101	0,9326
Beau-père	9	0,017	14	9	0,0070	0,9395
Fils/Fille du sœur de père	7	0,014	15	7	0,0054	0,9450
Épouse du frère	6	0,012	16	6	0,0047	0,9496
Fils/Fille	6	0,012	17	6	0,0047	0,9543
Frère/Sœur de Beau-père	5	0,010	18	6	0,0047	0,9589
Fils/Fille du frère de mère	5	0,010	19	5	0,0039	0,9628
Épouse/Mari de frère/Sœur du père	5	0,010	20	5	0,0039	0,9667
Fils/Fille de beau-frère	5	0,010	21	5	0,0039	0,9705
Coépouse	4	0,008	22	5	0,0039	0,9744
Gd père/mère	4	0,008	23	4	0,0031	0,9775
Frère/Sœur de Belle-mère	3	0,006	24	3	0,0023	0,9798
Mari de sœur	3	0,006	25	3	0,0023	0,9822
Mère adoptive	3	0,006	26	3	0,0023	0,9845
Ami du mari	3	0,006	27	3	0,0023	0,9868
Fils/Fille de la sœur de père	2	0,004	28	3	0,0023	0,9891
Fils/Fille de la sœur de mère	2	0,004	29	2	0,0016	0,9907
Fils/Fille de frère	1	0,002	30	1	0,0008	0,9915
Ex. mari	1	0,002	31	1	0,0008	0,9922
Fils/Fille de belle-sœur	1	0,002	32	1	0,0008	0,9930
Ami de belle-mère	1	0,002	33	1	0,0008	0,9938

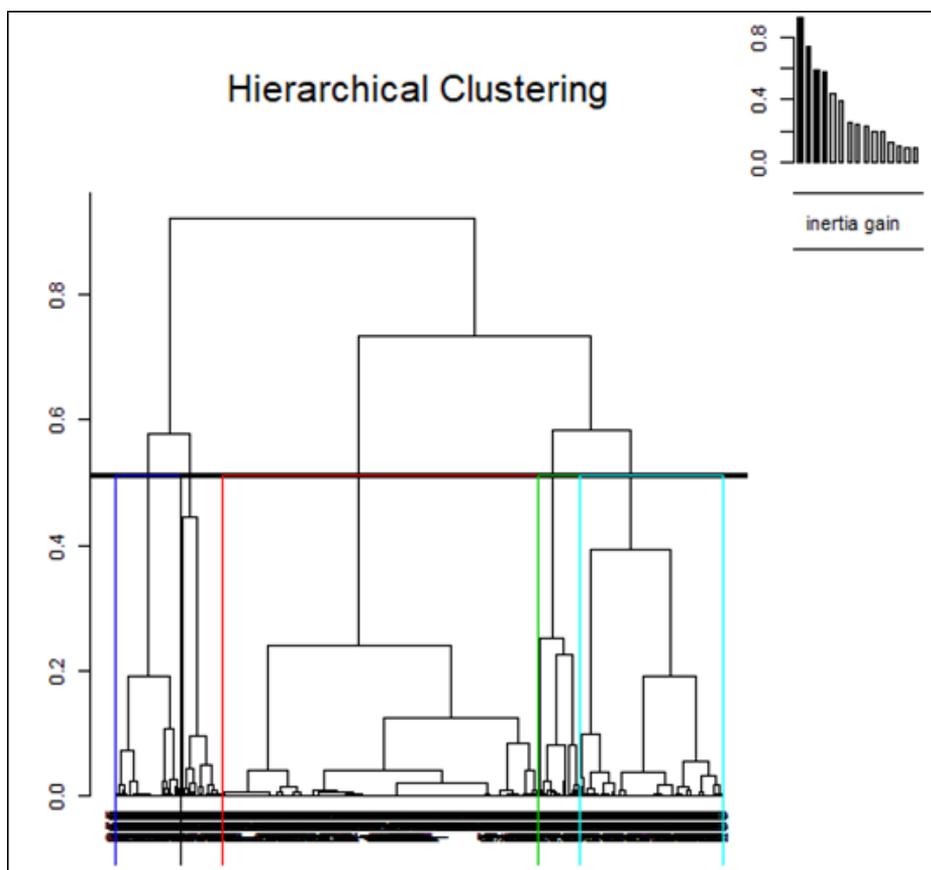
Types de liens cités (1)	Nombre de personnes citant le terme (2)	Proportion de personnes citant le terme (3)	Rang selon la proportion de personnes citant le terme (4)	Nombre de fois que le terme a été cité par l'ensemble des enquêtées (5)	Proportion par rapport au total de citation (6)	Proportion par rapport au total de citation cumulée (7)
Mari de belle-sœur	1	0,002	34	1	0,0008	0,9946
Fils/Fille de coépouse	1	0,002	35	1	0,0008	0,9953
Épouse de l'ami	1	0,002	36	1	0,0008	0,9961
Ma sage-femme	1	0,002	37	1	0,0008	0,9969
Mari de la voisine	1	0,002	38	1	0,0008	0,9977
Épouse du voisin	1	0,002	39	1	0,0008	0,9984
Voisin du père	1	0,002	40	1	0,0008	0,9992
Patron	1	0,002	41	1	0,0008	1,0000

À partir donc des informations sur les liens des répondantes avec les personnes citées comme importantes, nous avons procédé à la reconstitution d'une base de données avec en colonnes les nombres de fois qu'un lien est cité par chaque femme et en lignes les femmes elles-mêmes (voir annexe 4.5). Par exemple, la quatrième colonne concerne le nombre de fois que le conjoint (C) est cité par chacune des femmes de notre échantillon représentées en ligne.

Ces nouvelles variables représentées en colonnes nous ont servi à l'utilisation de l'Analyse en Composante Principale (ACP) suivie d'une classification ascendante hiérarchique à l'aide du package FactoMineR du logiciel R. Nous avons conservé les vingt-deux (22) premiers termes²⁶ (Conjoint/Partenaire jusqu'à coépouse, cf. tableau 4.7) les plus cités pour faire l'ACP : ces 22 termes représentent 97% de l'ensemble des termes cités. Ensuite, les cinq (5) premières composantes expliquant 31% des variabilités entre les femmes ont été utilisées pour la classification ascendante hiérarchique. Celle-ci a permis l'obtention d'un nombre optimal de clusters (configurations de réseaux personnels) comme l'indique le dendrogramme ci-après.

²⁶ Ces termes désignent les différents liens des enquêtées avec les personnes importantes citées et qui constituent nos variables utilisées dans l'ACP et la classification

Figure 4.5: Dendrogramme ou arbre de classification



Le tableau ci-dessous indique les moyennes des termes cités dans chaque réseau personnel. Autrement dit, il s'agit plus concrètement du nombre moyen de fois qu'un terme est cité par les femmes appartenant à un groupe ou réseau. Ces moyennes renseignent sur les poids respectifs ou les contributions relatives de chaque terme dans la constitution de chaque réseau de femmes. Elles sont comparées à la moyenne totale (colonne sept du tableau ci-dessous) pour déterminer lesquels des termes caractérisent le mieux chacun des cinq réseaux identifiés. Ainsi, un lien est attribué à une configuration de réseau personnel pour laquelle il a le plus de poids (moyenne plus élevée que la moyenne totale). Autrement dit, un lien est d'autant plus important pour une configuration que sa moyenne y est élevée par rapport à la moyenne totale concernant le lien en question.

Les résultats de la classification sont aussi résumés dans le tableau de l'annexe 4.6. Celui-ci indique le nombre relatif de fois qu'un lien ou un terme est cité en moyenne dans un groupe (réseau personnel ici) ou la proportion moyenne de citation d'un lien dans un réseau donné. Cette moyenne représente le poids d'un lien cité ou la fréquence de citation d'un lien par les femmes appartenant à une

configuration ou d'un réseau donné. Elle est comparée à la moyenne totale (proportion moyenne de citation d'un terme par l'ensemble des femmes enquêtées quelle que soit le groupe auquel elles appartiennent) afin de déterminer le réseau pour lequel le lien apporte un poids significatif. On considère l'écart entre la fréquence moyenne de citation du lien dans chaque configuration et la fréquence totale de citation concernant le même lien. Plus cet écart est significatif, mieux la variable (lien) caractérise le groupe en question. Une autre information importante donnée dans ce tableau est la "valeur test" relative à chaque lien dans un réseau. Exprimée en nombre d'écart types d'une loi normale, elle évalue la distance entre la moyenne générale et la moyenne dans le groupe ou clusters. Elle permet de simplifier les comparaisons entre les variables (liens) en les triant par ordre d'importance de leurs valeurs selon chaque cluster afin de mieux caractériser les groupes (réseaux personnels). Si le lien ou la variable a une valeur test positive (respectivement négative), alors le réseau est caractérisé par les valeurs fortes (respectivement faibles) de la variable. Toutes ces informations ont permis de déduire un sens sociologique compréhensible à chaque type de réseau personnel ainsi construit par la classification.

Parmi les femmes enquêtées, celles appartenant au réseau de **voisinage ou d'amitié** sont les plus nombreuses. Un peu plus de la moitié (52,1%) de l'ensemble des répondantes, elles ont un réseau dans lequel le conjoint est fortement représenté et qui est moins centré sur la famille aussi bien par alliance que biologique. Ce type de réseau est principalement centré autour du conjoint et élargi aux personnes non apparentées dont les voisins et les amies.

Un autre type de réseau apparaît aussi fréquent mais un peu moins que celui relatif au voisinage. C'est le réseau personnel d'**orientation restreinte** qui regroupe près du quart (soit 23,6%) des femmes. Ces dernières restent relativement attachées à leurs géniteurs et germains (beaucoup plus avec les frères) tout en restant connectées avec leurs amis. Contrairement à ce dernier type de réseau, celui dit d'**alliance** regroupe en son sein des femmes dont le réseau personnel est principalement axé vers le père et la mère du conjoint et dans une moindre mesure le beau-frère. Celui-ci est moins fréquent que les deux précédents types de réseaux familiaux (10,7%).

Le quatrième réseau personnel est celui que nous avons appelé **horizontal étendu**. Il ne concerne que 7% de l'ensemble des femmes enquêtées qui citent, pour la plupart, les membres de la famille par alliance et biologique en plus de leurs conjoints. Ce type de configuration de réseau personnel se caractérise par, non seulement son élargissement aux familles par alliance et orientation restreinte, mais par l'absence des ascendants parmi les personnes considérées comme importantes. Le dernier (**orientation élargie**) concerne presque autant de personnes que le réseau horizontal (6,6%). Tout comme les femmes du réseau d'orientation restreinte, celles faisant partie de l'orientation élargie ont un réseau personnel concentré sur la famille d'origine. La différence se situe au fait que ces dernières sont aussi attachées la fratrie de leurs parents biologiques en plus de leurs conjoints.

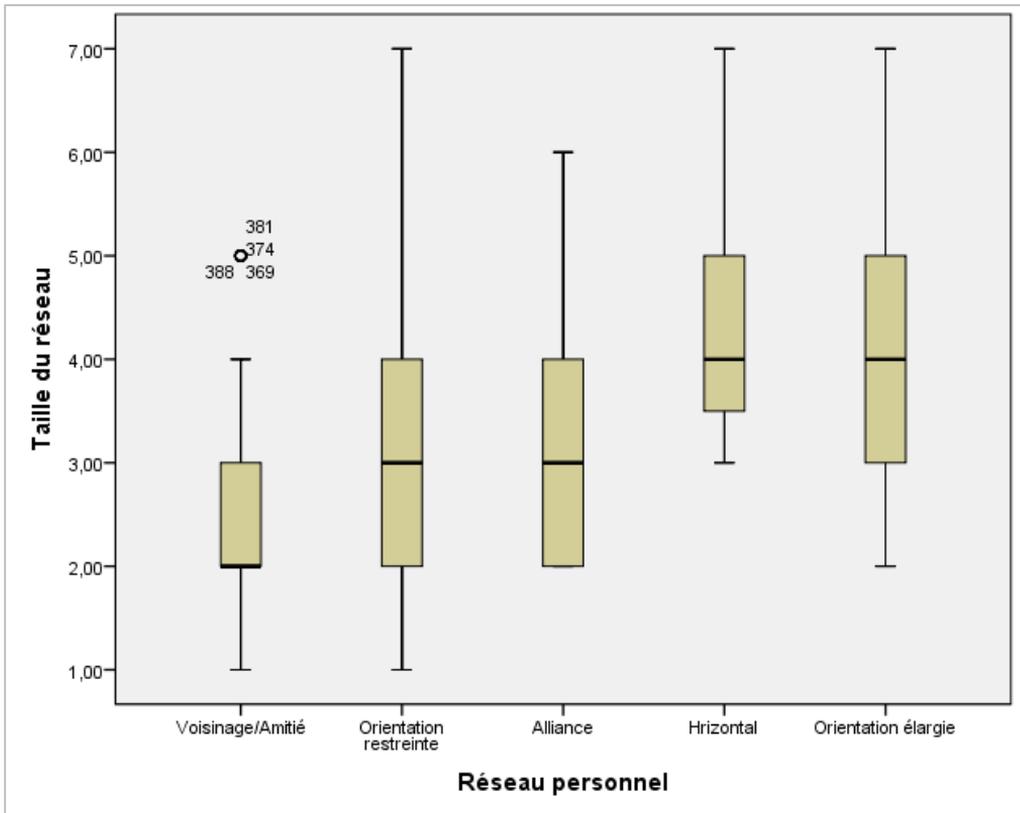
Tableau 4.8 : Description du type de réseaux personnels

Réseau personnel	Voisinage/Ami tié (N=267)	Orientatio n restreinte (N=121)	Allianc e (N=55)	Horizont al étendu (N=36)	Orientatio n élargie (34)	Moyenn e totale	F
Conjoint/Partena ire	1,00	0,67	0,84	0,92	0,91	0,89	29,73***
Mère	0,00	0,69	0,18	0,17	0,03	0,20	122,9***
Amis	0,30	0,23	0,05	0,03	0,06	0,22	4,50**
Frère	0,23	0,13	0,05	0,44	0,50	0,22	5,26***
Sœur	0,14	0,21	0,05	0,69	0,09	0,18	13,33***
Belle-mère	0,00	0,00	0,87	0,14	0,00	0,10	452,53* **
Voisine/Voisin	0,16	0,06	0,02	0,00	0,09	0,11	3,36*
Beau-frère	0,07	0,02	0,11	0,69	0,06	0,11	19,57***
Père	0,00	0,24	0,05	0,03	0,00	0,06	24,65***
Frère/Sœur de mère	0,01	0,12	0,07	0,00	0,74	0,09	25,13***
Belle-sœur	0,00	0,00	0,02	0,75	0,00	0,05	173,32* **
Frère/Sœur de père	0,00	0,04	0,05	0,00	0,44	0,04	34,37***
Épouse de beau-frère	0,03	0,00	0,02	0,14	0,00	0,03	5,10***
Beau-père	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,02	22,18***
Fils/Fille du frère de père	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,01	6,22***
Épouse du frère	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,01	5,06**
Fils/Fille	0,00	0,00	0,00	0,06	0,12	0,01	11,99***
Frère/Sœur de Beau-père	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,01	10,10***
Fils/Fille du frère de mère	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,01	20,44***
Epouse/Mari de frère/Soeur du père	0,00	0,01	0,00	0,00	0,12	0,01	12,08***
Fils/Fille de beau-frère	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01	1,05
Coépouse	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,83
Taille moyenne	2,30	2,96	3,18	4,42	3,82	2,80	39,815* **
Taille maximale	5	7	6	7	7	7	

Comme l'indique sur la figure ci-dessous, on enregistre relativement peu de femmes enquêtées qui appartiennent aux réseaux **horizontal** et **orientation élargie**, mais le nombre de personnes constituant les réseaux de ces femmes est relativement plus élevé (respectivement 4,4 et 3,2 en moyenne). La moitié des femmes, appartenant à ces deux types de réseaux, cite au moins quatre personnes qu'elles considèrent importantes pour elles. À l'inverse de ces

derniers, le type **voisinage** se démarque par une taille de réseau d'interdépendants plus petite (2,8 personnes en moyenne, médiane=2) alors qu'elle concerne un nombre plus élevé de femme de l'échantillon.

Figure 4.6 : Taille des réseaux personnels (nombre de personnes citées dans chaque réseau d'interdépendance)



- **Déterminants sociodémographiques de la composition des réseaux personnels**

Dans les paragraphes précédents, nous avons présenté la procédure de construction du type de réseaux personnels des répondantes (femmes âgées de 25 à 40 ans vivant à Bamako et ayant eu leur dernière naissance les douze mois précédents la collecte). Ici, nous procédons à des analyses de régressions logistiques binaires pour chacun des cinq types de réseaux personnels afin déterminer les facteurs explicatifs de leur composition de ces différents réseaux (tableau ci-dessous). Il s'agit concrètement de voir si l'appartenance à réseau répond une logique sociodémographique précise comme déjà mis en évidence dans d'autres travaux traitant de la question.

Les résultats mettent en évidence l'importance du lieu de résidence comme un déterminant de la composition des réseaux personnels des femmes bamakoises. De façon générale, les femmes urbaines c'est-à-dire vivant dans les quartiers de la capitale (Bamako) supposés être plus urbains, sont intégrées dans des réseaux horizontaux. Ces femmes ont près de quatre fois plus de chances d'appartenir à ce type de réseau caractérisé par une taille relativement grande et axé principalement sur le conjoint, les membres de la fratrie autant dans la famille par d'orientation que par alliance. Mais ces femmes considérées plus urbaines, qui sont relativement plus âgées et moins éduquées, s'ouvrent aussi à des personnes non apparentées dont les voisins et les amis. Les femmes urbaines âgées de 35 à 40 ans ont deux fois ($OR=2,5$) plus de chance d'appartenir au réseau de voisinage et celles ayant au moins le niveau d'éducation secondaire en ont près de deux fois moins ($OR=1/0,53=1,89$).

Ces deux derniers types de réseaux personnels se distinguent de deux autres qui concernent plutôt les femmes périurbaines avec cependant quelques spécificités. Le premier type de réseau personnel qu'on retrouve plus en périurbain est plus représenté parmi les femmes relativement éduquées ne cohabitant pas actuellement avec un conjoint (majoritairement célibataires). Les chances d'appartenir à un réseau d'orientation restreinte, en mentionnant la mère, le père et le frère comme personnes significative du réseau personnel, sont multipliées de huit par l'absence d'un conjoint ou le fait d'être une mère célibataire et près de deux fois le fait d'avoir atteint au moins le niveau d'éducation secondaire. Le second concerne les jeunes femmes (celles âgées d'au moins 25 ans et de moins de 35 ans) qui ont au sein de leurs réseaux les membres de la famille par alliance. Cela s'observe une propension trois fois importante ($OR=1/0,39=2,56$) des femmes de 35 à 40 ans de citer les personnes apparentées à leurs conjoints comme membres de leurs réseaux personnels.

Enfin, le dernier type de réseau concerne l'orientation élargie dont la composition est significativement associée à la jeunesse (au moins 25 ans et moins de 35 ans) et à la multiparité indépendamment du milieu de résidence, de l'éducation et de l'état matrimonial. Les femmes, qui sont au moins à leur sixième naissance, présentent une propension trois fois plus grande d'appartenir à ce type centré sur la famille biologique élargie en plus du conjoint.

Tableau 4.9 : Rapport de chance d'appartenir à un type de réseau personnel

	Voisinage/Amitié	Orientation restreinte	Alliance	Horizontal	Orientation élargie
Milieu de résidence (Périurbain)					
Urbain	1,74***	0,57**	0,34***	3,76***	0,85
Groupe d'âge (25-29 ans)					
30-34 ans	1,59 [†]	0,82	0,62	0,90	0,71
35-40 ans	2,49***	0,65	0,39**	1,28	0,27**
Etat matrimonial (Monogame)					
Polygame	1,25	1,03	0,74	0,62	0,76
Autre ²⁷	-	8,51***	1,62	0,61	-
Rang de naissance dernier enfant (un-deux)					
Trois-cinq	1,00	1,07	0,81	1,06	1,20
Six ou plus	1,11	0,60	1,00	0,76	3,02 [†]
Niveau d'instruction (Aucun)					
Fondamental	0,93	0,92	1,31	1,62	0,69
Secondaire ou plus	0,53**	1,74 [†]	1,73	1,01	0,80
Constante	0,60**	0,43***	0,26***	0,03***	0,12***
Déviance nulle (512 dl)	710,31	560,47	349,50	260,70	250,24
Déviance résiduelle (503 dl)	643,26	518,16	323,89	245,05	238,64
Chi2 (9 dl)	67,05***	42,31***	25,61***	15,65*	11,60
Observations	513	513	513	513	513
Log Likelihood	-321,63	-259,08	-161,94	-122,53	-119,32
Akaike Inf. Crit.	663,26	538,16	343,89	265,05	258,64

²⁷ La catégorie autre concerne principalement les célibataires (77% soit 3,3% de l'ensemble de l'échantillon). Le reste concerne les veuves (18% soit seulement 0,8% de toutes les femmes enquêtées) et une seule femme divorcée.

4.3.3 Capital social : un facteur individuel de conversion

- **Concept du capital social**

Le capital social a fait l'objet de multiples définitions et conceptualisations. Mais la plupart des auteurs considère le capital social comme une caractéristique des relations qui existent entre les individus au sein d'une société plutôt qu'une caractéristique des individus eux-mêmes ou de la société à laquelle ils appartiennent (Andrew, 2005). Cette conception repose sur le fait que ce sont les relations sociales au sein des réseaux. À ce titre, le niveau de capital social d'une personne dépend des caractéristiques de ses relations avec d'autres au sein de son réseau. Cette approche réseau du capital social est conforme à la définition de Bourdieu à propos du concept. Selon Bourdieu (1986), le capital est l'ensemble des ressources (réelles ou potentielles) associées à un réseau de relations institutionnalisées ou non. Cette définition renvoie à l'idée que le capital social est une ressource accessible et mesurable au niveau individuel mais qui existe parce que les individus sont interconnectés (Bouchard et al., 2006). C'est dans cette même optique que, Portes (1998 : 7) en parlant du capital social, écrit ceci : « Whereas economic capital is in people's bank accounts and human capital is inside their heads, social capital inheres in the structure of their relationships. To possess social capital, a person must be related to others, and it is those others, not himself, who are the actual source of his or her advantage ».

On retrouve une idée similaire dans l'approche fonctionnaliste développée par Coleman (1988, 1990) puis par Putnam (1996, 1999, 2001). Coleman pense que le capital social, à la différence des autres formes de capital, est lié à la structure des relations entre les personnes et parmi les personnes. En effet, l'approche fonctionnaliste met l'accent sur la fonction du capital social et en identifie trois formes principales. La première forme de capital social selon Coleman réside au respect des obligations et attentes existant dans une société qui implique un niveau élevé de confiance entre ses membres. La deuxième renvoie à l'information véhiculée par le biais des relations sociales entre les individus. Enfin, il propose comme troisième forme de capital social, les normes et sanctions qui permettent le contrôle social. Cette approche fonctionnaliste que suggère Coleman pour définir le concept de capital social a connu du succès en dépit de quelques critiques qui lui sont faites par certains auteurs sociaux (Portes, 1998 ; Lévesque et White, 1999 ; Woolcock et Narayan, 2000 ; etc.) notamment sur la confusion entre les sources et effets du capital social. Depuis les travaux de Coleman, le concept de capital social est devenu un concept prisé par plusieurs chercheurs dans des domaines aussi variés que la sociologie, l'économie, l'éducation, la santé notamment.

Par ailleurs, Lin (1995) suggère l'intégration du capital social dans une théorie plus vaste des ressources sociales. L'idée de cette théorie des ressources²⁸

²⁸ « Elles peuvent être classées en deux catégories : ressources personnelles et ressources sociales. Les premières sont possédées par l'individu qui peut en disposer avec beaucoup de liberté. Les secondes sont insérées (embedded) dans son réseau. Ce ne sont pas des biens que l'individu possède, mais des ressources accessibles au travers de

sociales repose essentiellement sur le fait que l'accès aux ressources et leur utilisation sont favorisés par l'insertion des individus dans les réseaux sociaux. Autrement dit, les réseaux sociaux constituent les lieux privilégiés de production du capital social qui permet aux individus et aux communautés l'accès aux ressources. Par conséquent, l'accès aux ressources contribue à l'atteinte des objectifs de survie ou de préservations des acquis des individus dans la société (Lévesque et White, 1999 ; Bouchard et al., 2006).

Aussi, le capital social est-il vu comme un atout non seulement pour les membres des réseaux sociaux mais aussi pour l'ensemble de la société (Baudassé et Montalieu, 2007). Par exemple, Coleman (1988) voit en capital social une capacité des individus à coopérer pour l'atteinte d'un objectif commun poursuivi par les groupes ou les organisations. De même, Putnam (1996, 1999) estime que le capital social désigne les caractéristiques de la vie en collectivité (participation sociale, confiance et réciprocité) dont le développement rend la communauté plus productive pour le bien des individus qui y vivent.

- **Mesures du capital social**

Dans les études antérieures, le capital social a fait l'objet de différentes mesures. Concept multidimensionnel, le capital social est très souvent utilisé pour « désigner à la fois les relations sociales informelles de l'individu (relations de voisinage), son implication dans la vie sociale (participation politique), son inclusion dans des structures aussi différentes qu'une entreprise, une église ou une association, ou encore la "confiance" qu'il accorde aux autres individus » (Baudassé et Montalieu, 2007, page 420). Par exemple, Kalmijn et Groenou (2005) étudient l'effet du divorce sur le niveau d'isolement social des individus. Ils utilisent à cet effet deux types de mesures. La première concerne l'intégration sociale à travers le contact avec des amis, des voisins, des membres de la famille et collègues. La seconde est relative au niveau de participation sociale des individus. Par participation sociale, les auteurs entendent l'implication à des activités de loisir, de plein air, de bénévolat et la fréquentation des clubs sociaux et sportifs, de l'église, du théâtre, des bars ou restaurants).

Les travaux portant sur les analyses de réseaux égocentriques (Granovetter, 1973 ; Burt, 2004 et 2001 ; Widmer, 1999, 2006, 2016 ; Widmer et al, 2013 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2012) opposent deux types de capital social. Le premier se rapporte au capital social de type chaîne (bonding social capital) engendré par des réseaux de liens forts et une plus grande fréquence de contacts entre les membres d'un groupe homogène (par exemple la famille). Ce type de capital social fait peser plus de contrôle social qui s'exerce collectivement sur les individus membres du réseau avec une plus grande

ses liens directs et indirects. L'accès à ces ressources et leur utilisation sont temporaires et conditionnels puisqu'elles ne sont pas la possession de l'acteur : la bicyclette d'un ami peut être considérée comme une de mes ressources sociales ; je peux l'utiliser pour atteindre un certain but ; mais je dois la rendre à mon ami. L'un des présupposés de l'usage des ressources sociales est l'obligation de réciprocité ou de compensation ». (Lin, 1995 : 687)

réciprocité des liens. Et par conséquent, les individus vivant dans ce type de réseau jouissent de peu d'autonomie. Par opposition à ces liens forts, le capital social de type pont (bridging social capital ou lien faibles) est caractérisé par des contacts moins fréquents au sein des réseaux dans lesquels les personnes ne sont pas systématiquement reliées les uns aux autres. Le fait que les personnes soient moins interconnectées et les contacts moins fréquents crée des vides dans le réseau que Burt (2004 et 2001) qualifie de "trous structurels". Cela se traduit par la présence de personnes jouant une fonction d'intermédiaire (rôle de pont) entre des individus non connectés et est révélateur de plus d'autonomie des individus au sein du réseau. Un troisième type de capital social (linking) est décrite par Szreter et Woolcock (2004) qui fait référence aux liens verticaux entre les personnes ou groupes à des échelles sociales distinctes selon leurs pouvoirs.

La littérature sociologique de la famille analyse les réseaux personnels selon des critères relationnels. Elle met en évidence la diversité des liens entre les individus qui constituent les réseaux personnels générant du capital social. Certaines études s'intéressent aux caractéristiques (taille, densité, réciprocité, transitivité du réseau et centralité d'intermédiation) des relations conflictuelles, de soutien matériel et émotionnel de l'individu dans son réseau (Widmer et al, 2013 ; Widmer, 1999, 2006, 2016 ; Girardin et Widmer, 2015). Ces caractéristiques sont combinées pour calculer les différents indices de capital social. Il en est de même pour Dieng (2014) qui lui utilise les relations de soutien émotionnel et matériel pour construire un indicateur composite de capital social (faible, bonding, bridging et les deux types) des femmes en lien avec leur activité économique au Sénégal.

Pour notre part, nous optons ici pour la dimension du capital social dont le lien semble plus clair avec le recours aux soins. Ainsi, nous nous intéressons aux relations de soutien matériel et émotionnel entre les femmes dans leurs réseaux personnels au regard de la littérature qui fait ressortir les difficultés financières comme un des obstacles d'accès au soins ainsi que le rôle important du soutien émotionnel dans le bien-être des femmes enceintes. Il nous a paru plus cohérent de mettre l'accent sur les relations de soutien matériel et émotionnel, même si ces dernières peuvent par ailleurs s'accompagner ou se superposer avec les liens d'influence et de conflit (Widmer, 2016 ; Dieng, 2014). Un de nos objectifs est de voir si les liens forts de soutien émotionnel et matériel affectent le niveau de recours aux soins prénatals. Plus concrètement, les questions suivantes étaient posées à chaque femme enquêtée : « **Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien matériel/petits services à (nom: toutes les personnes importantes sont passées en revue) lors de difficultés (besoin d'argent, garde des enfants, dépense quotidienne, cérémonies familiales, fêtes, etc.) ?** » et « **Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien émotionnel à (nom) lors de problèmes légers (par ex., quand il est triste ou qu'il traverse des moments difficiles, qui peut l'aider, le consoler) ?** ». Les personnes interrogées ne rendent pas seulement compte de leurs propres liens, mais aussi des interdépendances qui existent entre toutes les personnes faisant partie du réseau auquel elles appartiennent. Les répondants doivent non seulement estimer leurs propres relations avec les membres de leur famille, mais aussi les relations qui existent entre tous les membres de la famille (Widmer, 2016).

Les questions ci-dessus évoquées permettent de saisir toutes les relations de soutien matériel et émotionnel qui existeraient entre chacun des membres du réseau personnel de la répondante, y compris elle-même. Les réponses à ces questions sont ensuite transformées en une matrice carrée (dans laquelle chaque relation est codée en un ou zéro si la relation est inactive ou inexistante) et permettent de calculer les différentes caractéristiques du réseau de chaque femme enquêtée. Il s'agit en l'occurrence ici de la densité des relations de soutien matériel et émotionnel pour chaque réseau égocentrique et le niveau de centralité d'intermédiation que joue chaque femme dans son réseau personnel. Mesurée par la proportion de liens relativement au total de liens possibles, la densité renseigne sur le niveau de connectivité ou de cohésion dans un réseau. Une densité élevée dans les relations suppose une forte connectivité des membres du réseau les uns avec les autres sans qu'aucune personne n'occupe une place centrale par rapport aux autres. La centralité d'intermédiation (betweenness) se rapporte à la proportion de connexions pour lesquelles la répondante est en position d'intermédiaire (Widmer et al, 2013).

Ces différents indices ainsi calculés servent à mesurer notre indicateur de capital social. Ainsi, le capital social de type chaîne ou bonding est construite à partir de la densité du réseau de soutien matériel et émotionnel. Le capital social bonding se réfère donc à des relations de soutien matériel et émotionnel plus fortes. Les femmes dont les indices de densité du réseau de soutien matériel et émotionnel sont supérieurs à la médiane sont considérées comme ayant un capital social de type chaîne (tableau ci-dessous). S'agissant du capital social de type pont ou bridging, il est appréhendé par les degrés de centralité d'intermédiation de la femme respectivement dans les relations de soutien matériel et émotionnel au sein de son réseau personnel. Une femme est considérée comme détentrice d'un capital de type bridging si celle-ci joue un rôle important de pont dans les relations de soutien matériel et émotionnel entre les membres qui constituent son réseau personnel. Tout comme pour le bonding, les indices de centralité supérieurs à la médiane correspondent à un capital social bridging élevé.

Tableau 4.10 : tableau récapitulatif des variables d'analyse

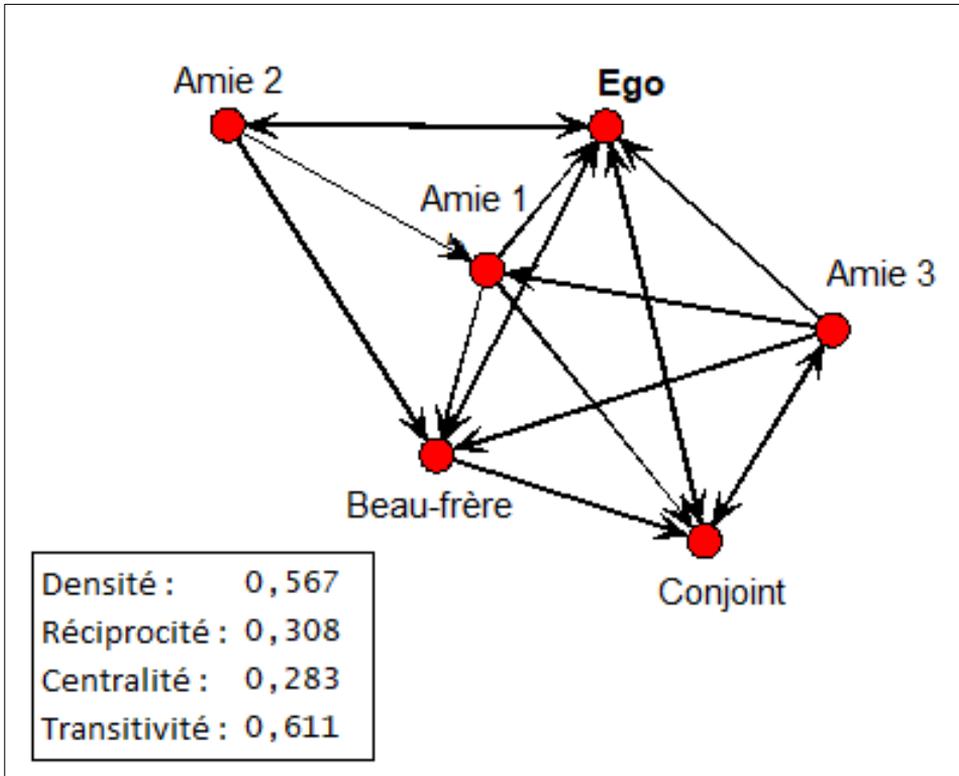
Variables	Construction variables	Catégories	Effectifs	% valides
Réseau de soutien matériel				
Capital social bonding	➢ Densité <= 0,5	Faible	271	52,8
	➢ Densité > 0,5	Élevé	242	47,2
Capital social bridging	➢ Centralité = 0,0125	Faible	257	50,1
	➢ Centralité > 0,0125	Élevé	256	49,9
Réseau de soutien émotionnel				
Capital social bonding	➢ Densité <= 0,5952	Faible	256	49,9
	➢ Densité > 0,5952	Élevé	257	50,1
Capital social bridging	➢ Centralité = 0,1667	Faible	277	54,0
	➢ Centralité > 0,1667	Élevé	236	46,0
Total			513	100

- **Quelques illustrations de soutien matériel par type de réseau**

Nous proposons cinq exemples de réseaux de soutien matériel sur les 513 réseaux égocentriques. Ces illustrations aident à mieux comprendre les explications données plus haut à propos de la question utilisée pour appréhender le capital social à travers les relations de soutien. Elles permettent aussi d'éclairer le lecteur sur les différences entre les groupes ou les réseaux personnels constitués par l'analyse de classification. Ceci dit, il importe de préciser que chaque exemple concerne une femme appartenant à un type de réseau personnel précis. À ce titre, le réseau égocentrique considéré dans l'exemple pourrait ne pas représenter in extenso les principales caractéristiques des femmes qui ont ce réseau en commun.

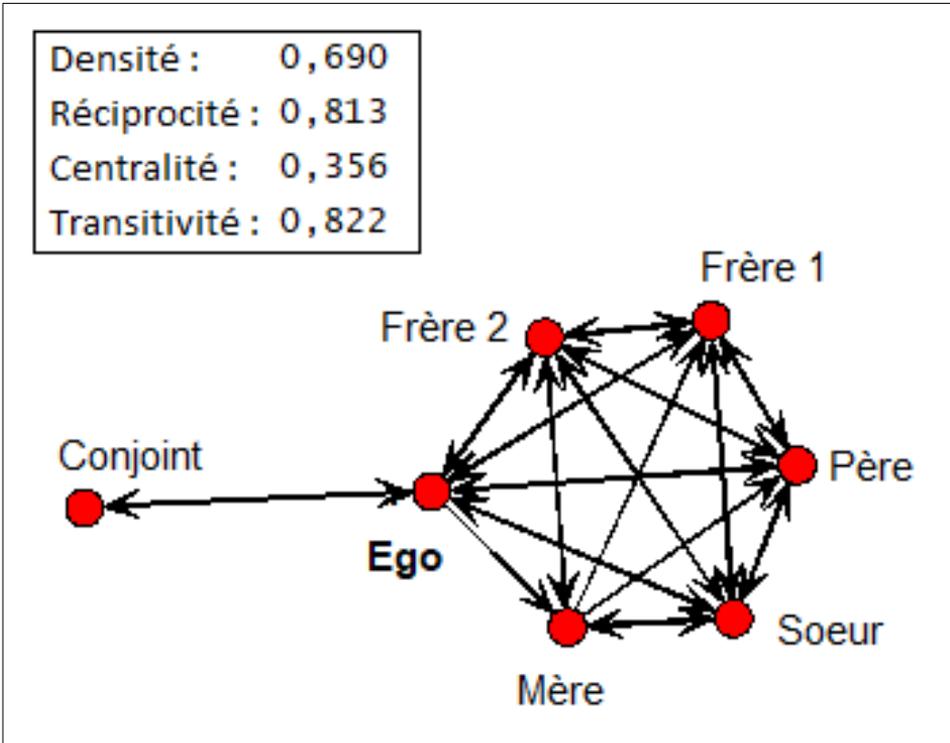
L'exemple de réseau de voisinage ou d'amitié, proposé ici, permet de faire remarquer que cette femme est insérée dans un réseau de soutien avec la présence de plus d'amies que de personnes apparentées. Les relations de soutien y sont relativement plus fréquentes mais les membres du réseau sont peu interconnectées entre elles. On observe par ailleurs que Ego et les membres de sa famille par alliance reçoivent plus de soutien. Ce soutien provient principalement des amies de la femme qui pourraient être aussi des amis communs au conjoint eu égard à la forte transitivité entre les membres qui composent ce réseau. On pourrait, par exemple, penser que la femme est devenue amie avec "Amie 3" par le biais de son conjoint. Le fait qu'il existe un lien fort entre la femme et son conjoint et que ce dernier entretient des liens de soutien réciproques avec "Amie 3", aurait permis de créer une relation entre la femme et cette personne qu'elle a citée comme une de ses amies.

Figure 4.7 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau de voisinage ou d'amitié



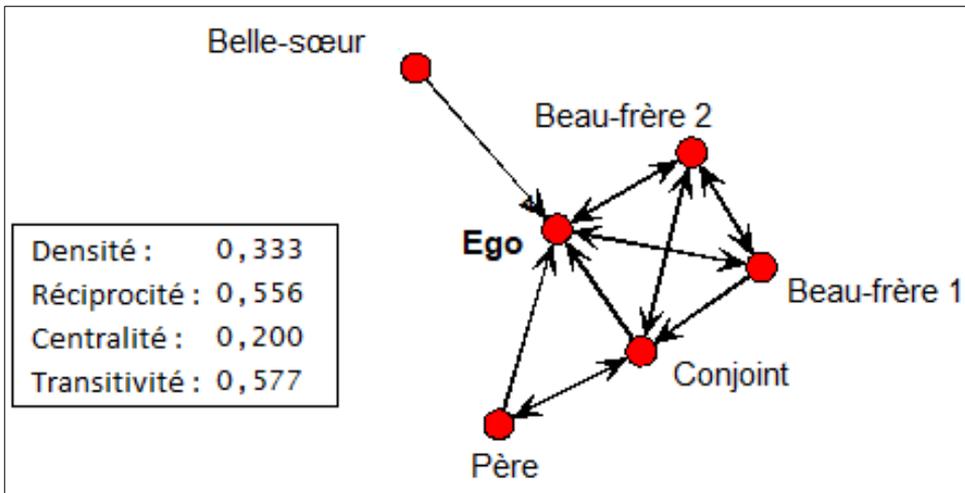
Le réseau de soutien matériel au sein d'un réseau d'orientation restreinte ci-dessous fait apparaître des liens forts dans lequel les individus sont fortement interconnectés les uns aux autres. Cet exemple met en évidence le rôle de pont que joue la femme entre sa famille biologique et son conjoint. Ce dernier est indirectement en relation avec sa belle-famille par l'intermédiaire de sa femme. Sans elle, celui-ci serait coupé du réseau familiale de son épouse. En plus de la place centrale qu'elle occupe au sein de son réseau, Ego fait partie des personnes de soutien de sa famille d'origine à travers son partenaire avec qui elle entretient des liens réciproques. Dans ce cas de figure, on pourrait penser que cette femme et son conjoint sont unis par un mariage non endogamique ou non arrangé entre familles comme c'est très souvent le cas au Mali. Par ailleurs, cet exemple illustre à quel point le mariage peut contribuer à étendre les réseaux personnels des individus surtout lorsqu'il n'est pas endogamique. Dans le contexte malien notamment, le mariage n'est pas seulement un engagement ou une union entre deux individus mais permet aussi de sceller une alliance entre les deux familles.

Figure 4.8: Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau d'orientation restreinte



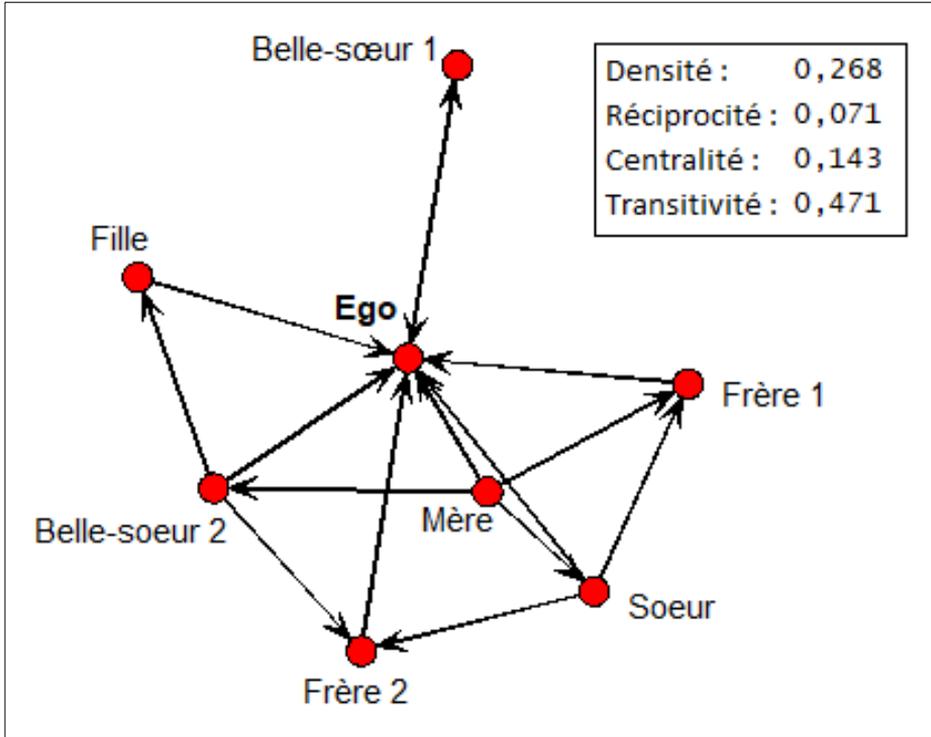
L'exemple ci-dessous concerne le réseau de soutien matériel d'une femme insérée dans un type de réseau alliance. Il met en exergue des relations de soutien moins denses avec certes des liens beaucoup plus réciproques. Ici, Ego occupe une place un peu plus centrale que les autres en ce sens qu'elle joue un rôle de pont entre sa belle-sœur et le reste de la famille par alliance. Comme nous l'avons indiquée pour le réseau personnel biologique, on voit apparaître aussi la fonction d'union que pourrait jouer le mariage entre deux familles. Le soutien que la femme reçoit de son père et son époux fait créer, par transitivité, un lien de soutien fort entre ces deux derniers.

Figure 4.9 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau alliance



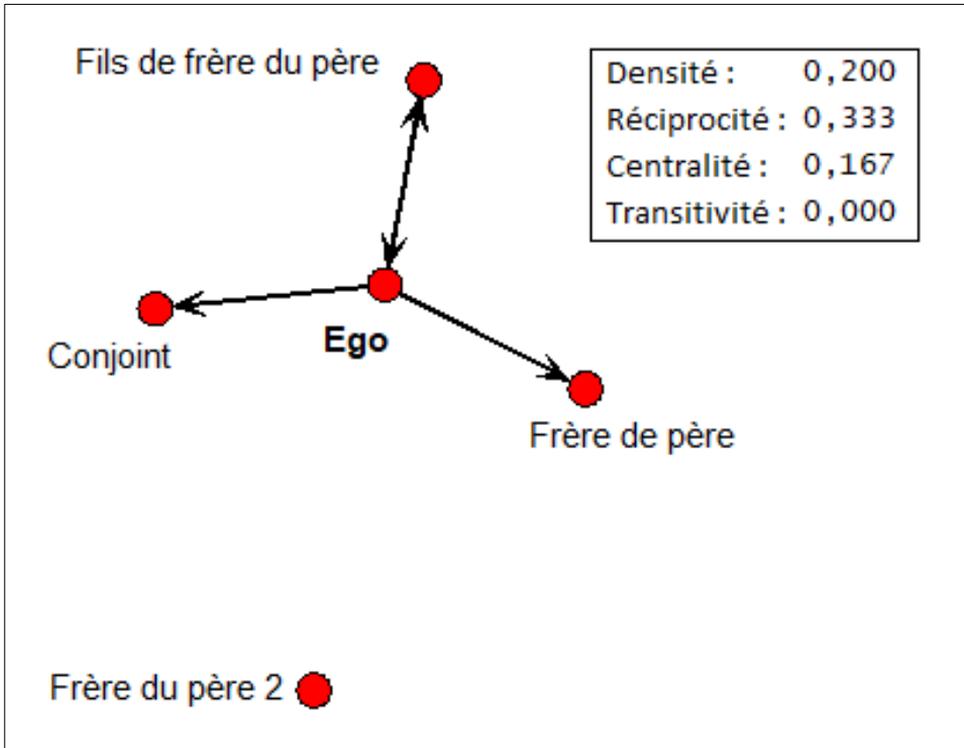
Le réseau personnel horizontale fait apparaître l'importance de la fratrie aussi bien biologique que par alliance. Cette femme (Ego) reçoit du soutien de tous les membres de son réseau mais n'en donne presque pas. Elle joue tout de même un rôle de pont entre les autres membres et une de ses belle-sœurs. C'est la seule à qui elle donne du soutien en plus d'en recevoir. Dans cet exemple de réseau, les relations de soutien sont beaucoup moins denses et les personnes y sont très peu interconnectées les unes aux autres. Dans ce cas de figure, la mère de l'enquêtée est la plus grande pourvoyeuse de soutien matériel. Celle-ci ne reçoit aucun soutien mais en donne à la moitié des membres de réseau.

Figure 4.10 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau horizontal



De tous les exemples présentés, celui concernant le réseau d'orientation élargie met en évidence des relations de soutien matériel moins fréquentes. Dans ce cas de figure, les membres sont les moins interconnectés les uns aux autres si bien que c'est Ego qui fait le pont entre les autres membres du réseau. Sans elle, on aurait eu un réseau de cinq personnes isolées. Par la position qu'elle occupe, elle donne plus de soutien qu'elle n'en reçoit. C'est seulement avec le fils du frère du père, avec qui elle est en contact, que les relations de soutien sont équilibrées en termes du donner et du recevoir.

Figure 4.11 : Exemple de relations de soutien matériel dans un réseau d'orientation élargie



4.3.4 Mesures des ressources contextuelles et personnelles dans le chapitre sept

En plus des principales variables explicatives (réseau personnel et indicateurs de capital social), nous utilisons certaines caractéristiques sociodémographiques (niveau d'instruction et expérience de maternité) et le milieu de résidence comme variables de contrôle dans le chapitre sept. Compte tenu de la forte association entre l'âge de la femme et le rang de naissance du dernier enfant (Magadi et al, 2007 ; Gabrysch et Campbell, 2009) confirmée par nos données, nous procédons à un regroupement de ces deux variables pour construire l'expérience en matière de maternité. Nous rappelons que le chapitre sept concerne Bamako où la fécondité est relativement basse par rapport à l'ensemble du Mali. Pour ce faire, les femmes âgées de 25-29, ayant un ou deux enfants seront considérées comme étant moins expérimentées par opposition aux multipares (six enfants ou plus) et/ou adultes (35-40). La catégorie intermédiaire concerne celles qui ont un âge compris entre 30 et 34 ans et dont le nombre d'enfants nés vivant se situe entre trois et cinq. Cette dernière variable (ressource personnelle) et le niveau d'instruction (facteur individuel de conversion) ainsi que le milieu de résidence (dotations du contexte) serviront de contrôle de l'effet du réseau personnel et du

capital social dans la régression logistique au chapitre sept. Les variables retenues dans ce dernier chapitre sont resumées dans le tableau ci-après.

Tableau 4.11 : Récapitulatif des variables à utiliser dans nos analyses notamment de regression

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Recours aux soins prénatals			
Inadéquat	257	50,1	51,2
Adéquat	245	47,8	48,8
Total	502	97,9	100,0
Manquantes	11	2,1	
Réseau personnel			
Voisinage/Amitié	267		52,0
Orientation restreinte	121		23,6
Alliance	55		10,7
Horizontale étendue	36		7,0
Orientation élargie	34		6,6
Total	513		100,0
Capital social materiel bonding ou chaîne			
Faible	271		52,8
Élevé	242		47,2
Capital social materiel bridging ou pont			
Faible	257		50,1
Élevé	256		49,9
Capital social émotionnel bonding ou chaîne			
Faible	256		49,9
Élevé	257		50,1
Capital social émotionnel bridging ou pont			
Faible	277		54,0
Élevé	236		46,0
Expérience de maternité			
Faible	112		21,8
Moyen	211		41,1
Élevée	190		37,0
Niveau d'instruction			
Aucun	240		46,8

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Fondamental	202		39,4
Second ou plus	71		13,8
Milieu			
Urbain	243		50,5
Périurbain	270		49,5
Total	513		100,0

4.4 Synthèse du chapitre quatre

Ce chapitre a permis de décrire les différentes mesures utilisées dans le cadre de cette thèse qui seront utilisées dans les trois chapitres suivants. Elles ont été calculées à partir des données existantes et celles collectées dans le cadre de cette recherche. Toutes ces données ont permis de construire les principaux indicateurs au niveau individuel, méso et contextuel ainsi que celles qui seront utilisés pour servir de contrôle dans nos analyses.

Les tendances à l'amélioration au niveau national de la situation socioéconomique et du capital humain de la femme (augmentation des proportions, agrégées au niveau national, de femmes plus instruites et vivant dans des ménages plus aisés) seront utilisées comme ressources socioéconomiques du contexte dans le chapitre suivant. Ensuite dans le chapitre six, les ressources du contexte (l'offre de service) sont mesurées par le ratio centre de santé pour 10 000 habitants (tiré du recensement), le milieu et la région de résidence. Dans ce second chapitre d'analyse, l'éducation de la femme (au niveau individuel), son exposition aux médias, son capital social matériel constituent les facteurs individuels de conversion et le niveau de vie du ménage est considéré comme un facteur familial de conversion. On y utilisera aussi les niveaux de développement socioéconomique local et humain comme facteurs collectifs de conversion. L'effet de toutes ces variables seront contrôlés par l'âge de la femme, son appartenance ethnique, le niveau d'instruction du chef de ménage et son sexe.

En ce qui concerne le chapitre sept, nous retenons le type de réseaux personnels (qui n'est autre que le réseau de personnes importantes pour la répondante) et le capital social généré par les potentielles relations de soutien matériel et émotionnel existant entre les différents membres du réseau d'interdépendants. Cinq types de réseaux ont été obtenus à partir de l'analyse de classification hiérarchique ascendante précédée d'une analyse en composante principale. Le premier réseau (voisinage ou amitié) est principalement tourné vers le conjoint et les personnes non apparentées. Elle représente un peu plus de la moitié des femmes enquêtées. Le second (orientation restreinte), un peu moins fréquente que le premier, concerne près d'un quart des femmes interviewées qui sont le plus souvent en réseau avec leurs parents biologiques, leurs frères tout en restant ouvertes à leurs amis. Le troisième type de réseau personnel (Alliance) regroupe en son sein des femmes dont les personnes importantes se trouvent parmi les membres apparentés au conjoint notamment son père et sa mère. Ce réseau apparaît moins fréquent que les deux premiers (concerne une femme sur dix

enquêtées). Les deux derniers types sont relatifs aux réseaux "Horizontal étendu" et "orientation étendue" qui sont les moins fréquents par rapport aux autres (moins d'une femme sur dix enquêtées) et dans lesquels le conjoint représente un membre significatif. Le réseau Horizontal étendue se distingue par son élargissement aux familles par alliance et biologique et l'absence des ascendants en son sein. L'orientation étendue est un réseau caractérisé par une focalisation sur la famille d'origine précisément sur les personnes apparentées directement aux parents biologiques.

Par ailleurs, il est important de souligner que l'appartenance à ces différents réseaux personnels n'est pas le fruit du hasard mais répond plutôt à une logique sociodémographique bien précise. De façon générale, les femmes urbaines c'est-à-dire vivant dans les quartiers de la capitale (Bamako) supposés être plus urbains, sont intégrées dans des réseaux horizontaux sauf celles relativement plus âgées et moins éduquées qui sont insérées dans le réseau de voisinage ou d'amitié. Ces dernières, pour lesquelles le conjoint semble important, s'ouvrent aussi à des personnes qui leur sont non apparentées. Ces deux derniers types de réseaux personnels urbains se démarquent de deux autres qu'on observe très en périurbaines : le premier se rapporte à l'orientation restreinte qui concerne plus les femmes relativement éduquées ne cohabitant pas avec un conjoint (majoritairement célibataires) et le second (alliance) regroupe plus les jeunes femmes (celles âgées d'au moins 25 ans et de moins de 35 ans). Et enfin la composition du dernier type de réseau personnel (orientation élargie) est fortement associée à la jeunesse (au moins 25 ans et moins de 35 ans) et à la multiparité indépendamment du milieu de résidence, de l'éducation et de l'état matrimonial.

Deux types de capital social ont été construits à partir des relations de soutien matériel et émotionnel au sein des réseaux personnels ou d'interdépendants. Le premier est le capital social de type chaîne qui se réfère à des relations de soutien matériel et émotionnel plus fortes ou plus denses. Autrement dit c'est le capital social qui est produit une plus grande interaction sociale dans les soutiens matériel et émotionnel entre les membres du réseau. Quant au capital social de type pont ou bridging, il est cerné par une centralité d'intermédiation ou de pont dans les relations de soutiens matériel et émotionnel de la répondante dans son réseau d'interdépendance.

Troisième partie : Résultat des inégalités de recours aux soins

Chapitre 5. Changements socioéconomiques et tendances du recours aux soins de santé maternelle au Mali et dans trois pays voisins de l'Afrique de l'Ouest

L'Afrique Subsaharienne est la région du monde qui enregistre le niveau de mortalité maternelle le plus élevé et le taux d'utilisation des services de santé maternelle le plus bas. À en croire De Brouwere et Van Lerberghe (2001), trois pays pauvres sur quatre en Afrique au Sud du Sahara ont des rapports de mortalité maternelle qui sont plus élevés que ceux observés en Suède il y a un siècle, à une époque antérieure à l'avènement de la technologie médicale (césarienne, transfusion, antibiotiques, etc.) et au cours de laquelle presque tous les accouchements avaient lieu à domicile.

Malgré cette situation de vulnérabilité des femmes enceintes et parturientes dans cette partie du monde, force est de constater que des améliorations sont en train de s'opérer dans bon nombre de pays, notamment à la suite des résolutions prises lors des conférences et sommets internationaux en faveur de l'amélioration de la santé des mères. Même si la plupart de ces pays n'ont pas atteint l'objectif de réduction de 75 % de leur niveau de mortalité maternelle conformément aux engagements pris lors du Sommet du Millénaire consacré à la formulation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ces dernières décennies ont toutefois été marquées par des progrès dans l'utilisation des services de santé et la réduction de la mortalité maternelle.

Ce chapitre s'attèle à chercher à comprendre les changements intervenus ces dernières années en matière de recours aux soins de santé maternelle. Il s'agit d'examiner dans quelle mesure ces progrès s'expliquent par l'amélioration de la situation socioéconomique de la population féminine, au-delà des influences relatives des politiques et programmes de santé. Le champ d'analyse est constitué par le Mali et trois de ses voisins (Burkina Faso, Niger et Sénégal) ayant réalisé au moins deux enquêtes démographiques et de santé pendant presque les mêmes périodes. Ces pays pauvres de l'Afrique de l'Ouest ont tous en commun le problème de la mortalité maternelle associé à la faible utilisation des soins maternels d'urgence et s'étaient tous engagés à atteindre l'objectif 5 du millénaire pour le développement, à savoir réduire de 75 % leurs ratios de mortalité maternelle (RMM) entre 1990 et 2015.

Dans ce chapitre, nous faisons d'abord un bref historique de l'amélioration de la santé maternelle dans les pays industrialisés avant de dresser un état des lieux des contextes démographiques et socioéconomiques des pays étudiés avant de procéder aux analyses par décomposition et d'en discuter les résultats.

5.1 Bref historique de l'amélioration de la santé de la mère et la réduction de la mortalité maternelle dans les pays développés

Les facteurs d'amélioration de la santé maternelle dans les pays industrialisés semblent suffisamment connus par rapport aux pays en développement où la littérature reste essentiellement focalisée sur les déterminants du recours et d'accès aux soins. Avant donc de parler du cas de pays étudiés dans le cadre de ce chapitre, nous allons faire un tour d'horizon de l'historique des facteurs à l'origine de l'amélioration de la santé de la mère et de la baisse de la mortalité dans les pays développés.

Cherchant à expliquer l'amélioration de la santé maternelle et la baisse de la mortalité dans les pays industrialisés, Van Lerberghe et De Brouwere (2001) identifient trois facteurs importants qu'ils considèrent comme des conditions préalables à l'amélioration de la santé des mères. Il s'agit, avant tout, de la volonté des décideurs d'assurer leurs responsabilités en s'acquittant de leurs devoirs régaliens. Cette volonté politique devra être suivie essentiellement par l'adoption des stratégies visant à rendre les soins obstétricaux modernes accessibles à toutes les femmes, notamment à travers des mesures visant à encourager l'assistance à l'accouchement par des sages-femmes. Ainsi, la prise de conscience précoce de l'ampleur du problème, l'acceptation que la plupart des décès maternels sont évitables, et la mobilisation à la fois des professionnels et de la communauté sont des préalables à l'amélioration de la santé et la réduction de la mortalité maternelle. Ce fut le cas dans la plupart des pays industrialisés, où l'accent a été d'abord mis sur la formation des sages-femmes professionnelles pour assurer des soins à l'accouchement suite à la prise de conscience de l'ampleur du problème. C'est d'abord cela qui a permis de faire diminuer leur niveau de mortalité maternelle de moitié dès le début du 20^e siècle avant même l'avènement des technologies sanitaires permettant un accès universel aux soins de santé. Cela ne remet pas en cause l'efficacité des technologies hospitalières car elles ont aussi contribué à la réduction des décès maternels à leurs niveaux les plus bas enregistrés actuellement dans les pays dits développés.

Le cas de la Suède, un pays pionnier en la matière, en est la parfaite illustration. Son succès par rapport à certains autres pays industrialisés tient à une différence dans la professionnalisation des soins obstétricaux. En effet, bien avant l'avènement de l'accouchement assisté médicalement, ce pays disposait déjà d'un système d'informations démographiques très efficace. Il existait un registre général dans lequel l'information, les données sur la santé de chaque individu étaient régulièrement enregistrées depuis 1749. Ces informations permettaient d'avoir une idée, déjà à cette époque, du nombre de femmes décédées durant l'accouchement et qui auraient pu être sauvées avec suffisamment de sages-femmes formées (Van Lerberghe et De Brouwere, 2001 ; Högberg et al. 1986). Ce système d'informations démographiques a servi aux autorités de l'époque qui ont commencé à mettre en place une politique de formation progressive de sages-femmes en nombres suffisants pour permettre l'assistance de tous les accouchements par un personnel qualifié à domicile. « Les résultats ont été obtenus essentiellement parce que les autorités et les professionnels avaient un

projet commun, celui de s'attaquer au problème de la mortalité maternelle. Un siècle après le rapport, en 1861, 40 % des naissances étaient assistées par des sages-femmes professionnelles diplômées. Ce chiffre doublera au cours des quatre décades suivantes, amenant la proportion des accouchements assistés à 78 % en 1900 » (Van Lerberghe et De Brouwere, 2001 : page 12).

L'adoption précoce de l'assistance à l'accouchement à domicile et l'utilisation des techniques efficaces ont permis à la Suède d'atteindre le niveau de mortalité maternelle le plus bas d'Europe (228 décès pour 100 000 naissances vivantes) dès le début du XX^{ème} siècle. Beaucoup d'autres pays se sont inspirés de cette expérience suédoise : Pays-Bas, Danemark, Norvège, Angleterre et les pays de Galles, les États Unis avec certes des rythmes différents. Avant même la disponibilité de la technologie hospitalière moderne (transfusions, césarienne, antibiotiques, etc.), les décès maternels avaient commencé à baisser considérablement dans ces pays. Ce n'est qu'après les années 1970 avec la transition sanitaire à la suite de l'amélioration des techniques rendues disponibles à la grande majorité des femmes, que les niveaux de mortalité maternelle ont atteint les niveaux actuels, c'est-à-dire moins de 10 pour 100 000 naissances (Van Lerberghe et De Brouwere, Op. cit.).

L'importance de l'accompagnement des parturientes par une sage-femme a été aussi illustrée dans le contexte de la suisse par le témoignage écrit de Favre (2009, réédition). En effet, jusqu'au début du XX^e siècle, tous les accouchements avaient lieu à domicile dans les villages valaisans en Suisse. À cette époque, les sages-femmes n'étudiaient pas et ne faisaient aucun stage dans une maternité, excepté trois mois de théorie. Leur travail était réduit à aider la mère, à laver l'enfant et à assister au baptême. Les sages-femmes n'étaient pas du tout préparées aux complications car elles n'avaient pas suffisamment de connaissances médicales. De nombreux accouchements se déroulaient dans de mauvaises conditions : certaines parturientes allaient même accoucher à l'écurie pour éviter que les enfants entendent leurs cris et d'autres allaient jusqu'à trois jours de travail sans pouvoir accoucher. Dans le temps, beaucoup de complications étaient enregistrées si bien que, très souvent, « les femmes n'avaient aucun plaisir dans les relations sexuelles. Elles avaient toujours l'appréhension et la peur d'être enceintes » (Favre, Op. cit. : page 43) surtout que cette époque était marquée par la quasi inexistence des méthodes contraceptives pour l'espacement des naissances, excepté l'allaitement maternel. C'est n'est que vers le milieu du XX^e siècle que les sages-femmes ont commencé à recevoir une formation comme ce fut le cas d'Adeline Favre. Du début des années 1960 jusqu'en 1974, les sages-femmes formées « accompagnaient les femmes durant leur grossesse, les visitaient à la maison, calmaient leurs craintes et les apaisaient par rapport à leurs futurs accouchements » (Favre, Op. cit. : pages 14-15). Ainsi, l'accouchement à domicile assisté par une sage-femme formée, dans un environnement familial aux parturientes, a permis de venir à bout de certains problèmes liés à l'accouchement à Sierre, un village du canton de valais en Suisse. Au début des années 1974, l'accompagnement à domicile par la sage-femme a cédé la place à l'accouchement dans les hôpitaux et les frais liés à l'accouchement ont commencé à être pris en charge par les assurances. En guise d'encouragement, les femmes parturientes recevaient une récompense pour l'accouchement à l'hôpital et une prime pour l'allaitement de leurs enfants. Certes

le déclin important des taux de mortalité maternelle et périnatale au XX^e siècle est généralement attribué aux progrès accomplis dans l'obstétrique moderne et le transfert de l'accouchement à l'hôpital, mais l'accompagnement par la sage-femme à domicile a fait ses preuves dans la prévention de certaines complications (Morel, 2018). Même si les accouchements étaient plus sécurisés dans les hôpitaux, les femmes parturientes étaient beaucoup mieux préparées psychologiquement lorsque l'accouchement avait lieu à domicile par une sage-femme où elles étaient entourées par leurs familles (Favre, 2009 : réédition).

Le succès des pays occidentaux, particulièrement suédois, est certes imputable aux avancées scientifiques et technologiques, mais provient en premier lieu des résultats des changements sociaux soutenus par les autorités publiques (Högberg et al. 1986). Ce qui laisse croire que la seule mobilisation des ressources, bien qu'étant indéniablement nécessaire, ne suffit pas. Il faudrait aussi et surtout l'implication d'une société civile forte et organisée de manière à exercer une pression nécessaire aussi bien sur les pouvoirs publics que sur les professionnels de santé en vue d'une plus grande redevabilité de la part ces derniers (Van Lerberghe et De Brouwere, 2001). Cela permet d'accroître l'efficacité des investissements dans le domaine des soins de santé notamment maternelle.

De tels succès restent très lointains pour les pays d'Afrique au Sud du Sahara, en dépit de nombreux programmes et politiques mis en œuvre pour améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et réduire la mortalité maternelle. En effet, comme l'avaient mentionné Richard et al. (2008), la forte fécondité conjuguée au faible taux d'utilisation des services de santé et à une mortalité maternelle contribue à accroître encore davantage le risque de décès maternel sur la durée de vie dans ces pays. Dans les paragraphes qui suivent, nous passons en revue ce qu'il en est réellement dans les pays considérés dans le cadre de ce chapitre.

5.2 Contexte des pays étudiés et problématique

5.2.1 Tendances des indicateurs sociodémographiques

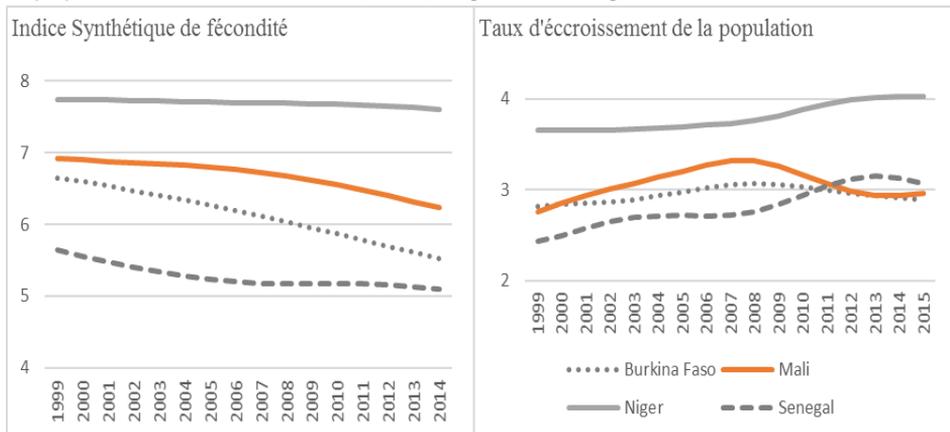
Les populations dans les quatre pays étudiés vivent en majorité dans la pauvreté quel que soit l'indicateur utilisé. Au Mali, Burkina Faso et Niger, environ trois quarts de la population vit avec moins de 3,10 dollars par jour (77 % en 2009 pour le Mali, 75 % respectivement pour le Niger et le Burkina Faso en 2014). Près de la moitié y vivent avec moins de 1,90 dollars (50 % en 2009 pour le Mali, 44 % pour le Burkina en 2014 et 46 % en 2014 pour le Niger). Bien que le Sénégal ait pris une légère avance sur les autres, encore deux tiers et un tiers de la population vit avec respectivement moins de 3,10 et 1,9 dollars par jours (Banque Mondiale, 2016).

En matière d'alphabétisation, seulement un tiers des personnes savent lire et écrire dans une langue quelconque en 2015 au Mali contre un peu plus de la moitié au Sénégal et près de quatre personnes sur 10 au Burkina Faso. Le Sénégal est de loin celui où le taux d'alphabétisation est le plus élevé. En revanche, le Niger apparaît en retard par rapport à ses voisins car à peine deux personnes sur dix y savent lire et écrire et la proportion de personnes sachant lire et écrire est restée

presque constant depuis 2001. Le taux d'alphabétisation enregistré en 2015 dans ce pays est presque similaire à ceux observés au Mali en 1998, au Burkina en 2003 et au Sénégal en 2002. Par ailleurs, les femmes ont beaucoup moins accès à l'éducation dans ces pays et on est très loin de la parité entre les femmes et les hommes en la matière. Au Mali, une femme pour deux hommes sait lire et écrire. C'est surtout au Niger que la situation de la femme en termes d'alphabétisation est moins reluisante car seulement deux femmes pour 5 hommes savent lire et écrire. Comparativement à ces deux derniers le Burkina et le Sénégal ont fait plus de progrès en la matière où respectivement trois femmes pour 5 hommes sont alphabétisées (UIS, 2016).

Les pays étudiés sont caractérisés par une fécondité élevée et une croissance démographique très forte. Le Mali, avec un nombre moyen d'enfant par femme de six, est l'un des pays ayant accusé un retard dans la réalisation de la baisse de la fécondité. Il est toutefois en avance sur le Niger où les femmes continuent d'avoir en moyenne sept enfants. Les tendances depuis 1999 montrent une baisse plus rapide de la fécondité au Burkina comparativement au Mali et au Sénégal. En revanche, le déclin du nombre d'enfant par femme au Mali et au Sénégal, bien qu'étant relativement plus lent qu'au Burkina, est aussi plus rapide qu'au Niger où on enregistre presque une stagnation entre 1999 et 2014. C'est sans doute ce niveau très élevé de fécondité au Niger qui explique, en partie, son rythme d'accroissement de la population qui est beaucoup plus fort que dans les autres pays.

Figure 5.1 : Nombre moyen d'enfant par femme et du rythme d'accroissement de la population au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal

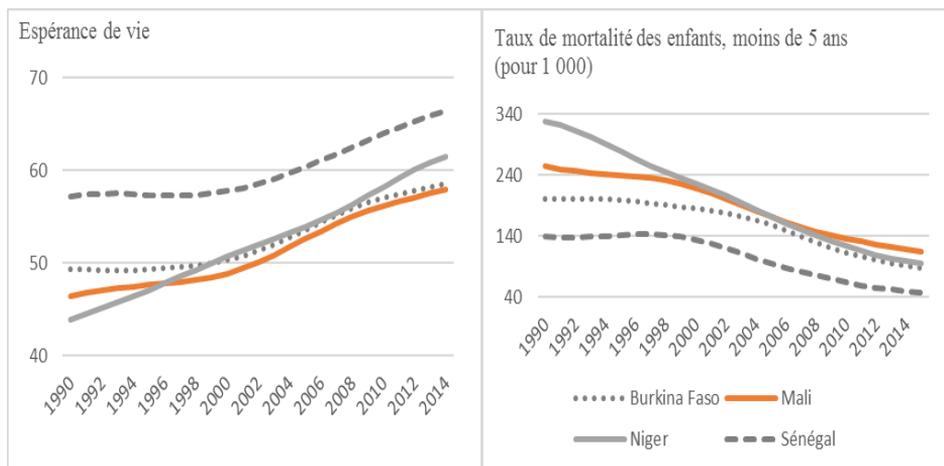


Source : Institut de statistique de l'UNESCO, <http://data.uis.unesco.org>

Le Sénégal semble se détacher des autres avec une meilleure espérance de vie à la naissance et un niveau de mortalité des enfants beaucoup plus faible depuis 1990. Globalement, le Mali se situe à une position presque similaire à celles du Burkina et du Niger mais le niveau actuel de mortalité des enfants de moins de cinq ans y restent relativement le plus élevé. Toutefois, les deux dernières

décennies ont été marquées par une augmentation progressive de l'espérance de vie et une baisse de la mortalité des enfants dans les quatre pays. Le Niger a enregistré la baisse la plus rapide par rapport aux autres pays où ce n'est qu'en 2000 que le déclin de la mortalité a commencé à s'accélérer.

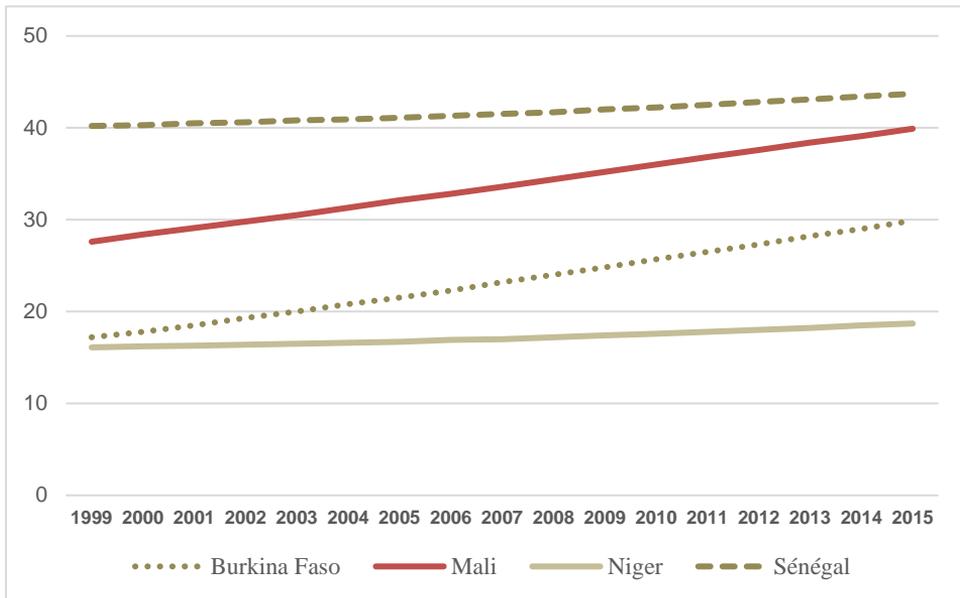
Figure 5.2 : Indicateurs de mortalité au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal



Source : Banque Mondiale (2016), <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>

La population urbaine est en pleine expansion dans les pays concernés. Durant les deux dernières décennies, le Burkina Faso et le Mali ont enregistré les plus fortes augmentations de leur population vivant en ville. De 17 et 28 % de la population totale en 1999, la proportion de la population urbaine est passée à respectivement 30 % et 40 % au Burkina et au Mali en 2015. Cependant, au Sénégal la population vivant en ville est plus élevée (44 % de la population) que dans les autres pays. Elle représente plus du double de celle du Niger et 1,5 fois celle du Burkina Faso en 2015 (UIS, 2016). Le Mali est le deuxième pays après le Sénégal à avoir une plus grande population urbaine (40 %) et le Niger reste le pays dont la proportion de population citadine est restée presque constante durant près de vingt ans.

Figure 5.3 : Évolution de la population urbaine au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal



Source : Institut de statistique de l'UNESCO, <http://data.uis.unesco.org>

5.2.2 Genèse des politiques d'exemption des coûts au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal et contexte sanitaire maternel actuel

Dans cette partie, nous traiterons du processus de mise en place de certaines politiques en matière de prise en charge de la grossesse et de de l'accouchement puis la situation des indicateurs de santé maternelle dans les pays concernés (Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal)

Pendant la période coloniale, le système de santé était le même au Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal. Il reposait, déjà à cette époque, sur l'exemption des coûts financée sur le budget de l'État colonial c'est-à-dire en grande partie par les ressources propres (impôts). Mais cette exemption semblait partielle car réservée à une minorité urbaine ou limitée aux vaccinations et à la lutte contre les grandes endémies et les épidémies. Ce système est resté en vigueur même avec les indépendances dans les années 1960 marquées par une relative prolifération des centres de santé. Cependant, aux débuts des années 1980, face à des difficultés financières dans nombre de pays et avec les programmes d'ajustement structurel, ce système s'est fragilisé. Les formations sanitaires étaient souvent en rupture de stock des médicaments quoique les consultations aient pu rester gratuites (Olivier de Sardan et Valéry Ridde, 2013).

L'Initiative de Bamako, tenue à Bamako en 1987 et portant sur la relance de la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, entendait remédier à ces problèmes suscités. Cette initiative était articulée autour

de trois axes : le recouvrement partiel des coûts dans les points de délivrance des services, la mise à disposition des usagers de médicaments essentiels génériques et la participation communautaire. Le principe sous-jacent à cette politique était que les recettes perçues par les formations sanitaires au point de livraison des soins puissent permettre d'acheter des médicaments essentiels sous forme génériques et d'assurer diverses dépenses de fonctionnement, tout en assurant un droit de regard des utilisateurs sur le personnel de santé à travers des comités de gestion (Olivier de Sardan et Valéry Ridde, 2013). Mais cette initiative prise à Bamako intervenait au lendemain des programmes d'ajustement structurel ayant largement contribué à brader nombre de structures publiques et à restreindre le rôle régalien de l'État en matière de santé. Ainsi, cette politique de recouvrement des coûts s'est aussi accompagnée par la mise en place progressive des centres de santé communautaires vers la fin des années 80 dans la plupart de ces pays. Ces centres sont créés et gérés par des associations privées sans but lucratif, liées à l'État par une convention leur conférant un statut qui les distingue des cabinets médicaux privés. Ce qui leur garantit la participation à la réalisation du service public de premiers recours (offre de soins de premier niveau) auprès des populations vivant à ses alentours - tout en bénéficiant de certains avantages tels que l'exemption de tout paiement d'impôts et taxes, la participation à des activités de formation et l'obtention de subventions. Les services dans ces structures sanitaires au niveau communautaire sont assurés par une équipe d'agents de santé dirigée par un médecin ou par un infirmier et fonctionnent à partir de ressources issues de mécanismes de recouvrement des coûts (Balique et al., 2001), comme recommandés par l'IB. Ceci a contribué à une relative accessibilité géographique des soins de santé.

Cependant, même si cette politique de recouvrement partiel des coûts auprès des utilisateurs reste encore aujourd'hui le système officiel dans tous ces pays, force est de reconnaître qu'elle n'a pas permis d'atteindre tous les résultats escomptés. Bien que de nombreux centres aient été construits et que les médicaments y soient devenus disponibles, les soins sont financièrement inaccessibles pour les populations les plus vulnérables comme l'avait souligné certains auteurs (Balique et al., 2001 ; Gilson et al., 2001 ; Ridde, 2012). Nombre de populations sont restées exclus du système de soins modernes, surtout les catégories socioéconomiques les plus vulnérables. En effet, la plupart des études sur les questions de santé maternelle mettent en évidence la pauvreté des individus ou de leurs ménages comme obstacle à l'utilisation des services pendant la grossesse et au moment de l'accouchement (Van Eijk, 2006 ; Fabienne et al., 2008 ; Gross et al., 2012 ; Gabrysch et al., 2011 ; etc.). Les femmes vivant dans les ménages pauvres fréquentent moins les centres de santé parce que les coûts de consultation prénatale et de prestations de services liées à l'accouchement ne sont pas à leur portée. Ainsi, ces coûts (à la fois directs et indirects) représentent des facteurs dissuasifs pour les femmes et leurs ménages à recourir aux services de santé pendant leur période de grossesse et au moment de l'accouchement (Koblinsky et al., 2006 ; Wilson et al., 1997 ; Peters et al., 2008 ; Perkins et al. 2009).

Ces disparités criardes observées entre riches et pauvres en matière d'accès aux soins obstétricaux étaient conjuguées à l'insuffisance des ressources humaines (personnel de santé), à l'inégale répartition de celles-ci et des infrastructures sur

le territoire national ainsi que la qualité médiocre des soins fournis par le système sanitaire public (Olivier de Sardan et Ridde, 2013 ; Ridde, 2012 ; Witter et al., 2008). C'est dans ce contexte que les politiques de subvention et/ou de gratuité (exemption de paiement au point de service) sont apparues afin de réduire les barrières à l'utilisation des services de santé chez les femmes enceintes et parturientes. À l'instar de plusieurs pays d'Afrique, les quatre concernés par cette analyse ont adopté des mesures d'exemption de paiement, totale ou partielle selon les pays (Burkina Faso en 2006, Mali, Niger et Sénégal en 2005). Ces mesures concernent la prévention et la prise en charge du sida (ARV) dans tous les quatre pays. La césarienne est officiellement gratuite au Mali, au Niger et au Sénégal et les accouchements sont subventionnés au Burkina Faso (Olivier de Sardan et Ridde, 2013 ; Witter et al., 2008 ; Witter et al., 2010). Même si ces politiques présentent des spécificités selon les pays, l'objectif est globalement partout le même, celui de rendre plus accessibles les soins de santé notamment aux plus vulnérables. Au Burkina Faso par exemple, la subvention a été préférée à la gratuité à travers la prise en charge de 60 à 80 % des coûts directs. Alors que les frais de consultations prénatales et des accouchements eutociques ainsi que des médicaments restent payants au Mali, le Niger a opté pour une exemption totale des frais de consultations et de médicaments, des services de planification familiale et de la césarienne (Olivier de Sardan et Ridde, 2013). En ce qui concerne le Sénégal, la gratuité de l'accouchement et de la césarienne a commencé dans cinq régions les plus pauvres (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick, et de Matam) puis a été étendue, un an plus tard, à tous les hôpitaux régionaux (à l'exception de Dakar) (Witter et al., 2008 ; Witter et al., 2010). Ces actions en faveur de l'amélioration de la santé incluent aussi la gratuité du traitement de paludisme, une des causes importantes de mortalité dans ces pays, chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, notamment à travers la fourniture gratuite d'antipaludéens et de moustiquaires imprégnées.

En dépit de nombreux programmes et politiques mis en œuvre pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux et réduire les décès, les progrès réalisés en matière de santé maternelle dans les pays développés restent, à ce jour, un objectif lointain pour les pays d'Afrique au Sud du Sahara, notamment ceux concernés par cette analyse. Comme l'avaient mentionné Richard et al. (2008), la forte fécondité conjuguée à la faible utilisation des services de santé contribue à accroître davantage le risque de décès maternels sur la durée de vie dans ces pays.

Le pays le plus en retard des quatre, en matière de mortalité maternelle, est le Niger qui enregistre le ratio le plus élevé (535 pour 100000 naissances vivantes : EDS, 2012). Bien qu'ayant enregistré une baisse importante, le rapport de mortalité maternelle au Niger en 2012 est supérieur à ceux du Sénégal en 1992, du Burkina en 1999 et du Mali en 2006. Ce qui peut être le reflet de la situation socioéconomique dans ce pays qui semble relativement moins reluisante Par rapport aux autres pays. Le plus faible ratio est observé au Burkina Faso (341 pour 100000 naissances vivantes : EDS, 2010). Les décès maternels ont baissé dans l'ensemble sauf au Sénégal où elle a connu une légère hausse au cours de la période 2005-2010 à la suite d'une baisse entre 1992 et 2005. Le Mali est celui qui a fait le plus de progrès en la matière. D'un rapport de mortalité en 2001 supérieur à celui du Burkina en 1999 et du Sénégal en 1992, le Mali a atteint un

niveau de décès maternelle (368 pour 100000 naissances vivantes : EDS, 2012) inférieur à celui du Sénégal et proche de celui du Burkina Faso. Cependant, la baisse de la mortalité maternelle constatée dans les pays étudiés reste modeste si l'on considère les engagements pris lors du Sommet du Millénaire consacré à la formulation des OMD à savoir réduire le niveau de mortalité de 75 % entre 1990 et 2015. Au terme de l'échéance de 2015, aucun des quatre pays n'a pu faire baisser son niveau de décès maternels de plus de moitié selon les estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies²⁹ (réductions respectives des rapports de mortalité maternelle de 49 %, 42 %, 38 % et 42 % entre 1990 et 2015 au Burkina Faso, Mali, Niger et le Sénégal correspondant à des baisses annuelles de 2,7 ; 2,2 ; 1,8 et 2,2 %).

5.2.3 Littérature sur l'impact des politiques d'exemption des coûts sur le recours aux soins dans les trois pays

Les politiques décrites précédemment visent non seulement des objectifs de santé maternelle et d'équité, mais elles peuvent potentiellement contribuer aux stratégies de réduction de la pauvreté en éliminant la contrainte de coûts élevés supportés par les ménages (Witter et al., 2008). Mais les objectifs escomptés de ces politiques ont-ils été atteints ? Nous essayons de trouver une réponse à cette question à travers un tour d'horizon de la littérature relative à l'impact de ces politiques sur le niveau d'utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

Depuis la mise en œuvre des différentes interventions de gratuité et/ou de subvention, plusieurs études se sont intéressées à leurs effets sur l'utilisation des services de santé. C'est le cas par exemple de Haddad et Fournier (1995) en milieu rural zaïrois. Ces auteurs observent, à travers une étude longitudinale, une diminution de l'utilisation des services de santé de près de 40 % entre 1987 et 1991 à la suite d'une augmentation des coûts de prestations de services. Pareillement, Ridde et ses collègues (2012) mettent en exergue une augmentation du recours à l'accouchement dans un centre de santé induite par la suppression des coûts dans certains pays africains (Ghana, Kenya, Madagascar, Sénégal, Afrique du Sud, Tanzanie et Uganda). Dans le contexte du Burkina Faso, la subvention et la gratuité des soins au moment des accouchements a permis une certaine autonomisation de la femme dans un contexte où la décision de recourir aux soins était soumise exclusivement à l'appréciation du mari (Nikièma et al., 2008 ; Samb et al., 2013). La subvention et la gratuité a semblé faciliter le recours et contribué à réduire considérablement les délais d'utilisation des services de santé. À en croire Samb et al. (2013), la plupart des femmes déclarent n'avoir plus besoin de leurs maris pour obtenir le paiement des frais d'accouchement même si la plupart d'entre elles sollicitent

²⁹OMS (2015),

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf

toujours "l'aval de leur mari", par respect qui leur est dû, avant de se rendre dans les centres de santé.

Il est vrai que dans des contextes comme ceux des pays pauvres, les coûts de consultation prénatale et d'accouchement assisté restent hors de portée de la plupart des individus et de leurs ménages. De ce point de vue, les politiques de subvention et/ou d'exemption semblent importantes pour un plus grand accès aux soins, notamment des plus pauvres. Mais malgré les efforts déployés dans le cadre de ces politiques, des difficultés liées à sa mise en œuvre persistent. Très généralement, les politiques publiques, dans nombre de pays africains, restent confrontées à de nombreuses difficultés tant dans leur élaboration que dans leur exécution. Dans le cadre de l'évaluation des politiques de gratuité, certains auteurs mettent en évidence un système parallèle de paiement à l'exemption officielle par certains agents de santé au Niger (Olivier de Sardan et Ridde, 2013 ; Ridde et Diarra, 2009) et le non-respect des prix subventionnés liée à la politique au Ghana (Agyepong et Nagai, 2011). Par conséquent, les changements dans l'amélioration de la demande de soins ne peuvent pas être exclusivement attribués aux politiques de subvention et/ou de gratuité (Samb et al., 2013). Autrement dit, l'amélioration du recours aux soins à l'accouchement ne saurait être seulement une question de disponibilité et d'accessibilité aux hôpitaux ou centre de santé. C'est aussi une question de niveau de compétence du personnel, de leurs engagement et comportements vis-à-vis des patients comme mentionné par Bergström (2001). C'est ce qui peut, entre autres, expliquer le fait que des pays comparables en termes de bien-être ou de pauvreté peuvent avoir des différents niveaux d'utilisation de services de santé maternelle.

5.3 Tendances de l'utilisation des services de santé

Les niveaux actuels de consultation prénatale placent le Burkina Faso et le Sénégal en avance sur le Mali et le Niger. Le Mali est, parmi les quatre, celui où le taux actuel de recours aux soins prénatals est le plus faible. L'examen de l'évolution indique une tendance à la hausse de la prévalence de consultation prénatale dans chacun des pays durant ces vingt dernières années, mais avec des rythmes d'augmentation différents. Le Burkina Faso et le Niger enregistrent une plus grande constance dans l'augmentation de la proportion de femmes enceintes ayant été suivies. Cette hausse est beaucoup plus marquée au cours des périodes 2003-2010 pour le Burkina et 2006-2012 pour le Niger. La prévalence de la consultation prénatale au Niger a presque doublé durant cette période. Au Sénégal, on constate une augmentation suivant un rythme plus faible qu'au Niger et au Burkina, et dans une moindre mesure au Mali. Qu'à cela ne tienne, le Sénégal a longtemps été en avance en la matière par rapport aux autres car il enregistrait déjà en 1997 un taux de consultation prénatale supérieur à celui du Niger et du Mali en 2012 ainsi que celui du Burkina Faso en 2003. S'agissant du Mali, c'est durant la période 2001-2006 qu'on observe la forte augmentation du taux de recours aux soins prénatals par rapport celle observée entre 2006 et 2012³⁰.

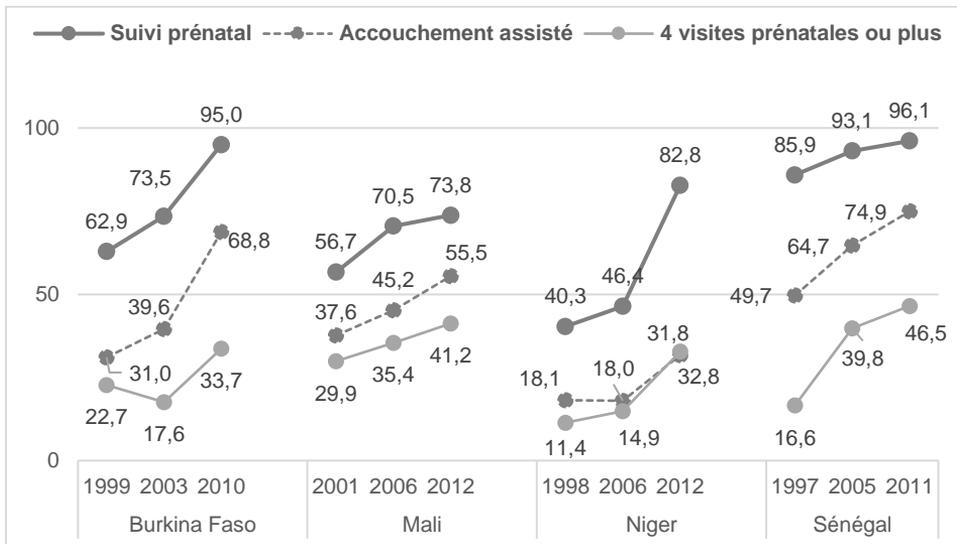
Il faut souligner que les analyses pour le Mali ne porte que sur les cinq régions du sud et du centre ainsi que le district de Bamako. Nous excluons les trois régions septentrionales parce

Pour une plus grande efficacité des soins prénatals, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé la première consultation prénatale avant quatre mois de grossesse et au moins quatre visites à intervalles de temps réguliers jusqu'à l'accouchement. Mais, on constate que le niveau reste faible quel que soit le pays. Dans l'ensemble moins de la moitié des femmes enceintes ne consultent pas plus de trois fois un personnel de santé. Au Niger et au Burkina, seulement un tiers des femmes enceintes sont suivies plus de quatre fois. Particulièrement au Niger, la prévalence d'au moins quatre visites prénatales enregistrée en 2012 est plus faible que celles enregistrées en 2010 au Burkina Faso, en 2006 au Mali et en 2005 au Sénégal. On note toutefois que des progrès ont été réalisés en la matière dans les quatre pays étudiés. La prévalence d'au moins quatre visites prénatales a connu une augmentation régulière au Mali, Niger et Sénégal. Les pays ayant enregistré une forte augmentation sont le Burkina Faso après une décélération entre 1999 et 2003 (période 2003-2010), le Niger (2006-2012) et le Sénégal (1997-2005). Ces pays ont en moyenne doublé leurs prévalences d'au moins quatre consultations prénatales pendant les périodes spécifiées. En revanche, au Mali, l'augmentation du nombre relatif des femmes enceintes suivies au moins quatre fois a été moins rapide.

En ce qui concerne l'accouchement assisté, le Niger se distingue fortement par son niveau beaucoup plus faible par rapport aux autres. La prévalence de l'accouchement assisté observée dans ce pays en 2012 est encore en dessous de celles du Mali en 2001, du Sénégal en 1997 et est équivalent à celle du Burkina Faso en 1999. En termes d'évolution, le Burkina Faso se démarque par une augmentation plus importante du recours aux soins au moment de l'accouchement surtout au cours de la période 2003-2010. Le rythme de la hausse est moins rapide dans les autres pays. La période 1998-2006 a été marquée par une stagnation au Niger.

qu'elles n'ont pas été concernées par l'enquête de 2012 en raison de la crise sécuritaire que connaît le pays depuis 2012.

Figure 5.4 : Évolution de l'utilisation des services de santé maternelle par pays étudiés



5.4 Sources de changement de l'utilisation des services de santé : effet de composition ou de comportement ?

Nous rappelons que l'objectif de ce chapitre est d'identifier les rôles respectifs des changements de composition socioéconomique des femmes et du système de santé de façon générale. Dans ce chapitre, nous cherchons à répondre à la question par quoi et par qui provient les changements en matière d'utilisation des services de santé maternelle ? Autrement dit, il s'agit de voir si les tendances à la hausse du recours aux soins de santé maternelle résultent de la performance des politiques et programmes de santé (ressources sanitaires) ou d'une amélioration de la capacité des femmes en âge de procréation de mieux utiliser les services disponibles en faveur d'un recours effectif aux soins de santé maternelle. Il est, en outre question de voir si les inégalités entre groupes socioéconomiques en matière de recours aux soins se sont accrues ou réduites en lien avec les contributions des différentes catégories socioéconomiques au changement total de recours aux soins au niveau national. Le cas du Mali est comparé à celui de trois pays voisins que sont le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal.

5.4.1 Résultats de la décomposition simple ou de base

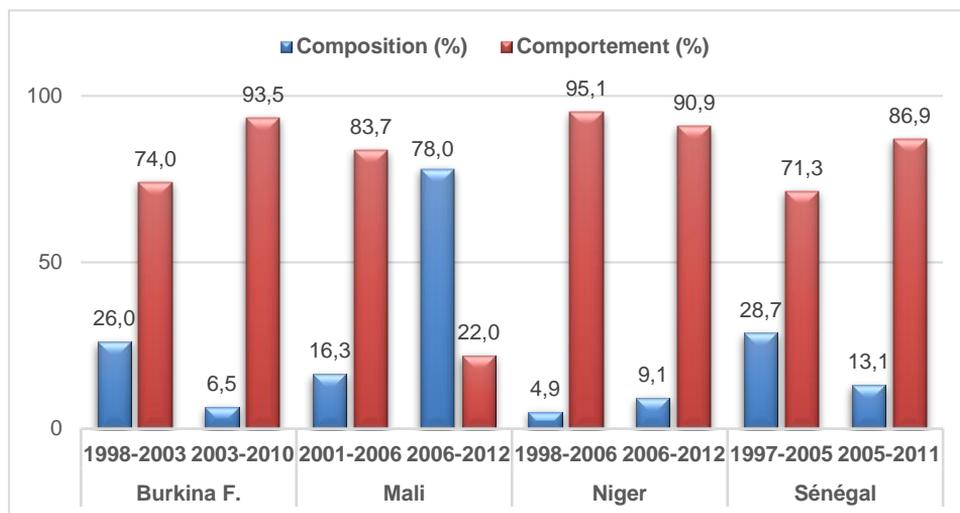
- ***Effet de composition lié à l'amélioration de la situation socioéconomique des femmes au niveau national sur les tendances à la hausse du recours aux soins***

À travers la décomposition simple, nous examinons l'amélioration des conditions socioéconomiques des femmes dans le changement du recours aux soins de santé maternelle. Elle permet de distinguer la part de l'augmentation du niveau national de recours aux soins due à la modification de la situation socioéconomique des mères au niveau national et au changement de comportement ou de performance.

Les résultats relatifs à la composante de la consultation prénatale mettent en évidence la prépondérance de l'effet de comportement dans tous les pays et pour toutes les périodes sauf au Mali entre 2006 et 2012. On observe un effet très important de l'amélioration de la situation socioéconomique des ménages où vivent les femmes en âge de procréation dans l'augmentation du niveau national de recours aux soins au Mali durant la période 2006-2012. Autrement dit, la hausse du suivi prénatal au niveau national, durant cette période, résulte principalement de l'amélioration de la capacité collective des femmes à utiliser les services de soins prénatals. Excepté ce cas, les progrès réalisés en matière de consultation prénatale sont principalement imputables à un changement de comportement peu importe l'appartenance à un groupe socioéconomique.

Certes l'effet de comportement prédomine mis à part le cas du Mali comme signalé ci-dessus, mais il faut toutefois souligner que le changement de composition a quelque peu contribué aux changements moyens de consultation prénatale dans les pays étudiés. Même si c'est dans une proportion relativement plus faible que le changement de comportement, on observe aussi un effet de recomposition de la population féminine entre les différentes catégories de niveau de vie sur le changement de recours à la consultation prénatale. Par exemple, au près du tiers de l'augmentation du taux de suivi prénatal provient de cet effet de composition au Sénégal (période 1997-2005) et un peu plus du quart au Burkina Faso (période 1999-2003). Cet effet est donc non négligeable.

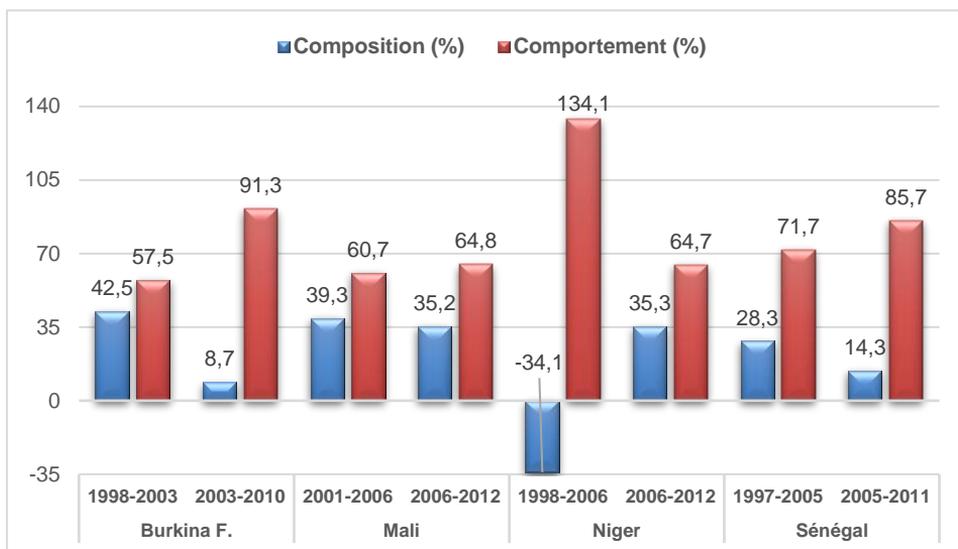
Figure 5.5 : Décomposition simple de l'effet du niveau de vie standardisé dans les tendances d'utilisation des soins prénatals



Pour l'accouchement assisté, on note un effet prédominant de comportement dans tous les pays quelle que soit la période mais dans une moindre mesure que la consultation prénatale. La différence réside au fait que l'effet de composition lié à l'amélioration des conditions socioéconomiques des femmes est plus important pour l'accouchement assisté. Au Burkina Faso, près de la moitié de la hausse du taux d'accouchement assisté intervenue entre 1999 et 2003 provient de l'effet de composition. La part d'augmentation liée à la capacité collective des femmes à utiliser les services dépasse le tiers au Niger entre 2006 et 2012 et au Mali quelle que soit la période, elle dépasse un cinquième au Sénégal durant la période 1997 et 2005. Ce résultat met en évidence un rôle distinct de l'amélioration de la situation socioéconomique selon la composante de santé maternelle. Elle a un effet plus prépondérant dans la hausse du niveau global de recours à l'accouchement assisté.

De même que la consultation prénatale, l'effet de composition a été beaucoup moins important durant la période 1999-2003 au Burkina. Cela est dû au fait que la situation socioéconomique s'est peu améliorée entre 1999 et 2003 (voir Tableau 4.1 au chapitre quatre). Au Niger, la recomposition de la population féminine a tendance à constituer un obstacle à l'augmentation du recours national de l'accouchement assisté entre 1998 et 2006, sans doute parce que la situation socioéconomique des femmes n'a pas du tout progressé pendant ce temps. C'est d'ailleurs ce qui pourrait expliquer, en partie, la stagnation du taux d'accouchement assisté durant cette période au Niger (voir Figure 5.4).

Figure 5.6 : Décomposition simple de l'effet du niveau de vie standardisé dans les tendances d'utilisation des soins de santé au moment de l'accouchement



- **Effet de composition liée à l'amélioration globale du capital humain de la femme sur les changements du recours aux soins**

Les résultats de la décomposition associés au niveau d'instruction des femmes se présentent de façon similaire dans tous les pays étudiés quelle que soit la période sauf au Niger entre 1998 et 2006 pour l'accouchement assisté. Nonobstant ce cas du Niger, les tendances réalisées, tant en matière de consultation prénatale que d'accouchement assisté, proviennent essentiellement du changement réel de comportement des mères indépendamment du niveau moyen d'éducation des sous-groupes auxquels elles appartiennent. Cette prépondérance de l'effet de comportement ou de performance est légèrement plus observée pour la composante consultation prénatale par rapport à l'accouchement assisté. Même si sa contribution apparaît largement faible comparée à celle de l'effet de comportement, la capacité des mères à convertir les ressources du contexte (effet de composition) affecte aussi les tendances de recours aux soins. Par exemple au Mali, on observe une contribution non moins négligeable de l'amélioration moyenne de l'éducation des femmes à la hausse de la prévalence nationale de consultation prénatale au cours de la période 2006-2012. Durant cette période, un peu plus du quart de l'augmentation du niveau national de recours à l'accouchement assisté est due à la hausse globale du capital humain des femmes. Il en est de même au Burkina Faso et dans une moindre mesure au Sénégal en ce qui concerne l'accouchement assisté.

La situation au Niger met en évidence la contribution très importante de l'amélioration du capital humain des femmes en âge de procréation entre 1998 et 2006 pour maintenir le niveau d'accouchement assisté constant durant cette période. Cette part très importante malgré la stagnation du taux national

d'accouchement assisté porte à croire que la proportion globale d'accouchement assisté au Niger entre 1998 et 2006 aurait baissé s'il n'y avait pas eu une légère hausse du capital humain des femmes.

Figure 5.7 : Décomposition simple de l'effet de l'éducation dans les tendances d'utilisation des soins prénatals

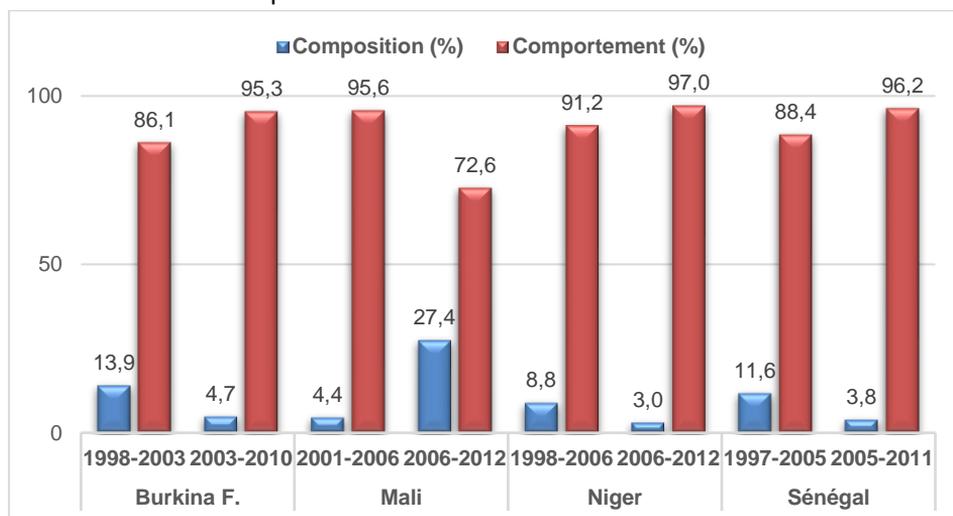
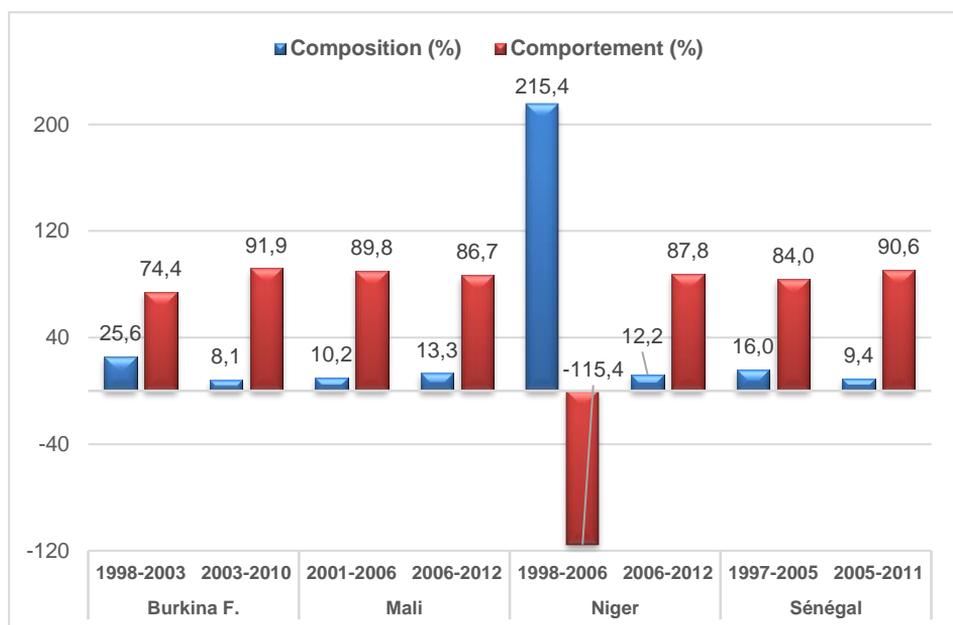


Figure 5.8 : Décomposition simple de l'effet de l'éducation dans les tendances d'utilisation des soins de santé au moment de l'accouchement



On pourrait donc dire conclure à une augmentation de l'addition des capacités individuelles des femmes, liée à l'amélioration de leur capital humain, à pouvoir utiliser effectivement les services de santé à l'accouchement durant ces périodes susmentionnées. Mais celle-ci ne s'est pas améliorée assez suffisamment car son effet sur le changement total du recours aux soins reste en deçà de celui relatif au comportement ou à la performance.

5.4.2 Décomposition avancée

Les résultats de la décomposition simple ont permis de mettre en évidence un effet prépondérant de comportement dans l'ensemble des pays étudiés sauf au Mali et au Niger (respectivement entre 2006 et 2012 pour l'effet de la situation socioéconomique sur la consultation prénatale puis entre 1998 et 2006 en ce qui concerne le lien entre le capital humain et l'accouchement assisté). Excepté ces deux cas, l'effet de comportement est la principale source de l'augmentation des niveaux de recours aux soins de santé maternelle. Dans cette partie, nous cherchons à décomposer ce rôle dominant de comportement observé en effet de base et de différenciation (plus détaillé dans la description de la méthodologie de décomposition). Plus précisément, il s'agit de voir si les changements de comportements des mères en matière de recours aux soins proviennent des ressources du contexte (offre de service ou plus globalement de la performance du système de santé) ou d'une plus grande propension de certains groupes de femmes à utiliser les services de santé maternelle que d'autres (si le changement de comportement s'opère de manière inégalitaire selon les groupes socioéconomiques).

Les résultats de cette analyse de décomposition avancée indiquent que les tendances à la hausse du recours aux soins résultent principalement de l'amélioration de l'offre de services de santé et plus globalement du système de santé (effet de base). C'est donc la performance relative du système de santé (offres de services, sensibilisation, politiques et programmes etc.) qui est en cause exceptions faites pour l'accouchement assisté durant les périodes 1998-2003 et 2001-2006 respectivement au Burkina Faso et au Mali. En effet, dans ces cas, des changements différentiels de propensions de recours aux soins entre les catégories socio-économiques sont observés. Au Burkina Faso, l'augmentation de la prévalence de recours à l'accouchement, intervenue entre 1998 et 2003 ainsi qu'au cours de la période 2001 et 2006 au Mali, est due à une propension de recours aux soins plus importante parmi les femmes appartenant aux groupes socioéconomiques moins défavorisés : intermédiaires ou aisées (résultat confirmé par le tableau 5.2).

Tableau 5.1 : Résultats de la décomposition avancée

Pays	Variables de classification	Périodes	Suivi prénatale				
			Change ment total (b-a)	Composition (%)	Effet de performance		
					Base (%)	Diffé ren ciation. (%)	Erreur (%)
Burkina F.	Niveau de vie standardisé	1999-2003	10,6	26,0	79,0	17,1	-22,1
		2003-2010	21,5	6,5	135,7	-51,1	-3,62
	Education	1999-2003	10,6	13,9	131,5	-45,4	-0,1
		2003-2010	21,5	4,7	179,8	-175,1	-0,13
Mali	Niveau de vie standardisé	2001-2006	13,9	16,3	91,0	12,7	-20,1
		2006-2012	3,2	78,0	195,1	-122,7	-43,4
	Education	2001-2006	13,9	4,4	162,8	-68,8	1,6
		2006-2012	3,2	27,4	186,5	-207,1	-1,7
Niger	Niveau de vie standardisé	1998-2006	6,1	4,9	130,6	-26,5	-9,0
		2006-2012	36,4	9,1	121,1	-33,5	-8,1
	Education	1998-2006	6,1	8,8	90,5	0,8	-0,2
		2006-2012	36,4	3,0	159,3	-118,7	0,1
Sénégal	Niveau de vie standardisé	1997-2005	7,3	28,7	159,5	-62,8	-25,4
		2005-2011	3,0	13,1	246,5	-171,4	2,9
	Education	1997-2005	7,3	11,6	194,8	-103,7	-2,7
		2005-2011	3,0	3,8	257,6	-323,8	16,4
Accouchement Assisté							
Burkina F.	Niveau de vie standardisé	1999-2003	8,5	42,5	26,7	69,7	-39,0
		2003-2010	29,2	8,7	130,1	-29,7	-5,01
	Education	1999-2003	8,5	25,6	51,5	23,2	-0,4
		2003-2010	29,2	8,1	172,1	-130,2	-0,15
Mali	Niveau de vie standardisé	2001-2006	7,6	39,3	10,6	100,8	-50,6
		2006-2012	10,3	35,2	146,4	-40,9	-17,9
	Education	2001-2006	7,6	10,2	127,9	-41,4	3,3
		2006-2012	10,3	13,3	142,8	-81,8	-1,2
Niger	Niveau de vie standardisé	1998-2006	-0,2	-34,1	110,1	-23,3	47,3
		2006-2012	13,8	35,3	115,7	-18,9	-27,6
	Education	1998-2006	-0,2	215,4	-1898,7	1790,2	-6,9
		2006-2012	13,8	12,2	134,1	-52,6	-0,9
Sénégal	Niveau de vie standardisé	1997-2005	15,0	28,3	97,3	-2,2	-23,3
		2005-2011	10,2	14,3	178,3	-60,8	0,1
	Education	1997-2005	15,0	16,0	121,0	-34,3	-2,8
		2005-2011	10,2	9,4	207,3	-184,1	4,2

5.5 Analyses des tendances des inégalités en matière de recours aux soins

Un des objectifs de ce chapitre est aussi d'examiner comment évoluent les inégalités entre les différents groupes socioéconomiques en matière de recours aux soins dans chacun des pays étudiés ici. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 1, très souvent les interventions ou mesures pour réduire les inégalités et rendre accessibles les soins de santé de qualité à tous produisent des résultats inverses à ceux attendus. Faisant référence à cet effet inattendu, White et Heywood (2009) parlent de "Inverse Prevention Law" (IPL) qui renvoie au fait que les personnes les plus susceptibles de bénéficier de mesures préventives (c'est-à-dire les groupes les plus socioéconomiques les plus démunis) ont tendance à être moins susceptibles de les recevoir. Ils considèrent que de nouvelles interventions de santé publique conduisent à un élargissement des inégalités socio-économiques initiales en raison de leur absorption préférentielle par les plus favorisés avant même l'amointrissement des inégalités et l'amélioration de la santé globale. Les moins favorisés de la population, en raison de leur réaction tardive à l'intervention, profitent moins de ces mesures pour réduire les écarts avec les plus aisés. Nous allons, dans cette partie du chapitre, voir si cela est vérifié pour les pays considérés ici.

5.5.1 Tendances des inégalités en matière de recours aux soins prénatals

Nous examinons les variations des inégalités à travers les tendances des contributions relatives des différentes catégories socioéconomiques aux changements des prévalences nationales de recours aux soins prénatals. Les résultats varient selon les pays. Si on regarde de près l'évolution des contributions à la hausse du niveau national de suivi prénatal, on s'aperçoit que les inégalités entre les différentes catégories socioéconomiques s'accroissent au Mali durant la période 2006-2012. Comme nous l'avons vu avec les résultats de la décomposition simple, la part de l'augmentation du recours au suivi prénatal durant cette période a été principalement imputable à l'effet de composition qui implique aussi l'accroissement des inégalités entre les groupes socioéconomiques. C'est sans doute pour cela que la hausse du recours aux soins prénatals entre 2006 et 2012 a été très faible (de 70 à 74% en six ans) comparée par exemple au Niger durant la même période. La prévalence de recours aux soins au Niger en 2006 était plus faible que celle observée au Mali en 2001 (46% au Niger et 57% au Mali), mais en 2012 elle est devenue largement supérieure au Niger (84%) qu'au Mali (74%) (Voir Figure 4.4). Cette augmentation moins rapide constatée au Mali, où le niveau actuel de suivi prénatal est le plus bas par rapport aux trois autres pays, résulte aussi de cet accroissement important des inégalités de contributions entre les groupes socioéconomiques. Le Niger est le pays où le groupe de femmes les plus pauvres contribue le plus au changement du niveau de suivi prénatal depuis 1998. L'augmentation plus rapide du taux de suivi prénatal constatée au Niger notamment entre 2006 et 2012 provient aussi de cette forte contribution des catégories socioéconomiques les plus démunies même si on observe une tendance à la baisse de celle-ci entre 2006 et 2012. C'est surtout au Burkina Faso que les inégalités entre les catégories socioéconomiques, en termes de leurs contributions aux changements de recours

au suivi prénatal, ont diminué. C'est aussi le cas au Sénégal mais dans une moindre mesure car même si les écarts entre les catégories socioéconomiques s'amenuisent peu à peu, il n'en demeure pas moins que les contributions du groupe constitué de femmes les plus démunies y restent toujours faibles.

En ce qui concerne l'éducation, on observe un accroissement des contributions du groupe des femmes les moins éduquées à l'augmentation du taux de suivi prénatal au fil du temps au Burkina Faso et au Niger respectivement durant les périodes 2003-2010 et 2006-2012. Ces périodes ont aussi été marquées par une augmentation beaucoup plus importante du recours aux soins prénatal dans ces deux pays sans doute en raison de la baisse constatée des inégalités entre les femmes les moins éduquées et celles instruites. En revanche, on observe un accroissement des inégalités entre la catégorie constituée de femmes plus éduquées et toutes autres au Mali ainsi qu'au Sénégal mais leur contribution à la hausse du taux de suivi prénatal est non moins négligeable.

Tableau 5.2 : Contributions relatives des femmes de différentes catégories socioéconomiques et éducatives au changement total de recours au suivi prénatal par pays

Variables	Burkina Faso		Mali		Niger		Sénégal	
	1998-2003	2003-2010	2001-2006	2006-2012	1998-2006	2006-2012	1997-2005	2005-2011
Niveau de vie standardisé								
Faible	-20,7	19,5	8,3	-100,7	96,4	58,0	-73,4	-67,5
Intermédiaire	32,4	52,8	45,9	63,0	11,1	24,5	6,6	22,4
Élevé	88,3	27,7	45,8	137,6	-7,5	17,5	166,8	145,1
Éducation								
Aucun	44,5	64,7	79,2	28,8	69,7	83,8	-9,4	40,4
Primaire	27,2	17,4	9,1	-66,4	12,5	8,8	68,0	-123,1
Secondaire ou plus	28,3	17,9	11,7	137,6	17,9	7,4	41,3	182,7
Total	100,0							

5.5.2 Tendances des inégalités de contributions au changement du niveau de recours à l'accouchement assisté

On assiste à une diminution des inégalités entre groupes socioéconomiques au Burkina Faso et au Niger, si on s'en tient à l'évolution de leur contribution au changement total du recours à l'accouchement assisté. Dans ces deux pays, on observe un accroissement dans les contributions du groupe de femmes les plus défavorisées (appartenant à la catégorie socioéconomique moins nantie ou n'ayant atteint aucun niveau d'éducation) aux changements du niveau de recours

à l'accouchement assisté. Ce qui implique une réduction des inégalités en matière d'assistance à l'accouchement entre ce dernier groupe et celui constitué de femmes les plus aisées (niveau de vie ou d'éducation élevé) au fil du temps. La hausse de la contribution des femmes les plus défavorisées, d'un point de vue socioéconomique ou éducatif, est beaucoup plus marquée au Niger. Pour rappel, le niveau national de recours à l'accouchement assisté n'a pas connu d'augmentation au Niger entre 1998 et 2006 (Figure 5.4). Cette stagnation, serait due au désavantage important du groupe composé de femmes d'aucun niveau d'instruction (qui sont les plus nombreuses) par rapport à celles plus éduquées entre 1998 et 2006, en plus du fait que la situation socioéconomique des femmes n'a pas du tout progressé durant cette période (comme en témoigne les résultats de la décomposition simple plus haut mettant en évidence un effet prépondérant de composition, Figure 5.8). À cela, on pourrait ajouter une relative inaccessibilité des services de santé aux plus pauvres durant cette période. Mais entre 2006 et 2012, la réduction des désavantages du groupe de femmes vivant dans des ménages pauvres ou non instruites s'est traduite par une hausse beaucoup plus importante du niveau de recours à l'accouchement à partir de 2006 dans ce pays. C'est aussi durant la période 2003-2010 que l'augmentation du taux d'accouchement assisté a été plus importante au Burkina Faso. Au Sénégal, on observe aussi une baisse des inégalités mais la différence avec le Burkina et le Niger réside au fait que celle-ci s'opère surtout en faveur de la classe intermédiaire. Autrement dit, c'est l'écart entre les femmes vivant dans une meilleure condition socioéconomique et celles de la classe intermédiaire qui se rétrécit le plus sans changement notable dans la contribution des femmes appartenant à la catégorie la plus démunie qui reste faible. On pourrait donc dire que le désavantage des femmes les plus pauvres par rapport aux autres se maintient au cours du temps au Sénégal. Pour l'éducation, c'est la situation inverse qui est observée c'est-à-dire un accroissement des inégalités au détriment des femmes du niveau primaire. À la différence des trois autres pays, les tendances des contributions relatives des groupes socioéconomiques au Mali mettent en évidence un accroissement des inégalités en matière de recours à l'accouchement assisté. Cela s'observe par le renforcement du gap entre les femmes les plus démunies et les autres (femmes vivant dans une meilleure condition socioéconomique et celles de la classe intermédiaire). Cependant, même si on constate une tendance à la diminution de la contribution des femmes d'aucun niveau au fil du temps, il faut toutefois souligner que ce groupe est celui qui a principalement impulsé l'augmentation en matière du niveau national de recours à l'accouchement intervenue au Mali.

Tableau 5.3 : Contributions relatives des femmes de différentes catégories socioéconomiques et éducatives au changement total en matière du recours à l'accouchement assisté par pays

Variables	Burkina Faso		Mali		Niger		Sénégal	
	1998-2003	2003-2010	2001-2006	2006-2012	1998-2006	2006-2012	1997-2005	2005-2011
Niveau de vie standardisé								
Faible	-9,3	29,0	5,6	-12,8	-19,6	48,7	-6,0	-7,3
Intermédiaire	26,0	47,8	35,4	56,3	20,8	19,0	4,3	28,8
Élevé	83,2	23,2	59,0	56,5	98,8	32,3	101,7	78,5
Éducation								
Aucun	37,7	74,6	63,3	70,1	-380,3	73,2	37,4	68,8
Primaire	30,9	14,3	21,5	-14,8	67,4	15,1	39,2	-20,7
Secondaire ou plus	31,4	11,1	15,2	44,7	412,9	11,7	23,4	52,0
Total	100,0							

5.6 Synthèse du chapitre cinq

Ce chapitre visait à déterminer les sources de changements intervenus ces dernières années en matière de recours aux soins de santé maternelle au Mali, Burkina Faso, Niger et Sénégal. Concrètement, nous cherchions à répondre à deux questions à savoir : les tendances à la hausse du recours aux soins de santé maternelle résultent-elles des ressources du contexte (l'efficacité des programmes et politiques de santé) ou peut-elle être expliquée par des changements dans la composition de la population féminine vers une amélioration à un niveau agrégée de leurs conditions de vie ainsi que leur capital humain (modifications des ressources socioéconomiques) ? Les inégalités entre groupes socioéconomiques en matière de recours aux soins se sont-elles accrues ou réduites au fil du temps ?

Les résultats, à travers une analyse de décomposition simple et avancée, ont permis d'identifier les sources des changements intervenus ces dernières années en matière de consultation prénatale et d'accouchement assisté. Ils mettent en évidence à la fois un effet de comportement et de composition mais celui lié au comportement est prédominant. Cette prépondérance de l'effet de comportement dans les tendances de l'utilisation des soins de santé maternelle est valable quel que soit le pays, sauf au Mali et au Niger respectivement pour les périodes 2006-2012 relativement au suivi prénatal et 1998-2006 en ce qui concerne l'accouchement assisté. La période 2006-2012 a été marquée au Mali par un effet prédominant d'amélioration des conditions socioéconomiques des femmes dans la hausse du taux de recours aux soins prénatals. L'effet négatif de composition socioéconomique a été observé au Niger : la stagnation du niveau de recours à l'accouchement assisté entre 1998 et 2006 provient du fait que la situation socioéconomique ne s'est pas améliorée durant cette période. On note aussi une

contribution de l'amélioration du capital humain des femmes en âge de procréation entre 1998 et 2006 pour maintenir le niveau d'accouchement assisté constant au Niger. En d'autres termes, le niveau national de recours à l'accouchement assisté aurait baissé s'il n'y avait pas eu une légère hausse du capital humain des femmes durant cette période. Exceptés ces cas, ce n'est pas la recomposition de la structure de la population féminine et donc l'amélioration des conditions socioéconomiques et humain qui est en cause mais plutôt une tendance au changement de comportement. Ce changement prédominant de comportement provient essentiellement de la performance enregistrée dans les systèmes de santé dans les pays étudiés (sauf pour l'accouchement assisté au Mali entre 2001 et 2006 ainsi qu'au Burkina Faso entre 1999 et 2003). Autrement dit, la hausse de l'utilisation des services de santé maternelle est en partie le reflet des différentes actions politiques en faveur de l'amélioration de la situation sanitaire des mères. La mise en place des centres de santé communautaires dans les pays a conduit substantiellement à une relative accessibilité en contribuant à rapprocher davantage les services de santé des usagers. À cela s'ajoutent les politiques d'exemption des coûts de la césarienne, le traitement des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes et la mise à leur disposition des moustiquaires imprégnées d'insecticides malgré certains dysfonctionnements et des problèmes constatés dans leur élaboration et mise en œuvre (Olivier de Sardan et Ridde, 2013 ; Witter et al., 2008).

Cette relative performance de l'offre de services ou des politiques et programmes semble de plus en plus profiter aux plus démunies au Burkina Faso et au Niger où leur contribution à l'augmentation du recours aux soins s'accroît au fil du temps. Ce qui n'est pas trop le cas au Mali où les progrès en matière de recours aux soins s'accompagnent d'un désavantage des femmes les plus démunies entre 2006 et 2012. Au Sénégal, les inégalités entre les femmes les plus démunies, qui ont aussi les plus faibles contributions au changement de recours aux soins, et toutes les autres se maintiennent. Au regard de ce résultat, on pourrait dire que malgré l'effort des politiques et programmes, les services de santé restent encore relativement inaccessibles aux couches socioéconomiques les plus démunies au Mali et dans une moindre mesure au Sénégal par rapport au Niger et Burkina Faso. Les dysfonctionnements et problèmes dans l'élaboration et surtout dans la mise en œuvre des politiques et programmes (Olivier de Sardan et Ridde, 2013 ; Witter et al., 2008), bien que commun à tous ces pays étudiés, seraient plus marqués au Mali et un peu au Sénégal par rapport aux deux autres pays.

Parlant toujours d'inégalités, on observe qu'elles sont plus observées selon le niveau de vie qu'en fonction du niveau d'éducation, tant pour le suivi prénatal que l'accouchement assisté. Un tel résultat met en évidence le rôle plus important de la pauvreté dans le processus de demande de soins maternels. Cela porte à croire qu'une large diffusion de la nécessité des soins dans la réduction des risques, liés à la grossesse et l'accouchement, fait de plus en plus écho au sein de la population. Les soins maternels ont tendance à être largement perçus comme des besoins même parmi les femmes les moins éduquées mais c'est surtout l'inaccessibilité financière conjuguée à une offre insuffisante qui constituerait véritablement un obstacle au recours aux soins plus que les barrières d'ordre

culturelles. C'est d'ailleurs ce qui pourrait expliquer que l'effet de composition dû au niveau de vie soit plus important que celui de l'éducation.

Par ailleurs, l'amélioration globale des conditions socioéconomiques et humaines des femmes, en tant que ressources socioéconomiques du contexte, contribue aussi aux changements du niveau de recours aux soins. Un accroissement de l'addition des capacités individuelles (effet additif de l'amélioration du capital humain des femmes et du niveau de vie de leur ménage) permet aussi un accroissement de l'utilisation effective des services de santé maternelle. Mais cette capacitation individuelle agrégée au niveau national ne s'est pas améliorée assez suffisamment car son effet sur le changement total du recours aux soins reste largement en deçà de celui relatif à l'offre de services de santé. Cet effet de recomposition de la structure socioéconomique et humaine de la population féminine joue un rôle plus important dans les tendances du taux d'accouchement assisté que dans celles liées à la consultation prénatale. Cet effet moins important pour le suivi prénatal résulterait d'une plus grande attention accordée à l'accouchement assisté par la population par rapport à la consultation prénatale.

Pour terminer, il est important de souligner que les progrès en matière d'amélioration du recours aux soins de santé maternelle restent très insuffisants au Mali et dans les autres pays concernés par cette analyse. Ces résultats mettent en évidence des inégalités de santé plus globale allant au-delà du seul système de santé. Sans l'ombre d'aucun doute, les ressources du contexte (offre de services) sont insuffisantes malgré la mise en place d'un certain nombre de politiques et programmes dont la mise en œuvre connaît de nombreux dysfonctionnements. Mais ce qui est aussi en cause dans ces pays à faible utilisation de services de santé, c'est le faible niveau de capacitation individuelle des femmes c'est-à-dire leurs possibilités réelles de pouvoir utiliser les services si elles le désirent. Cela se traduit aussi par une contribution plus faible des ressources socioéconomiques du contexte (effet de composition) sur les progrès accomplis en matière de recours aux soins dans ces pays.

Chapitre 6. Inégalités de recours aux soins de santé maternelle au Mali : rôles respectifs des caractéristiques individuelles et communautaires

Les progrès vers l'atteinte de l'objectif 5³¹ des OMD dans les pays moins développés se sont accompagnés d'inégalités aussi bien entre pays qu'à l'intérieur même des pays. Au Mali, à l'instar de la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, les disparités géographiques en matière d'utilisation des services de santé maternelle persistent.

Malgré le constat de ces inégalités à l'intérieur même des pays, peu d'étude traitent des facteurs de variabilités en tenant compte notamment des différences géographiques de composition démographiques et socioéconomiques de la population féminine sur le recours aux soins, particulièrement dans le contexte malien. Pourtant, les inégalités individuelles de santé sont en partie liées à des différences entre les zones de résidence. Ces disparités ne sauraient donc être réduites aux seules explications par les caractéristiques individuelles, au risque de commettre ce que Courgeau (2004) avait appelé "l'erreur atomiste"³².

Ainsi, dans ce chapitre consacré exclusivement au Mali nous nous attelons à identifier les moyens qui permettent aux femmes d'étendre leurs possibilités ou libertés réelles de recours aux soins, ainsi que le rôle de ces différents moyens dans les inégalités géographiques de recours effectif aux soins selon les localités de résidence.

La justice sociale passe par la mise en place de politiques publiques dont l'efficacité est jugée par leur capacité à ouvrir les mêmes capacités de santé pour tous, c'est-à-dire la possibilité réelle pour chaque individu d'atteindre, en toute liberté, ce qu'il considère être une bonne santé (Ruger, 2009). Une bonne connaissance des sources d'inégalités de santé maternelle peut donc contribuer à l'élaboration ou à la révision des politiques pour permettre d'assurer à chacun la possibilité de recourir aux soins en toute liberté selon son choix (Bonvin et Rosenstein, 2011). En contribuant à une meilleure identification des inégalités géographiques de santé maternelle, notre travail facilitera une meilleure prise de décision en faveur d'un développement équitable, gage de paix durable dans un contexte malien marqué par un balbutiement de la mise en œuvre de l'accord de paix entre les groupes armés et l'État.

³¹ L'objectif 5 concerne l'améliorer la santé maternelle avec comme cibles : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle (Cible 5.A :) et Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 (Cible 5.B)

³² On parle d'erreur atomiste lorsque qu'on fait intervenir que les caractéristiques individuelles pour expliquer les comportements individuels en ignorant le contexte, qui peut être défini comme le milieu familial dans lequel vit l'individu, ou plus généralement comme un entourage plus ou moins étendu autour de lui : son quartier, sa commune, etc.

Ce chapitre est structuré en deux parties. La première est consacrée à la nécessité de prise en compte du contexte socioéconomique et culturel local, au rappel des objectifs et des hypothèses de recherche ainsi que les données utilisées. La seconde partie porte sur les résultats.

6.1 Nécessité de prise en compte du contexte socioéconomique, rappel des objectifs et hypothèses dans le cadre de ce chapitre

6.1.1 Contexte socioéconomique comme modulateur des comportements individuels et objectifs du chapitre

Franckel et ses collaborateurs (2008) font remarquer que les comportements au niveau individuel sont aussi déterminés par les contextes socioéconomiques et culturels locaux. Les sociétés et les communautés auxquelles appartiennent les individus déterminent de façon différente leurs possibilités réelles et les réalités épidémiologiques de la région peuvent avoir un profond impact sur la santé et le bien-être de ceux qui y vivent (Sen, 1979). Parlant de l'utilisation des services de santé, il apparaît judicieux de prendre en compte les aspects sociaux au-delà des caractéristiques individuelles. C'est fort de ce constat qu'on voit apparaître un intérêt grandissant pour la prise en compte de la dimension communautaire, notamment ces vingt dernières années. Ainsi, certains chercheurs de domaines divers et singulièrement en épidémiologie sociale cherchent à intégrer les effets du contexte de résidence (niveau socioéconomique, caractéristiques de la communauté, offres de services, etc.) pour chercher à comprendre les comportements des individus en matière de santé (Chaix et Chauvin 2005 ; Stephenson et al. 2006 ; Grady et al., 1993 ; Chacko, 2001 ; DeGraff et al., 1997 ; Entwisle et al., 1989 ; Entwisle et Mason, 1985 ; Manda, 1998 ; Congdon, 1995 ; Pebley et al., 1996, etc.).

Dans le contexte Suédois, par exemple, Chaix et Chauvin (2005) ont examiné la prévalence de deux types de comportements de recours aux soins (voir ou non un généraliste, propension à recourir à des spécialistes). Leur étude montre que, au-delà des effets des caractéristiques socio-économiques des individus et des densités médicales, un niveau socio-économique local élevé est associé à une faible consultation de médecins généralistes et une proportion plus importante de recours aux spécialistes. Entwisle et Mason (1985), cherchant à décrire les déterminants micro et macro de la demande d'enfant dans quinze pays concernés par l'enquête mondiale sur la fécondité, arrivaient à la conclusion que le produit national brut par habitant et l'effort entrepris dans les programmes de planification familiale influençaient les différences de niveaux moyens de fécondité entre les pays. En milieu rural égyptien, Entwisle et al. (1989) se sont intéressés à l'effet des caractéristiques du village (la structure de l'économie, la modernisation de l'agriculture, le niveau de participation scolaire et l'offre de services de planification familiale) sur le comportement à l'égard de la contraception. Leurs résultats indiquaient que le comportement contraceptif variait systématiquement avec les caractéristiques du village. De même, l'étude de Grady et al. (1993), relative aux décisions de recourir à la contraception parmi les femmes blanches

mariées aux États-Unis, a mis en évidence l'importance des caractéristiques de la communauté dans les choix contraceptifs adoptés par ces femmes. Les localités, ayant un meilleur statut socioéconomique ainsi qu'un accès facile à l'information et aux services de planification familiale, sont celles où les femmes sont plus susceptibles d'utiliser les méthodes contraceptives de manière efficace. Un résultat similaire a été observé aux Philippines sur l'utilisation différentielle de la contraception selon le niveau de développement économique et de dotation en infrastructures de la communauté de résidence (DeGraff et al., 1997).

Pour le cas spécifique des soins obstétricaux, Magadi et al. (2007), dans leur travail sur 21 pays de l'Afrique Subsaharienne, montrent que les politiques nationales (politiques de partage des coûts, disponibilité et accessibilité des services de santé maternelle) expliquent 7 à 15 % des variabilités totales des soins prénatals et de la prise en charge de l'accouchement entre les pays. Pareillement, Stephenson et al. (2006) ont identifié les influences des caractéristiques de la communauté sur la décision d'accoucher dans un établissement de santé dans six pays africains (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Malawi et Tanzania). Ainsi, le pourcentage de femmes ayant une scolarisation secondaire apparaît significativement associé à l'accouchement assisté au Malawi, au Kenya et au Ghana. À l'inverse, le nombre moyen d'enfants par femme avait une influence négative sur le recours à l'accouchement dans un centre de santé, quel que soit le pays. Selon les auteurs, les collectivités ayant une fécondité plus élevée ont le plus souvent un faible niveau de développement économique, mais pourraient aussi avoir des attitudes plus conservatrices en matière d'utilisation des services. Une fécondité élevée peut exprimer aussi un manque de services de santé génésique. Dans le cas du Nigeria, Babalola et Fatusi (2009) montrent que, au-delà de l'éducation de la femme et du niveau socio-économique du ménage, les caractéristiques de la communauté, en matière d'urbanisation et de densité des médias, sont des prédicteurs importants de l'utilisation des services. Un résultat similaire a été observé par Ononokpono, (2015) dans le même contexte : la propension individuelle à accoucher dans les centres de santé varie fortement selon les proportions moyennes de femmes éduquées et du niveau de pauvreté de la zone de résidence.

Au Mali, de nombreuses études traitent de la question de santé maternelle (El-Khoury et al, 2011 ; Blaise et al, 1997 ; Fournier et al, 2009a ; Fournier et al. 2009b, 2014 ; Soors et al., 2008 ; Gage, 2007) et celles-ci ont globalement contribué à la compréhension des facteurs associés au non recours aux soins. Toutefois, ces facteurs (à part la question de l'offre de santé) ne sont appréhendés très souvent qu'au niveau individuel. La plupart des études, traitant du recours aux soins de santé maternelle, abordent généralement la question dans une perspective individuelle en mettant très peu en avant les aspects contextuels et leur influence sur les comportements des individus. Ce qui permet de considérer le plus souvent les contextes locaux (par exemples régions, communes, quartiers à l'intérieur d'un pays) comme des ensembles homogènes influençant très peu les décisions individuelles en matière de recours aux soins. Pourtant l'analyse du contexte sanitaire et socioéconomique, au chapitre deux, a permis de constater la persistance des inégalités régionales d'accès aux soins de santé maternelle malgré une amélioration du niveau de recours aux soins et la baisse de la mortalité maternelle ces dernières années. Les efforts consentis par les différents

gouvernements, à travers l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de santé, n'ont pas suffi à effacer les disparités géographiques de recours aux soins. Le chapitre précédent met aussi en évidence un accroissement des inégalités entre groupes socioéconomiques les plus démunies et les plus aisées. Toutes ces inégalités en matière de recours aux soins suscitent des interrogations majeures sur le rôle des facteurs contextuels, au-delà de la question de l'offre de services de santé.

En outre, presque toutes les études mettent en évidence des inégalités urbain-rural sans dire comment varient les comportements des différentes catégories socioéconomiques selon les zones de résidence distinctes. Il ressort dans presque toutes les études une forte propension de recours aux soins des femmes plus éduquées et vivant dans des ménages riches par rapport à celles moins instruites et issues de ménages moins riches. Mais ces inégalités, entre ces groupes socioéconomiques défavorisés et démunis, varient-elles en fonction du milieu de résidence ? Cette question reste pour le moment sans réponse dans le contexte malien. Aucune étude ne traite de ce potentiel rôle distinct selon le milieu de résidence, de l'éducation et du niveau de vie sur les comportements de recours aux soins particulièrement au Mali. Par ailleurs, certains travaux ont essayé, tant bien que mal, d'étudier les facteurs de différenciation de santé des individus selon le contexte. Douptcheva et Hill (2014) étudient les effets d'appartenance à des groupes de dotation "Endowment groups" sur les différentielles de santé physique et mentale des femmes à Accra. Les groupes de dotation ont été définis par la combinaison de la richesse des ménages et la situation socio-économique du quartier de résidence : les femmes pauvres dans les quartiers pauvres ; les pauvres dans les quartiers riches ; les riches dans les quartiers pauvres et les riches dans les quartiers riches. Cette étude avait pour objectif de déterminer les facteurs de différenciation de réalisations (santé physiques et mentale) et d'examiner s'il existe des disparités à l'intérieur ou entre les groupes de dotations. Même si l'effet de ce qu'ils ont appelé "Endowment groups" n'apparaît pas clairement, les auteurs montrent toutefois que le statut socio-économique du quartier affecte la santé physique tandis que la richesse de la famille affecte plus fortement la santé mentale. Ils identifient aussi un rôle important de l'éducation indépendamment de l'appartenance aux groupes de dotations. Les femmes, pauvres vivant dans les zones pauvres et celles riches vivant dans les zones riches, qui sont moins éduquées (primaire) ou qui ne sont pas du tout scolarisées, ont nettement moins de chances d'obtenir de meilleures réalisations en matière de santé mentale que les femmes avec les caractéristiques similaires ayant fait des études secondaires.

En ce qui nous concerne dans ce chapitre, nous explorons la contribution de certains aspects du contexte sur les inégalités individuelles de recours aux soins de santé maternelle qui ont été très peu étudiés jusqu'ici au Mali. Nous étudions donc les déterminants des inégalités en matière de recours aux soins de santé maternelle en distinguant les facteurs qui interviennent au niveau individuel de ceux du niveau contextuel. En utilisant l'approche par les capacités, nous cherchons à identifier les moyens qui permettent aux femmes d'étendre ou, au contraire, de limiter leurs possibilités ou libertés réelles de recours aux soins. Nous examinons dans cette perspective les facteurs d'inégalités de réalisations (recours aux soins) selon la résidence dans différentes communes en y faisant

ressortir ceux liés au contexte socioéconomique et humain local. Enfin, nous abordons les interactions du niveau d'éducation et des conditions socioéconomiques des ménages avec le milieu de résidence des femmes enceintes et parturientes. Il s'agit d'examiner si les femmes, ayant des niveaux d'éducation ou des conditions socioéconomiques similaires, se comportent différemment vis-à-vis du recours aux soins en fonction de leurs milieux de résidence.

6.1.2 Rappel des hypothèses, données et principales variables utilisées dans le cadre de ce chapitre

Nous partons du postulat que les inégalités en matière de recours aux soins de santé maternelle résultent du fait que les femmes vivant dans différentes communes n'ont pas les mêmes libertés réelles de recourir aux soins quand elles le désirent eu égard aux différences de caractéristiques individuelles et familiales (facteurs de conversion), des spécificités locales en matière de développement socioéconomique et humain (facteurs collectifs de conversion) et de l'offre de services sanitaires (dotations ou ressources du contexte). Nous éclatons ce postulat général en hypothèses spécifiques qui se rapportent aux hypothèses 3 et 4 de la thèse.

Plus spécifiquement, nous supposons que les inégalités entre les femmes de différentes communes en matière de recours aux soins résulteraient en partie des différences de leurs capacités individuelle et familiale (éducation, exposition aux médias et niveau de vie) à convertir l'offre de services de santé en un recours effectif aux soins. De même, les femmes vivant dans les communes disposant de meilleures dotations ou ressources du contexte (plus équipées en infrastructures sanitaires) sont plus avantagées en termes de recours aux soins. Toutefois, au-delà de ces capacités individuelles ou familiales et des ressources sanitaires du contexte, le recours effectif aux soins est surtout influencé par le niveau de développement humain et socioéconomique de la commune dans laquelle vivent les femmes (niveaux communaux d'éducation de la femme et des conditions de vie du ménage). Cette influence du niveau de développement socioéconomique et humain de la commune est valable même si on contrôle pour les capacités individuelles ou familiales ainsi que les ressources au niveau contextuel. Ainsi, les communes ayant une proportion élevée de femmes éduquées ou un pourcentage élevé de ménages situés parmi les plus riches du pays sont celles où les femmes ont une plus grande propension à recourir aux soins de santé maternelle, quelles que soient leurs propres conditions de vie ou niveau d'instruction atteint. Et enfin, nous postulons que l'influence du niveau d'éducation de la femme et du niveau de vie de son ménage, considérés respectivement comme des facteurs individuel et familial de conversion, sur la propension à utiliser les services de santé maternelle varie d'un contexte de résidence à un autre, et cela même quand on contrôle pour l'offre sanitaire. Cet effet distinct des facteurs individuel et familial de conversion est sous-tendu par des spécificités locales en matière de normes ou valeurs sociales qui entourent la grossesse qui varient d'un contexte à un autre.

Les données auxquelles nous recourons dans ce chapitre, pour tester ces hypothèses, proviennent de l'Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS,

2009-2010) complétée par le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 2009) du Mali dont les descriptions sont présentées dans le chapitre trois. Ces données nous ont permis de mesurer, dans le chapitre quatre, les différents indicateurs se rapportant aux concepts de ressources du contexte et des facteurs de conversion.

Nous rappelons que nous nous focalisons, dans ce chapitre, sur les moyens d'extension ou de limitation des libertés réelles des femmes enceintes et parturientes à recourir aux soins de santé. Le but est de voir les rôles que jouent ces moyens dans les inégalités de recours aux soins de santé maternelle. Par conséquent, nous ne mesurons pas les libertés de réalisation, ni les préférences des femmes en matière de recours aux soins. Nous nous situons en amont c'est-à-dire des facteurs d'extension de cette liberté de réalisation qui est plutôt appréhendée au chapitre suivant. Cela dit, les caractéristiques individuelles sont examinées ici par le niveau d'éducation et le degré d'exposition aux médias. Le choix du niveau d'instruction de la femme et son exposition aux médias comme facteurs individuels de conversion tient au fait qu'ils fournissent aussi une indication sur le degré d'autonomie de la femme. À ce titre, ils peuvent constituer des moyens permettant d'étendre les possibilités réelles des femmes à recourir aux soins selon leurs préférences (c'est-à-dire si elles le désirent). De même, le niveau de vie du ménage est considéré, dans la perspective des capacités comme un facteur de conversion mais au niveau méso ou familial.

Pour ce qui est des aspects contextuels, deux groupes de variables sont utilisés. Les ressources du contexte sont mesurées par la région, le milieu de résidence et le ratio centres de santé pour 10 000 habitants dans chaque commune. Le second concerne les niveaux de développement humain et socioéconomique locaux qui renvoient aux degrés de concentration de la population féminine éduquée (ayant au moins le niveau secondaire) et vivant dans les 20% des ménages les plus riches du pays dans chaque commune. Tout comme le ratio de centre de santé, les niveaux de développement humain et socioéconomique sont calculés et agrégés par commune à partir des données du recensement de 2009 réalisé presque la même année que l'enquête MICS (2009-2010). Ces trois indicateurs sont ensuite ajoutés au fichier de données de MICS pour obtenir des indicateurs agrégés au niveau commune qui est l'unité géographique que nous utilisons dans les analyses multiniveaux plus bas. Nous avons indiqué, dans le chapitre quatre, comment ces différents indicateurs ont été construits et recodés de manière à avoir des variables de type ordinaire (faible, moyen et élevé). Dans nos analyses, les niveaux de développement humain et socioéconomique sont considérés comme des facteurs collectifs de conversion. Ainsi, les facteurs individuels de conversion influencent l'accès aux ressources du contexte qui est aussi modulé par les différences géographiques de développement socioéconomique et humain. Ces principaux indicateurs utilisés comme moyens d'extension ou de limitation des possibilités réelles de recours aux soins sont contrôlés pour l'âge de la femme, l'appartenance à un groupe ethnique, l'éducation du chef et son sexe.

6.2 Facteurs associés au recours aux soins de santé maternelle au niveau descriptif

L'âge de la femme n'influence pas significativement l'utilisation des services de santé maternelle en milieu urbain, ceci quel que soit l'indicateur de santé maternelle considéré. En revanche, en milieu rural, le recours aux soins prénatals et obstétricaux est globalement plus fréquent parmi les adolescentes (15-19 ans) que parmi les femmes moins jeunes. Cette association entre l'âge de la femme et l'utilisation des services de santé, en milieu rural, varie selon le type de soins et permet de distinguer deux groupes de femmes. Les adolescentes et les jeunes (moins de 35 ans) utilisent plus les services de santé pendant leur grossesse par rapport aux femmes adultes (35 ans ou plus), alors que pour l'accouchement, ce sont les adolescentes qui recourent plus à l'assistance d'un personnel de santé plus que celles âgées d'au moins 20 ans. On pourrait penser que les adolescentes et les jeunes ont plus accès à l'information sur les risques que les femmes adultes qui seraient plus traditionalistes.

Tableau 6.1 : Prévalence de consultation prénatale et de l'assistance à l'accouchement selon le groupe d'âge de la femme par milieu de résidence

Groupe d'âge	Consultation prénatale						Accouchement assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Ado. (15-19)	88,4	354	69,1	784	75,1	1138	83,0	353	48,9	784	59,5	1137
Jeunes (20-34)	89,4	2040	68,4	5037	74,5	7077	81,8	2037	42,2	5033	53,6	7070
Adultes (35-49)	89,2	463	65,1	1403	71,1	1866	81,6	462	40,3	1403	50,5	1865
Ensemble	89,3	2857	67,8	7224	73,9	10081	81,9	2852	42,5	7220	53,7	10072
Pr. Chi2(2)	NS		**		***		NS		***		***	

*p<0,1 ; **p<0,05 ; ***p<0,01

Le niveau d'instruction de la femme est significativement associé à l'utilisation des services de santé pendant la grossesse et l'accouchement. On observe une hausse des prévalences de consultation prénatale et d'accouchement assisté proportionnellement à une amélioration du niveau d'éducation de la femme, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. En d'autres termes, plus le niveau d'instruction atteint est élevé, plus les femmes recourent aux soins. Cependant, quelle que soit la composante de santé maternelle retenue, les écarts de recours aux soins selon le niveau d'instruction sont beaucoup plus marqués en milieu rural qu'ils ne le sont en milieu urbain. La minorité des femmes rurales ayant atteint le niveau secondaire ou plus se distingue particulièrement des autres et cette différence selon le niveau d'instruction est plus accentuée pour l'accouchement assisté que pour la consultation prénatale.

Tableau 6.2 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon le niveau d'instruction de la femme par milieu de résidence

Niveau d'instruction	Consultation prénatale						Accouchement assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Aucun	84,3	1757	66,0	6318	70,0	8075	74,8	1753	40,1	6315	47,6	8068
Primaire	96,4	550	78,1	736	85,9	1286	90,2	549	54,6	735	69,8	1284
Secondaire ou plus	97,8	550	91,8	170	96,4	720	96,4	550	81,8	170	92,9	720
Ensemble	89,3	2857	67,8	7224	73,9	10081	81,9	2852	42,5	7220	53,7	10072
Pr. Chi2(2)	***		***		***		***		***		***	

L'utilisation des services de santé maternelle est nettement plus élevée parmi les femmes vivant dans les ménages non pauvres (riches et moins pauvres). La prévalence de consultation prénatale et d'accouchement assisté augmentent suivant le gradient du niveau de vie des ménages où vivent les femmes, et cela quel que soit le milieu de résidence. Les femmes qui recourent fréquemment aux soins sont relativement plus nombreuses parmi les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie moyen et plus en encore chez celles dans les ménages riches par rapport à celles résidant dans les ménages pauvres. Les disparités de recours aux soins selon le niveau de vie sont cependant plus prononcées en milieu urbain qu'elles ne le sont en milieu rural. Comme le niveau d'éducation de la femme, ces disparités sont plus marquées pour l'accouchement assisté que pour la consultation prénatale.

Tableau 6.3 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon le niveau de vie du ménage par milieu de résidence

Niveau de vie	Consultation prénatale						Accouchement assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Pauvre	63,7	281	60,2	4045	60,4	4326	39,1	281	32,8	4043	33,2	4324
Moyen	87,2	1223	76,8	2984	79,9	4207	79,3	1223	53,5	2982	61,0	4205
Riche	96,4	1353	89,2	195	95,5	1548	93,2	1348	78,5	195	91,3	1543
Ensemble	89,3	2857	67,8	7224	73,9	10081	81,9	2852	42,5	7220	53,7	10072
Pr. Chi2(2)	***		***		***		***		***		***	

Le suivi prénatal et l'accouchement assisté sont plus fréquents parmi les femmes plus exposées aux médias (qui regardent la télévision ou qui écoutent la radio pratiquement chaque jour), quelle que soit la dimension de santé maternelle retenue, avec cependant quelques spécificités selon le milieu. En milieu urbain,

les femmes, qui n'ont pas du tout accès aux médias, ont moins recours aux soins par rapport à toutes les autres. Ce qui n'est pas le cas en milieu rural où le suivi de la grossesse et l'accouchement assisté suivent le gradient de la fréquence d'exposition des femmes aux médias. À cet égard, on distingue nettement trois groupes de femmes : les prévalences du suivi prénatal et d'accouchement assisté sont plus élevées parmi celles ayant quotidiennement accès aux médias (premier groupe) que parmi celles qui y sont moyennement exposées (au moins une fois ou moins d'une fois par semaine), et plus encore par rapport au dernier groupe qui n'a pas du tout accès aux médias. Les inégalités selon le degré d'exposition aux médias sont plus fortes pour l'assistance au moment de l'accouchement que pour la consultation prénatale.

Tableau 6.4 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon la fréquence d'exposition aux médias par milieu de résidence

Fréquence d'exposition aux médias	Consultation prénatale						Accouchement Assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Prat. chaque jour	95,8	888	81,2	681	89,5	1569	91,4	885	62,4	681	78,8	1566
Au - une fois par semaine	90,7	579	77,6	795	83,1	1374	86,2	578	53,8	794	67,4	1372
Moins d'une fois par sem.	92,8	377	74,6	830	80,3	1207	87,0	377	50,6	828	62,0	1205
Pas du tout	81,3	1008	63,3	4907	66,3	5915	69,2	1007	36,6	4906	42,2	5913
Ensemble	89,3	2852	67,8	7213	73,9	10065	81,9	2847	42,5	7209	53,7	10056
Pr. Chi2(3)	***		***		***		***		***		***	

Le niveau de recours aux soins prénatals et à l'accouchement assisté est plus faible chez les femmes appartenant au groupe ethnique Maures/Tamacheqs/Arabes, quel que soit le milieu de résidence. Elles sont suivies d'assez près par celles du groupe Sonrai/Djerma/Haoussa pour l'accouchement assisté. Bien que les femmes dogons soient parmi celles qui recourent le plus aux soins prénatals, dans les deux milieux, et à l'accouchement assisté en milieu urbain, elles se situent parmi celles qui accouchent moins avec l'assistance d'un personnel de santé en milieu rural. Le même constat est fait, mais dans une moindre mesure, pour les femmes du groupe ethnique Peulh/foulfoulbé. Les inégalités de recours aux soins selon l'ethnie sont moins marquées pour la consultation prénatale qu'elles ne le sont pour l'accouchement assisté.

Tableau 6.5 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon les groupes ethniques de la femme par milieu de résidence

Ethnie de la femme	Consultation prénatale						Accouchement assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Bambara	94,5	793	68,8	1980	76,1	2773	91,8	792	49,8	1975	61,8	2767
Malinke/Kassonké	88,7	257	67,4	574	74,0	831	87,9	257	47,0	574	59,7	831
Peulh/foulfoulbé	91,4	395	67,0	999	73,9	1394	83,0	395	39,4	999	51,8	1394
Sonrai/djerma/haoussa	84,4	295	69,9	808	73,8	1103	67,1	292	24,1	808	35,5	1100
Sarakole/soninke/marka	89,9	378	75,2	718	80,3	1096	83,1	378	56,0	718	65,3	1096
Sénoufo/minianka	81,2	234	70,5	861	72,8	1095	75,6	234	57,0	862	60,9	1096
Dogon	94,4	124	74,7	419	79,2	543	87,1	124	24,8	419	39,0	543
Maure/tamacheq/arabe	74,8	155	30,9	456	42,1	611	58,1	155	10,3	456	22,4	611
Autres	88,4	224	77,6	401	81,4	625	75,3	223	45,6	401	56,3	624
Ensemble	89,2	2855	67,8	7216	73,9	10071	81,9	2850	42,6	7212	53,7	10062
Pr. Chi2(8)	***		***		***		***		***		***	

Comme on pouvait s'y attendre, le district de Bamako se distingue par des prévalences de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement considérablement plus élevées que dans les autres régions du pays. C'est surtout pour l'assistance à l'accouchement que la différence des femmes de la capitale avec les autres est plus marquée.

Outre le gap avec le district de Bamako, les autres régions diffèrent aussi en matière d'utilisation des services de santé maternelle. De façon générale, la région de Kidal, suivie de Tombouctou sont celles où les femmes recourent le moins aux soins prénatals et obstétricaux. Les différences régionales de recours aux soins sont encore plus fortes pour l'accouchement assisté, pour lequel deux groupes de régions se distinguent par leur prévalence particulièrement faible. Le premier groupe représente les femmes de Kidal, parmi lesquelles, seulement une femme sur dix accouche avec l'assistance d'un personnel de santé. Le second groupe de régions est composé de Tombouctou, Mopti et Gao où, en moyenne, un tiers des femmes accouchent dans les centres de santé. C'est surtout les femmes rurales, vivant dans ces deux groupes de régions, qui présentent beaucoup de désavantages en termes de recours à l'accouchement assisté. Elles sont suivies d'assez près par les parturientes rurales résidant à Ségou et Kayes, deux régions du Centre-Sud et Sud-Ouest dont les femmes urbaines se situent parmi celles ayant des prévalences de recours à l'accouchement les plus élevées.

Tableau 6.6 : Prévalence de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement selon la région de résidence par milieu de résidence

Région	Consultation prénatale						Accouchement assisté					
	Urbain		Rural		Total		Urbain		Rural		Total	
	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.
Kayes	86,5	341	65,1	1171	69,9	1512	80,7	342	43,6	1171	51,9	1513
Koulikoro	90,7	214	72,9	1389	75,3	1603	86,0	214	60,7	1385	64,1	1599
Sikasso	82,1	385	69,3	1535	71,8	1920	74,5	385	60,4	1535	63,2	1920
Ségou	92,6	176	73,1	1032	75,9	1208	86,4	176	37,9	1033	45,0	1209
Mopti	85,8	254	72,3	755	75,7	1009	70,1	251	23,0	755	34,8	1006
Tombouctou	66,4	140	64,2	579	64,7	719	52,9	140	17,5	578	24,4	718
Gao	86,6	179	71,4	454	75,7	633	62,6	179	24,7	454	35,4	633
Kidal	73,6	53	21,7	309	29,3	362	54,7	53	4,9	309	12,2	362
Bamako	96,6	1115			96,6	1115	94,1	1112			94,1	1112
Ensemble	89,3	2857	67,8	7224	73,9	10081	81,9	2852	42,5	7220	53,7	10072
Pr. Chi2(8)	***		***		***		***		***		***	

6.3 Résultats de l'analyse de comparaison des moyennes communales de recours aux soins (anova à un facteur)

Les résultats du tableau ci-dessous mettent en évidence des inégalités significatives de recours aux soins selon le niveau communal des conditions de vie des ménages, quel que soit le milieu de résidence. Plus le nombre relatif de femmes, vivant dans des ménages situés parmi les 20 % les plus riches du pays, est élevé dans la commune, plus les proportions moyennes de recours aux soins y sont élevées. En d'autres termes, on observe un recours aux soins plus marqué dans les communes avec une plus grande concentration de ménages d'un niveau de vie très élevé. Ces disparités apparaissent beaucoup plus accentuées non seulement en milieu rural mais aussi pour l'accouchement assisté.

Tableau 6.7 : Proportions communales moyennes de recours au soins prénatals et obstétricaux selon le pourcentage communal des ménages situés parmi les 20 % les plus riches du pays

	% de ménages parmi les 20 % les plus riches du pays	Urbain				Rural				Ensemble			
		N	Moy.	Ecart-type	Sig.	N	Moy.	Ecart-type	Sig.	N	Moy.	Ecart-type	Sig.
Consultation prénatale	Aucun	186	64,5	26,93		5790	67,6	23,47		5976	67,5	23,59	
	Moyen	840	83,5	9,67	***	1348	64,6	26,66	***	2188	71,8	23,61	***
	Élevé	1863	92,8	6,05		130	90,8	8,81		1993	92,7	6,29	
	Total	2889	88,3	12,39		7268	67,4	24,15		10157	73,4	23,44	
Accouchement assisté	Aucun	186	43,0	31,01		5790	40,9	31,10		5976	41,0	31,09	
	Moyen	840	72,9	16,46	***	1348	44,1	33,74	***	2188	55,1	31,64	***
	Élevé	1863	88,2	9,89		130	82,3	23,46		1993	87,9	11,37	
	Total	2889	80,9	18,69		7268	42,3	31,97		10157	53,2	33,67	

*** Test F du rapport entre la variance inter-commune et la variance à intra-commune significatif au seuil de 1 %

D'importantes disparités existent également entre les communes selon leur niveau moyen d'éducation des femmes, cela quel que soit le milieu de résidence. Les proportions moyennes de recours aux soins de santé maternelle augmentent suivant le gradient du pourcentage de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire dans la commune. Ainsi, dans les communes où la proportion de femmes du niveau secondaire ou plus est plus élevée, les femmes recourent plus fréquemment aux soins. Comme observé pour le niveau de vie communal, les disparités entre les communes selon leur niveau moyen d'éducation sont moins marquées pour la consultation prénatale qu'elles ne le sont pour l'accouchement assisté.

Tableau 6.8 : Proportions moyennes communales de recours au soins prénatals et obstétricaux selon le pourcentage communal de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire

	% de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire dans la commune	Urbain				Rural				Ensemble			
		N	Moy.	Ecart-type	Sig.	N	Moy.	Ecart-type	Sig.	N	Moy.	Ecart-type	Sig.
Consultation prénatale	Faible	153	66,7	24,59		4842	63,0	25,24		4995	63,1	25,23	
	Moyen	521	78,7	14,83	***	2064	74,6	18,63	***	2585	75,4	18,00	***
	Élevé	2215	92,0	6,28		362	85,9	17,67		2577	91,2	9,06	
	Total	2889	88,3	12,39		7268	67,4	24,15		10157	73,4	23,44	
Accouchement assisté	Faible	153	46,4	31,36		4842	35,6	30,72		4995	36	30,79	
	Moyen	521	64,9	20,92	***	2064	51,7	29,33	***	2585	54,4	28,33	***
	Élevé	2215	87,0	10,28		362	77,1	26,23		2577	85,6	14,11	
	Total	2889	80,9	18,69		7268	42,3	31,97		10157	53,2	33,67	

*** Test F du rapport entre la variance inter-commune et la variance à intra-commune significatif au seuil de 1 %

En somme, les résultats des tableaux croisés et d'analyse de variance mettent en évidence d'énormes inégalités en matière de recours aux soins de santé maternelle au Mali, quelle que soit la caractéristique considérée, mais un peu moins pour l'âge de la femme. C'est seulement en milieu rural que l'accès aux soins décline régulièrement avec l'avancement en âge. Ces inégalités sont beaucoup plus marquées pour l'accouchement assisté qu'elles ne le sont pour la consultation prénatale. Pour ces deux indicateurs, les femmes rurales sont particulièrement désavantagées par rapport à celles du milieu urbain, mais l'effet des caractéristiques varie quelque peu selon le milieu de résidence. L'influence de la scolarisation diffère aussi selon le milieu. En milieu rural, c'est la minorité qui a atteint au moins le niveau secondaire qui se distingue nettement des autres, alors qu'en milieu urbain, l'effet est moins marqué et indique surtout le moindre accès de celles qui ne sont pas allées à l'école. On observe aussi une distinction entre les femmes urbaines n'ayant pas du tout accès aux médias et celles qui y sont quotidiennement exposées, tandis qu'en milieu rural, le recours aux soins prénatals et obstétricaux suit le gradient du degré d'exposition des femmes aux médias. Dans les deux milieux, le recours aux soins suit le gradient du niveau de vie du ménage, mais avec un désavantage marqué des plus pauvres, surtout pour l'accouchement en milieu urbain. Par ailleurs, l'utilisation des services de santé maternelle est fortement associée au niveau de développement socioéconomique des communes de résidence des femmes. Les communes avec une forte proportion de femme très éduquées ou vivant dans des ménages très riches sont celles où les femmes enceintes et parturiente recourent plus aux soins.

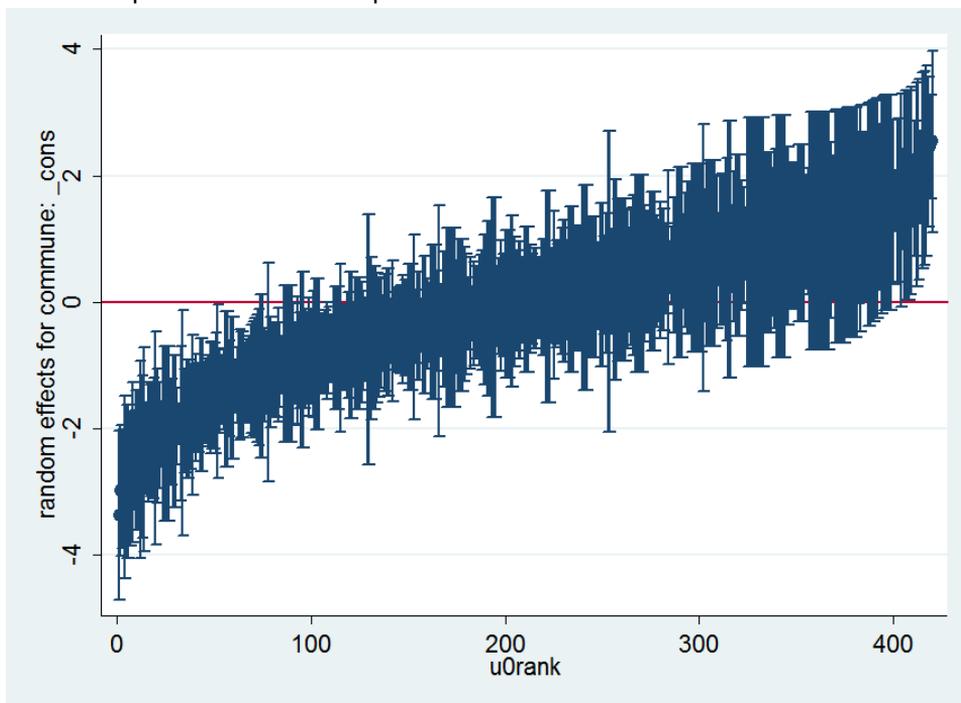
6.4 Déterminants contextuels et individuels ou familiaux du recours aux soins maternels au niveau explicatif

La régression logistique dans une approche multiniveau est la méthode la plus appropriée au regard de l'objectif de démêler ce qui, dans les disparités communales d'utilisation de services de santé maternelle, relève des profils sociodémographiques de la femme ou de son ménage (facteurs individuels ou familiaux de conversion) et des facteurs collectifs de conversion (niveaux communaux d'éducation et de conditions de vie des ménages) d'une part, et d'autre part, des ressources du contexte (différences d'offre de services et spécificités de la zone de résidence). À cet effet, quatre modèles ont été estimés pour chacune des deux composantes de soins maternels (consultation prénatale et accouchement assisté) qui constituent nos variables à expliquer. Le premier est le modèle nul, incluant seulement la variable dépendante et de l'ordonnée à l'origine (ne contenant donc pas de variables explicatives). Il permet de connaître la variance initiale des effets aléatoires des différences de recours aux soins entre les femmes de différentes communes et sert de référence pour le reste des modèles estimés. Le second modèle évalue les effets des variables de niveau individuel et du ménage sur les inégalités communales d'utilisation des soins. Le troisième comprend, en plus des caractéristiques individuelles et du ménage, les facteurs collectifs de conversion et les ressources du contexte. Enfin, le quatrième modèle traite des interactions entre les deux variables principales de niveau individuel et familial (éducation et conditions socioéconomique du ménage) et le milieu de résidence. Plus spécifiquement, il permet de voir si les effets de l'éducation de la femme et du niveau de vie de son ménage sont les mêmes en milieu rural et urbain.

6.4.1 Déterminants des inégalités de consultation prénatale

L'examen de la décomposition de la variance, dans le modèle nul, montre que 35 % de la variabilité de la propension de suivi pendant la grossesse est imputable au fait de vivre dans des communes différentes. Ce qui révèle des inégalités importantes entre les femmes selon leur commune de résidence. Cela s'observe, par ailleurs, par l'estimation des résidus pour les 420 communes de l'échantillon (figure ci-dessous). Pour de nombreuses communes, l'intervalle de confiance de 95 % des résidus ne se confond pas avec la ligne horizontale rouge correspondant à zéro. L'utilisation des services de santé pendant la grossesse est donc, dans certaines communes, nettement supérieure à la moyenne (au-dessus de la ligne zéro) ou, dans d'autres au contraire, largement inférieure (en dessous de la ligne zéro).

Figure 6.1 : Répartition des résidus de la régression dans le modèle nul par commune pour la consultation prénatale



L'introduction des caractéristiques individuelles et du ménage dans la régression (modèle 2) fait baisser la variance intercommunale de 1,803 à 1,189. De 35 % dans le modèle nul, la part de la variabilité du recours aux soins prénatals due aux différences de communes de résidence descend à 26 %, soit une baisse de 52 %. Ce qui indique que le niveau d'instruction, l'exposition aux médias, l'ethnie, le niveau de vie du ménage, l'éducation du chef de ménage sont importants dans l'explication de la variabilité de recours aux soins selon la commune. Un peu plus de la moitié de cette variabilité est due aux caractéristiques individuelles et familiales.

Les facteurs collectifs de conversion et des ressources du contexte jouent également un rôle dans les différences communales de recours aux consultations prénatals. L'ajout dans le modèle 3 du niveau moyen d'éducation des femmes et de celui de condition de vie des ménages, ainsi que l'offre de services de santé fait encore baisser d'un quart supplémentaire la variabilité intercommunale (baisse de la variance de 1,189 à 1,028). À l'instar des facteurs individuels et familiaux de conversion, les facteurs collectifs de conversion et les ressources du contexte jouent un rôle, mais moins important que les caractéristiques individuelles ou familiales, dans les inégalités de recours aux soins selon la commune de résidence.

Ce dernier modèle présente aussi les effets nets des caractéristiques individuelles et familiales, collectives et du contexte en contrôlant leurs poids respectifs. Les facteurs individuels et du ménage les plus importants à la base de ces différences communales de recours aux soins prénatals sont l'éducation de la femme et du chef de ménage, l'exposition aux médias, l'appartenance ethnique et le niveau de vie du ménage. En effet, les femmes du niveau primaire et surtout celles ayant atteint au moins le niveau secondaire présentent des propensions (rapports de chances respectifs de 1,60³³ et 2,74) plus élevées de consultation prénatale que celles d'aucun niveau. Comme l'instruction de la femme, l'éducation du chef de ménage apparaît aussi significative. Les femmes habitant dans les ménages dirigés par des chefs ayant atteint les niveaux primaire et secondaire ou plus sont environ deux fois plus susceptibles (OR=1,72) de recourir aux soins prénatals que celles vivant dans les ménages avec des chefs d'aucune instruction. Les femmes exposées quotidiennement aux médias sont beaucoup plus enclines à utiliser les services de santé par rapport à celles n'ayant pas du tout accès aux médias. Ces dernières ont une propension de recours aux soins prénatals de près de deux fois moins (OR=0,62) élevée que chez celles quotidiennement exposées aux médias. Les femmes du groupe ethnique Maure/tamacheq/arabe ont une propension deux fois moins (OR=0,61) élevée d'être suivies pendant leur grossesse par rapport à celles des autres groupes ethniques, excepté le groupe ethnique Sarakole/soninke/marka. Les femmes de ce dernier groupe présentent un avantage net (OR=1,30) par rapport à celles du groupe bambara, en termes de consultation prénatale. Excepté ces deux cas, les autres groupes ethniques ne se distinguent pas significativement des Bambaras. Les femmes vivant dans les ménages riches et, dans une moindre mesure, dans ceux de niveau de vie moyen sont plus susceptibles de recourir aux soins prénatals (rapport de chances respectifs de 3,32 et 1,82) par rapport à celles vivant dans les ménages pauvres.

Il apparaît, par ailleurs, que c'est dans les communes avec une proportion moyennement élevé de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire que le suivi prénatal est plus fréquent. En outre, on constate qu'un ratio communal élevé de services de santé accroît de près deux fois (OR=1,46) le recours aux soins. Ce résultat exprime des différences communales considérables de dotations en infrastructures sanitaires et en personnel de santé, ce qui contribue à de fortes inégalités de suivi prénatal. Néanmoins, les inégalités de dotations en infrastructures sanitaires ainsi que dans les facteurs individuels et collectifs de conversion n'effacent pas les différences selon le lieu de résidence, à savoir le désavantage rural (OR=1,57) et particulièrement de la région de Kidal. Les femmes de Kidal sont 11 fois (OR=0,09) moins susceptibles de recourir à la consultation prénatale par rapport à celles de toutes les autres régions, après contrôle pour toutes les autres variables.

Dans le quatrième modèle, nous examinons si les effets de l'éducation des femmes et du niveau de vie de leur ménage sur le recours aux soins prénatals varient selon leur milieu de résidence. Quelle que soit la zone de résidence, l'éducation de la femme est associée à une propension élevée d'utilisation des

³³ Les valeurs des OR s'obtiennent en prenant l'exponentielle des valeurs (logit) dans les tableaux de régression.

services de santé pendant la grossesse, comme il a été aussi observé dans les résultats descriptifs. Toutefois, l'effet de l'éducation de la femme sur l'utilisation des services de santé change selon le milieu de résidence. En effet, l'accès à l'école primaire a significativement plus d'effet sur la propension à recourir aux soins en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, les femmes urbaines du niveau primaire sont trois fois plus enclines (terme d'interaction=3,1) à recevoir des soins pendant leur grossesse que celles qui ne sont pas scolarisées (figure 5.2). En revanche, en milieu rural, les femmes ayant atteint le niveau primaire ne se distinguent pas significativement de celles sans instruction. On observe donc une distinction entre le fait d'avoir été à l'école ou non en milieu urbain alors qu'en milieu rural, c'est la minorité de femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus qui se distinguent des autres (aucune éducation et niveau primaire).

Tableau 6.9 : Régression logistique multiniveau des effets des facteurs individuels, du ménage et contextuels sur la propension à recourir à la consultation prénatale (Logit)

Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
PARTIE FIXE				
Groupe d'âge				
Jeune (20-34 ans)		Réf.	Réf.	Réf.
Adolescent (15-19 ans)	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01
Adultes (35-45 ans)	-0,11	-0,12	-0,12	-0,12
Instruction				
Aucun		Réf.	Réf.	Réf.
Primaire	0,49***	0,47***	0,47***	0,33***
Secondaire ou plus	1,08***	1,01***	1,01***	0,81***
Exp. aux médias				
Chaque jour		Réf.	Réf.	Réf.
Au moins une fois par semaine	-0,22*	-0,23*	-0,23*	-0,22*
Moins d'une fois par semaine	-0,17	-0,17	-0,17	-0,16
Pas du tout	-0,48***	-0,47***	-0,47***	-0,46***
Ethnie				
Bambara		Réf.	Réf.	Réf.

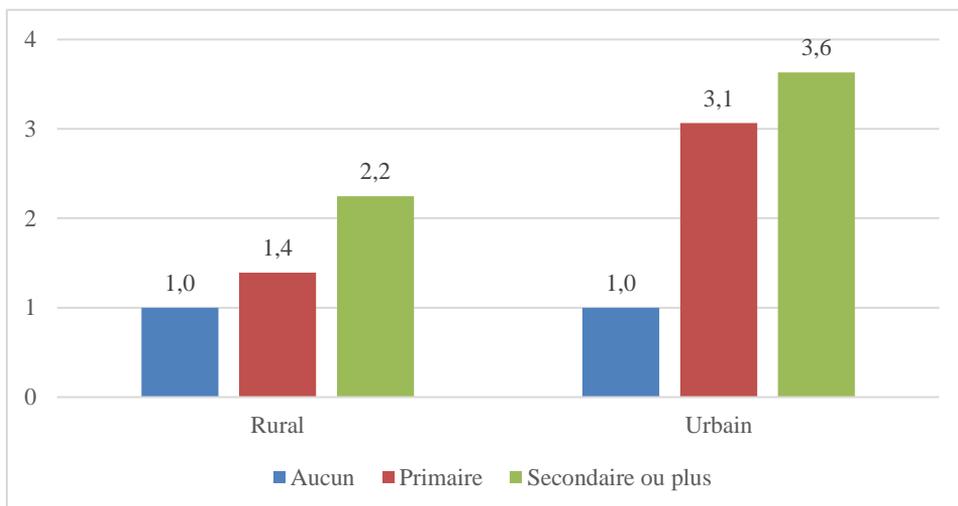
Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
Malinke/Kassonké		-0,17	-0,08	-0,08
Peulh/foulfoulbé		0,07	0,11	0,11
Sonrai/djerma/haoussa		-0,05	0,11	0,12
Sarakole/soninke/marka		0,20	0,26*	0,26**
Sénoufo/minianka		-0,03	0,01	0,03
Dogon		0,26	0,28	0,28
Maure/tamacheq/arabe		-0,86***	-0,49**	-0,50**
Autres		0,17	0,16	0,16
Niveau de vie				
Pauvre		Réf.	Réf.	Réf.
Moins pauvre		0,67***	0,60***	0,58***
Riche		1,45***	1,20***	1,26***
Instruction du CM				
Aucun		Réf.	Réf.	Réf.
Primaire		0,56***	0,54***	0,53***
Secondaire ou plus		0,60***	0,54***	0,51***
Sexe du CM				
Homme		Réf.	Réf.	Réf.
Femme		0,22	0,21	0,21
Instruction agrégé au niveau commune				
Aucun			Réf.	Réf.
Moyen			0,47***	0,49***
Élevé			0,37	0,37
Niveau de vie agrégé au niveau commune				
Faible			Réf.	Réf.
Moyen			0,20	0,20
Élevé			0,53	0,52
Région				

Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
Bamako			Réf.	Réf.
Kayes			-0,77	-0,74
Koulikoro			-0,33	-0,31
Sikasso			-0,45	-0,43
Ségou			-0,01	0,02
Mopti			-0,05	-0,03
Tombouctou			-0,48	-0,45
Gao			-0,61	-0,59
Kidal			-2,41***	-2,38***
Milieu				
Rural			Réf.	Réf.
Urbain			0,45**	0,26
Centre santé pour 10000 habitants				
Faible			Réf.	Réf.
Moyen			0,10	0,11
Élevé			0,38**	0,39**
<u>INTERACTION</u>				
Instruction*Milieu				
Aucun*rural				Réf.
Primaire*urbain				0,79***
Sec. ou plus*urbain				0,48
Niveau de vie*Milieu				
Pauvre*rural				Réf.
Moins riche*urbain				0,20
Riche*urbain				0,01
Constante	1,25***	1,13***	1,05*	1,03*
<u>PARTIE ALEATOIRE</u>				
Variance (SE)	1,803	1,189	1,028	1,03
VPC (%)	35,40	26,55	23,81	23,84

Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
PCV (%)		51,64	75,39	75,05
Observations	10007	10 007	10 007	10 007
Log Likelihood	-4885,6	-4 636,7	-4593,4	-4587,6
Akaike Inf. Crit.	9775,3	9317,4	9260,7	9257,2
Bayesian Inf. Crit.	9789,7	9476,0	9 527,5	9 552,9

Note : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01, VPC=Variance Partition Coefficient, PCV= Proportional Change in Variance

Figure 6.2 : Propension nette à recourir aux soins prénatals par niveau d'instruction selon le milieu de résidence (termes d'interaction des rapports de chances)

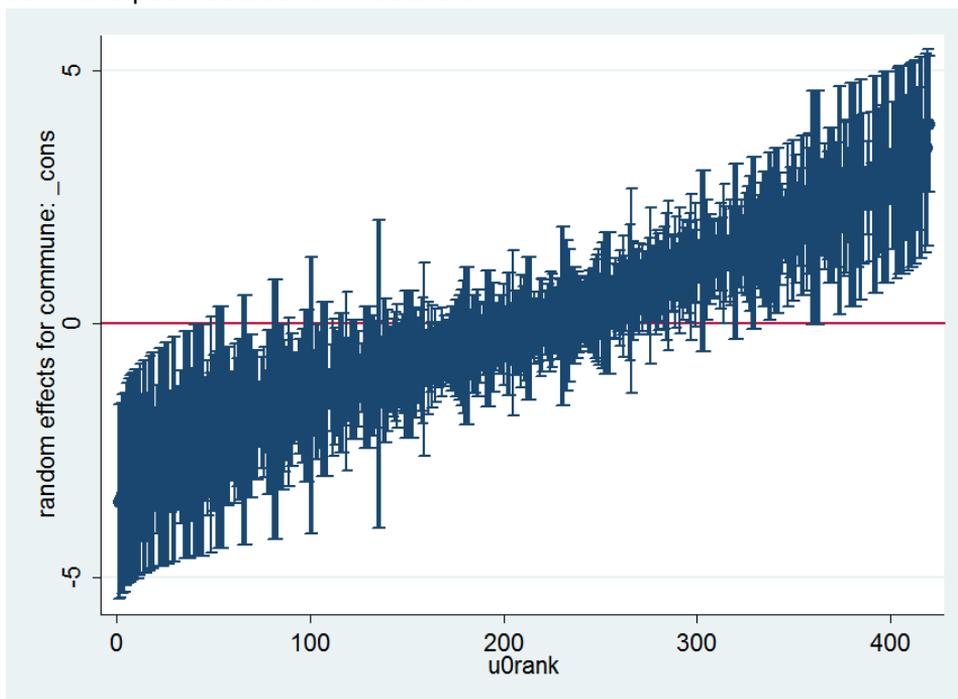


6.4.2 Déterminants des inégalités liées à l'accouchement assisté

Les résultats obtenus avec la consultation prénatale restent quasiment valables pour l'accouchement assisté. Toutefois, comme indiqué dans les résultats descriptifs, les inégalités entre les femmes vivant dans différentes communes, en matière de recours aux soins maternels, sont plus importantes en ce qui concerne

l'accouchement assisté. Cela est observé à travers la comparaison des résultats des modèles nuls relatifs à chacune des deux dimensions de recours aux soins et des figures 5.1 et 5.3. Un peu plus de la moitié (55 %) des inégalités du recours à l'accouchement assisté est attribuable aux différences entre les communes de résidence contre un peu plus d'un tiers (35 %) pour la consultation prénatale.

Figure 6.3 : Répartition des résidus de la régression dans le modèle nul par commune pour l'accouchement assisté



La prise en compte exclusive des caractéristiques individuelles et du ménage dans la régression (modèle 2) fait baisser la variance intercommunale de 4,079 à 3,004, soit une baisse de 36 %. L'introduction des facteurs collectifs de conversion et les ressources du contexte, en plus des caractéristiques individuelles et familiales, dans la régression (modèle 3) conduit à une baisse de 98 % (baisse de la variance de 4,079 à 2,056). Ainsi, l'effet des facteurs collectifs de conversion (notamment le statut économique des femmes de la commune) et des ressources du contexte est beaucoup plus important pour l'accouchement que pour la consultation prénatale. De même, les caractéristiques individuelles et familiales jouent certes un rôle dans les inégalités communales de recours à l'accouchement assisté, mais de moindre importance que pour la consultation prénatale.

Les inégalités intercommunales sont non seulement plus marquées pour l'assistance à l'accouchement que pour le suivi prénatal, mais les facteurs de

variabilités diffèrent aussi quelque peu. Après contrôle pour les autres variables (modèle complet), les femmes du groupe ethnique Maure/tamacheq/arabe, qui ont la propension de recours aux soins prénatals la plus faible, ne diffèrent pas significativement de celles appartenant aux autres groupes ethniques en termes d'accouchement assisté, excepté les Sarakole/soninke/marka. Ces dernières, tout comme pour la consultation prénatale, sont plus enclines ($OR=1,40$) à accoucher dans un centre de santé par rapport à celles de l'ethnie Bambara ainsi que toutes les autres.

Le sexe du chef de ménage devient significatif pour l'accouchement assisté contrairement à la consultation prénatale. Après contrôle pour toutes les variables, les femmes enceintes vivant dans les ménages dirigés par une femme ont une propension plus élevée d'accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé ($OR=1,51$) que celles habitant dans les ménages dont les chefs sont des hommes.

Une autre particularité par rapport à la consultation prénatale réside au fait que l'effet du niveau de vie du ménage sur le recours à l'accouchement assisté varie selon le milieu de résidence, contrairement à celui de l'éducation qui ne change pas, alors que c'était le contraire pour les soins prénatals (Modèle d'interaction). Le fait de vivre dans un ménage de niveau de vie moyen n'a pas le même effet sur le recours à l'accouchement assisté dans les deux milieux. En milieu urbain, les femmes riches et de niveau de vie moyen se distinguent des plus pauvres par un meilleur accès à l'accouchement assisté, alors qu'en milieu rural, les femmes de niveau de vie moyen ne sont pas significativement différentes des pauvres. La minorité de femmes rurales vivant dans les ménages riches ont une propension de près de quatre fois (terme d'interaction=3,8) plus élevée de recourir aux soins obstétricaux par rapport aux autres (pauvre et niveau de vie moyen) du même milieu (figure 5.4). Ce qui met en évidence le fait que des femmes ayant des caractéristiques similaires peuvent avoir des réalisations différentes en matière de recours aux soins en raison des différences d'accès aux ressources du contexte.

Tableau 6.10: Régression logistique multiniveau des effets des facteurs individuels, du ménage et contextuels sur la propension à accoucher avec l'assistance d'un personnel de santé (Logit)

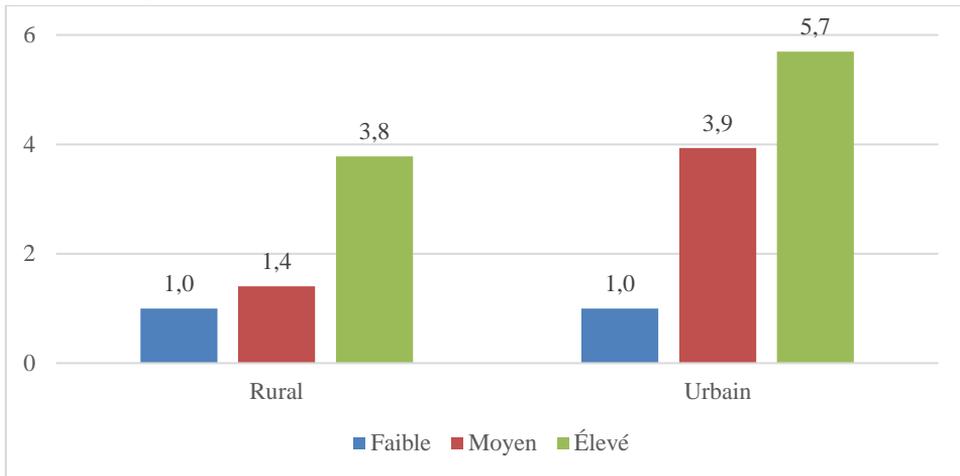
Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
PARTIE FIXE				
Groupe d'âge				
Jeune (20-34 ans)		Réf.	Réf.	Réf.
Adolescent (15-19 ans)		-0,08	-0,07	-0,06
Adultes (35-45 ans)		-0,10	-0,10	-0,10
Instruction				
Aucun		Réf.	Réf.	Réf.
Primaire		0,52***	0,49***	0,43***
Secondaire ou plus		1,33***	1,25***	1,26***
Exp. aux médias				
Chaque jour		Réf.	Réf.	Réf.
Au moins une fois par semaine		-0,26**	-0,26**	-0,25**
Moins d'une fois par semaine		-0,21*	-0,22*	-0,20*
Pas du tout		-0,52***	-0,50***	-0,47***
Ethnie				
Bambara		Réf.	Réf.	Réf.
Malinke/Kassonké		0,05	0,02	0,001
Peulh/foulfoulbé		0,11	0,16	0,15
Sonrai/djerma/haoussa		-0,44**	0,05	0,04
Sarakole/soninke/marka		0,23*	0,34***	0,34***
Sénoufo/minianka		0,19	0,17	0,20
Dogon		-0,41**	0,07	0,06
Maure/tamacheq/arabe		-0,73***	-0,17	-0,21
Autres		-0,08	0,06	0,06
Niveau de vie				
Pauvre		Réf.	Réf.	Réf.

Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
Moins pauvre		0,60***	0,48***	0,34***
Riche		1,43***	1,07***	1,33***
Instruction du CM				
Aucun		0,00	0,00	0,00
Primaire		0,30***	0,27***	0,25**
Secondaire ou plus		0,69***	0,59***	0,57***
Sexe du CM				
Homme				
Femme		0,43***	0,41***	0,40***
Instruction agrégé au niveau commune				
Aucun			Réf.	Réf.
Moyen			0,77***	0,76***
Élevé			0,87***	0,88***
Niveau de vie agrégé au niveau commune				
Faible			Réf.	Réf.
Moyen			0,43**	0,42**
Élevé			1,20***	1,09***
Région				
Bamako			Réf.	Réf.
Kayes			-0,14	-0,06
Koulikoro			0,95	1,02
Sikasso			0,97	1,03
Ségou			0,21	0,26
Mopti			-0,36	-0,31
Tombouctou			-0,89	-0,82
Gao			-1,10	-1,02
Kidal			-2,67***	-2,62***
Milieu				

Variables/Modalités	Vide	Caractéristiques individuelles et du ménage	Caractéristiques individuelles et du ménage + Facteurs collectifs de conversion et ressources du contexte	Modèle d'interaction
Rural			Réf.	Réf.
Urbain			0,96***	0,29
Centre santé pour 10000 habitants				
Faible			Réf.	Réf.
Moyen			0,52**	0,53**
Élevé			0,95***	0,97***
INTERACTION				
Instruction*Milieu				
Aucun*rural				Réf.
Primaire*urbain				0,19
Sec. ou plus*urbain				0,02
Niveau de vie*Milieu				
Pauvre*rural				Réf.
Moins riche*urbain				1,03***
Riche*urbain				0,41
Constante	-0,19*	-0,17	-1,42**	-1,45**
PARTIE ALEATOIRE				
Variance (SE)	4,079	3,004	2,056	2,073
VPC (%)	55,35	47,73	38,46	38,65
PCV (%)		35,79	98,39	96,77
Observations	9996	9996	9996	9996
Log Likelihood	-4989,5	-4706,6	-4568,9	-4552,6
Akaike Inf. Crit.	9982,9	9457,1	9211,8	9187,1
Bayesian Inf. Crit.	9997,4	9615,8	9478,6	9482,7

Note : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01, VPC=Variance Partition Coefficient, PCV= Proportional Change in Variance

Figure 6.4 : Propension nette à utiliser les soins au moment de l'accouchement par niveau de vie selon le milieu de résidence (termes d'interaction des rapports de chances)



6.5 Synthèse du chapitre six

Dans ce chapitre, nous avons examiné les inégalités de recours aux soins prénatals et obstétricaux par des analyses multiniveaux en distinguant les différences de ressources du contexte de celles dues aux moyens dont disposent les femmes pour convertir ces ressources en opportunités réelles de recourir aux soins selon leurs choix et préférences. Il ressort que les inégalités de recours aux soins maternels résultent des disparités de dotations de ressources du contexte (différences d'offres de services sanitaires et degré d'urbanisation), de facteurs collectifs de conversion (niveau de développement socioéconomique et humain local) et des facteurs individuels ou familiaux de conversion (éducation de la femme, exposition aux médias, niveau de vie du ménage et éducation du chef de ménage). Ainsi, les femmes de communes différentes n'ont pas les mêmes libertés réelles de recourir aux soins eu égard aux différences locales d'offres de services sanitaires, mais aussi de caractéristiques individuelles, du ménage et du contexte socioéconomique confirmant ainsi notre hypothèse 3. L'effet de ces différents déterminants d'utilisation de services de santé se cumulent et contribuent respectivement à la quasi-totalité (98 %) des inégalités de recours à l'accouchement assisté et aux trois quarts de celles en matière de suivi prénatal. Les ressources du contexte semblent jouer un rôle plus important pour l'accouchement assisté que pour le suivi prénatal. Cela explique, en partie, par le fait que les inégalités de recours aux soins sont plus importantes pour l'accouchement assisté que pour le suivi prénatal. Pour ce dernier, d'autres facteurs non considérés ici joueraient aussi un rôle (par exemples, qualité de soins, facteurs d'ordre culturels, etc.).

Au niveau individuel, les femmes d'un niveau d'éducation élevé, plus exposées aux médias et vivant dans les ménages d'un niveau de vie élevé sont plus

susceptibles de recourir aux soins. Outre ces caractéristiques individuelles et du ménage, les différences de niveau de développement socioéconomique et humain des communes, vu comme capacitation collective, apparaissent tout aussi déterminantes dans les inégalités de recours aux soins. Les femmes résidant dans des communes avec une forte concentration de mères éduquées ou de ménages avec de meilleures conditions de vie sont celles qui présentent un niveau de réalisation (recours aux soins) élevé, notamment en ce qui concerne l'accouchement assisté. La concentration des femmes les plus éduquées et des ménages plus aisés reflète le niveau de développement socioéconomique d'une commune, offrant ainsi aux femmes plus de libertés ou possibilités réelles leur permettant de recourir aux soins selon leurs choix et préférences. Ces résultats sur l'effet des ressources socio-économiques collectives corroborent notre hypothèse 3 ainsi que d'autres recherches sur le sujet (Babalola et Fatusi, 2009 ; Ononokpono, 2015 ; Stephenson et al., 2006 ; Magadi et al., 2007).

Certes les facteurs de conversion, tant individuels ou familiaux que collectifs sont importants pour accroître la capacité de santé des femmes, mais encore faudrait-il l'existence des ressources contextuelles (DeGraff et al., 1997 ; Franckel et al., 2008 ; Entwisle et al., 1989 ; Grady et al., 1993). Les inégalités de recours aux soins entre les femmes résidant dans différentes communes proviennent également des disparités communales d'offre de services de santé et aux différences de ressources selon le milieu de résidence et la région. Ainsi, les femmes enceintes et surtout parturientes vivant dans un contexte qui leur offre plus de ressources (communes plus urbaines ou plus équipées en infrastructures sanitaires) sont plus susceptibles de recourir aux soins. Celles qui résident dans des communes rurales sont particulièrement désavantagées en termes de recours aux soins, en ce sens que les localités urbaines concentrent l'essentiel des infrastructures sanitaires et du personnel.

La plupart des études portant sur l'utilisation des soins de santé maternelle, mettent en avant les disparités entre les milieux urbain et rural sans véritablement faire ressortir comment varie le rôle des capacités individuelles selon ces deux contextes. Comme annoncé dans notre hypothèse 4, les effets de l'éducation de la femme (pour la consultation prénatale) et du niveau de vie du ménage (concernant l'accouchement assisté) sur le recours aux soins varient selon la zone de résidence des mères. Ce n'est que la minorité de femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire qui se distinguent des autres en milieu rural. Ce qui n'est pas le cas en milieu urbain où c'est le fait d'avoir fréquenté l'école, quel qu'en soit le niveau atteint, qui permet un meilleur recours aux soins prénatals. Ces spécificités selon le milieu de résidence proviennent des différences culturelles marquées par une prégnance des valeurs et normes traditionnelles dans les zones rurales (Merlo et al., 2005) accentuée par un faible niveau de développement socioéconomique et humain. De façon similaire, le niveau de vie du ménage affecte différemment le recours à l'accouchement assisté selon le milieu de résidence. En milieu urbain, les femmes vivant dans les ménages riches et de niveau de vie moyen se distinguent des plus pauvres par une fréquence accrue d'accouchements médicalisés, tandis qu'en milieu rural, ce ne sont que les plus riches qui se distinguent des autres. Ce résultat traduit aussi une plus grande inaccessibilité des soins en milieu rural par rapport au milieu urbain. Les

soins à l'accouchement en milieu rural ne sont accessibles qu'à une minorité de femmes vivant dans des ménages riches.

Enfin, partant du fait que l'efficacité des politiques publiques est évaluée par leur capacité à ouvrir les mêmes capabilités de santé pour tous (Ruger, 2009 ; (Bonvin et Rosenstein, 2011), on constate donc que les résultats des politiques et programmes en matière de santé maternelle au Mali restent mitigés. À ce jour, ils sont encore loin d'offrir les mêmes possibilités réelles c'est-à-dire la liberté pour chaque mère de recourir aux soins prénatals et obstétricaux, si elle le désire.

Chapitre 7. Réseau personnel, capital social et recours aux soins prénatals

Nous avons passé en revue, dans le chapitre un, les déterminants du recours aux soins de santé maternelle à travers différentes approches théoriques ainsi que des études empiriques sur le sujet. À notre connaissance, aucune d'entre elles n'a exploré le rôle des réseaux familiaux dans une approche relationnelle. Cet aspect est ignoré dans les recherches démographiques africaines de façon générale et particulièrement dans le domaine du recours aux soins. Pourtant, le rôle du capital social, généré par les réseaux d'interdépendants, sur le bien-être et le maintien de la bonne santé des individus est aujourd'hui indéniablement reconnu dans la littérature sociologique et épidémiologique (Granovetter, 1973 ; Burt, 2004 et 2001 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Peretti-Watel, 2006 ; Kawachi et al., 1996). Nous entendons contribuer à combler cette insuffisance dans le présent chapitre en examinant si les réseaux d'entourage des femmes influencent le recours aux soins maternels à travers le type de capital social qu'ils génèrent.

La première partie de ce chapitre fait un bilan des mutations de la famille africaine et de la pertinence de dépasser l'analyse de sa structure, telle que décrite par la composition du ménage, pour considérer la richesse des configurations de réseau personnels. Ensuite, nous passerons en revue les différents types de capital social pouvant être générés par les réseaux évoqués avant de rappeler l'hypothèse à tester dans le cadre de ce chapitre. La seconde partie est consacrée aux résultats issus des analyses (descriptives et explicatives) à partir des données d'une enquête que nous avons réalisée à Bamako et sa périphérie.

7.1 Le rôle de la famille

7.1.1 Mutations de la famille africaine : la grande famille se maintient mais évolue

Parlant des sociétés africaines traditionnelles, Locoh et Mouvagha (2005) soulignent la prédominance de la solidarité entre les membres d'un groupe familial élargi, l'importance du pouvoir et du respect des aînés et la valorisation des descendance nombreuses. Cette prééminence du groupe ou de la famille sur l'individu et le couple a longtemps caractérisé ces sociétés et consacre leur hiérarchisation selon des critères d'âge, de sexe et de position des individus au sein de la parenté. La mise en couple dans ces contextes ne signifiait pas systématiquement une acquisition totale de l'indépendance vis-à-vis de la famille ou de la parenté. "La cohésion de grands groupes familiaux autour de valeurs partagées a constitué une stratégie de survie dans des sociétés où l'équilibre entre population et ressources était difficile à atteindre et souvent remis en cause" (Locoh et Mouvagha, 2005, page 1). Ce qui faisait prévaloir l'entraide et la solidarité au sein des réseaux familiaux dans un cadre d'obligations mutuelles et d'échange de ressources entre parents comme l'avaient mentionné Pilon et Vimard (1998).

Toutefois, des changements s'observent de plus en plus dans ces sociétés, notamment dans les modes de vie familiaux (recul de l'âge au premier mariage, diminution des mariages arrangés, montée de la sexualité prémaritale ainsi que des naissances préconjugales, début d'une baisse de la fécondité dans certains pays, etc.) (Vimard, 1993 ; Hertrich, et Lesclingand, 2001 ; Bozon et Hertrich, 2004 ; Hertrich, 2006 ; Sauvain-Dugerdil et al., 2008). Les facteurs à l'origine de ces mutations ont été amplement étudiés. Elles interviennent très souvent sous l'effet de l'urbanisation rapide, des migrations internationales et celles vers les villes qui créent des contacts entre des cultures différentes, de l'avènement des médias dans le quotidien des populations, de l'apparition de modèles venus de sociétés très différentes à travers la scolarisation et les religions étrangères, des crises économiques récurrentes, etc. (Pilon et Vignikin, 1996 ; Locoh et Mouvagha, 2005). Ces changements, qu'on pourrait qualifier de normatifs, s'accompagnent aussi d'un changement structurel en cours : d'une économie d'agriculture de subsistance vers une économie d'extraction, de services et industrielle.

Ces mutations sociales ont souvent laissé croire à une convergence des sociétés africaines vers les sociétés occidentales, avec comme corollaire une baisse progressive de la fécondité et une nucléarisation des ménages. Ces dernières évolutions auraient permis d'aboutir à l'émergence d'une famille caractérisée par une unité sociale autonome et indépendante, une plus grande cohésion au sein du couple se concrétisant par une plus grande primauté accordée aux couples et aux enfants. De toute évidence, la montée de priorités individuelles (Marie éd., 1997 ; Calvès et Marcoux, 2007) mais aussi des coûts, induites par les facteurs évoqués plus haut, déstabilise peu ou prou la primauté du groupe ou des grandes familles ainsi que leur capacité à mieux utiliser les ressources au bénéfice des membres qui les composent.

Mais il est clair que les mutations à l'œuvre ne s'opèrent pas conformément à la théorie de la transition familiale (passage de la famille étendue traditionnelle à la famille nucléaire moderne suite aux changements structurels tels que l'industrialisation et l'urbanisation) proposée par Parsons (1937, 1955). Les différents changements opérés dans les sociétés africaines ont conduit indéniablement à une modification des structures familiales et à un début du processus d'autonomisation des groupes domestiques, mais de façon variable selon les pays. Ainsi, les structures familiales africaines subissent elles aussi des transformations sous l'effet de nouvelles formes de solidarités familiales à l'œuvre. Cette modification des structures familiales, qui s'apparente à un nouvel individualisme "à l'africaine" (Marie éd. 1997, Calvès et Marcoux, 2007), ne signifie pas l'isolement des individus et la disparition des solidarités familiales. On assiste donc à une modification et non à une rupture totale avec les modèles traditionnels. Autrement dit, les solidarités familiales se maintiennent mais prennent de nouvelles formes dans un contexte d'individuation³⁴ progressive. On

³⁴ La notion d'individuation fait référence aux mutations dans les rapports entre individus et entre l'individu et son environnement social en cours dans les pays africains : le rôle de l'individu au sein de sa famille et son rapport à la société sont de plus en plus négociés et confrontés avec des objectifs et des préoccupations personnels. Même si les influences sociales (au niveau familial et de la société) ne sont pas niées ou rejetées, elles font

voit apparaître une évolution vers une adaptation au lieu d'une rupture avec les modèles traditionnels existants, ce qui traduit une certaine diversification des formes d'organisation familiale. « Là où l'on s'attendait à une émergence de la conjugalité, on observe une autonomie croissante des époux ; là où l'on prédisait une érosion de la polygamie, on constate qu'elle innove des formes spécifiques à la civilisation urbaine ; là où l'on escomptait un éclatement des valeurs traditionnelles de solidarité, on les voit prendre une importance primordiale dans la situation de crise actuelle » (Locoh, 1993 cité par Pilon et Vignikin, 1996 : page 1). Dans de nombreux pays tant en milieu rural qu'en ville, on assiste, contre toute attente, à une augmentation de la taille moyenne des ménages. Vimard et N'Cho (1997) ont décrit l'évolution des structures familiales ivoiriennes sous l'effet des crises économiques depuis les années 1980. Ils font remarquer un renforcement de la solidarité familiale, combiné à un élargissement de la taille des familles avant 1988 suivi d'un recentrage à la fois sur la famille élargie et sur la famille nucléaire avec une accentuation de l'instabilité de la cellule conjugale jusque'en 1993.

Par ailleurs, la crise économique engendre diverses réactions en termes de configurations familiales selon l'appartenance aux groupes socioéconomiques. Autrement dit, les capacités de résistance et d'adaptation aux contraintes liées à la crise apparaissent différentes suivant le statut socioéconomique des ménages. Les inégalités socioéconomiques conduisent à une diversité de modèles familiaux. C'est particulièrement le cas en Afrique subsaharienne, mais variable selon les pays, à en croire Pilon et Vimard (1998). Ces auteurs observaient que la solidarité familiale et la prédominance des ménages élargis augmentent avec le niveau de vie. Dans les contextes ivoiriens, Sénégalais et camerounais, la nucléarisation et la monoparentalité caractériseraient plutôt les couches les plus démunies. Cette nucléarisation développée au sein des groupes les plus défavorisés socioéconomiquement traduit la précarité du revenu et de l'habitat et ne répond nullement à un modèle familial délibérément choisi. Elle semble plutôt une préférence adaptative imposée par la précarité car les groupes désavantagés ne disposent pas suffisamment de ressources et de logements pour pouvoir maintenir les liens familiaux étendus. À l'inverse, dans les couches socio-économiques les plus aisées, la solidarité familiale et l'accueil d'autres membres se manifestent dans un cadre de droits et d'obligations de ces dernières envers le lignage. Ce système de droit et d'obligations renforce cette solidarité qui s'impose à ceux que Pilon et Vimard (1998) qualifient de "générations critiques"³⁵ qui doivent assistance aux autres dans une situation d'inactivité ou de chômage. C'est donc parmi ces générations, supposées être "les plus insérées dans les

toutefois l'objet d'un arbitrage notamment dans un contexte marqué, entre autres, par un amoindrissement en cours dans les rapports de dépendance entre les jeunes et les anciennes générations, du contrôle traditionnel sur le mariage et de la mise à l'épreuve de la structure des rapports de pouvoir entre hommes et femmes. Mais cette forme d'"individualisation à l'africaine" selon Calvès et Marcoux (2007) ne pourrait être assimilée à une "individualisation à l'occidentale". L'individuation renvoie donc à une certaine introspection et une "capacité critique" à déconstruire les idéaux socialement construits et intériorisés lors du processus de socialisation sans remettre en cause le sentiment d'affiliation (à un groupe ou à une société) (Nouhou, 2016).

³⁵ Composées d'adultes de sexe masculin, âgées de 40 à 60 ans, membres des classes moyennes productives en milieu urbain

structures socio-économiques modernes", que les pratiques de solidarités familiales sont plus fréquentes au sein des familles élargies. Selon Randall et Coast (2015), l'ouverture des ménages à d'autres membres est une stratégie de résilience à court terme et une dimension essentielle de réduction de la pauvreté à long terme à travers la consolidation des réseaux d'obligations. Les ménages qui réussissent attirent généralement, en raison de leur succès économique relatif, les membres à charge d'autres ménages. C'est notamment le cas dans les centres urbains où les ménages expriment leur solidarité avec le reste de la parenté notamment par l'accueil des enfants ou l'hébergement des adultes ayant un accès limité au logement ou des migrants adultes venus des campagnes. Ce qui confère à ces ménages un statut de ménage plus diversifié avec une parentèle étendue.

Au Mali, le rapport thématique, produit à partir du recensement de 2009 par l'Institut de la Statistique du Mali (INSTAT, 2012), décrit les principales caractéristiques des ménages maliens. En moyenne, la taille des ménages – 6,2 en 2009 - s'est accrue au cours des trente dernières années (5,1 en 1976), mais un peu moins durant la dernière décennie (6,1 en 1998). Les ménages sont en majorité de type nucléaire (51%), suivis par ceux de type famille élargie avec lien de parenté (32%). La taille moyenne est légèrement supérieure en milieu urbain (6,3 contre 6,1 personnes en milieu rural) ; les ménages de grande taille, c'est-à-dire de neuf membres ou plus, y sont un peu plus fréquents (17,7% contre 16,1% en milieu rural). Cela renvoie à un contexte urbain où cohabitent des personnes apparentées, souvent migrantes, et où des ménages emploient du personnel domestique sans lien de parenté avec le chef du ménage. Dans un travail récent en collaboration avec l'Institut de la Statistique du Mali (INSTAT), nous avons analysé la diversité des configurations des ménages et examiné leurs liens avec la qualité de vie et l'autonomie de la femme, à partir des données du recensement de 2009 (INSTAT, 2016). Cette étude, ayant fait l'objet de deux publications (Nouhou et al, 2016 ; Sauvain-Dugerdil et al, 2016), confirme les résultats obtenus ailleurs et a permis de mettre en exergue la spécificité du cas malien en termes d'avantages et désavantages des grands ménages en lien avec la qualité de vie. Il en est ressorti que les très grands ménages élargis à d'autres personnes non apparentées au chef apparaissent nettement avantageux en milieu urbain en matière de qualité de vie (confort du logement, scolarisation des enfants) et d'autonomisation des femmes.

7.1.2 Nouvelles familles : de la structure à la configuration familiale

Les quelques résultats des analyses du recensement malien (RGPH-2009), mentionnés ci-dessus, témoignent d'une grande diversité de la situation des ménages maliens, tant du point de vue de leur taille que de leur composition. Ceci confirme bien les constats de la littérature sur l'évolution des ménages africains avec l'apparition de nouvelles formes de solidarités. Ces constats mettent en exergue la complexité que revêt l'étude des configurations familiales en Afrique et ailleurs ainsi que les limites méthodologiques d'appréhension de la notion de famille dans les études démographiques.

Les démographes ont investi le champ de l'étude de la famille à travers l'analyse de l'influence des structures familiales dans l'explication des phénomènes

démographiques. Mais d'où est venu cet intérêt de la démographie pour l'étude de la famille alors que c'est la sociologie qui était en première ligne en la matière ? En effet, au début des années soixante, la famille nucléaire était le modèle familial dominant dans les sociétés occidentales. Cette primauté de la famille nucléaire, comme forme achevée de l'évolution de l'unité familiale, dominait la pensée sociologique à cette époque. Les statisticiens et démographes, à la recherche d'une unité statistique d'observation opérationnelle, se sont appropriés cette réalité occidentale afin de mieux saisir les individus lors des recensements et enquêtes. Ces opérations de collecte démographique n'avaient pas pour objectif premier d'étudier la famille mais visait à remédier aux problèmes d'omissions et de doubles comptes des individus. (Le Bourdais et al., 1991 ; Pilon, 1996 ; Lapierre-Adamcyk, 2009).

Avec le développement de la recherche sur les familles, dans la dernière moitié du XIX^{ème} siècle notamment chez certains sociologues américains dont Parsons, les démographes ont aussi commencé à s'y intéresser progressivement. Cet intérêt naît d'un large consensus autour du fait que la famille est un facteur important pour la compréhension des phénomènes démographiques et de la dynamique des populations humaines. Ainsi, le besoin de prendre en compte l'influence familiale sur les comportements démographiques des individus conjugué à la volonté de passer d'une démarche essentiellement descriptive à celle plus explicative conduisent à l'émergence d'une "démographie de la famille" dans les années 1970 (Pilon, 1995, 1996 ; Sauvain-Dugerdil et al, 1997). Sans vouloir se substituer aux autres disciplines (sociologie, ethnographie et l'anthropologie), plusieurs recherches démographiques intègrent la structure familiale comme élément de compréhension des phénomènes démographiques, jusqu'alors étudiés au niveau individuel. C'est surtout à partir des années 1980 que ces recherches prirent de l'ampleur notamment avec Bongaarts et ses collaborateurs (1987) qui ont développé des méthodes pour étudier les structures familiales.

Cependant, la plupart des études démographiques de la famille traitent essentiellement des familles conjugales et des ménages. Elles essaient aussi, mais avec beaucoup de difficultés, de prendre en compte la complexification des structures familiales liées à certaines mutations sociales (la montée de l'instabilité conjugale, la monoparentalité, la recomposition familiale, les unions libres, etc.) notamment dans la plupart des pays occidentaux. Selon McDonald (1992 : page 18), « The western conjugal family household is not, and never has been, isolated. Inheritances pass to related households, grandparents provide child-care assistance, parents provide financial assistance to new couples, families care for their aged, relatives often form business partnerships, adult children may return to their parents' home when their marriages break down, related families provide domestic and household assistance particularly in times of crisis, and family members are often turned to for emotional support ». Face à cette diversification notable des structures familiales, l'approche démographique de la famille mettant exclusivement l'accent sur la parenté et la coresidence, déjà limitée, devient beaucoup plus inadaptée (Widmer, 1999, 2006 ; 2016 ; De Saint et al, 2004 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2012 ; Widmer et al, 2013 ; Lapierre-Adamcyk, 2009 ; Brown et Manning, 2009 ; Sauvain-Dugerdil et al, 1997 ; McDonald, 1992 ; De Oliveira, 1992 ; Le Bourdais et al., 1991 ; Lefranc, 1997,

etc.). « Les recensements et les enquêtes ne retiennent que la notion de ménage et cet outil statistique très performant a fait quelque peu oublier que chaque ménage a une origine, une histoire et qu'il appartient à un groupe plus large » (Bonvalet et Maison, 2001 : page 55). Cette illusion méthodologique fabriquée par une technique de collecte, pour reprendre Lacombe et Lamy (1989 cité par Pilon, 1991), constitue une limite importante de l'étude démographique des structures familiales.

La définition standardisée de la notion du ménage et son opérationnalisation dans les enquêtes et recensements en Afrique ont également fait l'objet de nombreuses critiques (Randall et Coast, 2015 ; Kriel et al., 2014 ; Rabe, 2008 ; Hosegood et Timaeus 2005). À titre de rappel, le ménage au Mali est défini comme un individu ou groupe d'individus apparentés ou non, vivant sous le même toit et sous la responsabilité d'un chef de ménage dont l'autorité est reconnue par tous les membres (RGPH-Mali, 2009). Cette définition met en avant les critères de parenté, de la coresidence et de reconnaissance d'un chef, critères qui ont un référent idéologique fondé sur le modèle familial occidental. Partant de ce constat, la composition des ménages apparaît inadaptée pour comprendre les réalités quotidiennes familiales dans les sociétés africaines traditionnelles marquées par une prégnance de la grande famille élargie. La possibilité de cohabitation des membres d'un ménage sans être apparentés (plus marquée en milieu urbain) et l'éventualité d'être apparentés et vivre séparés (logements différents) sont entre autres critiques formulés à l'encontre des recherches démographiques portant sur les ménages. Celles-ci prennent en compte qu'un seul des aspects de la réalité familiale : la partie de la famille identifiée dans le ménage (Lapierre-Adamcyk, 2009 ; Lefranc, 1997 ; Bonvalet et Lelièvre, 1995). Même si le partage du quotidien au sein d'une unité de résidence fait de cette dernière la cellule élémentaire de la société, « il convient toutefois de reconnaître qu'il s'agit d'une image partielle, réductrice de la complexité du fonctionnement de la famille que seules des analyses fines et approfondies peuvent réellement cerner ... » (Sauvain-Dugerdil et al, 1997 : page 171).

De surcroît, les transformations des structures familiales dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara renforcent l'incapacité de la composition des ménages à dépeindre les réalités familiales. Comme l'ont indiqué Randall et Coast (2015), les contextes urbains africains sont marqués par une constante mobilité liée en partie à la scolarisation. Cette circulation des enfants et les ressources qui l'accompagnent permettent de développer et consolider des relations au sein des réseaux. Dans ce cas, les ressources dont disposent les individus peuvent provenir de plus d'un ménage. Ces mouvements variés de ressources font partie intégrante des stratégies de résilience des ménages face à la pauvreté. La priorité donnée à l'appartenance des individus à un ménage, et un seul, pour garantir l'évitement des doubles comptes statistiques, conduit à des conclusions très souvent déformées des réalités vécues par la plupart des familles africaines. Les personnes en dehors du ménage sont aussi des sources importantes de soutien financier pour les autres membres (Rabe, 2008). La prise en compte uniquement des membres résidents limite la possibilité d'appréhender les relations réelles d'interdépendances économiques (Kriel et al. 2014).

Au regard de ce qui précède, la démarche méthodologique classique, à travers l'utilisation des questionnaires standards pour appréhender l'entourage familial, semble aujourd'hui peu pertinente en raison de la pluralité des liens avec les proches. Les contextes familiaux contemporains, et même certainement avant, se caractérisent par un réseau complexe de relations qui dépasse les limites des ménages (De Carlo et Widmer, 2011 ; Widmer et al, 2013 ; Widmer, 2016, 2006 et 1999). « De même qu'il existe des formes d'organisation des ménages, il existerait des formes familiales où les liens et les interactions diffèrent. Certains seraient plus centrées sur le couple et les enfants, d'autres plus ouvertes sur l'extérieur et le reste de la parenté » (Bonvalet et Maison, 2001 : page 56). Par conséquent, les familles ne sauraient être appréhendées par les seuls critères structurels mais plutôt à partir de relations actualisées. Autrement dit, la famille contemporaine devient difficile à appréhender par un petit groupe de personnes, régi par des rôles et des statuts institutionnellement prédéfinis et principalement axé sur des liens de sang ou d'alliance. Elle apparaît plutôt comme un réseau de personnes dépendantes à travers de multiples relations et échanges qui lient les unes aux autres c'est-à-dire de grandes configurations de liens individualisés. (Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2013 ; Widmer et al, 2012 ; De Carlo et al., 2014 ; De Carlo et Widmer, 2011 ; Widmer, 2016, 2006 et 1999 ; Widmer et al., 2008) encore très peu étudiées en démographie. Cette approche configurationnelle tend, de plus en plus, à s'imposer comme une alternative prenant en compte la diversité des formes familiales notamment dans le domaine de la sociologie.

C'est dans cette optique qu'une méthode d'analyse ("Family Network Method, FNM") a été proposée vers le milieu des années 1990 par Eric Widmer et ses collègues (Widmer, 1999 ; Widmer et Lafarga, 2000 ; Widmer, 2016), basée sur l'analyse des relations familiales dans une perspective configurationnelle. Celle-ci considère la famille comme un réseau de membres significatifs interconnectés les uns aux autres à travers des échanges de ressources aussi variées que le soutien matériel et émotionnel. Utilisée dans plusieurs travaux (Widmer et al, 2013 ; Widmer et al, 2012 ; De Carlo et al., 2014 ; De Carlo et Widmer, 2011 ; Widmer, 2016, 2006 et 1999 ; Widmer et al., 2008 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Dieng 2014), cette approche permet de faciliter l'étude de modèles complexes de relations et offre la possibilité d'étudier les relations familiales en tant qu'ensemble d'interdépendances matérielles, émotionnelles et cognitives. Les interdépendances émotionnelles et matérielles, entre les enfants et leurs parents non-résidents, demeurent fortes même en cas de coresidence. Les adultes gardent de fortes interdépendances avec leurs parents, lesquelles interdépendances s'exercent tant sur le plan émotionnel, cognitif que financier. Bien que ne vivant pas dans les mêmes ménages et n'appartenant pas à la même famille nucléaire, les parents et les frères et sœurs continuent de rester en contact à travers des liens d'une grande signification émotionnelle (Widmer, 2016).

7.2 Rappel des objectifs et hypothèses du chapitre et précision méthodologique supplémentaire

Dans ce chapitre, nous travaillons uniquement sur le Mali dans le contexte de Bamako (la capitale). Nous y abordons la question de recours aux soins sous un angle relationnel qui ancre l'individu dans son entourage et module son capital social et humain. Ce chapitre s'inscrit dans une démarche exploratoire en raison d'une absence d'études sur les réseaux familiaux et d'entourage dans la littérature relative sur la santé maternelle. Plus globalement, l'objectif consiste à examiner le rôle des réseaux personnels dans les inégalités de recours aux soins prénatals dans un contexte où les femmes enceintes jouissent plus ou moins des mêmes conditions d'accès aux services de santé et où les préférences de recours aux soins seraient approximativement similaires pour elles. En d'autres termes, il s'agit d'identifier les rôles respectifs des réseaux et du capital social généré par ces derniers sur la propension de recours aux soins prénatals en contrôlant pour les autres facteurs de recours aux soins. Cela permettra de déterminer le type de réseau personnel le plus avantageux en matière de suivi prénatal ainsi que le capital social qui y est associé.

Comme indiqué dans le chapitre deux, nous faisons recours à l'approche par les capacités qui est centrée sur l'individu et sa capacité à utiliser les ressources du contexte pour arriver à ses propres fins. Pour rappel, cette approche considère que les individus vivant dans un contexte donné et jouissant de ressources individuelles et collectives vont les convertir avec plus ou moins de succès en réalisations ou accomplissements. La situation réalisée constitue l'aboutissement d'un processus de transformation des ressources personnelles ou fournies par le contexte qui varie selon les capacités des personnes à utiliser ces ressources à leur propres fins (facteurs de conversion) selon leur éventail de possibilités individuelles (capacités) (Sen, 2000 ; Robeyns, 2005 ; Bonvin et Favarque, 2008, Dieng, 2014). Nous considérons dans cette perspective trois principaux concepts au cœur de notre analyse dans ce chapitre : le réseau personnel, le capital social et le recours aux soins. Le réseau d'interdépendance personnel est constitué par les personnes définies importantes par les répondantes. Ce réseau étant constitué sur la base d'un critère individualisé (c'est la femme qui décide de la personne qui est importante pour elle et qui fait partie de son réseau), nous le considérons comme une ressource personnelle supplémentaire dont dispose la femme. Ce dernier représente une des caractéristiques individuelles dont la mobilisation étend les possibilités réelles de réalisation effective du suivi prénatal. Cette ressource relationnelle (réseau personnel), dont disposent les femmes et dont l'entretien fait appel à un effort personnel ou à une certaine autonomie, module leur capital social. Ce capital social représente un moyen d'extension de l'éventail d'opportunités variables selon les types de réseaux. De ce point de vue, il est considéré comme un facteur individuel de conversion dont le niveau influence l'espace de liberté de la femme vers le fonctionnement (suivi prénatal) qu'elle valorise si l'on considère que les préférences en matière de soins maternels sont égales pour toutes les femmes dans le contexte de Bamako.

Le postulat, dans le cadre de ce chapitre, considère que les femmes insérées dans des réseaux qui génèrent un capital social de type chaîne ou bonding seraient plus enclines à recourir aux soins prénatals. Le capital social de type

bonding, mesuré par des relations de soutien matériel plus denses, serait un facteur individuel de conversion c'est-à-dire un moyen d'accroissement de la capacité des femmes enceintes à utiliser les ressources du contexte disponibles en faveur d'un suivi régulier de la grossesse (cf. hypothèse 5 au chapitre deux).

7.3 Résultats des analyses sur le recours aux soins maternels

Dans le chapitre quatre, nous avons décrit en détail les différentes mesures de la typologie des réseaux personnels et de capital social considérés respectivement comme ressources personnelles supplémentaires et un facteur de conversion pouvant être mobilisés par les femmes pour étendre leur éventail de possibilités de recours aux soins prénatals. Dans cette partie de ce chapitre, nous examinons, en premier lieu, si la détention du capital social varie selon les types de réseau. Ensuite nous procédons à l'analyse des associations simples du type de réseaux personnels et du capital social avec le recours aux soins prénatals qui constitue ici notre variable dépendante (fonctionnement ou réalisation). Cette analyse se fait au moyen du tableau croisé de Khi-deux eu égard à la nature des variables utilisées qui sont qualitatives.

Par ailleurs au niveau explicatif, il s'agira de voir si les différents types de réseau et le capital social qu'ils génèrent (types chaîne et pont) influencent la propension à recourir aux soins de santé maternelle contrôlant pour d'autres variables. Nous utilisons, à cet effet, la régression logistique binaire dans laquelle le type de réseau et le capital social représentent des variables indépendantes exprimant respectivement une ressource individuelle supplémentaire et un facteur de conversion de santé maternelle. Leur effet est contrôlé par ceux d'une autre ressource personnelle (l'expérience en matière de maternité) et du contexte (milieu de résidence) ainsi le niveau d'instruction de la femme comme facteur individuel de conversion.

7.3.1 Réseau personnel et capital social

Nous observons que les femmes se distinguent significativement suivant les types de capital social générés par les réseaux personnels auxquels elles appartiennent. Celles qui sont insérées dans des réseaux voisinage et horizontal se distinguent par un niveau élevé de capital social chaîne. Le réseau horizontal est aussi associé à un degré important de centralité d'intermédiarité : en plus d'être associé à des relations de soutien matériel et émotionnel beaucoup plus fréquentes et équilibrées en termes du donner et du recevoir, sa configuration confère aux femmes enquêtées un rôle important d'activation des liens entre les autres membres qui s'y trouvent. Ainsi, les femmes appartenant au réseau horizontal disposent d'un double capital social bonding et bridging. À l'opposée des femmes du réseau de voisinage, celles de l'orientation aussi bien élargie que restreinte enregistrent un niveau élevé de capital social pont et un faible niveau de capital social chaîne. C'est surtout avec le réseau d'orientation élargie que le niveau de capital bridging est très élevé. Le groupe de femmes, insérées exclusivement dans le réseau alliance, est caractérisé par un capital social relativement faible tant du point de vue du bridging que du bonding.

Tableau 7.1 : Niveaux de capital social matériel et émotionnel selon les types de réseau personnel

Réseaux personnel	CAPITAL SOCIAL					
	Réseau de relations de soutien matériel					
	Bonding		Bridging		Total	Effectif Total
	Faible	Élevé	Faible	Élevé		
Voisinage/Amitié	47,9	52,1	58,8	41,2	100,0	267
Orientation restreinte	63,6	36,4	41,3	58,7	100,0	121
Alliance	54,5	45,5	60,0	40,0	100,0	55
Horizontale étendue	41,7	58,3	30,6	69,4	100,0	36
Orientation élargie	61,8	38,2	17,6	82,4	100,0	34
Ensemble	52,8	47,2	50,1	49,9	100,0	513
Khi-deux (4 dl)	11,186*		33,796***			
V de Cramer	0,148*		0,257***			
Réseaux personnel	Réseau de relation de soutien émotionnel					
	Bonding		Bridging		Total	Effectif Total
	Faible	Élevé	Faible	Élevé		
	Voisinage/Amitié	43,1	56,9	58,4	41,6	100,0
Orientation restreinte	59,5	40,5	47,9	52,1	100,0	121
Alliance	54,5	45,5	63,6	36,4	100,0	55
Horizontal étendu	41,7	58,3	44,4	55,6	100,0	36
Orientation élargie	70,6	29,4	35,3	64,7	100,0	34
Ensemble	49,9	50,1	54,0	46,0	100,0	513
Khi-deux (4 dl)	16,717**		12,068*			
V de Cramer	0,181**		0,153*			

Résultats significatifs au seuil de 5% : *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0.001

7.3.2 Résultats au niveau descriptif bivarié

Le suivi prénatal et le type de réseau personnel sont significativement associés. Les femmes dont le réseau de personnes importantes est constitué de l'orientation élargie (fratrie des parents biologiques) semblent les plus désavantagées en termes de consultation prénatale. Ces femmes sont beaucoup moins nombreuses parmi celles ayant un recours adapté aux soins. En effet, moins du tiers (27%) d'entre elles ont un suivi de la grossesse qui respecte les recommandations de l'OMS en la matière. Ce résultat indique que la limitation du réseau de personnes importantes dans un cadre exclusivement familial n'est pas associée à un suivi adéquat de la grossesse. Cela s'observe aussi, certes dans une proportion non significative, chez les femmes appartenant aux réseaux personnels alliance et orientation restreinte qui ont un recours aux soins prénatals relativement plus faible que celles du réseau de voisinage. Ce dernier type de réseau concerne les femmes qui citent principalement les personnes de l'entourage (voisine, amie) en plus du conjoint comme membres significatifs de leur réseau familial. Les femmes enceintes, intégrées dans ce réseau, recourent plus adéquatement aux soins par rapport à toutes les autres surtout celles appartenant au réseau d'orientation élargie.

Tableau 7.2 : Recours aux soins selon les types de réseau personnel

Type de réseaux personnels	Recours aux soins (%)			
	Inadéquat	Adéquat	Total	Effectif total
Voisinage/Amitié	46,3	53,7	100,0	259
Orientation restreinte	54,6	45,4	100,0	119
Alliance	54,5	45,5	100,0	55
Horizontale étendue	50,0	50,0	100,0	36
Orientation élargie	72,7	27,3	100,0	33
Ensemble	51,2	48,8	100,0	502
Khi-deux (4 dl)			9,402*	
V de Cramer			0,137*	

* Résultats significatifs au seuil de 10%

Le suivi prénatal est aussi significativement associé au type de capital social. Comme l'indiquent les résultats du tableau ci-après, le recours aux soins est plus important chez les femmes enceintes qui disposent d'un capital social chaîne élevé aussi bien matériel qu'émotionnel. Autrement dit, celles, dont les réseaux personnels présentent des relations de soutien matériel et émotionnel plus fortes avec plus d'interaction entre les membres qui les composent, recourent plus

adéquatement à la consultation prénatale. Ainsi, la prévalence d'un recours approprié aux soins est beaucoup plus élevée chez les femmes dont le capital social bonding est aussi élevé. En revanche, le recours aux soins semble inversement proportionnel au niveau de capital social pont comme cela est indiqué par la valeur négative du "d de Somers". Plus une femme dispose d'un niveau élevé de capital social pont, moins elle a tendance à avoir un recours approprié aux soins. Un peu plus de la moitié d'entre elles, ayant un capital social pont faible, ont un niveau de suivi adéquat de la grossesse supérieur à la moyenne et inversement pour celles qui ont un capital social pont élevé.

Tableau 7.3 : Recours aux soins selon le niveau de capital social

	Recours aux soins prénatals			Effectif total	Khi-deux (1 dl)	d de Somers
	Inadéquat	Adéquat	Total			
Capital social matériel						
Bonding faible	61,0	39,0	100,0	267		
Bonding élevé	40,0	60,0	100,0	235	22,163***	0,201***
Ensemble	51,2	48,8	100,0	502		
Capital social émotionnel						
Bonding faible	59,3	40,7	100,0	253		
Bonding élevé	43,0	57,0	100,0	249	13,372***	0,163***
Ensemble	51,2	48,8	100,0	502		
Bridging faible	45,6	54,4	100,0	250		
Bridging élevé	56,7	43,3	100,0	252	6,24*	-0,111*
Ensemble	51,2	48,8	100,0	502		

Résultats significatifs au seuil de 5% : *p<0,05 ; **p<0,01 ; ***p<0,001

7.3.3 Résultats au niveau multivarié : les facteurs explicatifs du recours au soin

L'analyse descriptive nous a permis de montrer les associations entre le suivi prénatal et les réseaux personnels d'une part et le capital social d'autre part. Pour cette partie, nous examinons les effets propres des types de réseau et du capital social qu'ils génèrent à travers les relations de soutien matériel et émotionnel sur le recours approprié aux soins prénatals. Plus largement, il s'agit de vérifier, en tenant compte de l'expérience de la grossesse et des ressources du contexte, quel est le réseau personnel qui génère le plus du soutien matériel et émotionnel permettant aux femmes de recourir plus adéquatement aux soins prénatals. Nous faisons recours à la méthode de régression logistique binaire à cet effet.

Dans un premier temps, nous examinons les effets nets du réseau personnel et du capital social matériel sur la propension d'un suivi prénatal approprié à travers trois modèles de régression logistique (Tableau 7.4). Le premier modèle contient seulement le milieu de résidence et l'expérience en matière de maternité en tant que ressources contextuelle et personnelle ainsi que le niveau d'éducation de la femme qui est utilisé comme facteur individuel de conversion. Ces caractéristiques, dans le premier modèle, servent à contrôler les effets du type de réseaux personnels ou d'entourage et du capital social matériel (facteur individuel de conversion). Le second prend en compte le type de réseau personnel afin de vérifier si ce dernier contribue, en tant que ressource personnelle supplémentaire, à étendre ou limiter l'éventail des possibilités en matière de suivi prénatal (réalisation effective). Dans le troisième et dernier modèle, l'indicateur de capital social matériel, caractérisé par la densité du réseau de soutien matériel et la centralité d'intermédiaire de la femme dans les relations de soutien matériel au sein de son réseau personnel, est ajouté aux autres variables.

Ensuite, nous recourons à une deuxième régression pour estimer la propension d'avoir un suivi adéquat de la grossesse et voir si celle-ci est influencée par le capital social émotionnel qui y est associé, indépendamment des autres ressources individuelle et contextuelle (Tableau 7.5). C'est la même régression que celui du tableau 7.4 à la différence que le capital social matériel (troisième modèle du tableau 7.4) est remplacé par le capital social émotionnel au tableau 7.5. Ce dernier type de capital social se réfère à la densité des relations de soutien émotionnel de la répondante et le niveau de centralité d'intermédiation de celle-ci dans ces relations qui lient les membres de son réseau personnel.

Le dernier modèle dans chaque régression nous permet de tester si le capital social des femmes, qu'il soit matériel ou émotionnel, constitue pour elles un facteur individuel de conversion. Autrement dit, il s'agit de voir si les capacités des femmes enceintes à utiliser les services de santé disponibles pour un suivi prénatal approprié se trouvent élargies avec la détention d'un capital social (bonding ou bridging qu'il soit matériel ou émotionnel : tableaux 7.4 et 7.5). Particulièrement le dernier modèle rend compte des effets propres de chacune de nos principales variables explicatives contrôlées pour les ressources contextuelles et personnelles (milieu de résidence et l'expérience en matière de maternité) ainsi qu'un autre facteur individuel de conversion qu'est le niveau d'éducation.

D'entrée de jeu, les résultats montrent un effet important des ressources du contexte sur la propension à recourir adéquatement aux soins (modèle 1). Les femmes enceintes du milieu urbain ont un meilleur recours aux soins prénatals par rapport à celles résidant en périurbain de Bamako. Partant de l'idée que les services de santé sont relativement disponibles autant pour les femmes urbaines que celles vivant en périurbain (la distance au centre de santé le plus proche ne joue pas de rôle dans les inégalités de recours aux soins), on pourrait attribuer ce résultat au fait que les ménages périurbains de Bamako sont relativement plus pauvres. Ainsi, la pauvreté plus accentuée dans cette zone périurbaine constituerait un obstacle à un suivi médical adéquat de la grossesse. Ce résultat met indirectement en évidence le rôle important du niveau de vie des ménages en tant que facteur familial de conversion comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. En revanche, nous constatons que le vécu de la femme en matière de maternité n'influence pas significativement le niveau de recours aux soins prénatals, même si les femmes avec une expérience élevée de la grossesse semblent avoir un léger avantage en la matière. Tout comme le milieu de résidence, le niveau d'éducation atteint par la femme impacte beaucoup le suivi prénatal précoce et régulier. En effet, la propension d'un meilleur recours aux soins suit le gradient du niveau d'éducation atteint par les femmes. Autrement dit, plus le niveau d'éducation est élevé, mieux les femmes recourent aux soins. L'accès à une instruction plus élevée prédispose donc les femmes enceintes à un meilleur suivi de leur grossesse.

Comme on s'y attendait, le type de réseau personnel est une ressource personnelle supplémentaire que la femme peut mobiliser en faveur d'un suivi approprié de la grossesse comme en témoigne le modèle deux. Son introduction dans la régression ne fait pas changer significativement les effets de nos variables de ressources sur le suivi adéquat de la grossesse. En d'autres termes, la prise en compte du type de réseau ne modifie pas substantiellement les avantages de suivi prénatal des femmes urbaines par rapport à celles vivant en périurbain. Par conséquent, le type de réseau constitue une ressource personnelle de la femme plutôt qu'un facteur individuel de conversion car il ne modifie pas le rôle des ressources considérées ici. L'effet du type de réseau sur la propension d'un recours élevé aux soins prénatals se résume par un avantage net des femmes dont le réseau se centre sur le conjoint, les voisins et les amis. Les répondantes appartenant à ce type de réseau ont une propension de recours adéquat aux soins près de trois fois plus élevée que celles appartenant au réseau d'orientation élargie. Ces femmes maintiennent cet avantage relatif par rapport à toutes les autres indépendamment des caractéristiques prises en compte ici (milieu de résidence, expérience de la grossesse et niveau d'instruction) et même après avoir introduit les indices de capital social dans la régression. Les femmes inscrites dans de tels réseaux, mettent à profit des ressources supplémentaires provenant du cercle d'orientation restreinte et d'autres personnes en dehors du cadre familial notamment les amis pour élargir leur éventail de possibilités réelles de recours aux soins. Ce résultat met en évidence non seulement le rôle important du conjoint comme membre du réseau des femmes mais aussi un désavantage de l'isolement relationnel vis-à-vis des amis et du voisinage en termes d'accès aux soins prénatals

Comme nous l'avions indiqué dans notre hypothèse 5, l'effet des réseaux personnels sur le recours aux soins passe par le capital social qu'elles génèrent. En effet, avec la prise en compte du capital social matériel de la femme dans la régression (modèle trois, tableau 7.4), nous constatons que tous les autres types de réseaux, excepté le voisinage, ne se distinguent plus significativement de la configuration de référence. Seules les femmes appartenant à au réseau de voisinage ou d'amitié gardent leur avantage par rapport à toutes les autres. Pour comprendre ce résultat, nous rappelons les associations entre les différents types réseau et le capital social décrites plus haut. Grosso modo, le réseau de voisinage produit du capital social chaîne ; les femmes du type alliance ne disposent ni du capital social bonding ni du bridging ; les réseaux orientations restreinte et élargie génèrent du bridging et celui les femmes du réseau horizontal génèrent les deux types de capital social. On pourrait donc aisément dire que l'appartenance au réseau de voisinage est avantageuse parce que celui-ci produit du capital social bonding qui est favorable à un recours adéquat aux soins prénatals. Cela est mis en évidence par le dernier modèle qui montre bien un effet positif du capital social chaîne sur la propension à recourir adéquatement aux soins contrairement au capital social pont.

Les réseaux familiaux dont les liens de soutien matériels sont plus forts avec une grande interconnectivité des membres qui les composent présentent plus d'avantage en termes d'un meilleur suivi de la grossesse (Tableau 7.4). Les femmes avec un tel capital social se distinguent nettement par une propension de recours aux soins plus élevée que celles au sein des réseaux avec des relations de soutien matériel moins fréquentes et moins interactives. Ce type de capital social chaîne se rencontre plus parmi les femmes appartenant au réseau de voisinage ou d'amitié. Par opposition à la force des liens de soutien matériel, les liens faibles, caractérisés par une forte centralité d'intermédiation des femmes dans leur réseaux personnels de soutien matériel, est désavantageux en matière de suivi prénatal approprié. C'est aussi le cas pour le réseau de relations de soutien émotionnel dans lequel la position d'intermédiaire est moins favorable à un suivi adéquat de la grossesse. Les femmes disposant d'un capital social émotionnel, c'est-à-dire jouant le rôle de pont dans les liens émotionnels entre les membres de leurs réseaux, sont moins enclines à recourir aux soins (OR=0,58 : 1,72 fois moins de chance). De même que le capital social matériel bonding, la densité des relations de soutien émotionnel apparaît associée au suivi prénatal, mais pas de façon significative. Son effet est donc moins important que celui du capital social matériel bonding en ce qui concerne le suivi prénatal dans le contexte de Bamako. Cela ne doit pas fait perdre de vue que les relations de soutien émotionnel sont corrélées avec celles liées au soutien matériel. Le fait que le capital social bonding émotionnel n'ait pas été significatif ici ne signifie pas que le soutien émotionnel n'est pas important. Son effet peut dépendre des phénomènes étudiés et il aurait peut-être eu un effet beaucoup plus prépondérant si notre étude portait par exemple sur la santé mentale des femmes enceintes et parturientes plutôt que simplement le recours aux soins.

Tableau 7.4 : Effet du type de réseau personnel et du capital social matériel, en contrôlant par les ressources contextuelles et personnelles, sur la propension du suivi adéquat de la grossesse (Rapports de côte)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Milieu de résidence			
Périurbain	Réf.	Réf.	Réf.
Urbain	2,19***	2,15***	1,79**
Expérience de grossesse			
Moyenne	Réf.	Réf.	Réf.
Faible	0,97	1,03	1,04
Élevée	1,23	1,16	1,17
Niveau d'instruction			
Aucun	Réf.	Réf.	Réf.
Fondamental	1,43*	1,42*	1,42*
Secondaire ou plus	2,95***	3,06***	2,83***
Réseau personnel			
Orientation élargie		Réf.	Réf.
Voisinage/Amitié		2,96**	2,45**
Orientation restreinte		2,21*	2,04
Alliance		2,41*	1,94
Horizontal		2,02	1,90
Capital social matériel bonding			
Faible			Réf.
Élevé			1,49*
Capital social matériel bridging			
Faible			Réf.
Élevé			0,68**
Constante	0,45***	0,18***	0,24***
Observations	502	502	502
Akaike Inf. Crit. (AIC)	670,65	670,58	666,84
Log Likelihood	-329,33	-325,29	-321,42
Déviance nulle	695,63 (501 dl)	695,63 (501 dl)	695,63 (501 dl)
Déviance résiduelle	658,65 (496 dl)	650,58 (492 dl)	642,84 (490 dl)
Chi2	36,98*** (5dl)	45,06* (9 dl)	52,79* (13 dl)
LR test		8,0674* (4 dl)	7,7405* (2 dl)

Rapports de côte significatifs au seuil de 10 ; 5 et 1% : *p<0,1 ; **p<0,05 ; ***p<0,01

Tableau 7.5 : Effet du capital social émotionnel, en contrôlant par les ressources contextuelles et personnelles ainsi que le réseau, sur la propension du suivi adéquat de la grossesse sur la propension du suivi adéquat de la grossesse (Rapports de côte)

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Milieu de résidence			
Périurbain	Réf.	Réf.	Réf.
Urbain	2,19***	2,15***	2,19***
Expérience de grossesse			
Moyenne	Réf.	Réf.	Réf.
Faible	0,97	1,03	0,98
Élevée	1,23	1,16	1,19
Niveau d'instruction			
Aucun	Réf.	Réf.	Réf.
Fondamental	1,43*	1,42*	1,50*
Secondaire ou plus	2,95***	3,06***	3,02***
Réseau personnel			
Orientation élargie		Réf.	Réf.
Voisinage/Amitié		2,96**	2,54**
Orientation restreinte		2,21*	2,08
Alliance		2,41*	2,07
Horizontal		2,02	1,86
Capital social émotionnel bonding			
Faible			Réf.
Elevé			1,11
Capital social émotionnel bridging (Faible)			
Faible			Réf.
Élevé			0,58***
Constante	0,45***	0,18***	0,25***
Observations	502	502	502
Akaike Inf. Crit. (AIC)	670,65	670,58	665,99
Log Likelihood	-329,33	-325,29	-321,00
Déviance nulle	695,63 (501 dl)	695,63 (501 dl)	695,63 (501 dl)
Déviance résiduelle	658,65 (496 dl)	650,58 (492 dl)	641,99 (490 dl)
Chi2	36,98*** (5dl)	45,06* (9 dl)	53,64* (11 dl)
LR test		8,0674* (4 dl)	8,5941* (2 dl)

Rapports de côte significatifs au seuil de 10 ; 5 et 1% : *p<0,1 ; **p<0,05 ; ***p<0,01

Le tableau ci-dessous indique les prédictions de la probabilité d'avoir un suivi approprié de la grossesse par configuration de réseau personnel selon le type de capital social des femmes. Ces prédictions sont faites pour des femmes ayant en commun la résidence en milieu urbain, le niveau secondaire ou plus et une expérience moyenne de maternité et elles permettent de mieux expliciter l'avantage du type de réseau et l'influence du capital social matériel et émotionnel sur la probabilité de recours adéquat aux soins prénatals.

Les résultats du tableau ci-dessous confirment ceux déjà obtenus dans le tableau précédent. Ils mettent en évidence l'avantage net des femmes détentrices du capital social chaîne quelle que soit l'appartenance à un type de réseau mais cela concerne essentiellement les réseaux de soutien matériel plutôt qu'émotionnel. En effet, on observe que la probabilité du recours approprié aux soins est élevée parmi les femmes insérées dans des réseaux présentant des liens de soutien matériel forts avec un degré d'interconnectivité élevé entre les membres, peu importe l'appartenance à un type particulier de réseau personnel. Par conséquent, le fait de disposer d'un capital social matériel chaîne est un avantage en termes de suivi prénatal. Il est aussi mis en évidence l'effet négatif d'un niveau élevé de capital social pont sur la probabilité d'un suivi adéquat de la grossesse notamment lorsqu'il s'agit d'un réseau de relation de soutien émotionnel (le bridging matériel n'a pas d'effet significatif). Ainsi, la probabilité marginale due à l'accroissement du niveau de capital social émotionnel pont est négative pour toutes les configurations de réseau personnel.

Tableau 7.6 : Probabilité de recours adéquat aux soins par réseaux personnel et capital social de la femme

Réseaux personnel	Capital social matériel bonding ou pont		Capital social matériel bridging	
	Faible	Élevé	Faible	Élevé
Voisinage/Amitié	74,0	82,9	82,9	80,8
Orientation restreinte	70,4	80,3	80,3	77,8
Alliance	69,1	79,2	79,2	76,7
Horizontale étendue	68,1	78,4	78,4	75,9
Orientation élargie	52,7	65,5	65,5	62,1
Réseaux personnel	Capital social émotionnel bonding		Capital social émotionnel bridging	
	Faible	Élevé	Faible	Élevé
Voisinage/Amitié	86,1	82,9	82,9	75,5
Orientation restreinte	83,9	80,3	83,9	76,7
Alliance	83,0	79,2	83,0	75,6
Horizontale étendue	82,3	78,4	82,3	74,7
Orientation élargie	70,8	65,5	70,8	60,6

7.4 Synthèse du chapitre sept

L'objectif dans ce chapitre était de déterminer le type de réseau personnel le plus avantageux en matière de suivi prénatal ainsi que le capital social (matériel et émotionnel) qui y est associé. Nous avons postulé que les femmes insérées dans des réseaux qui génèrent un capital social de type chaîne ou bonding (dans lesquels les relations de soutien matériel et émotionnel sont plus denses avec une grande interconnectivité) seraient plus enclines à recourir aux soins prénatals. En d'autres termes, les libertés réelles des femmes enceintes de recourir effectivement aux soins de manière appropriée se trouveraient accrues par la détention du capital social matériel et émotionnel de type chaîne issu de la mobilisation des ressources supplémentaires liées à l'appartenance à des réseaux personnels.

Il ressort de nos analyses, dans le cadre de ce chapitre, un effet important du type de réseau personnel. Comme une ressource personnelle supplémentaire mobilisable, les réseaux jouent un rôle déterminant dans le processus de recours approprié au suivi prénatal. Les résultats mettent en évidence un avantage des réseaux de voisinage ou d'amitié. Ce dernier se structure autour du conjoint et s'étend aux voisins ainsi qu'aux amis et se démarque par une taille plus restreinte des membres qui le composent (2,8 personnes en moyenne, médiane=2) mais concerne plus de la moitié des femmes enquêtées à Bamako (52%). Les femmes, qui s'y intègrent, se distinguent par un niveau élevé de capital social chaîne ou bonding qui se traduit par une propension importante de suivi prénatal. Il est important de souligner que l'avantage de cette configuration de réseau personnel (voisinage ou amitié) va au-delà de sa capacité à générer le capital social de type chaîne ou bonding. Cela montre que les relations, qui se développent exclusivement dans le cadre familial conjugal ou qui confinent les femmes dans des réseaux personnels coupées de l'entourage (voisins et amie), sont défavorables à un recours approprié aux soins prénatals. Une des explications plausibles serait que les femmes, bénéficiant déjà du soutien matériel et émotionnel de leurs conjoints, mobilisent des ressources supplémentaires provenant d'autres personnes notamment des voisins et des amis proches pour élargir leur éventail de possibilités de pouvoir, au besoin, recourir aux soins prénatals adéquats.

Il est admis dans la littérature traitant des réseaux que les individus sont moins autonomes dans leur vie quotidienne et dans leur décision au sein des configurations essentiellement axés sur les liens de sang qui exercent plus de pressions normatives (Widmer, 2016 ; Burt, 2004 et 2001). Eu égard à cela, l'avantage du réseau de voisinage ou d'amitié indiquerait implicitement l'importance de l'autonomie de la femme dans l'activation des ressources relationnelles dépassant le cadre de la famille conjugale ou par alliance. Au Mali de façon générale, les rapports de genre sont toujours en défaveur de la femme en raison d'une organisation sociale de type traditionnel encore en vigueur même dans les villes qui lui confère un faible statut social. Très souvent, le rôle qui lui est dédié est celui de la femme au foyer avec des enfants pour lesquels elle doit dévouement. Ainsi, les libertés de mouvement et d'action de la femme se trouvent restreintes en raison de ces contraintes normatives et des obligations liées au mariage le plus souvent précoce. Dans un tel contexte, celles d'entre elles qui

arrivent à être plus actives dans leurs réseaux personnels incluant principalement les amis et les voisins en plus du conjoint puis d'entretenir avec eux des liens forts, auraient certainement acquis une liberté de mouvement et d'autonomie dans leurs couples.

Dans un contexte où les contraintes normatives exercées par la belle-famille restent très prégnantes, la mobilisation des ressources relationnelles, dépassant le cadre strictement conjugal ou de la famille par alliance, traduirait une certaine autonomie de la femme, laquelle autonomie est favorable à un suivi régulier de la grossesse. Cela est d'ailleurs confirmé par le désavantage du réseau alliance dans lesquels les femmes ne sont dotés d'aucun capital social tant d'un point de vue émotionnel que matériel. Ce résultat, obtenu à titre exploratoire dans le contexte bamakois, se situe à l'antipode des travaux antérieurs, concernant le contexte occidental, qui indiquent que les personnes insérées dans des réseaux, qui sortent du cadre familial, ont généralement une forte centralité d'intermédiation. Inversement, les configurations centrées sur les liens de sang produisent des relations de soutien (émotionnel, matériel ou conflictuel) beaucoup plus denses avec un niveau élevé d'interconnectivité des relations en raison d'une forte interdépendance entre les membres de la famille (Widmer, 2006 ; 2016). On se serait donc attendu à ce que le réseau de voisinage ou d'amitié produise du capital social bridging mais le fait que nous ayons obtenu un résultat différent des réseaux familiaux occidentaux met aussi en évidence certaines spécificités du contexte étudié qui mériteraient d'être plus approfondies dans les recherches futures.

En outre, les réseaux personnels de femmes dans lesquels les relations de soutien, notamment matériel, sont plus fortes avec une grande interconnectivité entre les membres qui les composent, présentent plus d'avantage en termes d'un meilleur suivi de la grossesse. Les femmes avec un tel capital social se distinguent nettement par une propension de recours aux soins plus élevée que celles au sein des réseaux avec des relations de soutien matériel moins fréquentes et moins interactives. Ce type de capital élargit l'éventail des possibilités qui permettent aux femmes enceintes une liberté plus étendue de recours aux soins. Cela ne remet pas en cause le rôle des liens faibles en matière d'accès à l'information et pour trouver un emploi (Granovetter, 1973 ; Gould, 1989 ; Burt, 2004). Mais, en ce qui concerne le recours aux soins, la force du soutien notamment matériel apparaît plus important surtout dans le contexte de la ville (la capitale Bamako) où l'information sur les risques et la nécessité du suivi prénatal semble accessible à toutes les femmes. Aussi faut-il souligner que, bien que la détention du capital social chaîne émotionnel ait un effet non significatif sur les chances de recours aux soins prénatals, les relations de soutien émotionnel sont corrélées avec celles liées au réseau de soutien matériel. Il est important de rappeler qu'au-delà de la densité des relations de soutien, aussi bien matérielles qu'émotionnelles, l'autonomie de la femme (liberté de mouvement et d'action) constitue aussi un important facteur d'activation des liens au sein des réseaux personnels, notamment avec d'autres personnes en dehors du cadre familial.

Comme il ressort dans toutes les études (Gabrysch and Campbell, 2009 ; Burgard, 2004 ; Furuta et Salway, 2006 ; Gabrysch et al., 2011 ; Omer et al., 2014, etc.) et confirmé dans le chapitre six, l'éducation apparaît prépondérante

dans le processus de recours aux soins. Elle constitue une capacité de conversion des ressources à disposition en vue d'un meilleur suivi de la grossesse. Dans nombre de sociétés africaines, l'accès à l'école est limité pour les filles même dans les centres urbains où coexistent souvent les valeurs traditionnelles et modernes. De plus, les filles sont plus concernées par le décrochage scolaire qui est le plus souvent lié aux mariages et maternités précoces. Dans un tel contexte, une femme qui arrive à atteindre une instruction élevée, sera non seulement épargnée par le mariage précoce mais encline à plus d'émancipation ou d'autonomie. Cette acquisition de l'autonomie se traduirait par une participation plus active au processus de prise de décision relative aux questions la concernant. Par conséquent, une femme avec une meilleure éducation serait plus libre à recourir aux soins prénatals (Furuta et Salway, 2006 ; Bloom et Gupta, 2001 ; Ahmed et al., 2010).

Le milieu de résidence est un déterminant du recours aux soins. Les femmes vivant dans la zone située à la périphérie de Bamako présentent un désavantage par rapport à celles résidant plus ou moins au centre. Les différences culturelles et de dotations en infrastructures sanitaires sont essentiellement des raisons avancées dans la littérature pour expliquer les disparités urbain-rural. Dans notre cas, le pouvoir discriminant de l'offre de services de santé et leur qualité peut être considéré négligeable entre les zones périurbaine et urbaine car faisant partie toutes de Bamako. En revanche, on pourrait attribuer les inégalités de recours aux soins principalement à la pauvreté des ménages ou des couples qui serait plus prégnante en périurbain. La périphérie concentrerait relativement plus de populations défavorisées en raison notamment du coût du loyer qui y est moins important que le centre-ville.

Par ailleurs, les résultats de ce chapitre confirment les limites des approches démographiques traditionnellement à pouvoir dépeindre certaines réalités sociales notamment les relations au-delà du cadre strictement familial (Widmer, 2016 ; Kriel et al. 2014 ; Rabe, 2008 ; Sauvain-Dugerdil et al, 1997 ; Lapierre-Adamcyk, 2009 ; Lefranc, 1997 ; Bonvalet et Lelièvre, 1995 ; Randall et Coast, 2015 ; Hosegood et Timaeus 2005 ; De Saint et al, 2004 ; Girardin et Widmer, 2015 ; Widmer et al, 2012 ; Brown et Manning, 2009 ; McDonald, 1992 ; De Oliveira, 1992 ; Le Bourdais et al., 1991, etc.). En se focalisant exclusivement sur la notion de ménage défini par les seuls critères de résidence et de parenté, on finit par occulter les réseaux personnels complexes développés par les individus et qui ne sont pas sans influence sur leurs comportements sociodémographiques dont le recours aux soins.

Conclusion générale et discussion

La santé maternelle est un domaine qui intéresse de nombreux chercheurs dans des disciplines aussi variés que la santé publique, la démographie, la sociologie, la socio-psychologie et les agents des politiques et programmes de santé. De nombreux travaux traitent de l'influence sociale sur les comportements individuels et de l'effet des interactions sociales en tant que ressources relationnelles sur la santé et la mortalité (Chaix et Chauvin 2005 ; Chacko, 2001 ; Congdon, 1995 ; House et al., 1988 ; Kaplan et al., 1988 ; Orth-Gomer et Johnson, 1987 ; Welin al., 1985 ; McCulloch, 2001 ; Kawachi et al., 1997 ; Lochner et al., 2003 ; Kawachi et al., 1999 ; Subramanian et al., 2002 ; Kaplan et al., 1988 ; Reynolds et Kaplan, 1990, etc.). Mais ces travaux, pour la plupart, étudient les sociétés occidentales et de surcroît ceux-ci ne portent pas sur la question de santé maternelle. En démographie, c'est surtout chez les auteurs traitant de la transition de la fécondité que l'engouement pour la prise en compte de la dimension sociale dans la modulation des fonctionnements individuels trouve un écho (Kohler et al, 2001 ; Nouhou, 2016 ; Sauvain-Dugerdil et al, 2014 ; Grady et al., 1993 ; DeGraff et al., 1997 ; Entwisle et al., 1989 ; Entwisle et Mason, 1985 ; Manda, 1998 ; Carley, 2001 ; Montgomery et Casterline 1993, 1996, 2001 ; Casterline 2001 ; Rossier et Bernardi, 2009). En Afrique au sud du Sahara où la situation sanitaire des mères reste encore préoccupante, les rôles du contexte socioéconomique, des réseaux personnels et le capital social qu'ils génèrent semblent être occultés dans les études réalisées sur le sujet.

Au Mali, des recherches (El-Khoury et al, 2011 ; Blaise et al, 1997 ; Fournier et al, 2009a ; Fournier et al. 2009b, 2014 ; Soors et al., 2008 ; Gage, 2007) ont contribué à connaître les facteurs associés au non recours aux soins mais ceux-ci ne sont appréhendés qu'au niveau individuel. Ces travaux abordent généralement la question dans une perspective individuelle en mettant très peu en avant les aspects contextuels et leur influence sur les comportements des individus. Cette thèse cherche à combler cette insuffisance et sa pertinence vient de la prise en compte de l'individu et son contexte dans la recherche des déterminants d'inégalités de recours aux soins de santé maternelle. Elle s'inscrit dans un contexte malien marqué par un niveau encore élevé de mortalité maternelle et de très grandes disparités tant au niveau individuel que géographique d'accès aux soins, conjugués aux nombreux défis associés à la forte croissance démographique et à l'insécurité qui règne dans les parties septentrionale et centrale du pays.

En plaçant l'individu et son contexte au centre des analyses à l'aune de l'approche par les capacités, cette recherche doctorale vise à apporter une contribution à une meilleure connaissance des tendances actuelles de l'utilisation des services de santé maternelle et des déterminants d'inégalités de recours aux soins. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques à savoir :

- Identifier au niveau macro l'effet des changements socioéconomique et humain sur les tendances actuelles de l'utilisation des services de santé maternelle puis examiner l'évolution des inégalités entre catégories socioéconomiques en matière de contributions à la hausse du niveau national de recours aux soins. Pour cet objectif, la situation du Mali a été

comparée à celle de trois pays voisins que sont le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal.

- Identifier les moyens qui permettent aux femmes d'étendre ou, au contraire, de limiter leurs possibilités ou libertés réelles de recours aux soins. Dans cette perspective, il s'agit de distinguer les inégalités de recours aux soins dues aux ressources du contexte, de celles liées aux facteurs individuels et collectifs afin de mieux comprendre les différentes interactions qui peuvent s'opérer entre ces deux types de facteurs qui constituent des moyens d'expansion ou de diminution des capacités individuelles.
- Examiner le rôle du réseau personnel de la femme ainsi que le soutien matériel et émotionnel reçu des membres constituant ce réseau sur sa décision de recourir aux soins.

À cet égard, nous avons utilisé différentes sources de données disponibles (EDS, MICS, Recensement) et aussi réalisé une enquête complémentaire portant sur les relations développées au sein des réseaux personnels de la femme. Il en ressort des principaux résultats que nous discutons dans les paragraphes qui suivent.

Effet prépondérant des ressources sanitaires du contexte dans les tendances du recours aux soins.

Les analyses, réalisées dans le chapitre cinq, nous ont permis de mettre en évidence les poids respectifs des progrès réalisés en matière de dotations du contexte sanitaire et des changements socioéconomique et humain. Nous avons postulé (Hypothèse 1) que les tendances à la hausse du recours aux soins de santé maternelle résulteraient conjointement de l'offre de services de santé et de la recomposition de la population féminine c'est-à-dire d'un accroissement de l'addition des capacités individuelles à utiliser les services de santé. Nous avons précisé que l'offre sanitaire et plus globalement du système de santé jouerait un rôle plus important au regard des efforts consentis ces dernières décennies dans la promotion de la santé maternelle et en raison de la lenteur dans l'ascension socioéconomique et humaine de la population féminine dans les pays considérés : Mali, Burkina Faso, Niger et Sénégal.

Cette hypothèse est vérifiée car les ressources du contexte sanitaire, vues comme l'ensemble des possibilités offertes par le système de santé, jouent le plus grand rôle dans les progrès enregistrés en matière de recours aux soins excepté la consultation prénatale au Mali entre 2006 et 2012 (hausse du taux de suivi prénatal imputable principalement à la recomposition de la structure socioéconomique c'est-à-dire à l'augmentation de la proportion nationale des femmes âgées de 15 à 45 ans vivant dans des ménages avec une meilleure condition socioéconomique) et l'accouchement assisté au Niger entre 1998 et 2006 (période marquée par une légère baisse du niveau de recours à l'accouchement assisté due notamment à la morosité de la situation socioéconomique du pays et partant celle des femmes). La hausse de l'utilisation des services de santé maternelle résulte principalement des différentes actions politiques menées ces dernières années en faveur d'une amélioration de la situation sanitaire des femmes enceintes et parturientes. En effet, les différents

programmes et politiques de santé (politiques d'exemption des coûts de la césarienne ; du traitement des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes et la mise à leur disposition des moustiquaires imprégnées d'insecticides, mise en place de centres de santé communautaires, etc.) ont relativement produit un effet d'incitation à recourir aux soins y compris parmi les couches sociales défavorisées en termes socioéconomique et humain. La mise en place des centres de santé communautaires dans les pays a conduit à une relative accessibilité en contribuant à rapprocher davantage les services de santé des usagers. À cela, on pourrait ajouter les différentes politiques de sensibilisation qui favorisent un certain intérêt en faveur de l'utilisation des services de santé auprès des couches sociales moins nanties (Olivier de Sardan et Ridde, 2013).

Des systèmes de santé qui peinent souvent à réduire les inégalités entre groupes socioéconomiques.

La performance de l'offre de services ou des politiques et programmes, mis en évidence par nos résultats et discuté ci-dessus, semble s'accompagner souvent d'inégalités entre catégories socioéconomiques si on s'en tient à l'évolution de leurs contributions respectives aux changements du recours aux soins ces dernières années. Si les contributions des plus démunies aux changements des niveaux de recours aux soins suivent une tendance à la hausse au Burkina Faso et au Niger, on ne peut pas en dire autant pour le Mali et pour le Sénégal dans une moindre mesure. Contrairement à notre hypothèse 2, le désavantage relatif des femmes les plus démunies (surtout le groupe de femmes vivant dans des ménages pauvres et un peu moins pour celui constitué de femmes non instruites) par rapport à celles appartenant à la couche socioéconomique la plus favorisée s'est accru au Mali et s'est maintenu au Sénégal malgré les performances enregistrées en matière de recours aux soins. C'est d'ailleurs ce qui explique un poids prépondérant de la recomposition de la structure socioéconomique à la hausse du taux national de suivi prénatal au Mali entre 2006 et 2012. On pourrait dire, à la suite de El-Khoury et ses collaborateurs (2011), que les services de santé restent encore relativement inaccessibles aux couches socioéconomiques les plus démunies. Cela confirme ce qu'avaient souligné White et Heywood (2009) à propos des nouvelles interventions qui, selon eux, produisent très souvent des inégalités.

Les analyses du chapitre cinq ont été effectuées à partir des données d'enquêtes EDS en excluant les régions du nord. Ces régions septentrionales ne faisaient pas partie de la dernière EDS (celle de 2012-2013) pour des raisons sécuritaires évoquées plus haut. Par souci de comparaison, nous les avons aussi exclues des deux enquêtes précédentes (2001 et 2006). Cela dit, le constat de l'accroissement des inégalités en matière de santé maternelle concerne donc les régions situées au sud et centre du pays. Par conséquent, on pourrait dire que le problème de développement socioéconomique ne touche pas que la zone septentrionale. Bien que le désavantage du nord ait été très souvent brandi pour servir de revendications politiques notamment de la part des groupes sécessionnistes, nos résultats mettent en évidence d'importantes défis socioéconomiques et sanitaires même dans les régions situées au sud et centre du pays. L'accroissement des inégalités et l'exclusion relative des couches sociales les plus défavorisées découlent essentiellement d'un certain nombre de difficultés dans la mise en

œuvre de la décentralisation du système de santé au Mali qui pourtant en est l'un des pionniers en Afrique au sud du Sahara. La politique de décentralisation, tant du point de vue administrative que sanitaire, ne s'est pas accompagnée d'une offre suffisante d'infrastructures socio-sanitaires et du personnel de santé notamment dans les zones rurales où résident la majorité de la population pauvre du pays. La décentralisation administrative, bien qu'ayant abouti à la création de 49 cercles et 703 communes sur toute l'étendue du territoire national avant 2012, n'a pas encore permis de doter toutes les communes de centres de santé de référence (CSréf). Ces derniers se retrouvent uniquement au niveau des cercles exception faite des six communes du district de Bamako (la capitale) et de quelques communes urbaines définies comme districts sanitaires. La grande majorité des communes notamment rurales ne sont desservies que par les centres de santé communautaire (CSCOM) dans lesquels les cas d'urgences ne peuvent pas être traités. À cela s'ajoutent les problèmes du système de références ou évacuations des urgences obstétricales, dont la prise en charge apparaît très déterminante dans l'amélioration de la santé des mères. Le transport pour les évacuations des urgences obstétricales n'a pas été prévu par la politique de gratuité de la césarienne alors qu'il engendre un coût qui peut souvent atteindre et même dépasser le coût de la césarienne dans certains contextes à en croire Olivier de Sardan et Ridde (2013). Les frais liés à ce transport sont, de surcroît, le plus souvent laissés à la charge des femmes enceintes et leur famille en raison des dysfonctionnements des caisses de solidarité dont il revient théoriquement de prendre en charge ces frais (Blaise et al., 1997 ; Fournier et al., 2009a). Ce coût lié au déplacement des urgences vers les centres de santé de référence ou au besoin vers les hôpitaux régionaux ne sont pas à la portée des ménages vivant dans des conditions socioéconomiques modestes.

De façon générale, une frange importante de la population, vivant dans des zones rurales maliennes, est dépourvue des soins maternels en raison à la fois de l'insuffisance de l'offre et des coûts indirects liés aux frais de déplacement vers d'autres localités pour des consultations prénatales ou l'accouchement dans un centre de santé. Dans de nombreux villages, l'utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement est un luxe que la plupart des ménages les plus démunies ne sauraient s'autoriser ou s'offrir mêmes si cela fait partie de leurs aspirations. Les femmes enceintes ou parturientes, vivant dans une telle situation, se verraient privées de la liberté de recours aux soins qu'elles auraient des raisons de valoriser pour paraphraser Amartya Sen. C'est ce qui peut expliquer le fait que la politique de la césarienne et plus globalement les politiques et programmes de santé profitent pleinement aux couches sociales les plus favorisées au détriment des plus pauvres. En ce qui concerne le Sénégal, l'accouchement et la césarienne sont prises en charges seulement dans les hôpitaux régionaux excepté ceux de la capitale, Dakar (Witter et al., 2008 ; Witter et al., 2010). Cette restriction aux seuls hôpitaux régionaux ne favorise pas l'accès aux soins de santé maternelle à toutes les femmes car une frange importante de la population se retrouve d'emblée exclue, notamment la majorité des pauvres vivant dans les zones rurales et à Dakar. La réduction des inégalités au Burkina Faso s'explique par le fait que les réglementations et les politiques, liées aux accouchements subventionnés et aux soins prénatals gratuits, seraient relativement bien appliquées (Rossier et al., 2014). À en croire Rossier et ses

collaborateurs, le Burkina Faso aurait adopté des réglementations exigeant les femmes enceintes à avoir au moins une visite prénatale pour pouvoir accoucher dans un centre de santé et interdisant la pratique de l'accouchement traditionnel. Les frais de consultations prénatales, des services de planification familiale et de la césarienne ainsi que les médicaments sont totalement gratuits au Niger alors qu'au Mali la politique de gratuité concerne que la césarienne : les consultations prénatales, les accouchements normaux, les médicaments pour les complications et les interventions pour une grossesse extra-utérine restent à la charge des patients (Olivier de Sardan et Ridde, 2013). La volonté politique en faveur de la promotion de la santé maternelle, plus observée au Niger, s'est traduite par d'énormes progrès au cours de la période 2006 et 2012 notamment en matière de consultation prénatale. Depuis l'adoption de la politique de gratuité, le Niger a réduit son retard par rapport aux trois autres pays et a même dépassé le Mali en ce qui concerne le niveau de suivi prénatal.

Qu'à cela ne tienne, les insuffisances et dysfonctionnements, dont souffrent le système de santé en général et spécifiquement la mise en œuvre des politiques et programmes, sont commun à tous ces quatre pays. Les niveaux actuels d'utilisation des services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement auraient été plus élevés dans ces pays n'eussent été les difficultés de mise en œuvre des politiques d'exemption et/ou de subvention. Un des problèmes dans leur mise en œuvre est le retard dans le règlement des factures par l'État auprès des formations sanitaires. Dans le principe de prise en charge des soins, qu'elle soit une subvention ou une gratuité, l'État intervient généralement comme un tiers payant qui procède par un remboursement aux centres de santé. Mais il arrive très souvent que les remboursements prennent du retard. C'est ce que soulignent Olivier de Sardan et Ridde (2013) pour les cas du Niger et du Mali où des retards importants dans le remboursement des factures ralentissent un approvisionnement adéquat des centres de santé en produits indispensables pour la délivrance des services gratuits aux usagers. Au Mali, même si les kits pour les produits sont mis à la disposition des hôpitaux ou centres de santé de référence (CSRéf), le remboursement des prestations chirurgicales, des coûts d'hospitalisation et des examens préopératoires se fait plus tard. Au Niger, la prise en charge de la césarienne se fait sous forme d'un forfait remboursé et qui comprend les prestations ainsi que les produits. C'est presque le même système dans tous ces quatre pays ayant adopté ces politiques de gratuité ou de subvention des frais liés à l'utilisation des services de santé maternelle. On note aussi une insuffisance de communication autour de la politique d'exemption auprès des communautés qui ont du mal à distinguer ce qui est gratuit ou subventionné de ce qui doit être payé. Ce qui peut aboutir au non-respect de la gratuité ou à la mise en place des dispositifs de paiement parallèle, dans un contexte d'inexistence d'un système de suivi-évaluation indépendant et rigoureux, comme cela a été constaté au Niger (Olivier de Sardan et Ridde, Op. cit.) et au Sénégal (Witter et al., 2008). De plus, dans tous ces pays, il existe souvent très peu de mesures d'accompagnement tel que la formation et le recrutement des agents de santé, pour répondre à la demande croissante, qui impactent aussi sur la qualité des services offerts.

Rôle dominant de la dimension économique dans le processus de recours aux soins corroboré par l'importance du capital social matériel

Dans les efforts globaux pour améliorer la santé, on oublie souvent que le développement socioéconomique compte aussi. Les ressources socioéconomique et humaine ont aussi contribué à la hausse générale du niveau de recours aux soins maternels, même si leur effet est moins important que celui des ressources sanitaires. Ce qui réconforte l'idée qu'une amélioration globale du niveau de développement socioéconomique et humain dans un pays permet de réduire l'inaccessibilité financière aux soins eu égard aux coûts qu'ils engendrent (Titaley et al, 2010 ; Haddad et Fournier, 1995). Ce changement socioéconomique et humain au niveau national contribue à étendre la capacité des femmes à pouvoir mieux utiliser les services de santé disponibles. Cela dit, quelle dimension du développement jouent le plus grand rôle dans l'accès et le recours aux soins de santé maternelle ? Les analyses effectuées au chapitre cinq indiquent un effet agrégé plus important du niveau de vie par rapport à celui de l'éducation sur les progrès enregistrés ces dernières années dans l'utilisation des services de santé quel que soit le pays considéré (Burkina Faso, Mali, Niger et Sénégal). De même, les inégalités sont plus accentuées selon le niveau de vie qu'en fonction du niveau d'éducation, tant pour le suivi prénatal que l'accouchement assisté. Un tel résultat met en évidence le rôle plus important de la pauvreté dans le processus de demande de soins maternels. Cela porte aussi à croire qu'une large diffusion de la nécessité des soins dans la réduction des risques, liés à la grossesse et l'accouchement, fait de plus en plus écho au sein de la population. Les soins maternels ont tendance à être largement perçus comme des besoins même parmi les femmes les moins éduquées mais c'est surtout l'inaccessibilité financière conjuguée à une offre insuffisante qui constituerait véritablement un obstacle à l'accès aux soins plus que les barrières d'ordre culturelles.

Ce constat d'effet prépondérant du niveau de vie est confirmé par les résultats du chapitre sept. Ils mettent en évidence un avantage du capital social matériel. L'acquisition du capital social matériel de type chaîne, caractérisé par des liens forts de soutien matériel et une forte interaction ou interconnectivité entre les membres d'un réseau, est important dans le processus de recours aux soins. Ce type de capital élargit l'éventail des possibilités qui permettent aux femmes enceintes une liberté plus étendue de recours aux soins. Cela ne remet pas en cause le rôle des liens faibles en matière d'accès à l'information et pour trouver un emploi (Granovetter, 1973 ; Gould, 1989 ; Burt, 2004). Toutefois, en ce qui concerne le recours aux soins, la force du soutien notamment matériel apparaît plus important ici parce que les analyses effectuées, dans le chapitre sept, portent sur des données qui concernent exclusivement les femmes vivant à Bamako (la capitale). Dans un tel contexte où l'information sur les risques et la nécessité du suivi prénatal semblent accessibles pour toutes les femmes, les opinions favorables aux soins prénatals sont largement diffusées si bien qu'on pourrait penser que tout le monde est conscient des risques liés à la grossesse. Ainsi, les préférences des femmes enceintes pour le suivi prénatal auraient tendance à converger : il y aurait donc une certaine homogénéité de connaissances des risques. Par conséquent, ce qui importe dans les inégalités de recours au suivi prénatal entre les femmes vivant à Bamako, ce sont surtout les possibilités

financières réelles (forte densité de soutien matériel) à utiliser les services de santé vu que le suivi prénatal a un coût. De même que le capital social matériel bonding, la densité des relations de soutien émotionnel apparaît aussi associée au suivi prénatal, mais pas de façon significative. Son effet peut dépendre aussi des phénomènes étudiés. Il aurait peut-être eu un effet beaucoup plus prépondérant si notre étude portait par exemple sur la santé mentale des femmes enceintes plutôt que simplement le recours aux soins. Toujours est-il que les relations de soutien émotionnel sont corrélées avec celles liées au soutien matériel. Au-delà donc des relations entretenues au sein des réseaux personnels, c'est leur qualité qui importe le plus c'est-à-dire le soutien financier qu'elles permettent de mobiliser en vue d'une meilleure prise en charge de la grossesse.

Par ailleurs, nous avons trouvé que les femmes vivant dans la zone située à la périphérie de Bamako présentent un désavantage par rapport à celles résidant plus ou moins au centre. Dans ce cas de figure, on ne saurait parler des différences culturelles et de dotations en infrastructures sanitaires pour expliquer cette disparité urbain-périurbain. À Bamako, le pouvoir discriminant de l'offre de services de santé et leur qualité peut être considéré négligeable entre les zones périurbaine et urbaine. On pourrait attribuer ces inégalités en matière de recours aux soins principalement à la pauvreté des ménages ou des couples qui serait plus prégnante en périurbain. La périphérie concentrerait relativement plus de populations défavorisées en raison notamment du coût du loyer qui y est moins important que le centre-ville.

Les résultats, ci-dessus discutés, montrent que le problème du recours aux soins est surtout matériel plus que normatif, les connaissances sur les bienfaits des pratiques relatives aux soins maternels (surtout l'accouchement assisté) étant relativement acquises. Un niveau de vie plus élevé permet aux femmes une plus grande facilité d'accès financier aux soins, sachant que les coûts de consultations et de prestations constituent un des obstacles importants de la demande de soins (Koblinsky et al., 2006 ; Peters et al., 2008 ; Perkins et al. 2009). Dans un contexte de quasi-inexistence de sécurité sociale et d'un système d'assurance maladie privilégiant les couches sociales les plus nanties, les libertés ou possibilités réelles de recours aux soins se trouvent être limitées chez certaines catégories socio-économiques, même en milieu urbain où l'offre sanitaire est supposée être suffisante et relativement de bonne qualité. À côté du système formel d'assurance réservé à une minorité, l'organisation au sein des mutuelles essaient de répondre aux problèmes d'équité en matière de soins mais sans beaucoup de succès en raison d'une faible adhésion et contribution de la population. Excepté quelques mutuelles professionnelles et corporatistes d'envergure nationale, les potentiels adhérents aux mutuelles de santé sont généralement des personnes qui exercent dans l'économie informelle et les populations rurales dont le quotidien est, très souvent, réduit à la lutte pour la survie. Le nombre d'adhérents dans ces mutuelles est très faible parce que les « populations connaissent au cours de l'année des moments de vulnérabilité et d'instabilité financière qui mettent souvent au second plan les problèmes de santé qui ne sont plus alors des besoins fondamentaux » (Richard, 2005 : page 88). De plus, le déséquilibre entre le nombre d'adhérents et les bénéficiaires, dû à la grande taille des familles, rend fragile la pérennité d'un tel système de solidarité (Richard, Op. ci.). Cela suggère une attention particulière à accorder à la politique de gratuité, déjà entrepris dans plusieurs pays, mais qui

doivent s'accompagner d'une offre de services de santé plus accessibles géographiquement aux populations.

Corrélation entre le niveau d'éducation de la femme et le niveau de vie de son ménage et leur implication en termes d'autonomie favorable au recours aux soins

L'effet de l'éducation est mis en évidence par presque toutes les études traitant des questions de santé maternelle (Gabrysch et al., 2011 ; Omer et al., 2014 ; Thaddeus et Maine, etc.) et confirmé par nos résultats. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue la corrélation qui existe entre ces deux variables : les femmes ayant atteint une instruction plus élevée se retrouvent majoritairement dans des ménages riches et de classes intermédiaires dans une moindre mesure. Dans de nombreuses sociétés en Afrique, la scolarisation est le privilège des garçons. Cette restriction de l'accès des filles à l'école et leur abandon prématuré associés à des mariages et des maternités précoces relèvent, en partie, d'une pauvreté chronique dans ces sociétés. Autant l'acquisition du capital humain des filles est largement plus observée dans les ménages riches, autant il y a de fortes chances qu'une femme d'un niveau d'éducation élevé se retrouve mariée dans un ménage moins pauvre. Une telle femme aurait plus d'autonomie facilitant sa participation active aux processus de prise de décision relative aux questions la concernant. Participant au processus de capacitation ou d'autonomisation de la femme, le niveau d'éducation conjugué à une meilleure condition socioéconomiques du ménage, contribue à l'extension des possibilités réelles de la femme à recourir aux soins maternels.

Activation des ressources relationnelles et l'intégration sociale comme indicateurs de l'autonomie de la femme qui déterminent aussi le suivi prénatal régulier

La mobilisation des réseaux, comme une ressource personnelle supplémentaire, joue un rôle déterminant dans le processus de recours approprié au suivi prénatal. Nos résultats mettent en évidence un avantage du réseau de voisinage ou d'amitié qui se structure autour du conjoint pour s'étendre aux voisins et amis. Les femmes, insérées dans ce type de réseau, se distinguent par un niveau élevé de capital social chaîne ou bonding qui se traduit aussi par une propension importante de suivi prénatal. Autrement dit, les relations, qui confinent les femmes dans des réseaux personnels coupées de l'entourage (voisins et amie), apparaissent défavorables en matière de suivi prénatal. Les femmes, bénéficiant déjà du soutien matériel et émotionnel de leurs conjoints, mobiliseraient des ressources supplémentaires provenant d'autres personnes notamment des voisins et des amis proches pour élargir leur éventail de possibilités de pouvoir, au besoin, recourir aux soins prénatals adéquats.

Au-delà de sa capacité à générer du capital social de type chaîne ou bonding très déterminant pour le recours aux soins, la configuration du réseau de voisinage ou d'amitié semble aussi associée à l'autonomie de la femme. Très généralement, les individus sont plus autonomes dans leur vie quotidienne et dans leur décision au sein des configurations essentiellement qui dépassent les liens de sang exerçant plus de pressions normatives (Widmer, 2016 ; Burt, 2004 et 2001). Ainsi,

l'avantage du réseau de voisinage ou d'amitié serait aussi dû à l'autonomie dans l'activation des ressources relationnelles dépassant le cadre de la famille conjugale ou par alliance. Au Mali de façon générale, les rapports de genre sont toujours en défaveur de la femme en raison d'une organisation sociale de type traditionnel et phallocratique, encore en vigueur même dans les villes, qui lui confère un faible statut social. Très souvent, le rôle qui lui est dédié est celui de la femme au foyer avec des enfants pour lesquels elle doit dévouement. Ainsi, les libertés de mouvement et d'action de la femme se trouvent restreintes en raison de ces contraintes normatives et des obligations liées au mariage le plus souvent précoce. Dans un tel contexte, celles d'entre elles qui arrivent à être plus actives dans leurs réseaux personnels incluant principalement les amis et les voisins en plus du conjoint puis d'entretenir avec eux des liens forts, auraient certainement acquis une liberté de mouvement et d'autonomie dans leurs couples. Dans un contexte où les contraintes normatives exercées par la belle-famille restent très prégnantes, la mobilisation des ressources relationnelles, dépassant le cadre strictement conjugal ou de la famille par alliance, traduirait une certaine autonomie de la femme, laquelle autonomie est favorable à un suivi régulier de la grossesse. Cela est d'ailleurs confirmé par le désavantage du réseau alliance dans lesquels les femmes ne sont dotés d'aucun capital social tant d'un point de vue émotionnel que matériel.

Par ailleurs, il est important de souligner que le réseau de voisinage se démarque par une taille plus petite des membres qui le composent (2,8 personnes en moyenne, médiane=2) même s'il concerne plus de la moitié des femmes enquêtées à Bamako (52%). Bien qu'avantageux et dépassant le cadre conjugal, la petite taille de ce réseau ne nous permet pas de confirmer ou d'infirmer les résultats de nos études, en collaboration avec l'institut National de la statistique de Bamako (INSTAT, 2016 ; Nouhou et al, 2016 ; Sauvain-Dugerdil et al, 2016), qui mettent en exergue une meilleure qualité de vie au sein des grandes familles élargies à d'autres personnes non apparentées au chef de ménage.

Disparités de contextes socioéconomiques et sanitaires comme reflet d'inégalités de capacités de santé.

L'objectif d'identification des moyens d'extension ou de limitation des possibilités ou des libertés réelles de recours aux soins dans le chapitre six (consacré seulement au Mali) a permis de mettre en évidence les rôles respectifs des ressources du contexte et de la capacité individuelle ou collective des individus ou de leurs ménages dans les inégalités de recours aux soins. Autrement dit, les inégalités de santé résultent à la fois des dotations du contexte, des caractéristiques individuelles ou familiales et des spécificités locales en matière de niveau de développement socioéconomique et humain. Ces différents facteurs modulent la capacité des femmes à utiliser les services de santé durant leur grossesse et à l'accouchement. L'effet de ces différents déterminants d'utilisation de services de santé se cumulent et contribuent respectivement à la quasi-totalité (98 %) des inégalités de recours à l'accouchement assisté et aux trois quarts de celles en matière de suivi prénatal. Les ressources du contexte jouent un rôle plus important pour l'accouchement assisté que pour le suivi prénatal et, pour ce dernier, d'autres facteurs non considérés ici joueraient aussi un rôle (qualité de soins, facteurs culturels, etc.). Les inégalités entre les femmes en matière de

recours aux soins résultent non seulement des spécificités du contexte local, mais aussi des inégalités de ressources individuelles humaines, économiques et d'accès à l'information qui modulent la capacité des femmes à utiliser l'offre de services de santé à leurs propres fins, c'est-à-dire vivre leur grossesse dans les conditions qu'elles souhaiteraient.

Le niveau de développement socioéconomiques et humain des communes de résidence apparaissent très déterminantes dans les inégalités de recours aux soins. Les femmes vivant dans des communes plus développées présentent un niveau de réalisation de la santé maternelle plus élevé surtout pour l'accouchement assisté. La concentration des femmes les plus éduquées et des ménages plus aisés dans une commune reflète son niveau de développement socioéconomique, offrant ainsi aux femmes plus de libertés ou possibilités réelles leur permettant de recourir aux soins selon leurs aspirations. Ce résultat de l'effet des capacités collectives à recourir aux soins confirme notre hypothèse 3 et corroborent ainsi d'autres recherches sur le sujet (Babalola et Fatusi, 2009 ; Ononokpono, 2015 ; Stephenson et al., 2006 ; Magadi et al., 2007).

Certes les facteurs de conversion, tant individuels ou familiaux que collectifs sont importants pour accroître la capacité de santé des femmes, mais encore faudrait-il l'existence des ressources socio-sanitaires du contexte (DeGraff et al., 1997 ; Franckel et al, 2008 ; Entwisle et al., 1989 ; Grady et al., 1993). On constate, ici, que les inégalités de recours aux soins, entre les femmes résidant dans différentes communes, proviennent également des disparités communales d'offre de services de santé et aux différences de ressources selon le milieu de résidence et la région. Ainsi, les femmes vivant dans un contexte qui leur offre plus de ressources sont plus susceptibles de recourir aux soins. Les femmes enceintes et surtout parturientes vivant dans des communes rurales sont particulièrement désavantagées en termes de recours aux soins, en ce sens que les localités urbaines concentrent l'essentiel des infrastructures socio-sanitaires et du personnel.

Capacitation individuelle différente selon le contexte.

Presque toutes les études, portant sur l'utilisation des services de santé maternelle, mettent en avant les disparités entre les milieux urbain et rural, sans véritablement chercher à faire ressortir les spécificités propres à chacun d'eux. Il est vrai que le milieu rural affiche un désavantage énorme en matière de recours aux soins par rapport au milieu urbain, ceci quel que soit l'indicateur de santé maternelle considéré ici. Mais il n'en demeure pas moins que des particularités existent entre ces deux milieux. Comme annoncé dans notre hypothèse 4, les effets de l'éducation de la femme (pour la consultation prénatale) et du niveau de vie du ménage (concernant l'accouchement assisté) sur le recours aux soins varient selon la zone de résidence des mères. En milieu rural, la minorité des femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire se démarque par un niveau accru de recours aux soins prénatals alors qu'en milieu urbain le fait simplement d'avoir fréquenté l'école, quel que soit le niveau atteint, est favorable à un meilleur suivi de la grossesse. Comment expliquer que des femmes enceintes ayant des niveaux d'éducation similaires aient des réalisations différentes en termes de consultation prénatale, selon leur zone de résidence ? Les raisons culturelles ou

normatives sont très souvent avancées (Marcel et al., 2015 ; Elenga, 2015 ; Stephenson et al., 2006 ; Magadi et al. 2004 ; Titaley et al., 2010 ; Mrisho et al, 2007 ; Merlo et al., 2005 ; Kyomuhendo, 2003 ; Olivier de Sardan et al., 1997 ; Vangeenderhuysen et al., 1998 ; Olivier de Sardan et al., 1999 ; Rutenberg et Watkins, 1997 ; Andersen, 1995) pour expliquer les réticences à la demande de soins. Si on s'en tient à cela, on serait tenté de dire que les valeurs traditionnelles, plus observées en milieu rural, contribueraient à limiter les libertés réelles des femmes enceintes à recourir aux soins. Dans ce cas, une scolarisation primaire ne serait donc pas suffisante pour permettre aux femmes rurales de se démarquer des normes traditionnelles encore prégnantes dans ce milieu. Ces explications apparaissent plausibles pour expliquer les différentielles de niveaux de fécondité et de contraception entre les zones urbaines et rurales. Mais ce qui apparaît vraisemblable comme explication, en ce qui concerne la santé maternelle, c'est surtout le fait que les soins en milieu rural, un contexte marqué par une inaccessibilité des centres de santé et un niveau de pauvreté beaucoup plus importants, ne sont qu'à la portée d'une minorité de femmes instruites qui se trouvent être aussi parmi les plus aisées (salariés de la fonction publique ou exerçant dans le secteur privé). Dans des contextes ruraux où les centres de santé sont géographiquement inaccessibles aux femmes enceintes, la plupart d'entre elles (notamment celles issues de ménages pauvres) ne ressentiraient pas le besoin d'aller en consultation prénatale sauf pour des cas de maladies graves étant données les barrières géographiques d'accès aux soins. C'est surtout dans de tels cas que la consultation prénatale peut généralement être associée à une fréquence élevée de maladies et aux complications qui surviennent aux cours de la grossesse (Soura, 2009 ; Gabrysch et al., 2011 ; Brown, 2008).

De façon similaire, le niveau de vie du ménage affecte différemment le recours à l'accouchement assisté selon le milieu de résidence. En milieu urbain, les femmes vivant dans les ménages riches et de niveau de vie moyen se distinguent des plus pauvres par une fréquence accrue d'accouchements assistés, tandis qu'en milieu rural, ce ne sont que les plus riches qui se distinguent des autres. Ce qui pose, comme nous l'avons signalé, un problème d'accès des services de santé maternelle plus marqué en milieu rural. En effet, dans la plupart des zones rurales les femmes doivent se déplacer pour être assistée à l'accouchement en raison de l'absence d'un centre de santé. Ce déplacement vers des localités desservies en services de santé, avec tous les coûts directs et indirects que cela peut engendrer, est souvent un luxe qui n'est qu'à la portée d'une minorité plus aisée. Par conséquent les femmes rurales, pauvres ou appartenant à la classe intermédiaire, sont plus touchées par le premier retard dans le traitement des complications (Thaddeus et Maine, 1994) et par préférence adaptative, elles se rabattent généralement vers l'automédication, les traitements traditionnels et recourent aux services des accoucheuses traditionnelles.

Enseignements majeurs et implication politique

De tout ce qui précède, l'enseignement à retenir dans le cadre de cette thèse est que la faible utilisation des services de santé maternelle résulte du déficit de capacités de santé – libertés de recours aux soins selon les aspirations des individus ou de leurs familles- en raison de l'insuffisance des possibilités offertes

par le contexte local mais aussi de la faible capacitation de la femme à mener une grossesse à moindres risques. Ainsi, les inégalités de recours aux soins de santé maternelle ne sont que le reflet des disparités des capacités d'action des femmes en faveur de leur bonne santé, capacités qui se trouvent limitées principalement par la pauvreté chronique des ménages, l'insuffisance des ressources sanitaires conjuguée à un déficit de développement socioéconomique local. Face à une quasi-inexistence de sécurité sociale et un système d'assurance maladie privilégiant les couches sociales les plus nanties, les femmes enceintes et parturientes font appel, dans la mesure du possible, à leur capital social matériel par la mobilisation de leurs ressources relationnelles pour accroître leurs capacités de recourir aux soins. Ces résultats suggèrent de continuer à accorder une attention particulière à la politique de gratuité, déjà en vigueur mais dont la mise en œuvre souffre de certaines insuffisances, en commençant par l'élargir aux accouchements eutociques et aux consultations prénatales. Fort du constat de l'accroissement des inégalités ces dernières années entre catégories socioéconomiques, la politique de gratuité devra être accompagnée d'une offre plus importante de services de santé pour remédier à l'inaccessibilité géographique criarde aux soins.

Perspectives de recherche

L'influence des normes socioculturelles est mise en évidence dans plusieurs recherches pour expliquer le faible niveau de recours aux soins dans nombre de pays en développement. Toutefois, sans remettre en cause l'effet de ces normes variable selon les contextes, il faut souligner que la nécessité des soins en tant que besoins pour la promotion de la santé et la réduction de la mortalité maternelle commence à faire largement au sein de la population. Eu égard au rôle important de la pauvreté conjugué à une offre insuffisante et au déficit de développement socioéconomique local dans le processus de demande de soins maternels, on est tenté de conclure à une influence de plus en plus négligeable des barrières culturelles à l'accès aux soins de santé maternelle. Toutefois, il aurait été intéressant d'aborder ces questions normatives dans le cas du Mali afin de voir dans quelle mesure elles joueraient dans les inégalités de recours aux soins. Une des pistes serait de confronter l'écart entre les préférences des femmes et ce qu'elles pensent de celles de l'entourage sociale (entourage : amie, voisine, belle-mère, conjoint) avec les réalisations effectives. Par exemple dans un contexte où les services de santé sont relativement disponibles, cet exercice permettrait d'appréhender l'influence négative de la société, s'il y en a une, sur les décisions individuelles de recours aux soins. Les recherches futures, à travers notamment une approche qualitative, pourraient prendre en compte cet aspect afin d'appréhender le gap entre les aspirations individuelles en matière de recours aux soins et ce que les femmes perçoivent des aspirations de leur entourage social ainsi que son implication dans la demande de soins.

Nous avons souligné, plus haut, que la pertinence de cette recherche doctorale tient de la prise en compte de l'individu dans son contexte. À cet effet, nous avons examiné les influences de certains aspects contextuels (développement socioéconomique local et la dimension physique de l'offre de services de santé) dans les inégalités individuelles de recours aux soins sans aborder la dimension qualitative de cette offre sanitaire. Dans la plupart des pays en développement, la

composante interpersonnelle de la qualité des services est généralement ignorée par les planificateurs qui de surcroît est la plus résistante au changement plus que la qualité technique (Haddad et Fournier, 1995). Ce facteur n'a pas été observé dans le cadre de cette recherche et qui pourrait faire l'objet d'une autre étude. Au-delà de la qualité normative, les relations interpersonnelles qu'entretiennent les prestataires avec les patients déterminent aussi les perceptions de ces derniers sur la qualité des services offerts, ce qui n'est pas sans influence sur leurs préférences et partant sur la demande de soins (Gross et al., 2012 ; Haddad et al. 1998 ; Dogba et Fournier 2009 ; Bruce, 1990). Les données d'enquêtes classiques (EDS, MICS, etc.) et du recensement ne permettent pas d'examiner cette dimension de l'offre mais dans la dynamique de la volonté d'amélioration de la santé maternelle, il serait indispensable de mettre en place un système de collecte conçu à cet égard. Ainsi, la disponibilité de ces informations, surtout à un niveau agrégé, permettraient aussi d'expliquer les niveaux variables de recours aux soins selon les localités.

Bibliographie

- Aboud, F. E., Singla, D. R. (2012). Challenges to changing health behaviours in developing countries : a critical overview. *Social science medicine*, 75(4), 589-594.
- Addai, I. (2000). Determinants of use of maternal–child health services in rural Ghana. *Journal of Biosocial science*, 32(01), 1-15.
- Adjiwanou, V. (2014). Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain : analyse par modèles d'équations structurelles. *Thèse, Université de Montréal*.
- Aeby, G., De Carlo, I., Widmer, E. (2011) Par-delà l'institution familiale : la diversité des configurations. *Colloque Genève 2011 - Collège Doctoral Paris-Jérusalem*.
- Agyepong, I. A., Nagai, R. A. (2011). “We charge them ; otherwise we cannot run the hospital” front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*, 99(3), 226-233.
- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment : implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS one*, 5(6), e11190.
- Aïach, P., Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du praticien*, 54(20), 2221-2227.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Al-Eissa, Y. A., Ba'Aqeel, H. S. (1994). Risk factors for spontaneous preterm birth in a Saudi population. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 57(1), 19-24.
- Allan, G. (1977). Sibling solidarity. *Journal of Marriage and the Family*, 177-184.
- Allendorf, K. (2010). The Quality of Family Relationships and Use of Maternal Health-care Services in India. *Studies in family planning*, 41(4), 263-276.
- Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 1031-1042.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter ? *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Anderson, R. T., Sorlie, P., Backlund, E., Johnson, N., Kaplan, G. A. (1997). Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology*, 8(1), 42-47.
- Andrew, G., Jennifer, H. (2007). Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models. *Cambridge : Cambridge University Press*, 18, 6-94.

- Andrew, M. K. (2005). Le capital social et la santé des personnes âgées. *Retraite et société*, (3), 131-145.
- Antoine, P., Fall, A. S., Adjamagbo, A., Diagne, A., Moguerou, L., Ndiaye, A. L., Touré, C. T. (2002). Crise, passage à l'âge adulte et devenir de la famille dans les classes moyennes et pauvres à Dakar. <https://www.researchgate.net/publication/259563165>
- Aschenbrenner, J. (1973). Extended families among black Americans. *Journal of Comparative Family Studies*, 257-268.
- Atuyambe, L., Mirembe, F., Tumwesigye, N. M., Annika, J., Kirumira, E. K., Faxelid, E. (2008). Adolescent and adult first time mothers' health seeking practices during pregnancy and early motherhood in Wakiso district, central Uganda. *Reproductive Health*, 5(1), 13.
- Ayad, M., Barrerre, B. (1991). Présentation des enquêtes démographiques et de santé. *Population (french edition)*, 964-975.
- Aye, M. (2001). Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne (*Doctoral dissertation, Université de Montreal*).
- Babalola, S., Fatusi, A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria-looking beyond individual and household factors. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(1), 43.
- Bahr, H. M., Bahr, K. S. (1996). A paradigm of family transcendence. *Journal of Marriage and the Family*, 541-555.
- Balique, H., Ouattara, O., Iknane, A. A. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique*, 13(1), 35-48.
- Balk, D. (1994). Individual and community aspects of women's status and fertility in rural Bangladesh. *Population Studies*, 48(1), 21-45.
- Balk, D. (1997). Defying gender norms in rural Bangladesh : A social demographic analysis. *Population studies*, 51(2), 153-172.
- Banque Africaine de Développement (2011). The Middle of the Pyramid : Dynamics of the Middle Class in Africa. *African Development Bank Market Brief*, 20.
- Basu, A. M. (1990). Cultural influences on health care use : two regional groups in India. *Studies in Family Planning*, 21(5), 275-286.
- Baudassé, T., Montalieu, T. (2007). L'hypothèse du capital social une application à la finance et au développement. *Revue Tiers Monde*, (2), 417-434.
- Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J., Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents : patterns, prevention, and potential. *The lancet*, 369(9568), 1220-1231.

- Becher, H., Müller, O., Jahn, A., Gbangou, A., Kynast-Wolf, G., Kouyaté, B. (2004). Risk factors of infant and child mortality in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(4), 265-273.
- Beck, L., Ajzen, I. (1991). Predicting dishonest actions using the theory of planned behavior. *Journal of research in personality*, 25(3), 285-301.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs*, 2(4), 409-419.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., Kirscht, J. P. (1972). Motivations as predictors of health behavior. *Health services reports*, 87(9), 852.
- Beninguisse, G., Eloundou-Enyegue, P., mbono, p. N., Tchouala, P. T. (2013). Les tendances de la mortalité des enfants selon le statut socio-économique en Afrique subsaharienne : effet de composition ou de performance ? Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques : *Actes de la Chaire Quetelet*, 2010, 235.
- Bergsjø P. (2001). What is the évidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity ? *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 35-54.
- Bergström, S., Goodburn, E. (2001). Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle. *Studies in Health Services Organisation and Policy* ; 18, 77-95.
- Béridogo, B. (1997). Processus de décentralisation au Mali et couches sociales marginalisées. *Bulletin de l'APAD*, (14).
- Berkman, L. F., Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality : a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Berscheid, E. (1996). The " paradigm of family transcendence » : Not a paradigm, questionably transcendent, but valuable, nonetheless. *Journal of Marriage and Family*, 58(3), 556-564.
- Berthe, A., Maguiraga, F., Traoré, L., Mugisho, E., Drabo, M., Traoré, A. K., ... Huygens, P. (2009). Approche socioanthropologique de la tuberculose à Mopti (Mali) : représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 19(2), 87-93.
- Bertrand, M. (1999). Décentralisation et culture politique locale au Mali : de la réforme territoriale au cas de Bamako. *AUTREPART-BONDY PARIS*-, 23-40.
- Bethune, C. (2009). L'improvisation comme processus d'individuation. *Critical Studies in Improvisation/Études critiques en improvisation*, 5(1).
- Betrán, A. P., Wojdyla, D., Posner, S. F., Gülmezoglu, A. M. (2005). National estimates for maternal mortality : an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*, 5(1), 1.

- Bhatia, J. C., Cleland, J. (1995). Determinants of maternal care in a region of South India. *Health transition review*, 127-142.
- Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Hasan, B. S., Haws, R. A. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries : a review of the evidence. *Pediatrics*, 115(Supplement 2), 519-617.
- Bianchi, S. M., Robinson, J. (1997). What did you do today ? Children's use of time, family composition, and the acquisition of social capital. *Journal of Marriage and the Family*, 332-344.
- Bidou, J. E., Droy, I. Les inégalités intrafamiliales, une source de tension dans les sociétés rurales : exemples en Afrique de l'Ouest.
- Blaise, P., Kegels, G., Van Lerberghe, W. (1997). *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali*. ITGPress.
- Bloom, S. S., Lippeveld, T., Wypij, D. (1999). Does antenatal care make a difference to safe delivery ? A study in urban Uttar Pradesh, India. *Health policy and planning*, 14(1), 38-48.
- Bloom, S. S., Wypij, D., Gupta, M. D. (2001). Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north Indian city. *Demography*, 38(1), 67-78.
- Bongaarts, J., Watkins, S. C. (1996). Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and development review*, 639-682.
- Bongaarts, J., Burch, T., Wachter, K. W. (1987). Family demography : methods and their application. *Clarendon*.
- Bonvalet, C. (2003). La famille-entourage locale. *Population*, 58(1), 9-43.
- Bonvalet, C., Lelièvre, É. (1995). Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial. *Sociologie et sociétés*, 27(2), 177-190.
- Bonvalet, C., Maison, D. (2001). La famille-entourage : un mode de fonctionnement en réseau ? Famille, Parenté et réseaux en Occident, XVIIe-XXe siècles. *Mélanges offerts à Alfred Perrenoud, Genève : Société d'histoire et d'archéologie de Genève*.
- Bonvin J.-M. et Farvaque N. (2008). Amartya Sen, Une politique de la liberté. Paris : *Michalon*.
- Bonvin, J. M., Rosenstein, É. (2010). Transformation des régimes de protection sociale : le cas de la Suisse. *Florence Degavre, Donatienne Desmette, Éric Mangez, Marthe Nyssens et Pierre Reman (Éds), Transformations et innovation économiques et sociales en Europe : quelles sorties de crise*, 19-33.
- Bonvin, J. M., Rosenstein, E. (2011). L'approche par les capacités comme outil d'évaluation des politiques sociales, Repenser les droits sociaux à partir de l'idée de justice. *Conférence dans le cadre de la Journée Charles Gide Justice et économie : doctrines anciennes et nouvelles théories, Toulouse*.

- Booth, A. (1972). Sex and social participation. *American Sociological Review*, 183-193.
- Bott, E. (1955). Urban families : conjugal roles and social networks. *Human relations*, 8(4), 345-384.
- Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R., Deveau, K. (2006). Capital social, santé et minorités francophones. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, S17-S21.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(1), 2-3.
- Bouvier-Colle, M. H., Ouedraogo, C., Dumont, A., Vangeenderhuysen, C., Salanave, B., Decam, C. (2001). Maternal mortality in West Africa. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 80(2), 113-119.
- Bozon, M., et Hertrich, V. (2004). Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine. A. Guillaume et M. Khat, ed. *Santé de la reproduction au temps du sida en Afrique*, Paris, France : CEPED, 35-53.
- Brown, C. A., Sohani, S. B., Khan, K., Lilford, R., Mukhwana, W. (2008). Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 2.
- Brown, C. A., Sohani, S. B., Khan, K., Lilford, R., Mukhwana, W. (2008). Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 2.
- Brown, S. L., Manning, W. D. (2009). Family boundary ambiguity and the measurement of family structure : The significance of cohabitation. *Demography*, 46(1), 85-101.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care : a simple framework. *Studies in family planning*, 21(2), 61-91.
- Brunet-Jaillly, J. (1990). La pharmacie populaire du Mali dans le contexte de l'initiative de Bamako.
- Buckshee, K. (1997). Impact of roles of women on health in India. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 58(1), 35-42.
- Bucagu, M., Kagubare, J. M., Basinga, P., Ngabo, F., Timmons, B. K., Lee, A. C. (2012). Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000–2010: a systematic review. *Reproductive health matters*, 20(39), 50-61.
- Bühler, C., Fraczak, E. (2007). Learning from others and receiving support: The impact of personal networks on fertility intentions in Poland. *European Societies*, 9(3), 359-382.
- Bühler, C., Philipov, D. (2005). Social capital related to fertility: Theoretical foundations and empirical evidence from Bulgaria. *Vienna yearbook of population research*, 53-81.

- Burgard, S. (2004). Race and pregnancy-related care in Brazil and South Africa. *Social science medicine*, 59(6), 1127-1146.
- Burger, E., Milardo, R. M. (1995). Exploratory study marital interdependence and social networks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 403-415.
- Burt, R. S. (2002). The social capital of structural holes. *The new economic sociology : Developments in an emerging field*, 148-190.
- Burt, R. S. (2004). Structural holes and good ideas. *American journal of sociology*, 110(2), 349-399.
- Caldwell, J. C. (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and development review*, 171-220.
- Caldwell, J. C. (1990). Cultural and social factors influencing mortality levels in developing countries. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 510(1), 44-59.
- Calvès, A. E., Marcoux, R. (2007). Présentation : Les processus d'individualisation « à l'africaine ». *Sociologie et sociétés*, 39(2), 5-18.
- Canning, D., Raja, S., Yazbeck, A. S. (Eds.). (2015). *Africa's demographic transition: dividend or disaster?*. World Bank Publications.
- Carbonaro, W. J. (1998). A little help from my friend's parents : Intergenerational closure and educational outcomes. *Sociology of education*, 295-313.
- Carley, K. M. (2001). Learning and using new ideas : A sociocognitive perspective. *Diffusion processes and fertility transition : Selected perspectives*, 179-207.
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., ... WHO Antenatal Care Trial Research Group. (2001). WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*, 357(9268), 1565-1570.
- Casterline, J. B., National Research Council (US) Committee on Population. (2001). *Diffusion processes and fertility transition : Introduction*.
- Casterline, J. B., Sathar, Z. A., Haque, M. (2001). Obstacles to contraceptive use in Pakistan : A study in Punjab. *Studies in family planning*, 32(2), 95-110.
- Chacko, E. (2001). Women's use of contraception in rural India : a village-level study. *Health place*, 7(3), 197-208.
- Chaix, B., Merlo, J., Chauvin, P. (2005). Comparison of a spatial approach with the multilevel approach for investigating place effects on health : the example of healthcare utilisation in France. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), 517-526.
- Chakraborty, R., Chakraborti, C. (2015). India, Health Inequities, and a Fair Healthcare Provision : A Perspective from Health Capability. *Journal of Human Development and Capabilities*, 16(4), 567-580.

- Chapman, R. R. (2003). Endangering safe motherhood in Mozambique : prénatal care as pregnancy risk. *Social science medicine*, 57(2), 355-374.
- Chauvin, B. C. P. (2002). L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature.
- Cherlin, A. J., Furstenberg Jr, F. F. (1994). Stepfamilies in the United States : A reconsideration. *Annual review of sociology*, 20(1), 359-381.
- Cicirelli, V. G. (1994). Sibling relationships in cross-cultural perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 7-20.
- Cissé S. et Coulibaly Y. S. (2012). Résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitat de 2009 : Mortalité au Mali, 70 p. <http://www.instat-mali.org/index.php/2014-06-05-15-00-18/2014-10-23-11-38-30/demographie>
- Coale A. J. (1973), "La transition démographique reconsidérée", in LERIDON H. (eds), Les théories de la fécondité, Paris : INED, Chapitre 7, pp. 155-172.
- Coleman, J. S. (1990). Commentary : Social institutions and social theory. *American Sociological Review*, 55(3), 333-339.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
- Congdon, P. (1995). The impact of area context on long term illness and premature mortality : an illustration of multi-level analysis. *Regional Studies*, 29(4), 327-344.
- Coria-Soto, I. L., Bobadilla, J. L., Notzon, F. (1996). The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low birth weight due to preterm delivery. *International Journal for Quality in Health care* 8 : 13-20
- Coulibaly, I., Keita, B., Kuepie, M. (2008). Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique. *Actes des colloques de l'AIDELF*, 223-40.
- Courgeau, D. (2004). Du groupe à l'individu : synthèse multiniveau. *Ined*.
- Daniels, P., Noe, G. F., Mayberry, R. (2006). Barriers to prénatal care among Black women of low socioeconomic status. *American Journal of Health Behavior*, 30(2), 188-198.
- De Broe, S. (2005). Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(3), 199-205.
- De Brouwere, V., Van Lerberghe, W. (2001). Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 18.
- De Brouwere, V., Tonglet, R., Van Lerberghe, W. (1997). La "maternité sans risque" dans les pays en développement : les leçons de l'histoire. *ITG Press*.

- De Carlo, I., Widmer, E. D. (2011). The fabric of trust in families : inherited or achieved ? *In Families and Kinship in Contemporary Europe* (pp. 216-233). Palgrave Macmillan UK.
- De Carlo, I., Aeby, G., Widmer, E. (2014). La variété des configurations familiales apres une recomposition : choix et contraintes. *Revue suisse de sociologie*, 40(1), 9-27.
- Delaunay, V., Guillaume, A. (2007). Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne. *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant*, 215-267.
- De Oliveira, M. C. (1992). Family change and family process : implications for research in developing countries. *In Berquó, E., Xenos, P. (Eds.). (1992). Family systems and cultural change. Clarendon : 15 :30.*
- De Saint Pol, T., Denev, A., Monso, O. (2004). Ménage et chef de ménage : deux notions bien ancrées. *Travail, genre et sociétés*, (1), 63-78.
- DeGraff, D. S., Bilsborrow, R. E., Guilkey, D. K. (1997). Community-level determinants of contraceptive use in the Philippines : a structural analysis. *Demography*, 34(3), 385-398.
- DeLongis, A., Capreol, M., Holtzman, S., O'brien, T., Campbell, J. (2004). Social support and social strain among husbands and wives : a multilevel analysis. *Journal of family psychology*, 18(3), 470.
- Desai, S., Andrist, L. (2010). Gender scripts and age at marriage in India. *Demography*, 47(3), 667-687.
- Desai, Sonalde and Kiersten Johnson. (2005). Women's Decisionmaking and Child Health : Familial and Social Hierarchies, *in S. Kishor (ed.) A Focus on Gender : Collected Papers on Gender Using DHS Data. Calverton : MD : ORC Macro*, pp. 55-68.
- Dharmalingam, A., Navaneetham, K., Krishnakumar, C. S. (2010). Nutritional status of mothers and low birth weight in India. *Maternal and child health journal*, 14(2), 290-298.
- Diakité B.D., Diarra T., Traore S. (1993). Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni. In : BRUNET-JAILLY JOSEPH (ED.). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain*. Paris (FRA) ; Paris : Karthala ; ORSTOM, 155-175. (Hommes et Sociétés). Sciences Sociales de la Santé en Afrique de l'Ouest : Colloque, Bamako (MAL), 1991/07. ISBN 2-86537-419-X. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/37866.pdf
- Diarra T. (1993). Représentations et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni. In : BRUNET-JAILLY JOSEPH (ED.). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain*. Paris (FRA) ; Paris : Karthala ; ORSTOM, 177-191. (Hommes et Sociétés). Sciences Sociales de la Santé en Afrique de l'Ouest : Colloque, Bamako

(MAL), 1991/07. ISBN 2-86537-419-X.
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_03_03/37867.pdf

- Dieng, A. (2014). *Capital social, configurations familiales et statut d'activité en Afrique subsaharienne : quels liens et quelles implications économiques et sociales pour les femmes Sénégalaises?* (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American journal of public health, 91*(11), 1783-1789.
- Diez-Roux, A. V. (1998). Bringing context back into epidemiology : variables and fallacies in multilevel analysis. *American journal of public health, 88*(2), 216-222.
- Dogba, M., Fournier, P. (2009). Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries : a systematic review of the literature. *Human resources for health, 7*(1), 1.
- Douptcheva, N., Hill, A. G. (2014). Functionings and Capabilities as Tools for Explaining Differences in Self-Assessed Health: The Case of Women's Health in Accra, Ghana. *Etude de la Population Africaine, 28*(2), 744.
- Dressler, W. W., Oths, K. S., Gravlee, C. C. (2005). Race and ethnicity in public health research : models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology, 34*.
- Dugas, M. (2011). Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales. *Médecine tropicale, 71*(6), 526-528.
- Duncan, C., Jones, K., Moon, G. (1998). Context, composition and heterogeneity : using multilevel models in health research. *Social science medicine, 46*(1), 97-117.
- Duong, D. V., Binns, C. W., Lee, A. H. (2004). Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam. *Social Science Medicine, 59*(12), 2585-2595.
- Dzewaltowski, D. A., Estabrooks, P. A., Johnston, J. A. (2002). Healthy youth places promoting nutrition and physical activity. *Health Education Research, 17*(5), 541-551.
- Elenga, D. (2015). LES RITES SOCIAUX CHEZ LES BABOLE-DIOSO DU NORD DU CONGO-BRAZZAVILLE. Sciences Humaines, (1).
<http://publication.lecames.org/index.php/hum/article/viewFile/329/214>
- EI-Khoury, M., Hatt, L., Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections : an analysis of patient survey data in Mali. *International journal for equity in health, 11*(1), 1.
- Elo, I. T. (1992). Utilization of maternal health-care services in Peru : the role of women's education. *Health transition review, 49*-69.

- Eloundou-Enyegue P. M. et Giroux S. C. (2010), Comprendre le changement social : apport des méthodes de décomposition, *Panel UIESP sur le Renforcement de la Formation Démographique en Afrique Francophone*, 74 pages.
- Eloundou-Enyegue, P., Kandiwa, V. (2007). Évolution de la concentration du confiage en Afrique : l'exemple du Ghana et de la Zambie. *Sociologie et sociétés*, 39(2), 101-118.
- Entwisle, B., Mason, W. M. (1985). Multilevel effects of socioeconomic development and family planning programs on children ever born. *American journal of Sociology*, 91(3), 616-649.
- Entwisle, B., Casterline, J. B., Sayed, H. A. (1989). Villages as contexts for contraceptive behavior in rural Egypt. *American Sociological Review*, 1019-1034.
- Erci, B. (2003). Barriers to utilization of prénatal care services in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 269-273.
- Fafchamps, M., Minten, B. (2007). Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies*, 16(3), 485-518.
- Fassin, D., Grandjean, H., Kaminski, M., Lang, T., Leclerc, A. (2000). Introduction. Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé. In *Les inégalités sociales de santé* (pp. 13-24). La Découverte.
- Favre, A. (2009, réédition). Moi, Adeline, accoucheuse. Mémoire vivantes sous la direction de Bernard Crettaz et Jean-Claude Pont, *Editions Monographic SA, Sierre*.
- Félix, J. (1996). L'élaboration de la politique de décentralisation au Mali : des logiques plurielles. *Bulletin de l'APAD*, (11).
- Fikree, F. F., Pasha, O. (2004). Role of gender in health disparity : the South Asian context. *BMJ : British Medical Journal*, 328(7443), 823.
- Fosu, G. B. (1994). Childhood morbidity and health services utilization : cross-national comparisons of user-related factors from DHS data. *Social science medicine*, 38(9), 1209-1220.
- Fotso, J. C., Ezeh, A. C., Essendi, H. (2009). Maternal health in resource-poor urban settings : how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services ? *Reproductive Health*, 6(1), 1.
- Fournier, P., Tourigny, C., LaBossière, F. (2009a). Évaluation des processus et des effets d'un programme de référence-évacuation des urgences obstétricales au Mali. *Approches et pratiques en évaluation de programme. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, QC, CA, 2009*. <https://hdl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/40272>
- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Dunkley, G., Dramé, S. (2009b). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(1), 30-38.

- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Philibert, A., Coulibaly, A., Traore, M. (2014). The free caesareans policy in low-income settings : an interrupted time series analysis in Mali (2003–2012). *PloS one*, 9(8), e105130.
- Franckel, A., Arcens, F., Lalou, R. (2008). Contexte villageois et recours aux soins dans la région de Fatick au Sénégal. *Population*, 63(3), 531-553.
- Furstenberg, F. F., Kaplan, S. B. (2004). Social capital and the family. *The Blackwell companion to the sociology of families*, 218-232.
- Furuta, M., Salway, S. (2006). Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal. *International family planning perspectives*, 17-27.
- Gabrysch, S., Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk : literature review of the determinants of delivery service use. *BMC pregnancy and childbirth*, 9(1), 34.
- Gabrysch, S., Cousens, S., Cox, J., Campbell, O. M. (2011). The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia : a study of linked national data in a geographic information system. *PLoS Med*, 8(1), e1000394.
- Gage A. J., (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali, *Social Science Medicine*, 65(8) :1666–1682.
- Gage, A. J., Guirlène Calixte, M. (2006). Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Population studies*, 60(3), 271-288.
- Garenne, M., Zwang, J. 2004. Social change and premarital fertility in Madagascar. *Southern African Journal of Demography*, 27-48.
- Garenne, M., Mbaye, K., Bah, M. D., Correa, P. (1997). Risk factors for maternal mortality : a case-control study in Dakar hospitals (Senegal). *African Journal of Reproductive Health*, 14-24.
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Oranga, H., Ouendo, M. (2001). Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries. *Health policy*, 58(1), 37-67.
- Girardin Keciour, M. (2017). Les configurations familiales aux dernières étapes de la vie (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- Girardin, M., Widmer, E. D. (2015). Lay definitions of family and social capital in later life. *Personal Relationships*, 22(4), 712-737.
- Glei, D. A., Goldman, N., Rodríguez, G. (2003). Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala : does obstetrical need matter ? *Social science medicine*, 57(12), 2447-2463.
- Goetting, A. (1986). The developmental tasks of siblingship over the life cycle. *Journal of Marriage and the Family*, 703-714.
- Goode, William, 2003, 'Family changes over the long term : A sociological commentary', *Journal of Family History*, 28 (1) : 15-30.

- Gould, R. V. (1989). Power and social structure in community elites. *Social Forces*, 68(2), 531-552.
- Grady, W. R., Klepinger, D. H., Billy, J. O. (1993). The influence of community characteristics on the practice of effective contraception. *Family planning perspectives*, 4-11.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Grimes, D. A., Gross, G. K. (1981). Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older. *Obstetrics Gynecology*, 58(5), 614-620.
- Gross, K., Alba, S., Glass, T. R., Schellenberg, J. A., Obrist, B. (2012). Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 16.
- Haddad, S., Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social science medicine*, 40(6), 743-753.
- Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N., Yatara, F. (1998). What does quality mean to lay people ? Community perceptions of primary health care services in Guinea. *Social science medicine*, 47(3), 381-394.
- Hertrich, V. (2006). La polygamie : persistance ou recomposition ? Le cas d'une population rurale du Mali. *Cahiers québécois de démographie*, 35(2), 39-69.
- Hertrich, V., Keïta, S. (2003). Questions de population au Mali. *Le Figuier* : UNFPA.
- Hertrich, V., Lesclingand, M. (2003). Jeunesse et passage à l'âge adulte chez les Bwa du Mali. *Questions de population au Mali*, edited by Véronique Hertrich and Seydou Keïta, 251-281.
- Hertrich, V., et Lesclingand, M. (2001, August). Entrée dans l'âge adulte en milieu rural africain : vers une convergence des trajectoires masculines et féminines ? Le cas des Bwa du Mali. In *XXIV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population*, Salvador, Brazil (pp. 18-24).
- Hewett, P. C., Montgomery, M. (2001). *Poverty and public services in developing-country cities* (Vol. 154). New York : Population Council.
- Hlavac, Marek (2015). stargazer : Well-Formatted Regression and Summary Statistics Tables. R package version 5.2. <http://CRAN.R-project.org/package=stargazer>
- Hofferth, S. L., Boisjoly, J., Duncan, G. J. (1998). Parents' extrafamilial resources and children's school attainment. *Sociology of education*, 246-268.
- Högberg, U., Wall, S., Broström, G. (1986). The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 24(4), 251-261.

- Hornik, R., McAnany E. (2001). Mass Media and Fertility Change. *Diffusion processes and fertility transition : Selected perspectives*, 208-239.
- Hosegood, V., Timaeus, I. M. (2005). Household composition and dynamics in KwaZulu Natal, South Africa : mirroring social reality in longitudinal data collection. *African households. Census data. New York : ME Sharpe*, 58-77.
- Hosegood, V., Benzler, J., Solarsh, G. C. (2005). Population mobility and household dynamics in rural South Africa : implications for demographic and health research. *Southern African Journal of Demography*, 43-68.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). *Social relationships and health. Science*, 241(4865), 540.
- Hoyt, D. R., Babchuk, N. (1983). Adult kinship networks : The selective formation of intimate ties with kin. *Social forces*, 84-101.
- ICF International, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com>. November 7 2016
- INSTAT (2013). Rapport annuel passages 1 – 4 (Avril 2011 - Mars 2012) : Consommation pauvreté bien-être des ménages <http://www.instat-mali.org/index.php/publications/2014-10-23-11-38-30/enquete-modulaire-et-permanente-aupres-des-menages>
- INSTAT (2016), Rapport d'analyse du premier passage <http://www.instat-mali.org/index.php/publications/2014-10-23-11-38-30/enquete-modulaire-et-permanente-aupres-des-menages>
- INSTAT (2012), Ménages et caractéristiques de l'habitat au Mali. Analyse des résultats définitifs du quatrième recensement général de la population et de l'habitat du Mali (rgph-2009). URL : http://www.instat-mali.org/contenu/rgph/rahab09_rgph.pdf.
- Jahn A De Brouwere V. 2001. Referral in pregnancy and childbirth : Concepts and strategies. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 229-246.
- Johnson, M. P., Leslie, L. (1982). Couple involvement and network structure : A test of the dyadic withdrawal hypothesis. *Social psychology quarterly*, 34-43.
- Kaggwa, E. B., Diop, N., Storey, J. D. (2008). The role of individual and community normative factors : a multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali. *International family planning perspectives*, 79-88.
- Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., Neema, S. (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *The international journal of health planning and management*, 19(S1), S133-S153.
- Kalmijn, M., van Groenou, M. B. (2005). Differential effects of divorce on social integration. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(4), 455-476.

- Kamiya, Y. (2011). Women's autonomy and reproductive health care utilisation : Empirical evidence from Tajikistan. *Health Policy*, 102(2), 304-313.
- Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Leonard Syme, S., Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease : *prospective evidence from eastern Finland*. *American Journal of Epidemiology*, 128(2), 370-380.
- Kapoor, S. K., Reddaiah, V. P., Lobo, J. (1985). Antenatal care and perinatal mortality. *Indian journal of pediatrics*, 52(2), 159-162.
- Kassibo, B. (1997). La décentralisation au Mali : état des lieux. *Bulletin de l'APAD*, (14).
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology Community Health*, 56(9), 647-652.
- Kawachi, I., Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health : a contextual analysis. *American journal of public health*, 89(8), 1187-1193.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491-1498.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovannucci, E., Stampfer, M. J., Willett, W. C. (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology Community Health*, 50(3), 245-251.
- Keïta, S., Konaté, F. O. (2003). Le Mali et sa population. Questions de population au Mali, 11-48. In Hertrich, V., Keïta, S. (2003). Questions de population au Mali. Le Figuier : UNFPA.
- Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Villar, J. (1998). Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often ? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12(s2), 7-26.
- Kobiané, J. F. (1999). Pauvreté, structures familiales et stratégies éducatives à Ouagadougou. *Communication au Séminaire International CICRED «Stratégies éducatives, familles et dynamiques démographiques»*.
- Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M. K., Anwar, I., ... Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, 368(9544), 1377-1386.
- Kohler, H. P., Behrman, J. R., Watkins, S. C. (2001). The density of social networks and fertility decisions : Evidence from South Nyanza District, Kenya. *Demography*, 38(1), 43-58.

- Kohli, M. (2007). The institutionalization of the life course : Looking back to look ahead. *Research in human development*, 4(3-4), 253-271.
- Konate, M. K., Kanté, B., Djènèpo, F. (2003). Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaires au mali étude de cas en milieu urbain et rural. *Document préliminaire préparé pour le projet RUIG/UNRISD*. http://rui-gian.org/ressources/comelieu-sante_Mali-Konate-Kant-Djenepo.pdf
- Konje, J. C., Ladipo, O. A. (2000). Nutrition and obstructed labor. *The American journal of clinical nutrition*, 72(1), 291s-297s.
- Kriel A., Sara Randall, Ernestina Coast, B. de Clercq (2014) From Design to Practice : How can large-scale household surveys better represent the complexities of the social units under investigation ? *African Population Studies* 28(3) 1309-1323 DOI : <http://dx.doi.org/10.11564/0-0-618>
- Kruk, M. E., Paczkowski, M., Mbaruku, G., de Pinho, H., Galea, S. (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania : a population-based discrete choice experiment. *American journal of public health*, 99(9), 1666-1672.
- Kuhn, M. H. (1964). The référence group reconsidered. *The Sociological Quarterly*, 5(1), 5-19.
- Kuklina, E. V., Meikle, S. F., Jamieson, D. J., Whiteman, M. K., Barfield, W. D., Hillis, S. D., Posner, S. F. (2009). Severe obstetric morbidity in the United States : 1998–2005. *Obstetrics and gynecology*, 113(2 Pt 1), 293.
- Kumbasar, E., Rommey, A. K., Batchelder, W. H. (1994). Systematic biases in social perception. *American journal of sociology*, 100(2), 477-505.
- Kyomuhendo, G. B. (2003). Low use of rural maternity services in Uganda : impact of women's status, traditional beliefs and limited resources. *Reproductive health matters*, 11(21), 16-26.
- Lachaud, J. P. (2001). Dynamique de pauvreté et inégalité de la mortalité des enfants au Burkina Faso. *Documents de travail*, (66).
- Lacombe, B., Lamy, M. J. (1989). Le ménage et la famille restreinte, illusion méthodologique de la statistique et de la démographie d'enquête. *Cahiers des sciences humaines*, 25(3), 407-414.
- Lange, M. F., Pilon, M. (2000). La persistance des inégalités d'accès à l'instruction. *M. Bozon, Rapport de genre et question de population*. Document IRD. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_57-58/010024188.pdf
- Languille, S. (2010). Mali : la politique de décentralisation à l'heure de l' « Agenda de Paris » pour l'efficacité de l'aide. *Politique africaine*, (4), 129-152.
- Lapierre-Adamcyk, E., Le Bourdais, C., Martin, V. (2009). Familles et réseau familial extra-résidentiel : une réflexion sur les limites de la définition statistique de la famille. *Cahiers québécois de démographie*, 38(1), 5-39.

- Laurence Touré, Valéry Ridde et Ludovic Queuille (2014), Evaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé au Burkina Faso, Mali et Sénégal. *Rapport Mali, Version définitive*, 44 p.
- Le Bourdais, C., Desrosiers, H., Gaulin, B. (1991). Étude de la dynamique familiale : problèmes de définition des concepts et des outils de mesure. *Institut national de la recherche scientifique-Urbanisation*.
- Le Pape, M., Pilon, M. (1997). L'évolution des formes domestiques en temps de crise (situations africaines). *Communication à l'atelier ménages et crise*.
- Lefranc, C. (1997). Des difficultés et de l'intérêt de la statistique des ménages. Des difficultés et de l'intérêt de la statistique des ménages. 53, 55. http://www.dial.prd.fr/dial_publications/STATECO/pdf/87.pdf#page=61
- LeGrand, T. K., Mbacké, C. S. (1993). Teenage pregnancy and child health in the urban Sahel. *Studies in family planning*, 137-149.
- Lelièvre, E., Vivier, G. (2001). Évaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif. L'enquête Biographies et entourage. *Population (french edition)*, 1043-1073.
- Lesthaege, R. et Vanderhoeft, C. (1999), "Conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportement", *Actes de la Chaire Quetelet 1997, Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie, Louvain-la-Neuve*, pp. 279-306.
- Lesthaeghe, R. (2009). Long-term spatial continuities in demographic innovations : Insights from the Belgian example, 1846-2000. Unpublished Draft (May 1, 2009), accessed on : sdt.psc.isr.umich.edu/pubs/presentations/Belgium_May2009.pdf.
- Lesthaeghe, R., Vanderhoeft, C. (2001). Ready, willing and able : a conceptualization of transitions to new behavioral forms. *Diffusion processes and fertility transition : selected perspectives*, 240-264.
- Letonturier, É. (2006). Jeu, réseau et civilisation. *L'Année sociologique*, 56(1), 67-82.
- Lévesque, M., White, D. (2001). Capital social, capital humain et sortie de l'aide sociale pour des prestataires de longue durée. *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 167-192.
- Levin, I. (1993). Family as mapped realities. *Journal of Family issues*, 14(1), 82-91.
- Levin, I., Trost, J. (1992). Understanding the concept of family. *Family Relations*, 348-351.
- Li, J. (2004). Gender inequality, family planning, and maternal and child care in a rural Chinese county. *Social Science Medicine*, 59(4), 695-708.
- Locoh T., Mouvagha-Sow, M. (2005). Vers de nouveaux modèles familiaux en Afrique de l'Ouest. *XXVè Congrès international de la population, Tours*.

- Lollivier, Stéfan, and Daniel Verger. (1998). "Pauvreté d'existence, monétaire ou subjective sont distinctes." *Économie et statistique* 308.1 : 113-142.
- Loury, G. (1977). A dynamic theory of racial income differences. *Women, minorities, and employment discrimination*, 153, 86-153.
- Lund, L. K., Vik, T., Lydersen, S., Løhaugen, G. C., Skranes, J., Brubakk, A. M., Indredavik, M. S. (2012). Mental health, quality of life and social relations in young adults born with low birth weight. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 146.
- Magadi, M. A., Agwanda, A. O., Obare, F. O. (2007). A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa : Évidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Social science medicine*, 64(6), 1311-1325.
- Magadi, M. A., Madise, N. J., Rodrigues, R. N. (2000). Frequency and timing of antenatal care in Kenya : explaining the variations between women of different communities. *Social science medicine*, 51(4), 551-561.
- Magadi, M., Diamond, I., Madise, N. (2001). Analysis of factors associated with maternal mortality in Kenyan hospitals. *Journal of biosocial science*, 33(03), 375-389.
- Magadi, M., Diamond, I., Madise, N., Smith, P. (2004). Pathways of the determinants of unfavourable birth outcomes in Kenya. *Journal of Biosocial Science*, 36(02), 153-176.
- Maiga, Z., Nafo, T. F., El Abassi, A. (1999). La réforme du secteur santé au Mali. *Anvers (Belgique)*, ITG Press.
- Manda, S. O. M. (1998). Unobserved family and community effects on infant mortality in Malawi. *Genus*, 143-164.
- Marcel, Y. B., Justine, E. P., Florentine, A. A. (2015). Les logiques socioculturelles des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'denian (cote d'ivoire). *European Scientific Journal*, 11(32).
- Marie, A. (éd.) (1997), L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine. Paris, Karthala.
- Marsden, P. V. (1990). Network data and measurement. *Annual review of sociology*, 16(1), 435-463.
- Marston, C., Cleland, J. (2003). Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child ? An assessment in five developing countries. *Population studies*, 57(1), 77-93.
- Matteson, D. W., Burr, J. A., Marshall, J. R. (1998). Infant mortality : a multi-level analysis of individual and community risk factors. *Social Science Medicine*, 47(11), 1841-1854.
- Matthews, Z., Mahendra, S., Kilaru, A., Ganapathy, S. (2001). Antenatal care, care-seeking and morbidity in rural Karnataka, India : results of a prospective study. *Asia Pacific Population Journal*, 16(2), 11-28.

- Mayor, S. (2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ : British Medical Journal*, 328(7449), 1152.
- Mbonye, A. K., Neema, S., Magnussen, P. (2006). Preventing malaria in pregnancy : a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health policy and planning*, 21(1), 17-26. <https://academic.oup.com/heapol/article/21/1/17/746912/Preventing-malaria-in-pregnancy-a-study-of>
- McCarthy, J., Maine, D. (1992). A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in family planning*, 23(1), 23-33.
- McCaw-Binns, A., Greenwood, R., Ashley, D., Golding, J. (1994). Antenatal and perinatal care in Jamaica : do they reduce perinatal death rates ? *Paediatric and perinatal epidemiology*, 8(s1), 86-97.
- McCaw-Binns, A., La Grenade, J., Ashley, D. (1995). Under-users of antenatal care : a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. *Social science medicine*, 40(7), 1003-1012.
- McDonagh, M. (1996). Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality ? *Health policy and planning*, 11(1), 1-15.
- McDonald, P. (1992). Convergence or compromise in historical family change ? *In Berquó, E., Xenos, P. (Eds.). (1992). Family systems and cultural change*. Clarendon : 15 :30
- McCulloch, A. (2001). Social environments and health : cross sectional national survey. *Bmj*, 323(7306), 208-209.
- McKenzie, K., Whitley, R., Weich, S. (2002). *Social capital and mental health*.
- McKinlay, J. B. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services--an overview. *Journal of health and social behavior*, 115-152.
- McNeal, R. B. (1999). Parental involvement as social capital : Differential effectiveness on science achievement, truancy, and dropping out. *Social forces*, 78(1), 117-144.
- Mekonnen, Y., Mekonnen, A. (2003). Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. *Journal of health, population and nutrition*, 374-382.
- Mesko, N., Osrin, D., Tamang, S., Shrestha, B. P., Manandhar, D. S., Manandhar, M., ... Anthony, M. D. L. (2003). Care for perinatal illness in rural Nepal : a descriptive study with cross-sectional and qualitative components. *BMC International health and human rights*, 3(1), 3.
- Meslé, F., Vallin, J. (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives. *Démographie : analyse et synthèse III Les déterminants de la mortalité*, Paris, INED, 439-461.
- Morel, M. F. (2018). Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et sociétés*, (1), 193-199.

- Vallin, J., Meslé, F. (2013). De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale. *Ralentissements, Résistances et Ruptures dans les Transitions Démographiques (Coll. Actes de la Chaire Quetelet 2010)*. Leuven, Belgium : Presses Universitaires de Louvain, 257-290.
- Milardo, R. M. (1989). Theoretical and methodological issues in the identification of the social networks of spouses. *Journal of Marriage and the Family*, 165-174.
- Mistry, R., Galal, O., Lu, M. (2009). Women's autonomy and pregnancy care in rural India : A contextual analysis. *Social science medicine*, 69(6), 926-933.
- Montgomery, M. R., Casterline, J. B. (1993). The diffusion of fertility control in Taiwan : Évidence from pooled cross-section time-series models. *Population studies*, 47(3), 457-479.
- Montgomery, M. R., Casterline, J. B. (1996). Social learning, social influence, and new models of fertility. *Population and Development Review*, 22, 151-175.
- Montgomery, M. R., Kiros, G. E., Agyeman, D., Casterline, J. B., Aglobitse, P., Hewett, P. C. (2001). Social networks and contraceptive dynamics in Southern Ghana. *Policy Research Division Working Paper*, 153.
- Moore, T. R., Origel, W., Key, T. C., Resnik, R. (1986). The perinatal and economic impact of prénatal care in a low-socioeconomic population. *American journal of obstetrics and gynecology*, 154(1), 29-33.
- Moreno, J. L., Jennings, H. H. (1938). Statistics of social configurations. *Sociometry*, 342-374.
- Mosley, W. H., Chen, L. C. (1984). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and development review*, 10, 25-45.
- Mosley, W. H., Chen, L. C. (2003). An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(2), 140-145.
- Moursund, A., Kravdal, Ø. (2003). Individual and community effects of women's education and autonomy on contraceptive use in India. *Population studies*, 57(3), 285-301.
- Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine International Health*, 12(7), 862-872.
- Mullany, B. C., Hindin, M. J., Becker, S. (2005). Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal ? *Social science medicine*, 61(9), 1993-2006.
- Mumtaz, Z., Salway, S. M. (2007). Gender, pregnancy and the uptake of antenatal care services in Pakistan. *Sociology of health illness*, 29(1), 1-26.

- Muthayya, S. (2009). Maternal nutrition low birth weight-what is really important. *Indian J Med Res*, 130(5), 600-8.
- Navaneetham, K., Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social science medicine*, 55(10), 1849-1869.
- Ndiaye, P., Dia, A. T., Diediou, A., Dieye, E. H. L., Dione, D. A. (2005). Déterminants socioculturels du retard de la 1^{re} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, 17(4), 531-538.
- Ndyomugenyi, R., Neema, S., Magnussen, P. (1998). The use of formal and informal services for antenatal care and malaria treatment in rural Uganda. *Health policy and planning*, 13(1), 94-102.
- Nganawara D. (2016). Famille et scolarisation des enfants en âge obligatoire scolaire au Cameroun : Une analyse à partir du recensement de 2005. *Québec : Observatoire démographique et statistique de l'espace francophone / Université Laval, Québec*, 50 p. (collection Rapport de recherche de l'ODSEF)
- Nikiéma, B., Beninguisse, G., Haggerty, J. L. (2009). Providing information on pregnancy complications during antenatal visits : unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health policy and planning*, 24(5), 367-376.
- Nikiéma, B., Haddad, S., Potvin, L. (2008). Women bargaining to seek healthcare : Norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso. *World Development*, 36(4), 608-624.
- Nisar, Y. B., Dibley, M. J. (2014). Determinants of neonatal mortality in Pakistan : secondary analysis of Pakistan Demographic and Health Survey 2006–07. *BMC Public Health*, 14(1), 663.
- Nisar, Y. B., Dibley, M. J. (2014). Earlier initiation and use of a greater number of iron-folic acid supplements during pregnancy prevents early neonatal deaths in Nepal and Pakistan. *PloS one*, 9(11), e112446.
- Nisar, Y. B., Dibley, M. J. (2016). Antenatal iron–folic acid supplementation reduces risk of low birthweight in Pakistan : secondary analysis of Demographic and Health Survey 2006–2007. *Maternal child nutrition*, 12(1), 85-98.
- Nouhou, A. M., Cissé, S., Fané, D. A., Doumbia, A. G., Sauvain-Dugerdil, C. (2016). Stratégies familiales et qualité de vie au Mali à travers les données du recensement. *African Population Studies*, 30(2).
- Nouhou, A. M. (2016). *Projet de famille et processus d'autonomisation des individus en matière de fécondité au Niger* (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- Nussbaum, M. C. (1997). Capabilities and human rights. *Fordham L. Rev.*, 66, 273.
- Nwakoby, B. N. (1994). Use of obstetric services in rural Nigeria. *Journal of the Royal Society of Health*, 114(3), 132-136.

- Obermeyer, C. M. (1993). Culture, maternal health care, and women's status : a comparison of Morocco and Tunisia. *Studies in family planning*, 354-365.
- Obermeyer, C. M., Potter, J. E. (1991). Maternal health care utilization in Jordan : a study of patterns and determinants. *Studies in family planning*, 22(3), 177-187.
- ODHD et PNUD (2014), Rapport national sur le développement humain durable.
- Olivier de Sardan, J. P., Ridde, V. (2013). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine*, (3), 11-32.
- Olivier de Sardan, J. P., Moumouni, A., Souley, A. (1999). " L'accouchement c'est la guerre"-De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Bulletin de l'APAD*, (17).
- Olivier de Sardan, J. P., Moumouni, A., Souley, A. (1999). Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum : représentations et pratiques populaires au Niger. *Das Arabische Buch*.
- Olsen, B. E., Hinderaker, S. G., Lie, R. T., Gasheka, P., Baerheim, A., Bergsjø, P., Kvåle, G. (2000). The diagnosis of urinary tract infections among pregnant women in rural Tanzania ; prevalences and correspondence between different diagnostic methods. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 79(9), 729-736.
- Omer, K., Afi, N. J., Adamu, M., Malami, S. A., Oyo-Ita, A., Cockcroft, A., Andersson, N. (2014). Seeking évidence to support efforts to increase use of antenatal care : a cross-sectional study in two states of Nigeria. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1.
- OMS (2015). Tendances de la mortalité maternelle : 1991-2015 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies : *résumé d'orientation*.
- Ononokpono, D. N. (2015). Maternal health care in Nigeria : Do community factors moderate the effects of individual-level Education and Ethnic origin ? *Etude de la Population Africaine*, 29(1), 1554.
- Orth-Gomer, K., Johnson, J. V. (1987). Social network interaction and mortality : a six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of chronic diseases*, 40(10), 949-957.
- Orvos, H., Hoffmann, I., Frank, I., Katona, M., Pál, A., Kovács, L. (2002). The perinatal outcome of pregnancy without prénatal care : A retrospective study in Szeged, Hungary. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 100(2), 171-173.
- Ouédraogo, C., Richard, F., Compaoré, J., Wissocq, C., Pobel, D., Ouattara, F., De Brouwere, V. (2008). Cost sharing scheme for emergency obstetric care in Secteur 30 health district, Ouagadougou, Burkina Faso. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*.

- Parcel, T. L., Dufur, M. J. (2001). Capital at home and at school : Effects on child social adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 32-47.
- Parcel, T. L., Menaghan, E. G. (1993). Family social capital and children's behavior problems. *Social psychology quarterly*, 120-135.
- Parkhurst, J. O., Penn-Kekana, L., Blaauw, D., Balabanova, D., Danishevski, K., Rahman, S. A., ... Ssengooba, F. (2005). Health systems factors influencing maternal health services : a four-country comparison. *Health Policy*, 73(2), 127-138.
- Parks, M. R., Stan, C. M., Eggert, L. L. (1983). Romantic involvement and social network involvement. *Social Psychology Quarterly*, 116-131.
- Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien social et Politiques*, (55), 115-124.
- Paul, B. K., Rumsey, D. J. (2002). Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh : an empirical study. *Social science medicine*, 54(12), 1755-1765.
- Paulme, D. (1939). Parenté à plaisanteries et alliance par le sang en Afrique occidentale. *Africa*, 12(04), 433-444.
- Pebley, A. R., Goldman, N., Rodriguez, G. (1996). Prénatal and delivery care and childhood immunization in Guatemala : do family and community matter ? *Demography*, 33(2), 231-247.
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., Fitzmaurice, A. N. N. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana : population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana medical journal*, 41(3), 100.
- Peretti-Watel, P. (2006). Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. *Economie et statistique*, 391(1), 115-130.
- Peretti-Watel, P. (2009). Social contact and health in a situation of insecurity. *Direction des Statistiques Démographiques et Sociales*, 141.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., ... Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health policy and planning*, 24(4), 289-300.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice : The social dynamics of how people seek help. *American journal of sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
- Pettitt, D. J., Jovanovic, L. (2007). Low birth weight as a risk factor for gestational diabetes, diabetes, and impaired glucose tolerance during pregnancy. *Diabetes Care*, 30(Supplement 2), S147-S149.

- Pilon M. (1996). Pour un remue-ménage de la "démographie de la famille" en Afrique. In : *Entre l'utile et le futile : pistes pour une démographie du 21ème siècle*. Paris : CEPED, 25 p.
- Pilon M. et Vimard P. (1998). Structures et dynamiques familiales à l'épreuve de la crise en Afrique subsaharienne, *Communication à la Chaire Quetelet "Ménages et familles face à la crise"*, Louvain-la-Neuve, 22 p.
- Pilon, M. (1991). De l'intérêt du ménage pour la démographie de la famille. In *Conférence « Femmes, Famille et Population »*, Ouagadougou, Burkina Faso 24-29 avril 1991 (pp. 25-43).
- Pilon, M. (1995). Vos ménages m'intéressent.... Clins d'œil de démographes à l'Afrique et à Michel François, 219-227.
- Pilon, M., Vignikin, K. (1996). Stratégies face à la crise et changements dans les structures familiales. COUSSY J. and VALLIN J.(éds.), *Crise and population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement and dynamiques démographiques*, Études du CEPED, 13, 471-493.
- Pilon, M., Vignikin, K. (2006). Ménages et familles en Afrique subsaharienne. Archives contemporaines. A lire
- Pilon, M., Vimard, P. (1997). Structures et dynamiques familiales à l'épreuve de la crise en Afrique sub-saharienne. *UCL Institut de Démographie*.
- Pirkle, C. M., Fournier, P., Tourigny, C., Sangaré, K., Haddad, S. (2011). Emergency obstetrical complications in a rural African setting (Kayes, Mali) : the link between travel time and in-hospital maternal mortality. *Maternal and child health journal*, 15(7), 1081-1087.
- Portes, A. (1998). Social capital : Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology*, 24(1), 1-24.
- Portes, A. (2000, March). The two meanings of social capital. In *Sociological forum* (Vol. 15, No. 1, pp. 1-12). Springer Netherlands.
- Potter, J. E. (1988). Utilización de los servicios de salud materna en el México rural. *Salud Pública de México*, 30(3), 387-402.
- Procidano, M. E., Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies. *American journal of community psychology*, 11(1), 1-24.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone : The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Putnam, R. (1999). Le déclin du capital social aux États-Unis. *Lien social et politiques*, (41), 13-22.
- Putnam, R. D. (1996). The Decline of Civil Society : How Come? SO What ?. *Optimum, The Journal of Public Sector Management*, 27(1), 28-36.
- Putnam, R. D. (1996). The strange disappearance of civic America. Policy : A *Journal of Public Policy and Ideas*, 12(1), 3.

- Putnam, R. D. (1995). Bowling alone : America's declining social capital. *Journal of democracy*, 6(1), 65-78.
- Rabe, M. (2008). Can the 'African household' be presented meaningfully in large-scale surveys ? *African Sociological Review/Revue Africaine de Sociologie*, 167-181.
- Ram, F., Singh, A. (2006). Is antenatal care effective in improving maternal health in rural Uttar Pradesh ? Évidence from a district level household survey. *Journal of Biosocial Science*, 38(04), 433-448.
- Randall Sara and Ernestina Coast, (2015) Poverty in African households : the limits of survey representations. *Journal of Development Studies*, 51(2) 162-177 <http://dx.doi.org/10.1080/00220388.2014.968135>
- Randall Sara, Ernestina Coast and Tiziana Leone (2011) Cultural constructions of a critical demographic concept : *the survey household Population Studies* 65 (2) 217-229
- Randall, S., Coast, E., Antoine, P., Compaore, N., Dial, F. B., Fanghanel, A., ... Wandera, S. O. (2015). UN census "Households" and local interpretations in Africa since independence. *Sage Open*, 5(2), 2158244015589353.
- Randall, Sara, Ernestina Coast, Philippe Antoine, Natacha Compaore, Fatou-Binetou Dial, Alexandra Fanghanel, Sadio Ba Gning, Bilampo Gnomou Thiombiano, Valérie Golaz, Stephen Ojiambo Wandera (2015) UN Census "Households" and Local Interpretations in Africa Since Independence. *Sage Open* April-June 2015 : 1-18 <http://dx.doi.org/10.1177/2158244015589353>
- Ransom, E. I., Yinger, N. V. (2002). Pour Une Maternité Sans Risques : Comment Éliminer Les Obstacles Aux Soins. *Population Référence Bureau*.
- Ransom, I., Yinger, V. (2002). Pour une maternité sans risques. Comment éliminer les obstacles aux soins. *Population Référence Bureau*.
- Ravallion, M., Jalan, J. (1996). Growth divergence due to spatial externalities. *Economics Letters*, 53(2), 227-232.
- Reichman, N. E., Pagnini, D. L. (1997). Maternal age and birth outcomes : data from New Jersey. *Family planning perspectives*, 268-295.
- Reynolds, H. W., Wong, E. L., Tucker, H. (2006). Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries. *International family planning perspectives*, 6-16.
- Reynolds, P., Kaplan, G. A. (1990). Social connections and risk for cancer : prospective évidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16(3), 101-110.
- Richard, F., Witter, S., De Brouwere, V. (2008), Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources, *SHSOP 25, Antwerp*, ITG Press.
- Richard, V. (2005). Financement communautaire de la santé en Afrique : les mutuelles de santé. *Med Trop*, 65, 87-90.

- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Michels, K. B., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Rexrode, K. M., ... Willett, W. C. (2005). Longitudinal study of birth weight and adult body mass index in predicting risk of coronary heart disease and stroke in women. *Bmj*, 330(7500), 1115.
- Ridde, V., Diarra, A. (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC health services research*, 9(1), 1.
- Ridde, V., Robert, E., Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public health*, 12(1), 1.
- Rivnyak, M. H., Wan, T. T., Stegall, M. H., Jacobs, M., Li, S. (1989). Ambulatory Care Use among the Noninstitutionalized Elderly A Causal Model. *Research on Aging*, 11(3), 292-311.
- Robeyns, I. (2005). The capability approach : a theoretical survey. *Journal of human development*, 6(1), 93-117.
- Robeyns, I. (2000). An unworkable idea or a promising alternative ? *Sen's capability approach re-examined*.
- Roenen, C., Ferrinho, P., Van Dormael, M., Conceição, M. C., Van Lerberghe, W. (1997). How African doctors make ends meet : an exploration. *Tropical Medicine International Health*, 2(2), 127-135.
- Romero, R., Oyarzun, E., Mazor, M., Sirtori, M., Hobbins, J. C., Bracken, M. (1989). Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstetrics Gynecology*, 73(4), 576-582.
- Rooney, C. (1992). Antenatal care and maternal health : how effective is it ? A review of the evidence.
- Rosenfield, A., Maine, D. (1985). Maternal mortality-a neglected tragedy : Where is the M in MCH ? *The Lancet*, 326(8446), 83-85.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M. (2005). Why people use health services. *Milbank Quarterly*, 83(4), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690262/pdf/milq0083-0425.pdf>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rossier, C., Corker, J., Schoumaker, B. (2015, April). The fertility decline in Sub-Saharan Africa: Who's next after the elite. In *Meeting of the Population Association of America, San Diego*.
- Rossier, C., Muindi, K., Soura, A., Mberu, B., Lankoande, B., Kabiru, C., Millogo, R. (2014). Maternal health care utilization in Nairobi and Ouagadougou: evidence from HDSS. *Global health action*, 7(1), 24351.

- Rossier, C., Sawadogo, N., Soubeiga, A. 2013. Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou. *Population*, 68(1), 97-122.
- Rossier, C., Bernardi, L. (2009). Social interaction effects on fertility: Intentions and behaviors. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 25(4), 467-485.
- Roth, L. M., Henley, M. M. (2012). Unequal motherhood : racial-ethnic and socioeconomic disparities in cesarean sections in the United States. *Social Problems*, 59(2), 207-227.
- Ruger Prah, J. (2010). Health capability : conceptualization and operationalization. *American Journal of Public Health*, 100(1), 41-49.
- Ruger, J. P. (2003). Health and development. *Lancet*, 362(9385), 678.
- Ruger, J. P. (2006). Ethics and governance of global health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(11), 998-1002.
- Ruger, J. P. (2006). Toward a theory of a right to health : capability and incompletely theorized agreements. *Yale journal of law the humanities*, 18(2), 3.
- Ruger, J. P. (2007). Rethinking equal access : agency, quality, and norms. *Global Public Health*, 2(1), 78-96.
- Ruger, J. P. (2008). Ethics in American health 1 : ethical approaches to health policy. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1751-1756.
- Ruger, J. P. (2009). Global health justice. *Public Health Ethics*, php019.
- Ruger, J. P. (2011). Shared health governance. *The American Journal of Bioethics*, 11(7), 32-45.
- Ruger, J. P. (2012). An alternative framework for analyzing financial protection in health. *PLoS Med*, 9(8), e1001294.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Socolar, R. R., Amaya-Jackson, L., English, D., Landsverk, J., ... Mathew, R. M. (1998). Children who prosper in unfavorable environments : the relationship to social capital. *Pediatrics*, 101(1), 12-18.
- Rutenberg, N., Watkins, S. C. (1997). The buzz outside the clinics : conversations and contraception in Nyanza Province, Kenya. *Studies in family planning*, 290-307.
- Rutstein, S. O. (2015). Steps to constructing the new DHS wealth index. Rockville, MD: ICF International.
- Rutstein, Shea O. (2008), The DHS Wealth Index: approaches for Rural and Urban Areas, DHS working papers, No. 60. <http://www.dhsprogram.com/publications/publication-WP60-Working-Papers.cfm>.
- Rutstein S. O., K. Johnson (2004). The DHS Wealth Index. *DHS Comparative Reports*, No. 6, Calverton, Maryland : ORC Macro.

- <http://www.dhsprogram.com/publications/publication-CR6-Comparative-Reports.cfm>.
- Samb, O. M., Belaid, L., Ridde, V. (2013). Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (35), 34-43.
- Sampson, R. J., Morenoff, J. D., Earls, F. (1999). Beyond social capital : Spatial dynamics of collective efficacy for children. *American sociological review*, 633-660.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime : A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Sapin, M., Widmer, E. D., Radulescu, C. (2008). Social isolation or relational instability ? Family configurations of women at risk of child abandonment. Beyond the Nuclear Family. *Families in a Configurational Perspective*, Bern, Peter Lang, 303-328.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.
- Sauvain-Dugerdil, C. (2014). Cibler les inegalites : Contribution de l'approche des Capabilites aux etudes de la population. *Etude de la Population Africaine*, 28(2), 732.
- Sauvain-Dugerdil, C., Douptcheva, N., Diawara, S. I. (2014). Adoption d'une culture contraceptive et maitrise du projet familial. La contraception constitue-t-elle une Capabilite ? *Etude de la Population Africaine*, 28(2), 854.
- Sauvain - Dugerdil, C., Gakou, B., Berthé, F., Dieng, A. W., Ritschard, G., et Lerch, M. (2008). The start of the sexual transition in Mali : risks and opportunities. *Studies in family planning*, 39(4), 263-280.
- Sauvain-Dugerdil, C., Ritschard, G. (2005). Temps non structuré et espaces de vie : risques ou opportunités d'une nouvelle liberté ? Enquête auprès de jeunes maliens, *archives Unige*.
- Sauvain-Dugerdil, C., Gu, H. G., Hagmann, H. M., Kalmykova, N., Olszak, M., Ritschard, G. (1997). Vivre sa vieillesse en Suisse. Les transformations des modes de résidence des personnes âgées. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 13(2), 169-212.
- Say, L., Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries : examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 812-819.
- Schieve, L. A., Handler, A., Hershow, R., Persky, V., Davis, F. (1994). Urinary tract infection during pregnancy : its association with maternal morbidity and perinatal outcome. *American journal of public health*, 84(3), 405-410.

- Sen, A. (2000). Un nouveau modèle économique : développement, justice, liberté. (Traduction française de Development as Freedom). *Poches*, Odile Jacob (eds).
- Sen, A. (1979). Equality of what ? Tanner lecture on human values. *Tanner Lectures*, Vol. 1, pp. 197-220, Stanford University.
- Sen, A. (1985). Well-being, agency and freedom : The Dewey lectures 1984. *The journal of philosophy*, 82(4), 169-221.
- Short, S. E., Zhang, F. (2004). Use of maternal health services in rural China. *Population Studies*, 58(1), 3-19.
- Simkhada, B., Porter, M. A., Van Teijlingen, E. R. (2010). The role of mothers-in-law in antenatal care decision-making in Nepal : a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1.
- Singh-Manoux, A., Clarke, P., Marmot, M. (2002). Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health : proximal and distal measures. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1192-1199.
- Soors, W., Waelkens, M. P., Criel, B. (2008). La micro-assurance santé en Afrique subsaharienne : une opportunité pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence? : ITGPress.
- Soura, B. (2009). Analyse de la mortalité et de la santé des enfants à Ouagadougou : inégalités spatiales, effets individuels et effets contextuels (No. 582). *Presses univaisitaire de Louvain*.
- Steelman, L. C., Powell, B., Werum, R., Carter, S. (2002). Reconsidering the effects of sibling configuration : Recent advances and challenges. *Annual Review of Sociology*, 28(1), 243-269.
- Stekelenburg, J., Kyanamina, S., Mukelabai, M., Wolffers, I., Roosmalen, J. V. (2004). Waiting too long : low use of maternal health services in Kalabo, Zambia. *Tropical Medicine International Health*, 9(3), 390-398.
- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., Madise, N. (2006). Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa. *American journal of public health*, 96(1), 84-93.
- Subramanian, S. V., Ackerson, L. K., Smith, G. D., John, N. A. (2009). Association of maternal height with child mortality, anthropometric failure, and anemia in India. *Jama*, 301(16), 1691-1701.
- Sunil, T. S., Rajaram, S., Zottarelli, L. K. (2006). Do individual and program factors matter in the utilization of maternal care services in rural India ? A theoretical approach. *Social science medicine*, 62(8), 1943-1957.
- Szreter, S., Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International journal of epidemiology*, 33(4), 650-667.
- Teachman, J. D., Paasch, K., Carver, K. (1996). Social capital and dropping out of school early. *Journal of Marriage and the Family*, 773-783.

- Teachman, J. D., Paasch, K., Carver, K. (1997). Social capital and the generation of human capital. *Social forces*, 1343-1359.
- Tebeu, P. M., Major, A. L., Ludicke, F., Obama, M. T., Kouam, L., Doh, A. S. (2004). Devenir de l'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive. *Revue Medicale de Liege*, 59, 455-459.
- Thaddeus, S., Maine, D. (1994). Too far to walk : maternal mortality in context. *Social science medicine*, 38(8), 1091-1110.
- Titaley, C. R., Dibley, M. J., Agho, K., Roberts, C. L., Hall, J. (2008). Determinants of neonatal mortality in Indonesia. *BMC public health*, 8(1), 232.
- Titaley, C. R., Hunter, C. L., Dibley, M. J., Heywood, P. (2010). Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery ? a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1.
- Toan, N. V., Hoa, H. T., Trong, P. V., Höjer, B., Persson, L. A., Sundström, K. (1996). Utilisation of reproductive health services in rural Vietnam ; are there equal opportunities to plan and protect pregnancies ? *Journal of epidemiology and community health*, 50(4), 451-455.
- Toulmin, C. (1992), *Cattle, women and wells*. Oxford.
- Umberson, D. (1992). Relationships between adult children and their parents : Psychological consequences for both generations. *Journal of Marriage and the Family*, 664-674.
- Uthman, S. G., Garba, M. A., Danazumi, A. G., Mandara, M. U. (2013). How Birth Interval and Antenatal Care Affects Postpartum Haemorrhage Prevention in Maiduguri, Nigeria. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 3(3), 36.
- Van Lerberghe, W., De Brouwere, V. (2001). Réduire la mortalité maternelle dans un contexte de pauvreté. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 18, p 1-6
- Vallée, J. (2009). Les disparités spatiales de santé en ville : l'exemple de Vientiane (Laos). *Cybergeog : European Journal of Geography*.
- Van Eijk, A. M., Bles, H. M., Odhiambo, F., Ayisi, J. G., Blokland, I. E., Rosen, D. H., ... Lindblade, K. A. (2006). Use of antenatal services and delivery care among women in rural western Kenya : a community based survey. *Reproductive health*, 3(1), 2.
- Vangeenderhuysen, C., de Sardan, J. P. O., Moumouni, A., Souley, A. (1998). À propos de quelques pratiques obstétricales populaires au Niger. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 8(4), 265-268.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale : Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-218.

- Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Belizán, J. M., Farnot, U., Langer, A. (2001). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*, 357(9268), 1551-1564.
- Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G., Gülmezoglu, M. (2001). Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4).
- Vimard, P. et N'CHO S. (1997) – “ Évolution de la structure des ménages en Côte-d'Ivoire 1975-1993 ”, in *PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN E. et VIMARD P. (eds.), Ménage et famille en Afrique*, Les Etudes du CEPED n° 15, CEPED-ENSEA-INS-ORSTOM-URD, Paris, pp. 101-123.
- Vimard, P. (1993). Modernité et pluralité familiales en Afrique de l'Ouest. *Revue tiers monde*, 89-115.
- Vimard, P. (1997). *Transitions démographique et familiale : des théories de la modernisation aux modèles de crise* (No. 3). ORSTOM.
- Vissandjée, B., Barlow, R., Fraser, D. W. (1997). Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. *Public Health*, 111(3), 135-148.
- Von Korff, M., Koepsell, T., Curry, S., Diehr, P. (1992). Multi-level analysis in epidemiologic research on health behaviors and outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 135(10), 1077-1082.
- Wall, K., Gouveia, R. (2014). Changing meanings of family in personal relationships. *Current sociology*, 62(3), 352-373.
- Welin, L., Svärdsudd, K., Ander-Peciva, S., Tibblin, G., Tibblin, B., Larsson, B., Wilhelmsen, L. (1985). Prospective study of social influences on mortality : the study of men born in 1913 and 1923. *The Lancet*, 325(8434), 915-918.
- Waage, J., Banerji, R., Campbell, O., Chirwa, E., Collender, G., Dieltiens, V., Little, A. (2010). The Millennium Development Goals : a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *The lancet*, 376(9745), 991-1023.
- Weston, K. (2013). *Families we choose : Lesbians, gays, kinship*. Columbia University Press.
- White, D., Dynes, M., Rubardt, M., Sissoko, K., Stephenson, R. (2013). The influence of intrafamilial power on maternal health care in Mali : perspectives of women, men and mothers-in-law. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 58-68.
- White, M., Adams, J., Heywood, P. (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations. *Social inequality and public health*, 65-82.
- Widmer, E. D. (1999). Family contexts as cognitive networks : A structural approach of family relationships. *Personal Relationships*, 6(4), 487-503.

- Widmer, E. D. (2004). Couples and their networks. *Blackwell companion to the sociology of families*, 356-373.
- Widmer, E. D. (2006). Who are my family members ? Bridging and binding social capital in family configurations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(6), 979-998.
- Widmer, E. D., Aeby, G., Sapin, M. (2013). Collecting family network data. *International Review of Sociology*, 23(1), 27-46.
- Widmer, E. D. (2016, réédition). Family configurations: A structural approach to family diversity. London, Routledge.
- Widmer, E., Jallinoja, R. (Eds.). (2008). *Beyond the nuclear family : Families in a configurational perspective* (Vol. 9). Peter Lang.
- Widmer, E., Favez, N., Aeby, G., De Carlo, I., Doan, M. T. (2012). Capital social et coparentage dans les familles recomposées et de première union, *archives de l'Unige*.
- Widmer, E., Kellerhals, J., Levy, R. (2004). Types of conjugal networks, conjugal conflict and conjugal quality. *European Sociological Review*, 20(1), 63-77.
- Wilson, J. B., Collison, A. H. K., Richardson, D., Kwofie, G., Senah, K. A., Tinkorang, E. K., Accra PMM Team. (1997). The maternity waiting home concept : the Nsawam, Ghana experience. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, 59, S165-S172.
- Winkvist, A., Akhtar, H. Z. (1997). Images of health and health care options among low income women in Punjab, Pakistan. *Social science medicine*, 45(10), 1483-1491.
- Wish, M., Deutsch, M., Kaplan, S. J. (1976). Perceived dimensions of interpersonal relations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(4), 409.
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., Dieng, T. (2000). Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, p 185-222
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries : comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. *In Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. Volume 24*. Edited by Richard F, Witter S, De Brouwere V. Antwerp : ITGPress ; p 167 – 198.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal : evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, czq013.
- Witter, S., Richard, F., De Brouwere, V. (2008). Learning lessons and moving forward : how to reduce financial barriers to obstetric care in low-income contexts. SHSOP Series : *Studies in Health Services Organisation Policy*, 24, 277-304.

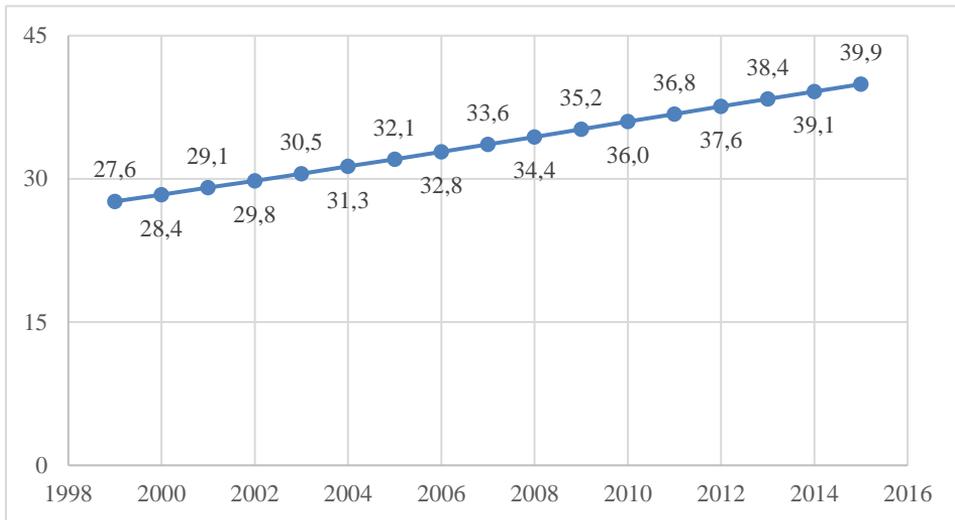
- Woodward, A., Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities ? *Journal of Epidemiology Community Health*, 54(12), 923-929.
- Woolcock, M., Narayan, D. (2000). Social capital : Implications for development theory, research, and policy. *The world bank research observer*, 15(2), 225-249.
- Yasmin, S., Osrin, D., Paul, E., Costello, A. (2001). Neonatal mortality of low-birth-weight infants in Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 608-614.
- Yates, J., Cooper, R., Holland, J. (2006). Social protection and health : experiences in Uganda. *Development Policy Review*, 24(3), 339-356.
- Zanconato, G., Msolomba, R., Guarenti, L., Franchi, M. (2006, February). Antenatal care in developing countries : the need for a tailored model. *In Seminars in Fetal and neonatal Medicine (Vol. 11, No. 1, pp. 15-20)*. WB Saunders.
- Zwang, J., Garenne, M. (2009). Social context of premarital fertility in rural South-Africa. *African journal of reproductive health*, 12(2), 98-110.

Annexes

Liste des annexes

Annexe 2.1 – Évolution de la population urbaine du Mali	256
Annexe 4.1 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, BF-1999, 2003 et 2010)	256
Annexe 4.2 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Mali-2001, 2006 et 2012-13).....	258
Annexe 4.3 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Niger-1998, 2006 et 2012)	260
Annexe 4.4 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Sénégal-1997, 2005 et 2011).	261
Annexe 4.5 : Exemple de fichier de données SPSS ayant servi à l'ACP	263
Annexe 4.6 : Description du type de réseaux personnels	263
Annexe 4.7 : Niveau de recours aux soins selon les caractéristiques des réseaux de soutien matériel des femmes enquêtées.....	265
Annexe 5.1 : Évolution de la part de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté au Niger, Mali et Burkina Faso	266
Annexe 5.2 : Taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans ou plus	266
Annexe 5.3 : Proportion de la population urbaine	267
Annexe 7.1 : Questionnaire enquête de terrain	268

Annexe 2.1 – Évolution de la population urbaine du Mali



Source : Institut de statistique de l'UNESCO (UIS, 2016)

Annexe 4.1 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, BF-1999, 2003 et 2010)

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
	Faible	Intermédiaire	Élevé		
Has electricity	No	99,99	98,84	65,45	86,94
	Yes	0,01	1,16	34,55	13,06
Has radio	No	65,59	23,21	14,93	33,56
	Yes	34,41	76,79	85,07	66,44
Has television	No	99,98	96,84	64,53	85,96
	Yes	0,02	3,16	35,47	14,04
Has refrigerator	No	100,00	99,93	88,37	95,71
	Yes	0,00	0,07	11,63	4,29
Has bicycle	No	25,51	9,29	23,35	19,58
	Yes	74,49	90,71	76,65	80,42
Has motorcycle/scooter	No	95,60	72,78	42,75	68,96
	Yes	4,40	27,22	57,25	31,04
Has car/truck	No	100,00	99,81	94,23	97,82
	Yes	0,00	0,19	5,77	2,18
Has telephone (land-line)	No	99,82	99,75	92,59	97,14
	Yes	0,00	0,12	7,33	2,73
if water is piped into residence	No	100,00	99,77	82,89	93,64
	Yes	0,00	0,23	17,11	6,36

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
		Faible	Intermédiaire		Élevé
if water is piped into compound/plot	No	97,79	90,55	67,95	84,53
	Yes	2,21	9,45	32,05	15,47
if gets water from an open well in yard or in residence	No	60,23	79,98	91,24	77,87
	Yes	39,77	20,02	8,76	22,13
if gets water from borehole	No	64,75	34,05	64,44	54,91
	Yes	35,25	65,95	35,56	45,09
if gets water from river, stream, pond, lake or dam, other (15c) or missing (11c)	No	79,31	96,79	99,27	92,18
	Yes	20,69	3,21	0,73	7,82
if has flush toilet	No	100,00	99,72	96,05	98,46
	Yes	0,00	0,28	3,95	1,54
if share flush toilet	No	99,98	100,00	99,89	99,95
	Yes	0,02	0,00	0,11	0,05
if uses own latrine	No	99,98	75,28	30,12	66,50
	Yes	0,02	24,72	69,88	33,50
if uses the bush or other	No	0,11	25,25	74,03	35,23
	Yes	99,89	74,75	25,97	64,77
if floor is of raw natural materials (+2c other)	No	0,00	23,18	99,16	43,77
	Yes	100,00	76,82	0,84	56,23
Plank/bamboo	No	100,00	99,93	99,97	99,97
	Yes	0,00	0,07	0,03	0,03
if floor is of cement	No	100,00	77,23	1,15	56,48
	Yes	0,00	22,77	98,85	43,52
if floor is of carpet	No	100,00	99,89	99,80	99,89
	Yes	0,00	0,11	0,20	0,11
Total		100,00	100,00	100,00	100,00

Annexe 4.2 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Mali-2001, 2006 et 2012-13).

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
	Faible	Intermédiaire	Élevé		
Has electricity	No	99,82	97,22	43,13	80,94
	Yes	0,18	2,78	56,87	19,06
Has radio	No	52,02	14,32	14,46	27,89
	Yes	47,98	85,68	85,54	72,11
Has television	No	99,60	88,19	39,10	76,67
	Yes	0,40	11,81	60,90	23,33
Has refrigerator	No	100,00	99,98	81,55	94,12
	Yes	0,00	0,02	18,45	5,88
Has bicycle	No	57,98	24,12	60,37	47,80
	Yes	42,02	75,88	39,63	52,20
Has motorcycle/scooter	No	90,91	58,62	44,52	65,72
	Yes	9,09	41,38	55,48	34,28
Has car/truck	No	99,84	98,72	87,61	95,59
	Yes	0,16	1,28	12,39	4,41
Has telephone (land-line)	No	99,89	99,66	90,46	96,82
	Yes	0,11	0,34	9,54	3,18
if water is piped into residence	No	99,90	98,89	73,45	91,16
	Yes	0,10	1,11	26,55	8,84
if uses water that is piped into the building	No	99,98	99,60	86,30	94,79
	Yes	0,02	0,40	13,70	5,21
if water is piped into compound/plot	No	99,01	90,63	72,71	87,94
	Yes	0,99	9,37	27,29	12,06
if has an open well	No	89,87	85,19	94,38	89,96
	Yes	10,13	14,81	5,62	10,04
if uses covered well for drinking water	No	20,63	30,10	68,26	41,48
	Yes	79,37	69,90	31,74	58,52
if gets water from river, stream, pond, lake or dam, other (15c) or missing (11c)	No	84,89	96,43	97,35	92,58
	Yes	15,11	3,57	2,65	7,42
if spring for drinking water	No	97,65	99,40	99,48	98,92
	Yes	2,35	0,60	0,52	1,08
if rain for drinking water	No	99,87	99,99	99,97	99,95
	Yes	0,13	0,01	0,03	0,05
if gets drinking water from tanker truck	No	100,00	100,00	99,96	99,99
	Yes	0,00	0,00	0,04	0,01

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
	Faible	Intermédiaire	Élevé		
if share flush toilet	No	99,89	99,96	99,93	99,92
	Yes	0,11	0,04	0,07	0,08
if uses own latrine	No	54,31	4,41	14,90	25,65
	Yes	45,69	95,59	85,10	74,35
if uses a ventilated improved pit latrine	No	96,25	90,72	77,72	87,51
	Yes	3,75	9,28	22,28	12,49
if uses a shared flush toilet in residence/private	No	99,80	99,93	99,42	99,70
	Yes	0,20	0,07	0,58	0,30
if uses a shared pit latrine	No	90,75	83,59	88,01	87,31
	Yes	9,25	16,41	11,99	12,69
if uses a shared ventilated improved pit latrine	No	97,74	92,62	71,42	86,26
	Yes	2,26	7,38	28,58	13,74
if uses the bush or other	No	50,53	97,62	96,78	80,45
	Yes	49,47	2,38	3,22	19,55
if floor is of raw natural materials (+2c other)	No	0,00	0,00	77,81	24,76
	Yes	100,00	100,00	22,19	75,24
if has cement principal floor	No	100,00	100,00	93,17	97,47
	Yes	0,00	0,00	6,83	2,53
if floor is of cement	No	100,00	100,00	27,97	77,08
	Yes	0,00	0,00	72,03	22,92
if floor is of carpet	No	100,00	100,00	97,83	99,31
	Yes	0,00	0,00	2,17	0,69
if has other type of flooring	No	100,00	100,00	98,09	99,29
	Yes	0,00	0,00	1,91	0,71
if uses wood as cooking fuel	No	100,00	99,91	98,42	99,38
	Yes	0,00	0,09	1,58	0,62
if uses charcoal or coal for cooking	No	100,00	99,97	99,35	99,75
	Yes	0,00	0,03	0,65	0,25
if uses wood as cooking for	No	93,79	95,35	70,38	85,65
	Yes	6,21	4,65	29,62	14,35
if uses dunk or pther for cooking	No	8,57	6,27	33,49	17,02
	Yes	91,43	93,73	66,51	82,98
if gets water from an open well in yard or in residence	No	88,58	76,89	91,61	85,77
	Yes	11,42	23,11	8,39	14,23
if gets water from borehole	No	37,68	44,61	73,81	51,41
	Yes	62,32	55,39	26,19	48,59

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
	Faible	Intermédiaire	Élevé		
if has flush toilet	No	95,42	98,04	88,60	94,10
	Yes	4,58	1,96	11,40	5,90
Total		100,00	100,00	100,00	100,00

Annexe 4.3 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Niger-1998, 2006 et 2012).

Variables utilisées	Niveau de vie standardisé			Ensemble	
	Faible	Intermédiaire	Élevé		
Has electricity	No	100,00	100,00	56,95	82,02
	Yes	0,00	0,00	43,05	17,98
Has radio	No	100,00	24,25	30,17	50,05
	Yes	0,00	75,75	69,83	49,95
Has television	No	100,00	100,00	66,71	86,09
	Yes	0,00	0,00	33,29	13,91
Has refrigerator	No	100,00	100,00	86,91	94,53
	Yes	0,00	0,00	13,09	5,47
Has bicycle	No	100,00	90,11	82,05	89,79
	Yes	0,00	9,89	17,95	10,21
Has motorcycle/scooter	No	100,00	99,06	76,38	89,88
	Yes	0,00	0,94	23,62	10,12
Has car/truck	No	100,00	100,00	91,63	96,51
	Yes	0,00	0,00	8,37	3,49
Has telephone (land-line)	No	99,88	99,89	96,32	98,30
	Yes	0,02	0,08	3,41	1,54
if water is piped into residence	No	100,00	100,00	72,99	88,72
	Yes	0,00	0,00	27,01	11,28
if water is piped into compound/plot	No	100,00	83,28	52,47	75,56
	Yes	0,00	16,72	47,53	24,44
if gets water from an open well in yard or in residence	No	81,00	82,14	93,64	86,59
	Yes	19,00	17,86	6,36	13,41
if gets water from borehole	No	35,16	45,69	85,03	58,88
	Yes	64,84	54,31	14,97	41,12
if gets water from river, stream, pond, lake or dam, other (15c) or missing (11c)	No	100,00	95,96	99,02	98,48
	Yes	0,00	4,04	0,98	1,52
if has flush toilet	No	100,00	100,00	91,87	96,60
	Yes	0,00	0,00	8,13	3,40

Variables utilisées		Niveau de vie standardisé			Ensemble
		Faible	Intermédiaire	Élevé	
if share flush toilet	No	100,00	100,00	99,73	99,89
	Yes	0,00	0,00	0,27	0,11
if uses own latrine	No	100,00	100,00	34,72	72,74
	Yes	0,00	0,00	65,28	27,26
if uses the bush or other	No	0,00	0,00	74,14	30,96
	Yes	100,00	100,00	25,86	69,04
if floor is of raw natural materials (+2c other)	No	0,00	0,00	55,45	23,16
	Yes	100,00	100,00	44,55	76,84
Plank/bamboo	No	100,00	100,00	99,05	99,60
	Yes	0,00	0,00	0,95	0,40
if floor is of cement	No	100,00	100,00	48,07	78,31
	Yes	0,00	0,00	51,93	21,69
if floor is of carpet	No	100,00	100,00	98,22	99,26
	Yes	0,00	0,00	1,78	0,74
Total		100,00	100,00	100,00	100,00

Annexe 4.4 : Liste des variables pour la construction du niveau de vie des ménages (EDS, Sénégal-1997, 2005 et 2011).

Variables utilisées		Niveau de vie standardisé			Ensemble
		Faible	Intermédiaire	Élevé	
Has electricity	No	96,03	61,75	1,00	62,36
	Yes	3,97	38,25	99,00	37,64
Has radio	No	37,23	21,99	5,59	24,70
	Yes	62,77	78,01	94,41	75,30
Has television	No	96,16	71,13	8,45	67,37
	Yes	3,84	28,87	91,55	32,63
Has refrigerator	No	99,84	94,26	46,53	85,66
	Yes	0,16	5,74	53,47	14,34
Has bicycle	No	77,93	81,81	87,05	81,36
	Yes	22,07	18,19	12,95	18,64
Has motorcycle/scooter	No	96,96	92,04	86,37	92,83
	Yes	3,04	7,96	13,63	7,17
Has car/truck	No	99,73	97,76	86,18	95,94
	Yes	0,27	2,24	13,82	4,06
if water is piped into residence	No	93,03	71,00	7,28	65,72
	Yes	6,97	29,00	92,72	34,28

Variables utilisées		Niveau de vie standardisé			Ensemble
		Faible	Intermédiaire	Élevé	
if water is piped into compound/plot	No	79,72	74,60	97,40	82,02
	Yes	20,28	25,40	2,60	17,98
if gets water from an open well in yard or in residence	No	45,62	68,40	98,14	65,54
	Yes	54,38	31,60	1,86	34,46
if gets water from borehole	No	85,83	91,03	98,38	90,51
	Yes	14,17	8,97	1,62	9,49
if gets water from river, stream, pond, lake or dam, other (15c) or missing (11c)	No	96,96	97,69	99,44	97,78
	Yes	3,04	2,31	0,56	2,22
if has flush toilet	No	99,15	94,74	67,66	90,39
	Yes	0,85	5,26	32,34	9,61
if share flush toilet	No	99,03	91,26	73,48	90,48
	Yes	0,97	8,74	26,52	9,52
if uses own latrine	No	55,32	31,56	59,14	48,01
	Yes	44,68	68,44	40,86	51,99
if uses the bush or other	No	46,59	82,54	99,87	71,23
	Yes	53,41	17,46	0,13	28,77
if floor is of raw natural materials (+2c other)	No	2,35	92,79	99,94	55,96
	Yes	97,65	7,21	0,06	44,04
Plank/bamboo	No	99,92	99,71	99,98	99,86
	Yes	0,08	0,29	0,02	0,14
if floor is of cement	No	98,16	9,38	0,97	45,22
	Yes	1,84	90,62	99,03	54,78
if floor is of carpet	No	99,91	98,77	99,20	99,35
	Yes	0,09	1,23	0,80	0,65
Total		100,00	100,00	100,00	100,00

Annexe 4.5 : Exemple de fichier de données SPSS ayant servi à l'ACP

	A1	A2	IND	C	Fse	K	FseK	P	FSP	FseF P	FseS P	M	FsM	FseF M	FseS M	S	MIS	F	EF	Fse F	BP	FSE p	EM	FSE m	Bf	Ebf
49	9101	1	49	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	9101	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	9101	10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	9102	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
53	9102	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
54	9102	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
55	9102	5	4	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	9102	5	5	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	9102	5	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
58	9102	5	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
59	9102	5	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	9102	5	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
61	9102	5	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	9102	5	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
63	9102	5	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64	9102	5	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65	9102	5	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66	9102	5	15	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	9102	5	16	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	9102	5	17	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	9102	5	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70	9102	5	19	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Annexe 4.6 : Description du type de réseaux personnels

Réseau personnel	Valeur.test	Mean in category	Overall mean	p.value
Voisinage ou amitié	Effectif = 267 (52,1%)			
Conjoint	8,1993	1,0000	0,8915	0,0000
Voisine	3,4926	0,1648	0,1066	0,0005
Amie	3,2456	0,2996	0,2229	0,0012
Sœur	-2,1343	0,1386	0,1822	0,0328
Frère/Sœur de beau père	-2,2042	0,0000	0,0116	0,0275
Épouse/Mari de frère/Sœur du père	-2,3245	0,0000	0,0097	0,0201
Fils/Fille du frère de mère	-2,3245	0,0000	0,0097	0,0201
Fils/Fille	-2,5489	0,0000	0,0116	0,0108
Épouse de frère	-2,5489	0,0000	0,0116	0,0108
Beau-père	-3,1310	0,0000	0,0174	0,0017
Frère/Sœur de père	-4,3432	0,0000	0,0543	0,0000
Frère/Sœur de mère	-4,4872	0,0075	0,0930	0,0000
Belle-sœur	-5,0825	0,0000	0,0543	0,0000
Père	-6,3390	0,0000	0,0678	0,0000
Belle-mère	-8,0341	0,0000	0,1047	0,0000
Mère	-11,5153	0,0037	0,1996	0,0000
Orientation restreinte	Effectif = 121 (23,6%)			
Mère	15,4462	0,6885	0,1996	0,0000

Réseau personnel	Valeur.test	Mean in category	Overall mean	p.value
Père	8,9428	0,2459	0,0678	0,0000
Épouse de frère	4,4235	0,0492	0,0116	0,0000
Frère	-1,9868	0,1311	0,2229	0,0469
Beau-frère	-2,5476	0,0164	0,1066	0,0108
Belle-sœur	-2,7312	0,0000	0,0543	0,0063
Belle-mère	-4,3173	0,0000	0,1047	0,0000
Conjoint	-8,9050	0,6721	0,8915	0,0000
Alliance	Effectif = 55 (10,7%)			
Belle-mère	19,9268	0,8750	0,1047	0,0000
Beau-père	8,6657	0,1607	0,0174	0,0000
Frère/Sœur de père	6,1006	0,1071	0,0116	0,0000
Frère	-2,0569	0,0714	0,2229	0,0397
Amie	-2,4121	0,0536	0,2229	0,0159
Horizontal	Effectif = 36 (7%)			
Belle-sœur	17,2342	0,7500	0,0543	0,0000
Beau-frère	8,1719	0,6944	0,1066	0,0000
Sœur	6,6331	0,6944	0,1822	0,0000
Cousin/cousine	4,9028	0,0833	0,0058	0,0000
Épouse de frère	4,1903	0,1389	0,0252	0,0000
Fils/Fille	2,5466	0,0556	0,0116	0,0109
Frère	2,3621	0,4444	0,2229	0,0182
Amie	-2,1817	0,0278	0,2229	0,0291
Orientation élargie	Effectif = 34 (6,6%)			
Frère/Sœur de père	10,1871	0,5429	0,0543	0,0000
Frère/Sœur de mère	9,2712	0,7714	0,0930	0,0000
Fils/Fille du frère de mère	8,3218	0,1429	0,0097	0,0000
Épouse/Mari de frère/Sœur du père	6,5363	0,1143	0,0097	0,0000
Fils/Fille	5,8620	0,1143	0,0116	0,0000
Frère	2,7600	0,4857	0,2229	0,0058
Belle-mère	-2,0929	0,0000	0,1047	0,0364
Mère	-2,6195	0,0286	0,1996	0,0088
Effectif Total	513 (100%)			

Annexe 4.7 : Niveau de recours aux soins selon les caractéristiques des réseaux de soutien matériel des femmes enquêtées

Rang de naissance		Groupe d'âge			Total
		25-29 ans	30-34 ans	35-40 ans	
Première naissance	Effectif	56	21	6	83
	%	32,2	12,3	3,6	16,2
Deuxième naissance	Effectif	56	33	11	100
	%	32,2	19,3	6,5	19,5
Troisième naissance	Effectif	37	30	25	92
	%	21,3	17,5	14,9	17,9
Quatrième naissance	Effectif	15	43	30	88
	%	8,6	25,1	17,9	17,2
Cinquième naissance	Effectif	8	24	30	62
	%	4,6	14,0	17,9	12,1
Sixième naissance	Effectif	1	14	27	42
	%	0,6	8,2	16,1	8,2
Septième naissance	Effectif	1	5	20	26
	%	0,6	2,9	11,9	5,1
Huitième naissance	Effectif	0	1	8	9
	%	0,0	0,6	4,8	1,8
Neuvième naissance	Effectif	0	0	8	8
	%	0,0	0,0	4,8	1,6
Dixième naissance	Effectif	0	0	3	3
	%	0,0	0,0	1,8	0,6
Total	Effectif	174	171	168	513
	%	100	100	100	100

Annexe 5.1 : Évolution de la part de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté au Niger, Mali et Burkina Faso

Années	Burkina Faso		Mali		Niger		Sénégal	
	Seuil de 1,90 \$	Seuil de 3,10 \$	Seuil de 1,90 \$	Seuil de 3,10 \$	Seuil de 1,90 \$	Seuil de 3,10 \$	Seuil de 1,90 \$	Seuil de 3,10 \$
1994	83,1	92,4	84,9	93,0	81,4	93,6	57,5	82,1
1998	81,6	91,0	-	-	-	-	-	-
2001			57,92	79,3	-	-	49,2	75,4
2003	57,3	79,3	-	-	-	-	-	-
2005	-	-	-	-	74,9	90,0	38,4	66,4
2006	-	-	50,59	76,1	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	72,0	90,1	-	-
2009	55,3	80,5	49,25	77,7	-	-	-	-
2011	-	-	-	-	50,3	81,7	38,0	66,3
2014	43,7	74,6	-	-	45,7	75,5	-	-

Source : Banque Mondiale (2016), <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>

Annexe 5.2 : Taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans ou plus

Années	Burkina Faso			Mali			Niger			Sénégal		
	F	T	Parité F/H	F	T	Parité F/H	F	T	Parité F/H	F	T	Parité F/H
1998	-	-	-	11,9	19,0	0,44	-	-	-	-	-	-
2001	-	-	-	-	-	-	9,4	14,4	0,48	-	-	-
2002	-	-	-	-	-	-				29,2	39,3	0,57
2003	15,2	21,8	0,52	15,9	24,0	0,49	-	-	-	-	-	-
2006	16,3	22,5	0,55	18,2	26,2	0,52	-	-	-	33,0	41,9	0,63
2007	21,6	28,7	0,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38,7	49,7	0,63
2010	-	-	-	20,3	31,1	0,47	-	-	-	-	-	-

2011	-	-	-	24,6	33,6	0,57	-	-	-	40,4	52,1	0,61
2012	-	-	-	-	-	-	8,9	15,5	0,38			
2013	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33,6	42,8	0,64
2014	26,2	34,6	0,59	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2015	28,3	37,7	0,60	22,2	33,1	0,49	11,0	19,1	0,40	43,8	55,6	0,64

Source : Banque Mondiale (2016), <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>

Annexe 5.3 : Proportion de la population urbaine

Années	Pays			
	Burkina Faso	Mali	Niger	Sénégal
1999	17,2	27,6	16,1	40,2
2000	17,8	28,4	16,2	40,3
2001	18,5	29,1	16,3	40,5
2002	19,3	29,8	16,4	40,6
2003	20,0	30,5	16,5	40,8
2004	20,8	31,3	16,6	40,9
2005	21,5	32,1	16,7	41,1
2006	22,3	32,8	16,9	41,3
2007	23,2	33,6	17,0	41,5
2008	24,0	34,4	17,2	41,7
2009	24,8	35,2	17,4	42,0
2010	25,7	36,0	17,6	42,2
2011	26,5	36,8	17,8	42,5
2012	27,3	37,6	18,0	42,8
2013	28,2	38,4	18,2	43,1
2014	29,0	39,1	18,5	43,4
2015	29,9	39,9	18,7	43,7

Source : Institut de statistique de l'UNESCO, <http://data.uis.unesco.org>

Annexe 7.1 : Questionnaire enquête de terrain

QUESTIONNAIRE : Réseaux personnels, capital social et recours aux soins**Instructions à l'endroit des enquêteurs**

Ce questionnaire doit être administré dans les ménages auprès des femmes âgées de 25 à 29 ans, de 30 à 34 et celles de 35-40 ans³⁶ ayant eu leur dernière naissance les 12 derniers mois précédant la collecte (après le 30 juin 2016). Lorsqu'un ménage est sélectionné, veuillez y enquêter toutes les femmes qui répondent à ce critère. Assurez-vous, à chaque fois, que cette condition est vérifiée avant de commencer les interviews. Les informations à collecter concernent la dernière grossesse même si la femme en a eu plusieurs. Veuillez aussi vérifier que les enquêtées sont disponibles pour boucler le questionnaire et précisez-leur que l'étude s'inscrit dans un cadre strictement académique.

Introduisez-vous poliment et soyez courtois pendant le temps que vous passerez avec vos enquêtées afin d'obtenir leur entière collaboration. Remerciez toujours les participantes de leur collaboration à la fin de chaque interview.

Exemple d'introduction

Bonjour Madame. Je m'appelle _____. Nous travaillons actuellement sur une étude dans un cadre strictement académique. Nous nous intéressons à comprendre vos préférences en matière de santé prénatale et obstétricale, vos facilités et difficultés d'accès aux soins, et comment les liens que vous entretenez avec votre entourage (dans le cadre du couple, de la famille, du voisinage et du travail) influencent votre possibilité de recours aux services de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Votre ménage a été sélectionné et nous aimerions que vous acceptiez d'y participer. Toutes les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles. Ces informations permettront de mieux cerner vos besoins réels en matière de santé prénatale et obstétricale en vue d'aider les décideurs à améliorer la santé des femmes enceintes et parturientes au Mali. Pour garantir la confidentialité, nous proposons que l'entretien se fasse sans la présence d'une autre personne, si vous êtes d'accord pour l'interview qui prendra entre 30 à 40 minutes.

³⁶ 500 femmes (250 en urbain et 250 en périurbain) constitué de 167 femmes âgées de 25-29 ans, 167 de 29-34 et 166 âgées de 35-40 ans.

A. Identification

A1. Commune	_ _ _ _
A2. Quartier	_ _ _ _
A3. Milieu (1. Urbain 2. Périurbain)	_ _
A4. Code de l'enquêteur/enquêtrice	_ _
A5. Date de l'interview	_ _ _ _ /06 /2017
A6. Heure de début de l'interview	_ _ _ _
A7. Heure de fin de l'interview	_ _ _ _

B. Caractéristique sociodémographique et recours aux soins de santé maternelle

B0. Nom et prénom de la personne enquêtée	
B1. Age en année révolue	<input type="checkbox"/>
B2. État matrimonial 1. Célibataire 2. Mariée monogame 3. Mariée polygame 4. Union libre/concubinage 5. Divorcée/Séparée 6. Veuve	<input type="checkbox"/>
B3. Niveau d'instruction atteint 1. Aucun 2. Fondamental 1 3. Fondamental 2 4. Secondaire 5. Supérieur	<input type="checkbox"/>
B4. Date de naissance du dernier enfant / /
B5. Rang de naissance pour cette dernière grossesse 1. Première naissance	<input type="checkbox"/>

2. Deuxième naissance Etc.	
B6. Pour cette dernière naissance, avez-vous reçu des soins prénatals d'un personnel de santé (médecins, infirmière, sage-femme) ?	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/> Si Non aller à la question B12
B7. De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première visite prénatale ?	<input type="checkbox"/> Si après trois mois, aller à B9
B8. Aviez-vous un problème de santé ?	1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/>
B9. Combien de fois avez-vous reçu de soins prénatals au cours de cette grossesse ?	<input type="checkbox"/> Si au moins 4 visites, aller à la question B11
B10. Pourquoi avez-vous effectué moins de 4 visites ? 1. Pas important 2. Important mais pas malade 3. Inaccessibilité financière (manque d'argent) 4. Opposition ou refus du mari/partenaire 5. Opposition de la belle-mère 6. Faible capacité d'accueil/Faible plateau technique 7. Personnel soignant non qualifié 8. Personnel soignant non accueillant, non courtois 9. Soins ne répondant pas au besoin, pas efficaces 10. Traitements traditionnels 11. Autre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Précisez si Autre (Résumez en quelques mots) Aller à la question B13
B11. Pourquoi avez-vous effectué plus de 4 visites ? Aller à la question B13
B12. Pourquoi n'avez-vous pas été en consultation prénatale ? 1. Pas important 2. Important mais pas malade 3. Inaccessibilité financière (manque d'argent) 4. Opposition ou refus du mari/partenaire 5. Opposition de la belle-mère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Précisez si Autre (Résumez en quelques mots)

<p>6. Faible capacité d'accueil/Faible plateau technique</p> <p>7. Personnel soignant non qualifié</p> <p>8. Personnel soignant non accueillant, non courtois</p> <p>9. Soins ne répondant pas au besoin, pas efficaces</p> <p>10. Traitements traditionnels</p> <p>11. Autre</p>	
<p>B13. Pour cette dernière grossesse, avez-vous accouché avec l'assistance d'un personnel de santé (médecins, infirmière, sage-femme) ?</p>	<p>1. Oui 2. Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si Non, aller à la question B14</p> <p>Si Oui, fin de la section B</p>
<p>B14. Qui vous a assisté pendant votre dernier accouchement ?</p> <p>1. Accoucheuse traditionnelle</p> <p>2. Belle-mère/ Belle-sœur</p> <p>3. Mère/Sœur</p> <p>4. Amie</p> <p>5. Voisine</p> <p>6. Autre</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Précisez si Autre (Résumez en quelques mots)</p> <p>.....</p>
<p>B15. Pourquoi n'avez-vous pas été assistée médicalement ?</p> <p>1. Pas important</p> <p>2. Important mais pas malade</p> <p>3. Inaccessibilité financière (manque d'argent)</p> <p>4. Opposition ou refus du mari/partenaire</p> <p>5. Opposition de la belle-mère</p> <p>6. Faible capacité d'accueil/Faible plateau technique</p> <p>7. Personnel soignant non qualifié</p> <p>8. Personnel soignant non accueillant, non courtois</p> <p>9. Soins ne répondant pas au besoin, pas efficaces</p> <p>10. Traitements traditionnels</p> <p>11. Autre</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Précisez si Autre (Résumez en quelques mots)</p> <p>.....</p> <p>Fin du de la section B</p>

CA. Réseaux personnels

Instructions à l'endroit des enquêteurs

Veillez remplir le tableau de cette section (C1 à C6) avec l'aide de la personne enquêtée : vous pouvez placer le tableau sous ses yeux de sorte qu'elle puisse vérifier ce qui est mentionné. Cela permet d'aller plus vite et d'éviter des erreurs. Veillez à ne pas rajouter des personnes supplémentaires si l'enquêtée cite 15 personnes (limite maximale des personnes citées comme significatives ou importantes).

Introduction de la section

Maintenant je vais vous demander les prénoms des personnes que vous considérez significatives ou importantes pour vous. Par personnes importante, nous entendons celles qui ont joué un rôle important dans votre vie (qui vous ont aidé, soutenu, défendu) l'année dernière (depuis juillet 2016). Il n'y a pas de réponse juste ou fausse, c'est ce que vous pensez qui nous intéresse. Vous me préciserez aussi vos liens avec ces personnes (par exemple si c'est votre mari, grand-père paternel, mère adoptive, demi-frère, cousine germaine, ami très proche, etc.) et la fréquence à laquelle vous êtes en contact.

N° personne	C1. Qui sont les personnes significatives ou importantes pour vous ?	C2. Sexe (H=1 et F=2)	C3. Quel lien avez-vous avec (nom) ?	C4. Depuis combien d'année connaissez-vous (nom) ?	C5. Où habite-t-il ?	C6. À quelle fréquence êtes-vous en contact ?
Ex.	Moussa Sidibé	1	24	2	3	4
1	Répondante (égo)					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
C3. Lien avec (nom)						

N° person ne	C1. Qui sont les personnes significatives importantes vous ?	C2. Sexe (H=1 et F=2)	C3. Quel lien avez- vous avec (nom) ?	C4. Depuis combien d'année connaissiez- vous (nom) ?	C5. Où habite-t- il ?	C6. À quelle fréquence êtes-vous en contact ?
	<u>Famille restreinte</u>		<u>Famille étendue</u> <u>Autre relation</u>		<u>Belle-famille</u>	
1.	Conjoint/Partenaire		7. Père 31. Amie	21.		Beau-père
2.	Fils/Fille		8. Frère/Sœur de père 32. Voisine/Voisin	22.		Frère/Sœur de Beau-père
3.	Petit-fils/Fille		9. Fils/Fille du frère de père 33. Mari de la voisine	23.		Belle-mère
4.	Coépouse		10. Fils/Fille de la sœur de père 34. Épouse du voisin	24.		Frère/Sœur de Belle-mère
5.	Fils/Fille de coépouse		11. Mère 35. Fils/Fille de la voisine	25.		Beau-frère
6.	Petit-fils/fille de coépouse		12. Frère/Sœur de mère 36. Collègue	26.		Épouse de beau-frère
			13. Fils/Fille du frère de mère 37. Mère adoptive	27.		Fils/Fille de beau-frère
			14. Fils/Fille de la sœur de mère 38. Autre à préciser	28.		Belle-sœur
			15. Sœur	29.		Mari de belle-sœur
			16. Mari de sœur	30.		Fils/Fille de belle-sœur
			17. Fils/Fille de sœur			
			18. Frère			
			19. Épouse du frère			
			20. Fils/Fille de frère			
	C5. Lieu d'hab. de Nom		C6. Fréquence de contact			
	1. Même ménage		1. Tous les jours ou presque			
	2. Même quartier		2. Une fois ou deux fois par semaine			
	3. Un autre quartier		3. Une fois ou deux fois par mois			
	4. Autre ville/village du Mali		4. Moins souvent			
	5. Étranger		5. Jamais ou presque jamais			

CB : Interactions des répondantes avec les membres de leurs réseaux personnels

Instructions à l'endroit des enquêteurs

Les numéros de ligne dans le tableau concernant cette section correspondent à ceux du tableau relatif à la section CA. Il s'agit des mêmes personnes considérées individuellement. Pour remplir ce tableau, sur les données relationnelles (C7 à C8), veuillez placer des virgules entre les numéros de référence comme dans l'exemple qui vous est proposé.

Introduction de la section

Nous allons maintenant parler de votre famille et de vos proches c'est-à-dire des personnes que vous avez déjà citées comme importantes pour vous et des liens que vous entretenez avec ces dernières.

N° personne	C7. Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien émotionnel à (nom) lors de problèmes légers (par ex., quand il est triste ou qu'il traverse des moments difficiles, qui peut l'aider, le consoler ?) ?	C8. Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien matériel/petits services à (nom) lors de difficultés (besoin d'argent, garde des enfants, dépense quotidienne, cérémonies familiales, fêtes, etc.) ?	C11. À votre avis, qui parmi les personnes citées, y compris vous, seraient capable de faire changer (nom) d'avis (par exemple sur ses choix en matière de soins, de vêtement, d'activité, etc.) ?	C9. Chaque famille a ses conflits et ses tensions. À votre avis, qui met souvent (nom) en colère ?
Ex.	7,2	6,8,9,11	3,5,10	
1 (Répondante)				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

N° personne	C7. Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien émotionnel à (nom) lors de problèmes légers (par ex., quand il est triste ou qu'il traverse des moments difficiles, qui peut l'aider, le consoler ?) ?	C8. Qui, parmi les personnes citées y compris vous, donneraient du soutien matériel/petits services à (nom) lors de difficultés (besoin d'argent, garde des enfants, dépense quotidienne, cérémonies familiales, fêtes, etc.) ?	C11. À votre avis, qui parmi les personnes citées, y compris vous, seraient capable de faire changer (nom) d'avis (par exemple sur ses choix en matière de soins, de vêtement, d'activité, etc.) ?	C9. Chaque famille a ses conflits et ses tensions. À votre avis, qui met souvent (nom) en colère ?
16				

D. Risques et besoins perçus en matière de santé maternelle

Introduction de la section

Pour terminer, je voudrais avoir votre opinion sur les risques et besoins pour une femme enceinte ou parturiente en général, indépendamment du fait que vous ayez été ou non en consultation prénatale ou assistée à l'accouchement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous voulons juste savoir ce que vous en pensez.

D1. Que pensez-vous de la période de la grossesse, représente-t-elle un moment de risque dans la vie d'une femme ?

1. Oui 2. Non

D2a. Si oui, quels sont les risques encourus ? (Aller à D3)

.....

D2b. Si non, pourquoi ? (Aller à D4)

.....

D3. À votre avis, que faut-il faire pour prévenir ces risques ?

.....

D4. Selon vous, l'accouchement présente-t-il des risques ?1. Oui 2. Non **D5a. Si oui, lesquels ? (Aller à D6)**

.....
.....
.....

D5b. Si non, pourquoi ? (Aller à D7)

.....
.....
.....

D6. Selon vous, que faut-il faire pour prévenir ces risques chez une femme parturiente ?

.....
.....
.....

D7. Pour terminer, comment décririez-vous votre expérience de la dernière grossesse et de l'accouchement ?

.....
.....
.....
.....

