

Huitième Conférence sur la Population Africaine Entebbe–Ouganda,
18-22 novembre 2019

S'appuyer Sur Le Potentiel De La Population Pour Accélérer Le
Développement Durable En Afrique : 25 Ans Après Le Caire Et Au-Delà

Titre de la communication :

**LES DETERMINANTS DE LA DISCONTINUITÉ
DES SOINS OBSTETRIQUES ENTRE LA PHASE
PRENATALE ET L'ACCOUCHEMENT
EN GUINEE**

**Session 503 : Les systèmes de santé et la santé maternelle, du
nouveau-né et de l'enfant**

Par Lamine SIDIBE

Institut National de la Statistique (INS), Conakry - Guinée

laminesidibe1@yahoo.fr

ENGAGEMENT

Les opinions exprimées dans ce document sont propres à son auteur et n'engagent en aucun cas l'Institut National de la Statistique (INS)

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AFCM : Analyse Factorielle des Correspondances Multiples

ATS : Agent Technique de Santé

CEPED : Centre Population Et Développement

CPN : Consultation Prénatale

CRDI : Centre de Recherche pour le Développement International

IFORD : Institut de Formation et de Recherche Démographiques

MICS : Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PRB : Population Reference Bureau

PTME : Programme de la Transmission Mère-Enfant du VIH

SARA : Service Availability and Readiness Assessment (Disponibilité et Capacité Opérationnelle des Services de Santé)

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SR : Santé de la Reproduction

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VAT : Vaccination Antitétanique

VIH/ SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

WHO: World Health Organization

SOMMAIRE

ENGAGEMENT.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	2
SOMMAIRE.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES	5
LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE	6
RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
I. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	11
1.1 Politique de santé.....	11
1.2 Couverture en établissements de santé	12
1.3 Disponibilité du personnel de santé.....	12
1.4 Disponibilité des services de santé maternelle, infantile, néonatale et de l'adolescent.....	12
II. CADRE THEORIQUE	13
2.1 REVUE DE LA LITTERATURE	13
2.1.1 Facteurs liés à l'offre des soins obstétricaux ou facteurs facilitants	13
2.1.2 Facteurs liés à la demande des soins obstétricaux ou facteurs prédisposants	16
2.2 Cadre conceptuel.....	24
2.2.1 Hypothèse générale	24
2.2.2 DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE ET SPECIFICATION DES VARIABLES CORRESPONDANTES	24
2.2.3 Hypothèses spécifiques de recherche.....	27
III. METHODOLOGIE	28
3.1 SOURCE DES DONNEES	28
3.2 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES	28
3.3 METHODES STATISTIQUES D'ANALYSE.....	28
3.3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE	28
3.3.2 ANALYSE EXPLICATIVE.....	28

IV. ANALYSE DIFFERENTIELLE DE LA DISCONTINUTE DES SOINS OBSTETRICAUX ENTRE LA PHASE PRENATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINEE	30
4.1 Variation selon le milieu de résidence	30
4.2 Variation selon la région de résidence.....	31
4.3 Variation selon la religion du chef de ménage	31
4.4 Variation selon l'ethnie du chef de ménage	32
4.5 Variation selon le niveau d'instruction de la femme	33
4.6 Variation selon l'exposition aux médias	33
4.7 Variation selon la parité atteinte ou le nombre total de naissances vivantes.....	34
4.8 Variation selon l'âge à l'accouchement.....	35
4.9 Variation selon le niveau de vie du ménage	35
4.10 Variation selon la qualité des soins obstétricaux	36
4.11 Variation selon la durée de grossesse à la première consultation prénatale.....	37
V. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE DE LA DISCONTINUTE DES SOINS OBSTETRICAUX ENTRE LA PHASE PRENATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINEE	38
VI. DETERMINANTS DE LA DISCONTINUTE DES SOINS OBSTETRICAUX ENTRE LA PHASE PRENATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINEE	39
6.1 Influence du milieu de résidence	39
6.2 Influence de la région de résidence.....	40
6.3 Influence du niveau d'instruction de la femme	41
6.4 Influence du niveau de vie du ménage	41
6.5 Influence de la qualité des soins obstétricaux.....	42
6.6 HIERARCHISATION DES DETERMINANTS	43
CONCLUSION	44
RECOMMANDATIONS	45
LIMITES	46
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	47
ANNEXES.....	51

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 4. 1: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le milieu de résidence.....	30
Graphique 4. 2: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la région de résidence.....	31
Graphique 4. 3: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la religion du chef de ménage.....	32
Graphique 4. 4: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'ethnie du chef de ménage.....	32
Graphique 4. 5: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau d'instruction de la femme.....	33
Graphique 4. 6: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'exposition aux médias.....	34
Graphique 4. 7: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la parité atteinte	34
Graphique 4. 8: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'âge à l'accouchement	35
Graphique 4. 9: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau de vie du ménage.....	36
Graphique 4. 10: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la qualité des soins obstétricaux.....	36
Graphique 4. 11: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la durée de grossesse à la première consultation prénatale.....	37

LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A4. 1: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le milieu de résidence.....	51
Tableau A4. 2: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la région de résidence.....	51
Tableau A4. 3: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la religion du chef de ménage.....	51
Tableau A4. 4: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'ethnie du chef de ménage.....	52
Tableau A4. 5: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau d'instruction de la femme.....	52
Tableau A4. 6: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'exposition aux médias.....	52
Tableau A4. 7: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la parité atteinte	53
Tableau A4. 8: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'âge à l'accouchement	53
Tableau A4. 9: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau de vie du ménage.....	53
Tableau A4. 10: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la qualité des soins obstétricaux.....	54
Tableau A4. 11: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la durée de grossesse à la première consultation prénatale.....	54
Tableau A6. 1: Rapports de chances de la non-assistance à l'accouchement après une consultation prénatale suivant les variables explicatives dans la régression logistique (méthode ascendante pas à pas)	55

RESUME

Comme dans la plupart des pays africains, la Guinée est caractérisée par la forte mortalité maternelle. L'une de ses causes est la discontinuité entre l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié et la consultation prénatale. Aussi, la promotion de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale est-elle l'une des priorités de la politique nationale de réduction de la mortalité maternelle. Mais la réalisation d'un tel programme implique une meilleure connaissance des déterminants de cette discontinuité, en vue d'un meilleur ciblage de la population concernée par la politique nationale de réduction de la mortalité maternelle.

La présente étude sur «Les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée» apporte une contribution dans ce sens. Elle adopte une approche globale de l'offre et de la demande de soins obstétricaux. A partir de la cinquième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-V) de la Guinée réalisée en 2016, sur 100 femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, 30 n'ont pas été assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié. Partant de la description du contexte de l'étude, l'investigation s'est faite à l'aide d'un cadre théorique, des analyses descriptive et explicative qui ont permis de déboucher sur des résultats assez révélateurs. Le niveau de vie du ménage, la région de résidence, la qualité des services obstétricaux, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme sont tous d'importants générateurs de différences de comportements déterminant la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement.

Dans ce cas, la stimulation à la continuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement passe principalement par l'élargissement des opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les femmes surtout en faveur des paysannes, la décentralisation des interventions et la facilitation de l'accès aux services de santé maternelle et infantile au profit du milieu rural, la sensibilisation et la motivation du personnel médical sur l'accueil, les soins de qualité et la prise en charge correcte des femmes enceintes et le renforcement des capacités des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue.

INTRODUCTION

Dans le monde entier, la naissance d'un enfant est un événement que l'on célèbre, or dans le Tiers Monde, des milliers de femmes vivent quotidiennement la naissance d'un enfant non pas comme l'événement heureux, mais comme un enfer qui peut parfois leur coûter la vie. Cet aspect plus tragique de la naissance « est souvent passé sous silence puisqu'il n'est vécu que par les femmes qui subissent l'épreuve et celles qui les assistent » (OMS, 1999).

Si la maternité est souvent une expérience positive et satisfaisante, elle est, pour trop de femmes, synonyme de souffrance, de maladie et même de mort. Les principales causes directes de morbidité et de mortalité maternelles sont les hémorragies, les infections, l'hypertension artérielle, l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et la dystocie, c'est à dire les complications survenant lors de l'accouchement (OMS, 2018).

Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé et met en lumière l'écart entre les riches et les pauvres. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud.

Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. En Guinée, il est de 550 pour 100 000 (MICS-V 2016). On note d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines. Or, entre 2016 et 2030, dans le cadre des Objectifs de développement durable, l'objectif est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes dans la plupart des pays en développement.

Dans les pays en développement, en moyenne, les femmes ont beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur.

Le risque de décès maternel sur la durée de la vie – c'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement – est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé (OMS, 2018).

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins.

La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de

l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement.

Il est fondamental que toutes les naissances aient lieu en présence de professionnels de la santé compétents, car une prise en charge et un traitement rapides peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant.

La santé maternelle est au cœur des Objectifs du Développement Durables (ODD) et notamment la cible 3.1 de l'objectif 3.

Dans le monde, plusieurs efforts ont été entrepris dans le cadre de la mise en œuvre des politiques et programmes de santé de la reproduction issus de l'Initiative de la Maternité Sans Risque tenue à Nairobi (1987), la Consultation technique sur la Maternité sans Risque à Colombo (1997), la Stratégie, Santé de la Reproduction en Afrique, OMS (1997), etc. pour placer la santé de la reproduction au cœur des préoccupations de la communauté internationale et de la concevoir comme faisant partie intégrante des droits fondamentaux de l'être humain. Malgré ces efforts, la région du monde où les risques de complications liés à la grossesse et à l'accouchement sont les plus élevés est l'Afrique subsaharienne.

Dans le monde en développement, et en Afrique en particulier, la réflexion scientifique sur la problématique de la continuité ou de la discontinuité des soins en est encore à ses débuts. Elle nécessite une conceptualisation spécifique compte tenu de la particularité des contextes médicaux, caractérisés par la pluralité de l'offre et de la relative indépendance des utilisateurs vis-à-vis des prestataires (Fournier et Haddad, 1995). En Afrique, cette problématique, vue notamment sous l'angle du consommateur, est particulièrement peu analysée dans le domaine de la santé maternelle, tout comme dans le cas de la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA (UNAIDS, 2002).

Les fondements de la discontinuité des soins obstétricaux observée en Afrique subsaharienne sont encore mal connus. L'essentiel de la documentation porte sur la continuité ou la discontinuité des méthodes contraceptives (Bakass, 2003). Or la discontinuité de soins est une rupture dans le suivi des soins. D'après Reid, Haggerty et McKendry (2002), la continuité de soins est atteinte lorsque des éléments de soins distincts sont reliés entre eux et lorsque ces éléments, qui perdurent dans le temps, sont soutenus et maintenus [...]. Elle est le résultat d'un bon transfert de l'information (continuité informationnelle), de bonnes relations personnelles entre le patient et le soignant (continuité relationnelle) et une bonne coordination de soins (continuité d'approche ou du plan d'intervention clinique).

En Guinée, les études sur le recours aux soins et celles portant en particulier sur les comportements des femmes enceintes sont pour la plupart effectuées par des médecins ou des planificateurs de santé (Cantrelle et al., 1992a). En effet, ces études effectuées par des chercheurs étrangers se présentent sous forme de consultation pour le compte d'organismes gouvernementaux ou internationaux ou encore d'ONG étrangères œuvrant dans le secteur de la santé (Bagayogo, 1991). Aussi, nombre d'entre elles sont effectuées en milieu urbain selon une approche quantitative et visent, entre autres, à établir une évaluation de l'efficacité des programmes de santé destinés aux femmes enceintes ou tout simplement à comprendre les raisons qui amènent ces dernières à accoucher à domicile et non dans les centres de santé (Cantrelle et al., 1992b). Les difficultés liées à l'implantation de la politique de "Santé pour tous d'ici l'an 2000" (née de la conférence d'Alma-Ata en 1978) dans de nombreux pays

en Afrique et ailleurs avec l'appui financier de l'O.M.S, de l'UNICEF et de la Banque Mondiale expliquent en grande partie la multiplication de ce type de recherches (McPacker et al., 1991). Leurs auteurs se limitent souvent à établir des corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques des femmes avec leurs comportements pendant la grossesse et l'accouchement (Keita et al., 1989). La première étude, en Guinée, sur les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux notamment entre la phase prénatale et l'accouchement est un mémoire de Master Professionnel en Démographie soutenu à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) (Sidibé, 2010).

Concernant la santé de la reproduction en Guinée, la MICS-V 2016 montre que 13% de femmes ne vont pas en consultations prénatales et ne reçoivent donc pas de soins prénatals. La plupart des consultations prénatales est assurée par des sages-femmes (35%) et 20% par des médecins tandis que 15% de femmes reçoivent des soins d'une infirmière et 15% d'un Agent technique de la Santé (ATS). Les résultats indiquent que plus de huit femmes sur dix (84%) ont reçu des soins pour leur grossesse dispensés par du personnel qualifié. Cependant, 30% de ces femmes n'ont pas été assistées à l'accouchement par du personnel qualifié. On peut considérer ces 30% comme des besoins non satisfaits pour un accouchement pris en charge médicalement.

La question est maintenant de savoir comment une telle situation est possible dans un pays où 84% des femmes enceintes ont effectué une visite prénatale et 30% d'entre elles n'ont pas été assistées à l'accouchement par du personnel de santé qualifié. Dans ce cas, une étude approfondie des facteurs de la fréquentation des services obstétricaux s'avère capitale pour répondre à cette question.

Devant cette situation nous posons la question de recherche suivante :

Quels sont les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée?

L'objectif général de cette étude est de mettre à la disposition des décideurs et des planificateurs des informations pertinentes afin de mieux orienter les politiques visant à améliorer la continuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée .

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Mesurer les différentiels de discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée ;
- Déterminer le profil des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une consultation prénatale ;
- Identifier les principaux déterminants de cette discontinuité ;
- Formuler des recommandations pertinentes en vue d'améliorer la continuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement.
-

I. CONTEXTE DE L'ETUDE

Cette partie a pour objectif de présenter les aspects contextuels de l'étude en Guinée qui peuvent aider à comprendre les comportements des femmes en matière des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement.

1.1 POLITIQUE DE SANTE

La politique sanitaire de la Guinée a connu une profonde mutation à partir de 1984 avec l'avènement de la 2ème République. En effet, c'est à partir de cette année que le pays s'est engagé dans un vaste programme de réformes de son système de santé sous l'impulsion de l'OMS et de la Banque mondiale, abandonnant progressivement le système de santé populaire fondée sur « l'Accès aux soins de santé pour tous et à moindre coût » qui prévalait sous la première République.

Le forum national de la santé organisé en 1997 a recommandé l'élaboration d'un plan stratégique national de développement sanitaire. Les principales orientations stratégiques retenues sont :

- La réduction de la morbidité-mortalité dans les groupes vulnérables ;
- La mise en place des structures sanitaires délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) ;
- La gestion efficace et efficiente des ressources et des structures sanitaires.

Le système de santé en Guinée comprend le secteur public qui est géré par le ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le secteur parapublic géré par des organismes publics qui ne sont pas rattachés au ministère de la Santé, le secteur privé lucratif et le secteur confessionnel. Comme dans beaucoup de pays africains, le secteur public est dominant par son personnel et son équipement.

Le défi à relever pour améliorer la situation sanitaire actuelle de la population est important mais si la politique de décentralisation de plus en plus poussée prônée par les nouvelles autorités est menée à son terme, elle devrait transformer radicalement et positivement le système de santé en Guinée. Cela ne peut se traduire que par une série de mesures légales et réglementaires. Au titre de ces mesures, il a été décidé l'application de la gratuité des soins obstétricaux (CPN, césarienne et accouchement), la distribution à base communautaire des contraceptifs, l'enseignement de la SR dans les écoles et à la Faculté de Médecine, la création de l'institut de perfectionnement du personnel de santé (IPPS), l'extension des sites PTME dans le cadre de l'Initiative de la Transmission Mère-Enfant du VIH, l'intégration effective des soins après avortement dans les hôpitaux préfectoraux et régionaux, la création des centres de nutrition thérapeutiques dans les centres de santé et dans les hôpitaux, la décentralisation du centre de transfusion sanguine dans les préfectures et dans les régions et le renforcement des capacités des prestataires, l'utilisation des nouvelles molécules en matière de traitement préventif intermittent (TPI) et la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA), la signature de l'accord de convention de la sécurisation des produits de santé avec la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG) et le repositionnement de la planification familiale et de la nutrition etc.

1.2 COUVERTURE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

Au niveau national, le nombre d'établissements de santé recensés au cours de l'enquête SARA-Guinée 2017 s'évalue à 2263 établissements. Ils sont constitués essentiellement de postes de santé. Un peu plus de la moitié des structures de santé fonctionnelles sont des postes de santé (53,4%). Les centres de santé représentent 17,1% des structures de santé. Quant aux cliniques et cabinets de soins, ils représentent respectivement 6,2% et 6%. Les hôpitaux ne représentent que 2%. La grande majorité de ces établissements sanitaires (72,6%) appartient au secteur public. On note des disparités entre les régions. La région de Kankan (18,9%) en tête suivie de Kindia (17,8%) et de N'Zérékoré (14,1%) abritent le plus grand nombre des établissements de santé. Les plus faibles proportions sont enregistrées dans les régions de Mamou (8,4%), Faranah (8,5%), Boké (8,8%) et Labé (11,1%). La région spéciale de Conakry abrite 30% des hôpitaux et cliniques qui représente la plus grande des proportions enregistrées. Cette couverture en établissements de santé cache des disparités selon leur concentration et le type d'établissement.

1.3 DISPONIBILITE DU PERSONNEL DE SANTE

Selon l'enquête SARA-Guinée 2017, la densité du personnel de santé représente la disponibilité des principaux professionnels de santé (médecins, autres cliniciens, infirmières autorisées, et sages-femmes, etc.) pour 10000 habitants.

Le nombre de 23 professionnels de santé pour 10 000 habitants est la norme. En Guinée, cet indicateur est de 10 professionnels de santé pour 10000 habitants. Il est plus faible dans les régions de Labé (7), Faranah (8), Kankan (8) et Mamou (10) ; alors que dans les régions de Conakry et Kindia, cet indicateur atteint respectivement 15 et 12 professionnels de santé pour 10000 habitants.

Cependant, la disponibilité du personnel de santé en Guinée c'est-à-dire le quotient du nombre de professionnels de santé pour 10 000 par 23 (la norme) est de 44,2%. Cette disponibilité est de 32,5% à Labé ; 33,8% à Faranah ; 35,8% à Kankan, 37,7% à Mamou, 40,3% à Boké, 54,3% à Kindia et 65,5% à Conakry. Cette disponibilité du personnel de santé au niveau des régions cachent des disparités bien prononcées au niveau géographique le plus désagréé.

1.4 DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE, INFANTILE, NEONATALE ET DE L'ADOLESCENT

La disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets est de 6% (Enquête SARA-Guinée 2017). Ce taux relativement bas s'explique entre autres par le fait que des prestations de gynécologie ou d'obstétrique telles que les césariennes ne soient pas pratiquées dans certaines structures de santé.

Quant au service de vaccination, il est offert seulement dans deux cinquièmes des structures de santé (40%).

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base sont offerts dans plus de trois quart des structures de santé du pays (78%).

Par ailleurs, plus de deux tiers de structures de santé offrent les services de soins préventifs/curatifs pour l'enfant (71%) et les soins prénataux (68%). Des disparités subsistent au niveau géographique plus désagréé.

II. CADRE THEORIQUE

Cette partie fait une revue critique de la littérature pertinente sur les causes de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement. Ce qui permet de construire un cadre conceptuel et de formuler les hypothèses de l'étude et le cadre d'analyse.

2.1 REVUE DE LA LITTERATURE

La littérature sur les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle font intervenir deux groupes de facteurs : les facteurs liés à la demande des soins ou facteurs prédisposants et ceux liés à l'offre des soins ou facteurs facilitants.

Les facteurs liés à la demande des soins regroupent entre autres les facteurs économiques, les facteurs culturels, les facteurs sociodémographiques et les facteurs liés aux rapports du genre.

Les facteurs liés à l'offre des soins sont entre autres la qualité des services obstétricaux, l'accessibilité économique et l'accessibilité géographique à ces services.

2.1.1 Facteurs liés à l'offre des soins obstétricaux ou facteurs facilitants

Les facteurs liés à l'offre ont trait essentiellement à l'accessibilité des soins et la qualité des services. Plusieurs études appréhendent l'accessibilité des soins en termes de présence (présence ou non d'une structure, présence ou non du personnel de santé) soit en termes de distance / temps soit en termes de coûts, soit en termes d'adaptation au contexte dans lequel les soins sont offerts. Mais de plus en plus on parle d'accessibilité culturelle qui vise l'adéquation de l'offre biomédicale avec les attentes et préférences dans l'appréciation de la qualité des services par les populations (Fournier et Haddad, 1995).

Quant à la qualité des soins, elle renvoie pour certains auteurs à des caractéristiques des soins médicaux qui se manifestent à travers plusieurs éléments : l'aspect technique des soins, la continuité des services, les relations interpersonnelles entre patients et soignants et les aspects organisationnels des services (Beninguisse, 2007).

Selon l'UNFPA (2004), « La qualité importe dans les programmes de santé maternelle, de même que dans les programmes de planification familiale, et peut inciter les femmes qui affrontent des urgences obstétricales à se rendre le plus souvent dans les centres de santé pour y recevoir des soins salvateurs. », or, les études situationnelles (Betbout et al., 1998) et autres études dans d'autres pays africains ont montré que dans la plupart des pays africains, non seulement les soins obstétricaux ne sont souvent pas de bonne qualité, mais ils ne sont pas aussi accessibles ni géographiquement, ni financièrement.

Par ailleurs, dans le domaine de la planification familiale, la qualité s'oriente surtout vers la perspective des clients en se basant sur six éléments : la compétence technique des prestataires, les relations entre ces dernières et les clientes, l'information donnée aux clients, le choix des méthodes, les mécanismes qui renforcent l'utilisation des services et la constellation appropriée des services.

2.1.1.1 Accessibilité des soins obstétricaux

a) Accessibilité géographique

L'accessibilité géographique est appréhendée à travers la disponibilité physique des services de santé et la distance minimale qu'il faut parcourir pour y arriver. Plusieurs travaux empiriques menés dans les pays africains ont établi une relation négative entre la distance à parcourir et le volume d'utilisation des services de santé. C'est le cas du Nigéria et du Ghana où la clientèle des formations sanitaires serait principalement constituée des patients demeurant à proximité (Fournier et Haddad, 1995).

Beninguisse (2001) a montré que le recours aux services obstétricaux modernes pour la surveillance de la grossesse et de l'accouchement dans les zones urbaines et rurales du Cameroun diminue significativement avec l'augmentation de la distance par rapport aux services de santé. Pour lui : « la fréquentation des services de santé se fait non seulement par un arbitrage basé sur la proximité géographique mais aussi sur la disponibilité des moyens de transport pour s'y rendre. Cet arbitrage intègre nécessairement aussi les aspects liés à la qualité et aux coûts de transport ainsi qu'à l'état des routes » (Beninguisse, 2001).

Les difficultés d'accès aux centres de santé, à cause de l'éloignement, du manque de transport ou du mauvais état des routes, sont des obstacles dont plusieurs études ont souvent fait mention (Banque mondiale, 1999). Mais les effets des distances sur les comportements d'utilisation vont être fortement influencés par l'intervention de facteurs de nature différente parmi lesquels, on pourra citer les coûts d'utilisation, le revenu des patientes et surtout la qualité des soins attendus.

Dans une étude sur la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique subsaharienne, Beninguisse et al. (2007) montrent que d'une manière générale, les niveaux de discontinuité des soins obstétricaux augmentent significativement avec la distance par rapport au service obstétrical le plus proche. Au-delà de 5 km, les niveaux de discontinuité passent quasiment du simple au double.

En Guinée (Conakry), l'éloignement de la structure sanitaire a été le motif le plus évoqué pour justifier les accouchements à domicile (Diallo et al., 1999).

L'accessibilité géographique des services obstétricaux apparaît donc comme une des contraintes majeures favorables à la discontinuité.

b) Coûts des soins

Selon l'OMS (1998b), « le fait que les services de santé maternelle soient payants freine leur utilisation et empêche des millions de femmes d'accoucher à l'hôpital ou de se faire soigner en cas de complications. Même lorsque les tarifs officiels sont peu élevés ou lorsque les services sont gratuits, le monnayage frauduleux des soins est légion, limitant ainsi l'utilisation des services. » A côté des tarifs officiels, viennent souvent se greffer le coût du transport, des médicaments ainsi que de la nourriture et du logement de la femme ou des parents qui s'occupent d'elle à l'hôpital. Plus les femmes sont pauvres, plus l'introduction de services payants risque de compromettre l'utilisation des services de santé.

Dans les pays en développement les structures de santé souffrent de l'absence de financement due, à la fois, aux mauvais choix programmatiques et aux causes externes,

notamment la diminution des revenus des Etats et les programmes d'ajustement structurel. C'est dans ce contexte que l'Initiative de Bamako (1985) a vu le jour. Cette initiative fut adoptée par les pays Ouest-africains comme politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires. Les services de santé sont désormais payants, ainsi que les médicaments, et l'on a assisté dans la plupart des pays Ouest-africains, à une désertion du secteur moderne du soin.

Les utilisateurs des services de santé sont amenés à supporter des coûts de diverses natures, monétaire et non monétaire, direct ou indirect. Parmi ces coûts il y a entre autres les coûts de transport et les pertes de temps liées au transport, les coûts d'attente dans les services et les coûts des traitements. Même lorsqu'il n'y a pas de complication, le coût des soins obstétricaux va dissuader les femmes d'obtenir les soins de personnel qualifié dans une structure de santé, en particulier si elles sont pauvres et vivent dans des zones reculées (Ensor & Cooper, 2004). En cas de complication, le coût des soins obstétricaux peut amener les ménages pauvres à s'enfoncer dans les difficultés économiques et à s'appauvrir davantage (Borghini et al., 2006). Ne pas obtenir les soins appropriés en temps voulu peut également conduire à la mort ou engendrer un handicap grave chez la femme, le fœtus ou le nouveau-né, ou même chez les deux. Le coût des soins obstétricaux a, dès lors, des implications sur la survie et le bien-être des femmes et des nouveau-nés, ainsi que sur l'économie des ménages.

2.1.1.2 Qualité des services obstétricaux

Une grossesse fait naître un grand espoir pour l'avenir et peut donner à la femme un statut social particulier très apprécié surtout dans les pays en développement et Afrique Sub-saharienne en particulier. Elle fait naître aussi de fortes attentes en matière de soins, lesquels sont souvent bien accueillis par les femmes enceintes.

Mais les décisions des femmes en matière de soins de santé sont influencées par la perspective des prestations, c'est-à-dire la prestation des soins sûrs et efficaces ainsi que les ressources et l'organisation qui la détermine mais aussi dans la perspective des clients, à savoir des soins qui répondent aux besoins et aux préoccupations (Beninguisse et al, 2004).

En Egypte par exemple, Abu-Zeid et Dunn (1985) attribuent en partie la sous-utilisation des services de santé modernes pour le suivi des grossesses et des accouchements au manque de confiance des populations dans l'efficacité des prescriptions délivrées. Aussi, les comportements des agents de santé peuvent favoriser ou défavoriser l'établissement d'une relation de confiance entre ces derniers et les femmes gestantes ou parturientes. Les femmes voient souvent les agents du système de soins officiel comme des personnes désagréables, grossières, brusques, froides et distantes. Là où les agents de santé sont ressentis comme hostiles et revêches, les femmes ont tendance à se tourner vers une accoucheuse traditionnelle pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins du postpartum, ce qui peut entraîner des retards fatals en cas de complications de la grossesse. C'est ainsi que Diallo et al. (1999), d'après leur étude en Guinée en 1999, ont trouvé que le mauvais comportement du personnel de santé est un handicap à la fréquentation des formations sanitaires.

Dans son mémoire de master professionnel en démographie, Sidibé (2010), a trouvé qu'en Guinée la proportion des femmes non-assistées à l'accouchement après une consultation

prénatale est élevée chez les femmes qui ont fréquenté des services obstétricaux de mauvaise qualité.

Dans une étude à Arusha en Tanzanie, Eseko (1998) a montré que les services dans les consultations prénatales à Arusha en Tanzanie étaient clairement déficients, d'après les femmes qui les avaient fréquentées. La tension artérielle n'avait jamais été mesurée chez 24% d'entre elles, et 61% n'avaient jamais eu d'analyse d'urine. Il n'y a jamais eu d'analyse de sang chez 55%, et 71% n'ont jamais reçu d'éducation sanitaire à la consultation.

2.1.2 Facteurs liés à la demande des soins obstétricaux ou facteurs prédisposants

2.1.2.1 Facteurs économiques

a) Niveau socio-économique du ménage

De nombreuses études, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, ont montré que le niveau socio-économique du ménage est associé à des différences significatives dans le degré d'utilisation des services de santé (Zoungrana, 1993 ; Beninguisse, 2001). L'association entre le niveau socio-économique du ménage et l'utilisation des services de santé tient au fait que le pouvoir de mobilisation des ressources de cet indicateur est susceptible d'influencer les comportements sanitaires des individus. En effet le revenu du ménage permet non seulement de supporter des coûts directs liés à l'utilisation des services de santé, des coûts indirects (transports), mais aussi peut constituer un moyen d'accès à l'information (télévision, radio, journaux).

Dans une étude portant sur la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique subsaharienne, Beninguisse et al (2007) affirment qu'elle est fortement associée à la pauvreté : « la discontinuité des soins obstétricaux est nettement plus fréquente parmi les femmes vivant dans les ménage de niveau de vie faible et sa prévalence diminue sensiblement à mesure que le niveau de vie du ménage augmente, avec des différences « pauvres riches » allant de 1,5 fois supérieur au Gabon à 11 fois plus au Cameroun » (Beninguisse et al., 2007 ; p.4). Mais la relation de cet indicateur avec les comportements des individus n'est pas simple à cause notamment des mécanismes d'action intervenant dans celle-ci (Beninguisse, 2003) et aux façons variables de mesurer le niveau socio-économique : le revenu du ménage, la qualité de l'habitat, la possession des biens matériels, etc.

Généralement les femmes vivant dans les ménages riches ont le plus accès à l'information sanitaire via les médias, et disposent des moyens de transport nécessaires pour une utilisation intensive des services de santé maternelle et infantile, réalisant ainsi le cumul d'avantages évoqué par Surault (1995).

b) Activité économique de la femme

Malgré les difficultés à mesurer l'activité économique des femmes, cette variable a attiré l'attention des chercheurs et a été montrée comme un facteur déterminant des comportements sanitaires des mères (Bahan, 2007). Ainsi, lorsque le travail de la femme lui procure un gain financier, son rapport avec la fréquentation des services obstétricaux s'en trouve affecté (Kaboré, 2005). Ce constat peut se comprendre aisément quand on sait que le travail féminin non rémunéré s'associe exclusivement aux travaux champêtres à statut défavorable (Fassassi, 2001).

Le secteur moderne d'activité apparaît comme le moteur essentiel de l'émancipation féminine (ibid, 2001). Le travail formel (salariné) est donc comme un catalyseur qui permet l'accumulation rapide du capital social et provoque une prise de conscience accélérée par rapport aux femmes travaillant dans d'autres secteurs d'activités. Ainsi, il peut permettre à la femme d'acquérir des connaissances en matière de santé et d'adopter de nouveaux comportements comme la non-observance des normes et pratiques traditionnelles au profit de celles recommandées par la médecine moderne (Beninguisse, 2003).

Mais, il faut noter que la relation entre l'activité économique de la femme et l'utilisation des services obstétricaux n'est pas toujours simple. En effet, le type d'activité ou le secteur d'activité peut constituer un obstacle à l'utilisation des services de santé en particulier les soins obstétricaux. Selon Wong et al (1987) et MacDonald (1988) cités par Zoungrana (1993), le temps apparaît dans plusieurs études comme l'un des facteurs inhibiteurs les plus importants de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile. Les femmes qui occupent un emploi temporaire dans l'industrie de la cueillette des fruits aux fins d'exportation au Chili, par exemple, disent qu'il leur est impossible, à cause de leur longues journées de travail, de quitter leur emploi pour s'occuper de leurs problèmes de santé (Berr, 1994 cité par le CRDI, 2003).

2.1.2.2 Facteurs socioculturels

a) Religion

La religion à travers les mythes, les croyances, les normes, les valeurs et les pratiques qui en résultent, est un facteur susceptible d'influencer les perceptions, les attitudes et les comportements des femmes concernant le recours à la prise en charge médicale de la grossesse.

Elle peut être définie comme un système institutionnalisé de croyances, de symboles, de valeurs et pratiques relatifs au sentiment de la divinité (Akoto, 1993).

Elle régit la vie de ses fidèles en canalisant leurs comportements vers le modèle moral ou éthique de référence. En fonction de ce dernier, la religion peut apparaître comme un facteur d'adaptation, de promotion ou de refus de changement (Akoto, 1993). En Afrique subsaharienne, plusieurs études ont trouvé que la religion chrétienne a une influence positive sur le recours aux soins obstétricaux modernes: les études de Kaboré (2005) et de Soubeiga (2005) portant sur le Burkina Faso et celle de Beninguisse (2001) portant sur le Cameroun montrent que les femmes chrétiennes ont plus de chances que les femmes des autres religions de recourir aux services obstétricaux modernes pour une prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Ces différences religieuses en faveur des femmes chrétiennes sont généralement expliquées par le fait que la religion chrétienne est un facteur d'ouverture, d'adaptation, de promotion et de diffusion de la culture, des savoirs, de la technologie et de la médecine d'origine occidentale (Beninguisse, 2003) contrairement aux autres religions.

Dès leur implantation, les missionnaires chrétiens s'insurgèrent contre certaines pratiques de soins traditionnelles, et incitèrent les femmes à l'utilisation des services obstétricaux modernes (Akoto, 1993). Au Nigéria, Stock (1983) note que les musulmans sont plus réticents à utiliser les services fournis par les missions chrétiennes.

C'est ainsi qu'au Nigeria les femmes chrétiennes apparaissent plus enclines à utiliser les soins de santé modernes (Fournier et Haddad, 1995).

b) Ethnie

L'ethnie comme modèle culturel véhicule des croyances, des perceptions, des comportements pouvant influencer la fréquentation des services de santé. Ces comportements et ces croyances sont parfois défavorables à la santé d'une manière générale et en particulier à la santé maternelle. En tant que concept désignant un groupement socioculturel, c'est-à-dire un « composé spécifique, en équilibre plus ou moins instable, de culturel et de social » (Nicolas, 1973), l'ethnie apparaît comme un facteur important qui influence le suivi médical de la grossesse et de l'accouchement. L'accès aux soins maternels dans les sociétés africaines est sujet à des considérations multiples, qui partent de la place donnée à la femme dans la société traditionnelle aux croyances et aux considérations religieuses de la société. Compte tenu de l'importance accordée à la fécondité et à la procréation, l'accouchement constitue un événement particulier où, une fois encore, les rites, les croyances et le respect des normes de la société entrent en vigueur.

A ce titre, Clauss (1966 cité par le CRDI, 2003) révèle qu'en Tunisie : « la maternité, plus que n'importe quel autre moment de la vie d'une femme fait l'objet de beaucoup de rites et de croyances qui entravent des médecins. Ainsi, mis à part les proches parents, la femme enceinte ne révélera son secret qu'à ses meilleurs amis (...). Les étrangers ne remarqueront la chose qu'à la modification de son aspect. Et de plus, les femmes ne se déplaceront pas facilement vers les hôpitaux pendant les trois premiers mois ; on veillera à ce qu'elle ne soit pas effrayée à la vue de personne handicapée de peur que les malformations observées ne soient pas transmises à l'enfant ».

Dans certaines régions du Ghana, un travail obstétrical prolongé est interprété comme un signe d'infidélité entre les conjoints. Cette croyance pousse à retarder la fourniture des soins d'urgence car la femme doit avouer son infidélité afin d'apaiser les dieux avant de pouvoir accoucher. Cette croyance est tellement enracinée que certaines femmes vont jusqu'à avouer, même si elles n'ont commis aucune infidélité (Sala-Diakanda, 1999). La préférence de certaines femmes par rapport aux prestataires masculins est aussi un autre problème d'ordre culturel. En effet, dans certaines cultures, il arrive que les femmes ne soient pas disposées à recevoir des soins prodigués par un prestataire masculin. Le manque de prestataire féminin est dès lors susceptible de limiter l'accès des femmes aux services obstétricaux (PRB, 2002).

Une étude réalisée par Diop (1988) a mis en évidence de nombreuses pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement chez les Jola, les Lebu, les Bassari, les Serer et les Wolof au Sénégal, les Ewé au Togo et les Imragen en Mauritanie. Ces pratiques peuvent constituer souvent des obstacles à l'utilisation adéquate des services de soins obstétricaux modernes.

Chez les Jola, le premier accouchement est considéré comme une véritable initiation.

Les accouchements sont assistés par des matrones qui emmènent les femmes dans la forêt quelques jours avant, où on leur donne des conseils concernant leur conduite avant et pendant l'épreuve puis les interdits à respecter (Diop, 1988).

Chez les Bassari du Sénégal, il n'y a pas de sages-femmes. Ce sont les femmes habitant la concession familiale qui assistent la parturiente. En cas d'accouchement difficile, on fait boire

à la femme de l'eau dans laquelle on a fait macérer des racines de plantes (Ibid., 1988). Le même auteur souligne que chez les Ewé du Togo, l'accouchement s'accomplit avec l'assistance active des matrones possédant des secrets pour venir à bout des cas les plus difficiles. En cas de complication réelle ou même prévue par les devins, la femme doit avouer ses fautes (adultères, offenses sociales et religieuses) et subir des purifications.

Une telle croyance pourrait entraver la prise en charge des grossesses et peut être aussi cause de la discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement.

c) Instruction de la femme

Selon Akoto (1993), l'instruction désigne le processus d'acquisition des connaissances, du savoir et du savoir-faire réalisé au sein d'un système d'enseignement structuré et organisé selon les normes occidentales. Cependant, la mesure de l'instruction n'a pas toujours été la même dans les études. Certains chercheurs se réfèrent au nombre d'années passées dans le système éducatif, d'autres au niveau d'étude le plus élevé.

Le niveau d'instruction est un des principaux facteurs explicatifs des comportements humains. Pour Vallin et al. (2002), « L'une des premières richesses susceptible de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé est évidemment le savoir. » Suivant leur niveau et qualité d'études scolaires, les individus observeront des comportements différents vis-à-vis des phénomènes démographiques et sanitaires. Plusieurs études ont mis en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins en général et des services de soins obstétricaux en particulier. D'une manière générale, les études montrent que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes ont une propension plus grande à utiliser les services de soins obstétricaux.

L'instruction offre une plus grande ouverture de la femme au monde extérieur lui permettant de rompre facilement avec les comportements traditionnels néfastes à sa santé et à celle des enfants. Selon Diallo et al. (1999), plus la femme est instruite, mieux elle est informée des risques liés à la gravido-puerpéralité et des mesures préventives dont l'accouchement médicalement assisté. Par ailleurs, les auteurs ont observé dans leurs études que la totalité des femmes ayant accouché à domicile n'ont aucun niveau d'instruction.

En tant que facteur de changement social et de modernisation, l'instruction offre à la femme plus d'aptitude à comprendre les messages de sensibilisation et le bien fondé des soins médicaux en continuité pendant la grossesse et l'accouchement.

Quel que soit l'indicateur utilisé, l'influence de l'instruction de la femme sur la surveillance médicale de la grossesse a été largement établie dans plusieurs régions du monde.

Dans une étude sur l'utilisation des services de SMI à Bamako au Mali, Zoungrana (1993) a montré que les femmes qui n'ont pas fréquenté l'école ont tendance à avoir un suivi prénatal de qualité médiocre tandis que chez les femmes instruites, la qualité augmente avec la durée de la scolarisation.

Notons que si l'effet bénéfique de l'instruction sur la prise en charge médicale fait l'unanimité parmi les chercheurs, les mécanismes par lesquels elle influence ce phénomène restent d'actualité. Certains auteurs privilégient les avantages économiques, c'est-à-dire la propension des femmes instruites à trouver un emploi bien rémunéré, augmentant ainsi leurs ressources financières et donc la possibilité de supporter les coûts des soins ; d'autres, les

changements socioculturels induits. En effet l'instruction est un instrument de propension de la culture occidentale, d'innovation et de changement (Akoto, 1993) par une intériorisation des modes d'organisation et des méthodes enseignées à l'école qu'elles appliquent à d'autres domaines que celui de la santé (Rakotondrabe, 2004).

Par ailleurs, l'instruction offre une facilité de communication avec le personnel de santé et de compréhension des instructions données par les médecins ; d'autres encore, les changements de la dynamique des relations familiales (Caldwell, 1979 cité par Rakotondrabe, 2004). Les femmes instruites ont une grande propension à discuter de leurs problèmes de santé avec leur mari ou avec d'autres membres de la famille. Aussi, l'instruction augmente la capacité des femmes à participer à la prise de décision, notamment celle relative à la santé au sein du ménage et lui confère une plus grande autonomie.

D'autres études (Jaffre et Prual, 1993 ; Mebtoul, 1993) ont montré que l'accueil et le traitement accordés aux usagers des services de santé dépendent de leur statut social. Le personnel médical situe l'usager par rapport à ses attentes culturelles. Les mères instruites, se conformant mieux aux attentes culturelles du corps médical, bénéficient ainsi de soins adéquats pour elles-mêmes et pour leurs enfants alors que pour les femmes analphabètes, la consultation se présente comme un processus de refoulement de l'expression « Je suis à l'aise avec les gens instruits [...] avec des gens illettrés, c'est difficile, ils ne comprennent pas » (Mebtoul, 1993).

La fréquence de la discontinuité des soins obstétricaux augmente significativement à mesure que le niveau d'instruction de la femme diminue. À l'absence d'instruction est associée une fréquence nettement plus élevée de discontinuité qui, toutefois, diminue sensiblement avec l'augmentation du niveau d'instruction (Beninguisse et al., 2007).

En somme l'instruction des femmes leur offre une plus grande disponibilité de moyens, une meilleure capacité à comprendre les problèmes liés à la santé ainsi que la possibilité de participer à la prise de décision familiale. Elle constitue donc une composante essentielle du statut.

d) Milieu de socialisation

Le milieu de socialisation pendant l'enfance est ce milieu dans lequel l'enfant dès sa naissance fait ses premiers pas et peut à ce titre modeler ou façonner ses manières de penser et d'agir et de surcroît ses perceptions vis-à-vis des soins obstétricaux. Tout comme l'ethnie et la religion, le milieu de socialisation est un élément important qui véhicule les normes du système socioculturel. Il imprime aux femmes en âge de procréer leur personnalité de base et les valeurs fondamentales auxquelles elles se réfèrent en matière de soins obstétricaux (Harouna, 1998).

En sociologie, la socialisation désigne le processus par lequel les individus apprennent les modes d'agir et de penser de leur environnement, les intériorisent en les intégrant à leur personnalité et deviennent membres de groupes où ils acquièrent un statut spécifique Tollegbé (2004). Ainsi, l'influence du poids de la tradition des sociétés africaines sur les comportements des individus amène les chercheurs à considérer le milieu de socialisation dans les analyses des phénomènes sociodémographiques. Ainsi selon Sala-Diakanda (1999), plus on est socialisé en milieu urbain, plus on adopte des comportements favorables

à un recours aux soins pendant la grossesse et ce, par l'intermédiaire du personnel médical que l'on consulte.

2.1.2.3 Facteurs sociodémographiques

a) Age

L'âge est très souvent pris en compte dans les études portant sur les déterminants de l'utilisation des services de santé en général et les services de santé maternelle en particulier. Dans beaucoup de cas, on observe une corrélation entre l'âge de la femme et le recours aux soins obstétricaux.

L'âge est l'un des déterminants classiques des comportements humains. Son influence sur le recours aux soins obstétricaux a été notamment mise en évidence dans les travaux de Beninguisse (2003), Rakotondrabe (2001), Sala-Diakanda (1999) et Zoungana (1993) pour ne citer que ceux-là. D'après Rakotondrabe (2001) « le risque pour une femme de ne pas se faire consulter pendant la période de grossesse est réduit de moitié lorsqu'elle est âgée d'au moins 35 ans ». Pour Sala-Diakanda (1999), « les femmes jeunes sont plus susceptibles de recourir aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum que les femmes âgées, ceci en raison du faible poids des valeurs traditionnelles plus pesantes sur ces dernières ». Pour Zoungana (1993), les jeunes femmes (moins de 20 ans) et celles plus âgées (plus de 35 ans), ont tendance à recevoir des soins prénatals inadéquats.

La relation entre l'âge et l'utilisation des services de santé maternelle tend à prendre la forme d'un « U » dans une étude menée au Bangladesh (Chowdhury, 1986 cité par Zoungana, 1993) alors que LeGrand et Mbacké (1993 cité par Zoungana, 1993) ont trouvé une relation en forme d'un « U » inversé respectivement dans le Maine (Etats-Unis) et à Bamako au Mali. De même des auteurs tels que Hobcraft (1987) et Barbieri (1989) cités par Rakotondrabe (2004) ont évoqué les soins prénatals inadéquats des jeunes mères. Selon ces auteurs, l'absence des soins prénatals ou le recours tardif des jeunes mères aux services de santé pour les consultations prénatales s'expliqueraient par diverses raisons telles que la peur, la honte, et l'incertitude de grossesse.

La fréquence de la discontinuité des soins obstétricaux est nettement plus élevée au-delà de 34 ans et diminue sensiblement avec l'âge (Beninguisse et al., 2007).

b) Parité

La parité atteinte influence également le recours aux soins obstétricaux. En effet, les femmes ayant peu d'expérience génésique peuvent être, toutes choses égales par ailleurs, en général plus enclines à rechercher une assistance médicale.

La discontinuité des soins obstétricaux augmente avec la parité (Beninguisse et al., 2007). Selon Zoungana (1993), la plupart des études ont révélé une relation inverse et linéaire entre la parité et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile.

Le nombre d'enfants qu'a une femme peut influencer son comportement vis-à-vis des services de santé. Selon De Sousa (1995), « le choix d'une assistance moderne à l'hôpital est fréquent lors des premiers accouchements. On peut donc supposer qu'un plus grand soin est apporté aux premiers accouchements ». Ainsi la parité influence le recours aux soins obstétricaux. Par ailleurs Masuy-stroobant (1996 cité par Beninguisse, 2001) estime que la

détérioration de la qualité de la surveillance des grossesses est particulièrement évidente chez les multipares. Dans une étude sur les déterminants de l'utilisation de certains services de santé maternelle et infantile en zone rurale dans le Tamil Nadu en Inde, Sudhir GUPTA (1997 cité par le CRDI, 2003) rapporte qu'il existe une corrélation négative significative entre le nombre d'enfants vivants et la pratique des examens prénatals et postnatals. Ces résultats seraient liés aux différentes attitudes et connaissances des femmes qui ont une grande famille, les contraintes économiques ou de temps, et aux caractéristiques des grands ménages qui sont difficiles à déterminer.

c) Capital santé

Les femmes qui présentent des antécédents d'extraction instrumentale ou de césarienne, qui ont connu des naissances d'un mort-né, de décès néonatal, ou qui ont donné naissance à des enfants de faible poids, ont plus de risque de présenter les mêmes complications lors des accouchements suivants, et donc ces antécédents sont susceptibles de constituer des motivations pour une surveillance plus régulière de la grossesse et de l'accouchement assisté (Beninguisse, 2007).

Nombreuses sont les études qui ont prouvé que la maladie pendant la grossesse constitue un déterminant des visites prénatales et d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. Chang (1980 cité par Zoungrana, 1993) a observé que l'apparition des conditions anormales pendant la grossesse constituait une motivation suffisante pour recourir à des soins prénatals et d'observer une surveillance plus intense.

L'absence d'antécédents de complications de grossesse est associée à une fréquence plus élevée de discontinuité des soins obstétricaux (Beninguisse et al., 2007).

2.1.2.4 Facteurs liés aux rapports de genre

Le statut de la femme peut être défini comme « une position sociale qui lui procure un certain prestige au niveau de la société, et qui conditionne son accès aux ressources, sa faculté de contrôle de ses ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité à la prise de décision au sein du ménage » (Rakotondrabe, 2004, p37). En fonction des objectifs et des contextes d'études, les chercheurs font recours à différentes sortes d'indicateur pour saisir le statut de la femme parmi lesquels la discussion et la prise conjointe des décisions au sein du couple. En effet, la discussion au sein du couple y augmente le degré d'empathie et motive les conjoints à collaborer pour atteindre leurs objectifs dans le domaine de la reproduction.

Ainsi, une fréquence élevée de discussion au sein du couple sur la planification familiale conduit à la prise en compte des préoccupations de la femme dans le domaine de la planification familiale et de sa santé. Il en est de même de la prise conjointe des décisions au sein du couple.

2.1.2.5 Contexte de résidence

a) Milieu de résidence

Le milieu de résidence de la femme joue une grande influence sur le degré et la qualité de son insertion dans la vie sociale. Les inégalités entre milieux de vie se retrouvent en matière

d'ouverture sur le monde. Le cadre urbain est en effet beaucoup plus propice que le milieu rural à une large ouverture d'esprit de la femme.

Plusieurs études réalisées dans les pays en développement tiennent compte du milieu de résidence comme facteur explicatif de la variation dans le recours des soins pendant la grossesse et l'accouchement. Une étude réalisée par le CEPED (1999) au Liban et en Algérie montre que ce sont les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans), et les citadines, qui fréquentent le plus les services de santé durant la grossesse.

Selon les termes de Fassassi (2001), « la ville est le cadre idéal pour un changement rapide des mentalités. Elle facilite une forme particulière de capitalisation, le capital social dont l'acquisition se fait en grande partie par l'accumulation d'expériences acquises de par la confrontation des idées nouvelles et des modes de vie. Ces effets diffusionnistes trouvent leur racine dans la capitalisation sociale ».

C'est donc en général de cette confrontation d'idées que naît un ensemble de forces centrifuges qui, en matière de gestion de la maternité, aboutissent souvent au passage d'une rationalité collective de pratiques traditionnelles de surveillance de l'accouchement à une rationalité individuelle caractérisée par une volonté plus nette d'une prise en main de sa maternité.

La discontinuité entre la consultation prénatale et l'accouchement par un professionnel de santé est nettement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est un phénomène essentiellement rural qui diminue sensiblement avec l'urbanisation (Beninguisse et al., 2007).

L'explication qu'on donne à cette différence est la forte concentration des infrastructures sanitaires en milieu urbain au détriment du milieu rural, l'écart entre riches et pauvres (la grande majorité des pauvres vivant en milieu rural). Autrement dit en milieu rural, les centres de santé sont presque inexistantes ou très souvent éloignés des populations, et que les moyens de transport sont généralement rares, celles-ci ne trouvent pas de raisons de s'y rendre sauf en cas d'extrême nécessité ; le plus souvent les moyens de transport y font défaut (Beninguisse, 2003).

2.1.2.6 Autres facteurs

a) Calendrier de la demande des soins prénatals

La littérature sur la discontinuité des soins obstétricaux montre une étroite relation entre celle-ci et le calendrier de la première consultation prénatale c'est-à-dire la durée de la grossesse à la première consultation prénatale. Beninguisse et al. (2007), dans une étude sur la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique subsaharienne montrent que sa fréquence est nettement plus élevée chez les femmes qui effectuent leur première consultation prénatale au-delà du premier trimestre de la grossesse. Ce résultat conforte l'importance de la précocité du calendrier de la première consultation prénatale pour la lutte contre la discontinuité des soins obstétricaux.

En somme, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux facteurs explicatifs du recours aux soins pendant la grossesse et l'accouchement, les enseignements tirés de ces diverses études abondent. Mais très peu ont abordé la problématique de la discontinuité des soins

entre la phase prénatale et l'accouchement. Seuls Beninguisse et al. (2007) ont abordé cette problématique dans le cadre de l'Afrique Sub-saharienne.

La présente étude se propose, à travers une approche intégrant l'offre et la demande, d'apporter une contribution à la compréhension du phénomène de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée.

2.2 CADRE CONCEPTUEL

2.2.1 Hypothèse générale

A la lumière de la revue de littérature et les contextes sanitaire, social, économique et démographique guinéens, nous formulons l'hypothèse générale suivante : la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement est le résultat d'un certain nombre de contraintes ou obstacles liés aux caractéristiques socioculturelles ou sociodémographiques des femmes, aux caractéristiques socio-économiques des ménages, aux rapports de genre, au calendrier de la demande des soins prénatals ainsi qu'à l'inaccessibilité et à la défaillance de la qualité des services obstétricaux.

2.2.2 DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE ET SPECIFICATION DES VARIABLES CORRESPONDANTES

Il importe, pour une meilleure compréhension, qu'une définition soit donnée aux différents concepts que nous mettons en relation. Ainsi, pour chaque concept, nous indiquerons ses variables correspondantes.

CONCEPT ET VARIABLE A EXPLIQUER :

- **Discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement**

La discontinuité des soins obstétricaux désigne ici la rupture dans le processus de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement et plus particulièrement entre les soins prénatals et les soins à l'accouchement. Elle est appréhendée par le nombre de consultation prénatale et l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié. Ainsi, la variable à expliquer est la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une consultation prénatale. Un personnel de santé qualifié est un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier(ère)) formé, qui a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complications) et qui est capable de repérer, de prendre en charge et d'orienter les femmes ou les nouveau-nés présentant des complications. Le personnel de santé qualifié dans le pays comprend le médecin, l'infirmière, la sage-femme et l'Agent Technique de Santé (ATS).

Cette variable a deux modalités à savoir :

- Le fait pour une femme d'avoir effectué au moins une visite prénatale et d'avoir accouché avec l'aide d'un personnel de santé qualifié. (0=Assistée par un personnel qualifié) ;
- Le fait pour une femme d'avoir effectué au moins une visite prénatale et d'avoir accouché sans l'aide d'un personnel de santé qualifié. (1=Non assistée par un personnel qualifié).

CONCEPTS ET VARIABLES EXPLICATIVES :

- Contexte de résidence

Ce concept désigne l'ensemble des circonstances qu'offrent le milieu de résidence et la région de résidence d'un individu et qui accompagnent celui-ci dans ses manières de penser et d'agir. Dans cette étude, ce concept renvoie au milieu de résidence (urbain et rural) et à la région de résidence à travers la région administrative (Boké, Conakry, Faranah, Kankan, Kindia, Labé, Mamou et N'Zérékoré) au moment de l'enquête.

- Caractéristiques socioculturelles

Les caractéristiques socioculturelles désignent ce que certains auteurs appellent modèle culturel ; c'est l'ensemble de normes, d'images, d'habitudes et de croyances relatives à un risque, qui procurent à l'individu des cadres de pensée et de pratique qui sont reconnus et valorisés socialement dans la vie quotidienne des individus (MUDUBU, 1996). Dans cette étude, elles sont appréhendées par la religion du chef de ménage (musulman, chrétien et autre), l'ethnie du chef de ménage (peulh, malinké, soussou et forestier), le niveau d'instruction de la femme (aucun, primaire, secondaire ou plus), et l'accès aux médias (régulièrement exposée et non). L'ethnie, la religion et le milieu de socialisation de la femme et le niveau d'instruction de son conjoint ne seront pas utilisés dans cette étude car ces variables ne sont pas disponibles,

- Caractéristiques sociodémographiques

Ce concept renvoie aux caractéristiques propres à la femme. Il s'agit de la parité atteinte (1 enfant, 2-4 enfants et 5 enfants ou plus) et l'âge à l'accouchement (moins de 20 ans, 20-34 ans et 35 ans ou plus) qui est saisi à part du dernier accouchement. La parité atteinte désigne le nombre total de naissances vivantes de la femme au moment de l'enquête. Le capital santé de la femme ne sera pas abordé faute de variable pour l'appréhender comme les antécédents de césarienne.

- Caractéristiques socio-économiques

Les caractéristiques socio-économiques renvoient non seulement au statut de la femme dans le ménage (lien de parenté avec le chef de ménage, activité de la femme), mais aussi aux moyens matériels et financiers du ménage. Elle est appréhendée dans cette étude par le niveau de vie du ménage à travers le quintile de bien-être économique du ménage (plus pauvre, pauvre, moyen, riche et plus riche). Les occupations de la femme et de son conjoint ne sont pas disponibles.

- Rapports de genre

Dans cette étude, les rapports de genre désignent diverses situations (relations entre conjoints) dans la vie du couple traduisant la plus ou moins grande autonomie de la femme dans la prise de décisions concernant la vie du couple. Ils ne seront pas utilisés dans cette étude car il n'y a pas de variables disponibles pour les appréhender comme par exemple la discussion sur la PF au sein du couple et la prise de décision sur la santé de la femme.

- **Accessibilité aux services obstétricaux**

L'accessibilité aux services obstétricaux renvoie à tout ce qui peut permettre à la femme d'obtenir facilement les soins obstétricaux en tout temps et en tout lieu. Ce concept renvoie généralement à deux autres : l'accessibilité financière qui se rapporte au coût en argent des soins obstétricaux pour la femme et l'accessibilité géographique qui se rapporte à la distance et aux obstacles naturels parfois rivières, montagnes ou pistes accidentées que doit parcourir la femme avant de pouvoir obtenir les soins obstétricaux. Il n'y aucune variable associée à ce concept comme la distance au centre de santé le plus proche dans la base des données. Dans ce cas, il n'est pas utilisé dans les analyses..

- **Qualité des services obstétricaux**

Dans le domaine de la santé reproductive, la qualité signifie « offrir toute une gamme de services sûrs et efficaces qui répondent aux attentes et préférences des clients » (Kols et Sherman, 1998). Ainsi définie, la qualité intègre non seulement la perspective des prestataires, c'est-à-dire la prestation des soins sûrs efficaces ainsi que les ressources et l'organisation qui la détermine, mais aussi dans la perspective des clients, à savoir des soins qui répondent aux besoins et préoccupations des clients. C'est dans la perspective des clients que cette qualité est abordée.

Elle est saisie par un indicateur composite de qualité (qualité des soins obstétricaux) construit à partir de certains composants des soins prénatals tels que prise de tension, prise d'échantillon d'urine, test de sang et vaccination antitétanique (VAT). Il a trois modalités : Mauvaise, Moyenne et Bonne.

La modalité « Mauvaise » se caractérise par des femmes qui n'ont fait aucun composant de la CPN.

La modalité « Moyenne » est constituée des femmes qui ont fait certains composants de la CPN.

La modalité « Bonne » concerne principalement les femmes qui ont fait tous les composants de la CPN.

- **Calendrier de la demande des soins prénatals**

Ce concept renvoie aux différentes dates de la consultation prénatale. Il est saisi par la durée de grossesse à la première consultation prénatale (0-3 mois et 4 mois ou plus).

2.2.3 Hypothèses spécifiques de recherche

Il découle de notre hypothèse générale que la non-assistance à l'accouchement par un personnel qualifié des femmes qui ont effectué une consultation prénatale est déterminée spécifiquement par :

- le milieu de résidence
- la région de résidence
- la religion du chef de ménage
- l'ethnie du chef de ménage
- le niveau d'instruction de la femme
- l'exposition aux médias
- la parité atteinte
- l'âge à l'accouchement
- le niveau de vie du ménage
- la qualité des soins obstétricaux et
- la durée de grossesse à la première consultation prénatale

III. METHODOLOGIE

3.1 SOURCE DES DONNEES

Cette étude utilise les données de la cinquième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-V) de la Guinée réalisée en 2016.

La population étudiée est constituée des femmes qui ont effectué au moins une visite prénatale chez un prestataire de soins qualifiés pour leurs dernières naissances au cours des deux années ayant précédé l'enquête. Elles sont au nombre de 2398.

3.2 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

L'évaluation de la qualité des données a porté sur les taux de non réponse des variables d'analyse et sur la déclaration de l'âge des femmes à l'enquête (Méthode graphique et indice de Whipple). Il ressort que tous les taux de non réponse des variables d'analyse sont nuls à l'exception de l'âge au dernier accouchement (1,5%). En plus, l'indice de Whipple est égal à 1,4. Ce qui indique une légère attraction pour les âges terminés par 0 et 5.

Donc, les données sont de qualité acceptable de manière à ne pas compromettre les analyses qui y sont menées.

3.3 METHODES STATISTIQUES D'ANALYSE

Principalement deux niveaux d'analyse seront faits :

3.3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE

L'analyse bivariée pour mesurer l'association entre la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une consultation prénatale et les variables explicatives à l'aide de la statistique de khi-deux. Dans le cadre de notre étude le seuil de signification de 5% est retenu.

L'Analyse Factorielle des Correspondantes Multiples (AFCM) pour dresser le profil des femmes non-assistées par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une consultation prénatale.

3.3.2 ANALYSE EXPLICATIVE

L'objectif de cette étude étant la mise en évidence des déterminants de la discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement, compte tenu de la nature dichotomique de notre variable dépendante, nous aurons recours à la méthode de régression logistique.

La régression logistique est utilisée pour expliquer le comportement d'une variable dépendante qualitative (ici la non-assistance qualifiée à l'accouchement après avoir effectué une CPN) à l'aide d'une ou plusieurs autres variables explicatives. Formellement, le modèle va chercher à prédire la probabilité qu'une femme ayant effectué une CPN appartienne à la catégorie « Non-assistance qualifiée à l'accouchement ».

Nous utiliserons la méthode descendante pas à pas permettant d'éliminer une à une les variables inutiles afin d'identifier les facteurs explicatifs du phénomène étudié. Nous choisirons comme modalité de référence dans une variable indépendante, la modalité ayant le plus faible pourcentage dans le tableau croisé entre la variable dépendante et cette

variable indépendante. L'écart de risque est calculé à partir des rapports de cotes ou de chance (Odds ratio ou OR). Lorsque le rapport de chance est inférieur à 1, les femmes ayant la caractéristique de la modalité considérée de la variable explicative ont $(1 - OR) \times 100\%$ moins de risque (ou de chance) que leurs homologues de la modalité de référence de réaliser l'événement discontinuité. Par contre s'il est supérieur à 1, cela signifie que les femmes appartenant à la modalité considérée de la variable explicative courent OR fois plus de risque de subir l'événement discontinuité que leurs homologues de la modalité de référence. Le test de signification des paramètres se fait à partir de la probabilité critique associée. Le modèle sera significatif si cette probabilité est inférieure au seuil de signification fixé à 5%.

IV. ANALYSE DIFFERENTIELLE DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX ENTRE LA PHASE PRÉNATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINÉE

Il s'agit de mettre en évidence les associations entre la variable dépendante et les variables explicatives et aussi les variations de l'assistance non qualifiée à l'accouchement après avoir effectué au moins une consultation prénatale (CPN) selon les variables explicatives.

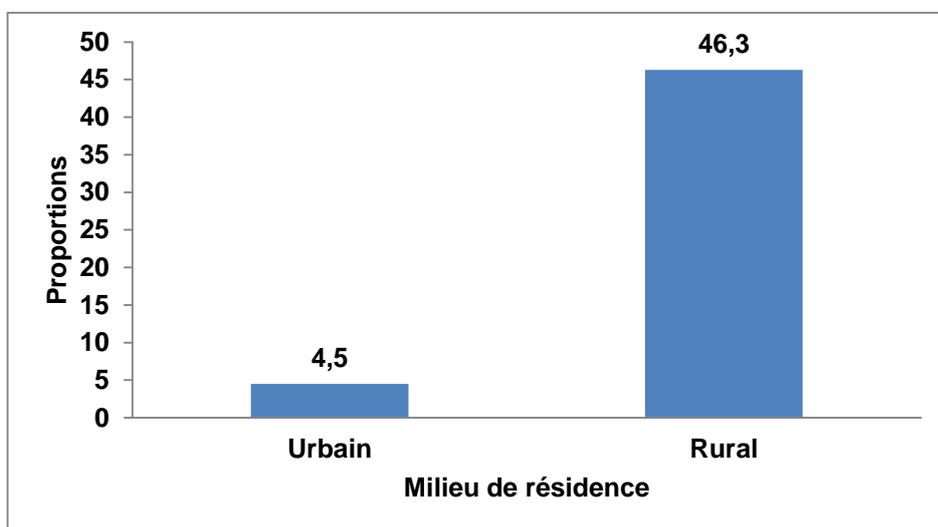
Parmi les 2398 femmes faisant l'objet de cette étude, 30,4% n'ont pas été assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une consultation prénatale.

4.1 VARIATION SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE

Le milieu de résidence est significativement associé à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%. En d'autres termes, il y a une relation, un lien ou une association entre le milieu de résidence et la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale. En outre, la probabilité que cette affirmation soit fautive est égale à 1 cas sur 100.

La prévalence de la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale varie selon le milieu de résidence de la femme. Elle est plus élevée en milieu rural (46,3%) contre seulement 4,5% en milieu urbain.

Graphique 4. 1: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le milieu de résidence

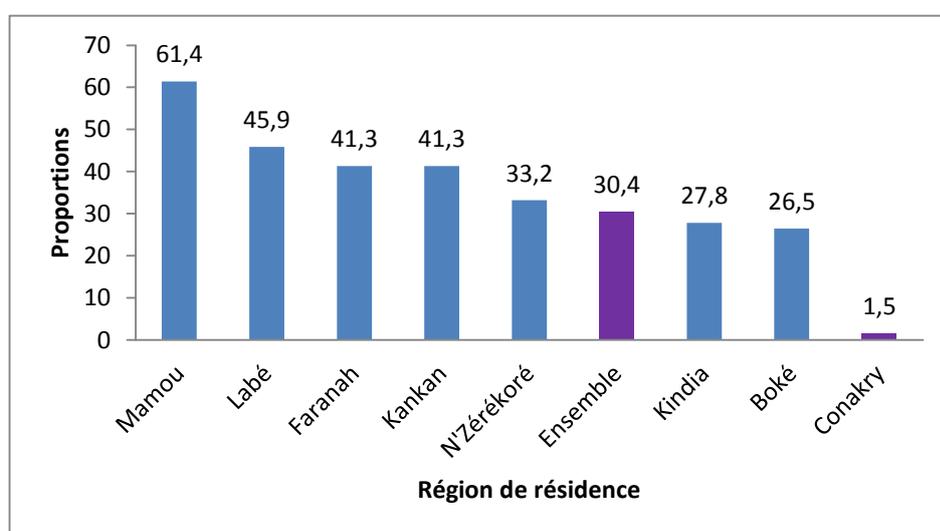


4.2 VARIATION SELON LA REGION DE RESIDENCE

La région de résidence est significativement associée à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La prévalence de la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale est très faible chez les femmes de Conakry (1,5%) suivies des femmes de la région de Boké (26,5%) et de Kindia (27,8%). Par contre, c'est la région de Mamou qui enregistre la prévalence la plus élevée (61,4%) suivie par ordre d'importance de Labé (45,9%), de Kankan (41,3%), de Faranah (41,3%) et de N'Zérékoré (33,2%).

Graphique 4. 2: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la région de résidence

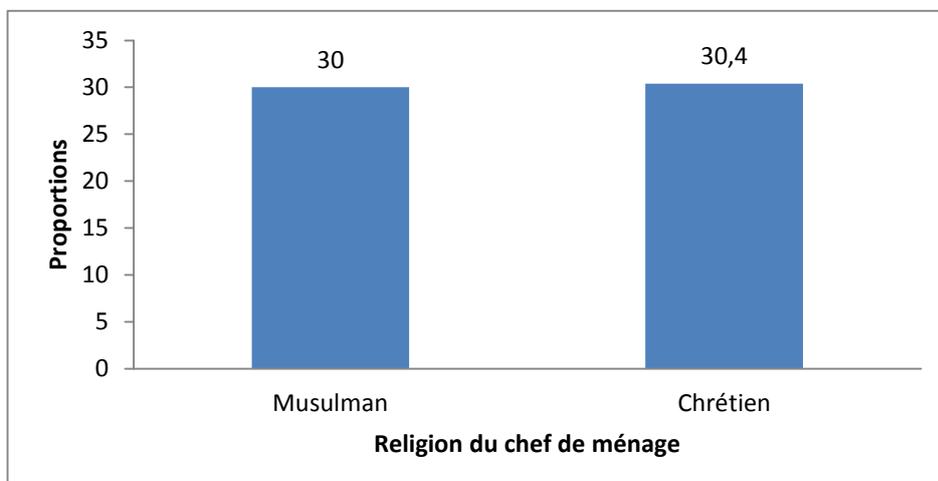


4.3 VARIATION SELON LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE

La religion du chef de ménage n'est pas significativement associée à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 5%. En d'autres termes, il y a aucune relation, aucun lien ou aucune association entre le milieu de résidence et la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale ; la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale ne dépend pas de la religion du chef de ménage. En outre, la probabilité que cette affirmation soit fautive est égale à 5 cas sur 100.

Donc, il n'y a pas de différence significative entre les femmes dont les grossesses ont été suivies qui vivent dans les ménages dirigés par les musulmans et celles qui vivent dans les ménages dirigés par les chrétiens selon l'assistance médicale au moment de l'accouchement.

Graphique 4. 3: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la religion du chef de ménage

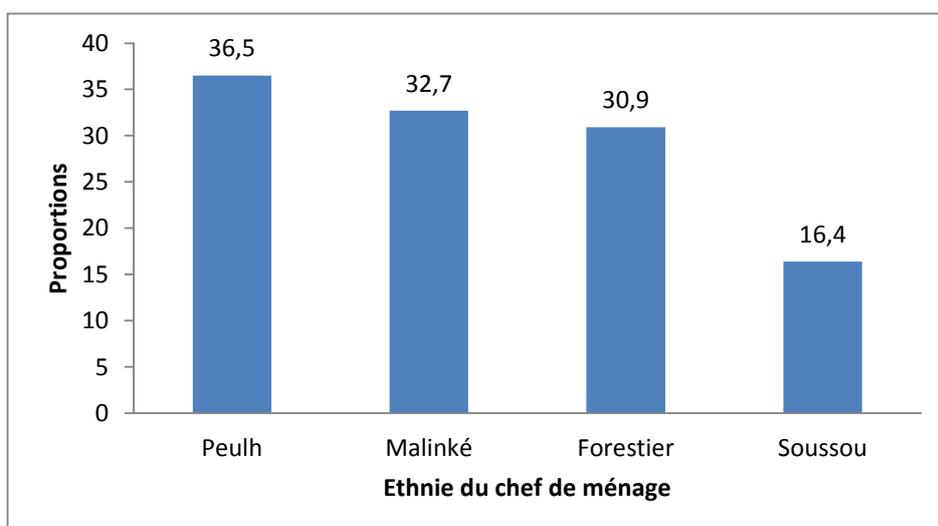


4.4 VARIATION SELON L'ETHNIE DU CHEF DE MENAGE

L'ethnie du chef de ménage est significativement associée à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La fréquence de la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale varie selon l'ethnie du chef de ménage. La fréquence la plus élevée est enregistrée chez les femmes dont les ménages sont dirigés par les peulhs (36,5%) et la plus faible chez les femmes qui ont des chefs de ménages soussous (16,4%). Par contre, la fréquence atteint 32,7% chez les femmes vivant dans les ménages dirigés par les malinkés et 30,9% dans les ménages dirigés par les forestiers.

Graphique 4. 4: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'ethnie du chef de ménage

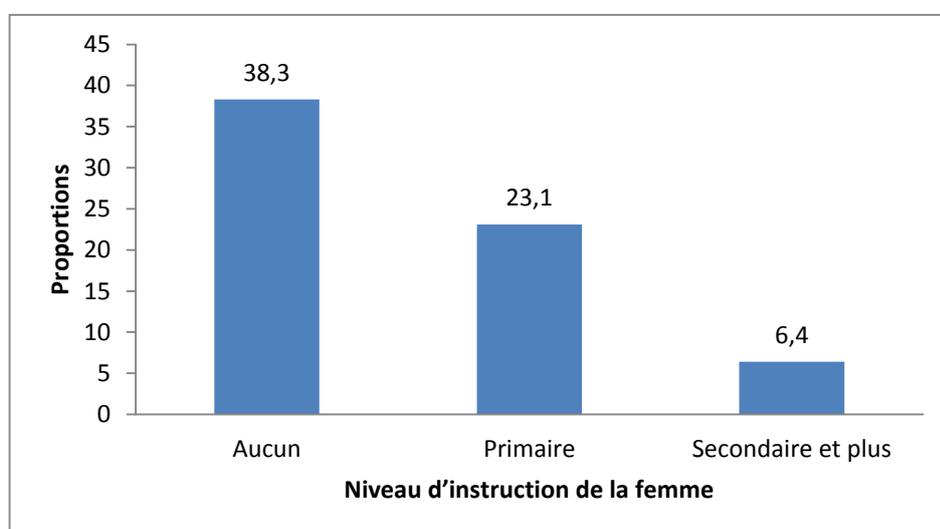


4.5 VARIATION SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA FEMME

Le niveau d'instruction de la femme est significativement associé à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La prévalence de la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la femme augmente graduellement. En effet, Elle est plus élevée chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction (38,3%). La prévalence n'est que de 6,4% chez les femmes ayant le niveau secondaire ou plus.

Graphique 4. 5: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau d'instruction de la femme

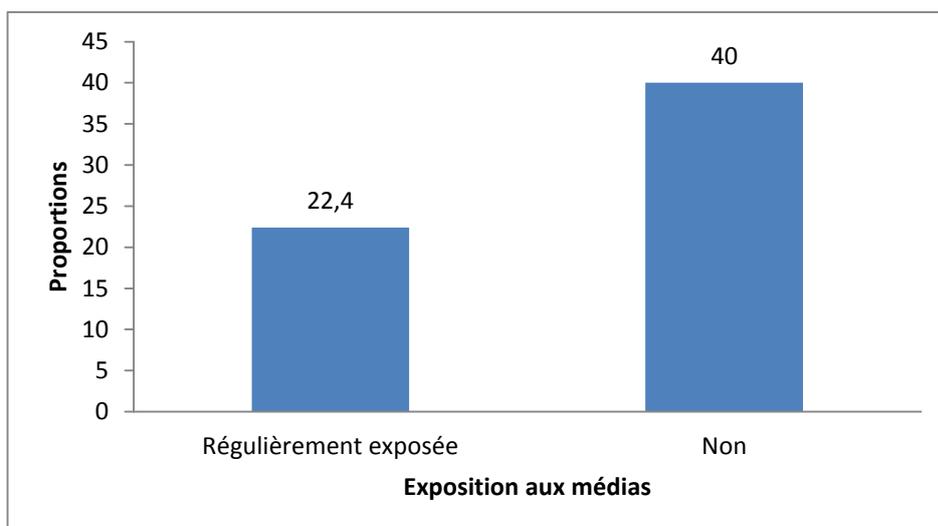


4.6 VARIATION SELON L'EXPOSITION AUX MEDIAS

L'exposition aux médias est significativement associée à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

Les femmes dont les grossesses ont été suivies sans être assistées médicalement à l'accouchement sont nombreuses parmi celles qui ne sont pas régulièrement exposées aux médias. Elles sont 40% contre 22,4% parmi celles qui sont régulièrement exposées aux médias.

Graphique 4. 6: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'exposition aux médias

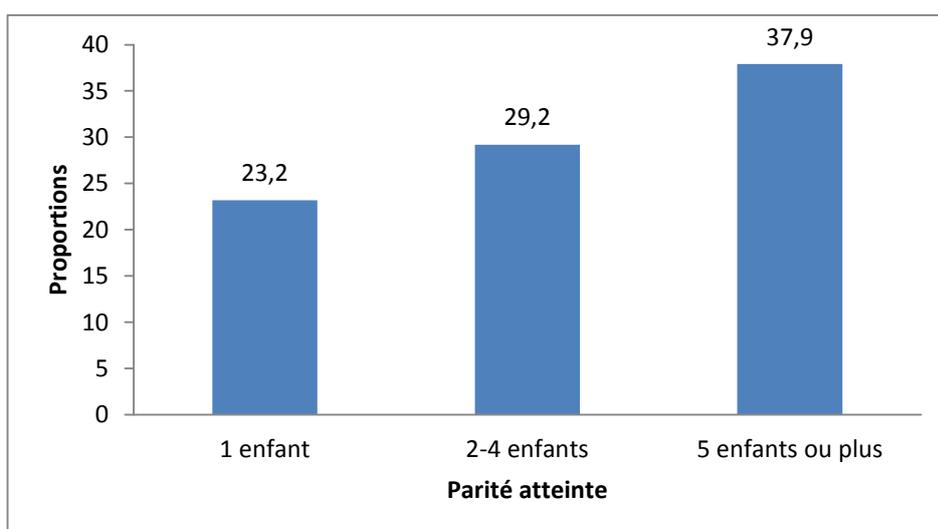


4.7 VARIATION SELON LA PARITE ATTEINTE OU LE NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES

La parité atteinte est significativement associée à la non- assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La proportion des femmes non-assistées par un professionnel de santé à l'accouchement après une consultation prénatale augmente au fur et à mesure que la parité augmente graduellement. En effet, elle est moins élevée chez les femmes qui ont un enfant (23,2%), élevée chez les femmes qui ont 2-4 enfants (29,2%) et plus élevée chez celles qui ont 5 enfants ou plus (37,9%).

Graphique 4. 7: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la parité atteinte

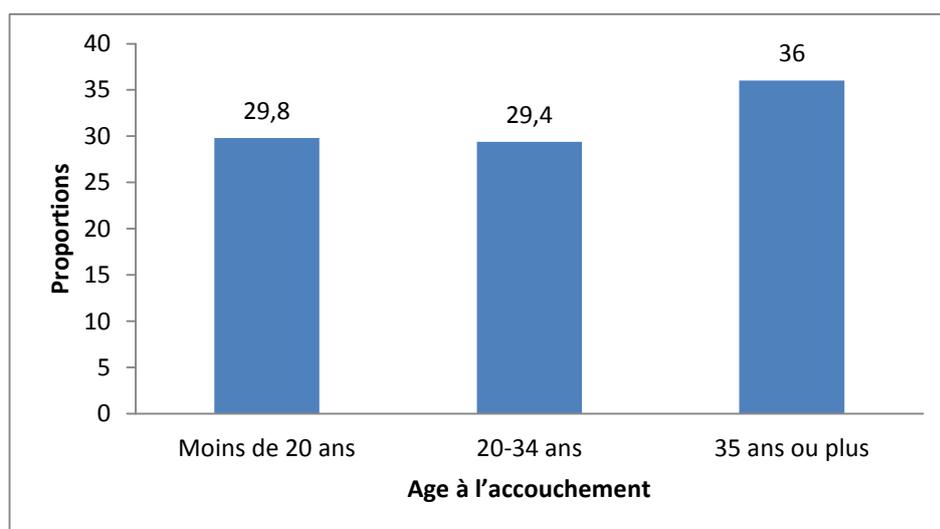


4.8 VARIATION SELON L'AGE A L'ACCOUCHEMENT

L'âge à l'accouchement n'est pas significativement associé à la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 5%.

Donc, il n'y a pas de différence significative entre les femmes adolescentes, jeunes et adultes dont les grossesses ont été suivies selon l'assistance médicale au moment de l'accouchement.

Graphique 4. 8: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'âge à l'accouchement

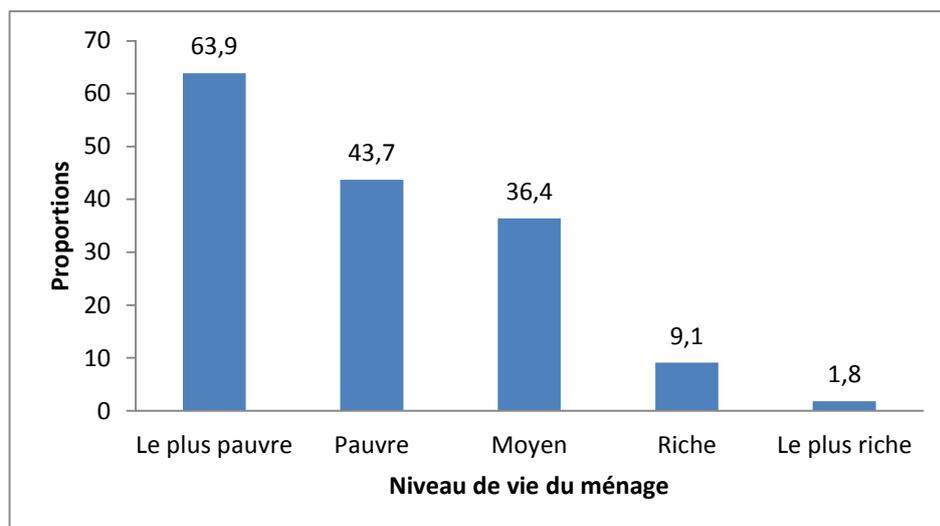


4.9 VARIATION SELON LE NIVEAU DE VIE DU MENAGE

Le niveau de vie du ménage est significativement associé à la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La fréquence de la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale diminue au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage où vit la femme augmente graduellement. En effet, elle passe d'un maximum chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres (63,9%) à un minimum chez celles des ménages les plus riches (1,8%).

Graphique 4. 9: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau de vie du ménage

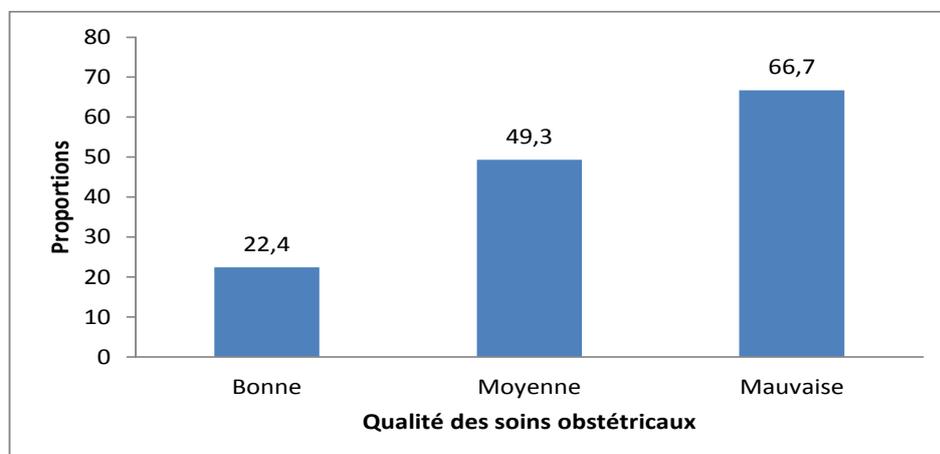


4.10 VARIATION SELON LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX

La qualité des soins obstétricaux est significativement associée à la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La proportion des femmes non-assistées à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale diminue au fur et à mesure que la qualité des soins obstétricaux augmente graduellement. En effet, les femmes qui ont effectué des visites prénatales de mauvaise qualité observent plus la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale (66,7%) suivies de celles dont les visites prénatales sont de qualité moyenne (49,3%). Par contre, la proportion est moins élevée chez les femmes ayant effectué des visites prénatales de bonne qualité (22,4%).

Graphique 4. 10: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la qualité des soins obstétricaux

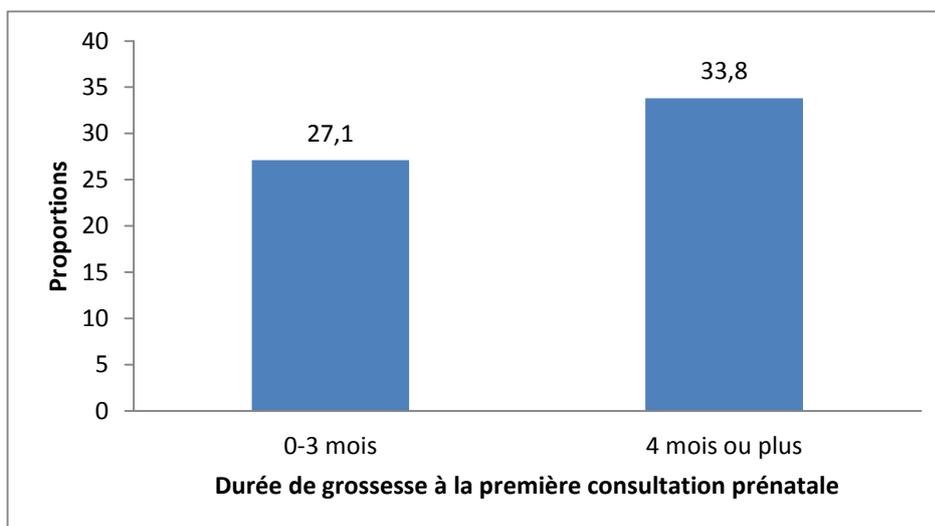


4.11 VARIATION SELON LA DUREE DE GROSSESSE A LA PREMIERE CONSULTATION PRENATALE

La durée de grossesse à la première CPN est significativement associée à la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale au seuil de 1%.

La prévalence de la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale est élevée chez les femmes qui ont effectué leurs premières CPN au-delà du premier trimestre de la grossesse (33,8%). Pour les femmes qui ont effectué leurs premières CPN dans le premier trimestre de la grossesse, elle est de 27,1%.

Graphique 4. 11: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la durée de grossesse à la première consultation prénatale



V. ANALYSE DESCRIPTIVE MULTIVARIEE DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX ENTRE LA PHASE PRÉNATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINÉE

A ce niveau, toutes les variables explicatives sont mises ensemble afin de dégager les principales caractéristiques des femmes non-assistées à l'accouchement par un professionnel de santé après une consultation prénatale. Nous utilisons l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

Les résultats de l'AFCM donnent le profil des femmes qui n'ont pas été assistées à l'accouchement par un professionnel de santé après avoir effectué une consultation prénatale. Elles résident pour la plupart dans les régions de Faranah, Kankan, Labé, Mamou et de N'Zérékoré ; elles se trouvent principalement en milieu rural ; elles n'ont aucun niveau d'instruction ; elles vivent dans les ménages dirigés par les malinkés, peulhs ou forestiers ; elles vivent dans les ménages économiquement pauvres et moyens ; elles ont en général beaucoup d'enfants ; elles ne sont pas régulièrement exposées aux médias ; elles ont fréquenté le plus souvent des services obstétricaux de mauvaise qualité ; elles ont effectué leurs premières CPN au-delà du premier trimestre de la grossesse.

Les associations obtenues au niveau descriptif ne sont en réalité que de simples corrélations isolées, des apparitions concomitantes de faits qui n'expriment pas nécessairement une causalité. Il serait plus éclairant et utile pour la compréhension de vérifier si les associations brutes (simples) entre variables se maintiennent quand on a contrôlé (neutralisé) l'effet éventuellement concurrent ou confondant des autres variables indépendantes. Une approche explicative du phénomène étudié est donc nécessaire.

VI. DETERMINANTS DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX ENTRE LA PHASE PRÉNATALE ET L'ACCOUCHEMENT EN GUINÉE

L'objectif de cette section est d'identifier, dans une approche explicative multivariée, les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement. Cette approche est basée sur le modèle de régression logistique. Pour rappel, l'application de ce modèle statistique se justifie en raison de la nature qualitative et dichotomique de la variable dépendante.

Les variables « religion du chef de ménage » et « âge au dernier accouchement » n'étant pas significativement associées à la non-assistance qualifiée à l'accouchement après avoir effectué au moins une consultation prénatale, elles ne seront pas utilisées dans la régression.

Ayant neuf variables indépendantes restantes, la méthode de régression ascendante pas à pas a été réalisée en cinq étapes. C'est la cinquième étape qui est l'étape de référence de l'étude.

L'analyse se limite aux variables explicatives qui ont une influence significative sur la variable dépendante.

6.1 INFLUENCE DU MILIEU DE RESIDENCE

Le milieu de résidence influence très significativement la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après avoir effectué une consultation prénatale en Guinée au seuil de 1%.

Selon le milieu de résidence, le risque pour une femme qui a été suivie pendant la grossesse d'accoucher sans être assistée par un personnel de santé qualifié est plus élevé chez les femmes rurales que chez leurs homologues urbaines. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les femmes rurales qui ont effectué au moins une consultation prénatale courent un risque multiplié par trois d'accoucher sans être assistées par un personnel de santé qualifié par rapport à leurs homologues urbaines.

Cela traduit les inégalités entre les milieux de vie par rapport à l'ouverture sur le monde. Le cadre urbain est en effet beaucoup plus propice que le milieu rural à une large ouverture d'esprit de la femme.

La précarité du milieu rural amène le personnel médical à s'établir dans les villes et empêche les villageois de bénéficier des soins de santé moderne en Guinée. A cela s'ajoutent l'insuffisance du personnel, des locaux et des autres moyens logistiques.

Plusieurs études réalisées dans les pays en développement tiennent compte du milieu de résidence comme facteur explicatif de la variation dans le recours des soins prénatals pendant la grossesse et l'accouchement. Une étude réalisée par le CEPED (1999) au Liban et en Algérie montre que ce sont les femmes les plus jeunes (moins de 30 ans), et les citadines, qui fréquentent le plus les services de santé durant la grossesse.

6.2 INFLUENCE DE LA REGION DE RESIDENCE

L'effet de la région de résidence sur la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après une consultation prénatale est significatif au seuil de 1%.

Dans l'ensemble, ce sont les femmes de la région de Mamou qui courent plus de risque d'accoucher sans l'assistance médicale après avoir été suivie pendant la grossesse. Soit le triple de celui de chaque région à l'exception de Conakry et de Boké. Toutes choses étant égales par ailleurs, les femmes qui ont été suivies pendant la grossesse résidant dans les régions de Faranah, N'Zérékoré, Kindia, Labé, Kankan et Mamou sont respectivement 2,37 fois, 2,42 fois, 2,75 fois, 2,88 fois, 2,93 fois et 7,78 fois plus exposées au risque d'accoucher sans être assistées par un prestataire de santé qualifié que leurs homologues de Conakry. Par contre, les femmes de la région de Boké ne se distinguent pas de celles de Conakry qui enregistre le plus faible risque.

Ces différences régionales s'expliquent par l'inégalité de développement et la culture et le poids de la tradition.

L'importance de la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé des femmes qui ont effectué au moins une visite prénatale résidant dans la région de Mamou, principalement de l'ethnie peulh, est le résultat de leur attachement à la culture et à la tradition qui se traduit par la sous-utilisation des services obstétricaux existants. Cette région enregistre aussi le plus faible pourcentage d'établissements de santé selon l'enquête SARA-Guinée 2017.

A ce niveau, l'OMS (1999) rapporte qu'il ne suffit pas que des services de soins de santé maternelle et infantile existent pour qu'ils soient utilisés même par les femmes à qui cela a été expressément conseillé. Dans certains cas, l'explication est simple et évidente : le dispensaire ou l'hôpital est trop éloigné du foyer de la femme qui ne dispose ni du temps, ni des moyens de transport, ni peut-être de l'argent nécessaire pour s'y rendre. Il se peut aussi qu'elle ne voie pas l'utilité des services qui lui sont offerts.

Il faut aussi noter que la position de Conakry (la capitale) par rapport aux autres régions s'explique par le fait qu'il enregistre la plus grande disponibilité du personnel de santé en Guinée (65,5%) c'est-à-dire le quotient du nombre de professionnels de santé pour 10 000 habitants par 23 (la norme) selon l'enquête SARA-Guinée 2017. Il abrite aussi 30% des hôpitaux et cliniques qui représente la plus grande des proportions enregistrées.

Cantrelle et al. (1992a), dans deux études communautaires en Guinée portant sur la mortalité maternelle, l'une en milieu urbain (Conakry) et l'autre en milieu rural (Moyenne Guinée) ont relevé le manque de transport et l'importance de la distance à parcourir pour parvenir au centre de santé, le manque d'argent et la coutume comme principales raisons évoquées pour les accouchements à domicile sans assistance médicale.

6.3 INFLUENCE DU NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA FEMME

Le niveau d'instruction de la femme influence la non-assistance médicale à l'accouchement après avoir effectué une visite prénatale en Guinée. L'influence est significative au seuil de 1%.

Les femmes qui ont effectué une consultation prénatale et qui n'ont aucun niveau d'instruction sont les plus exposées à accoucher sans assistance médicale. Elles ont un risque presque égal au triple des femmes ayant un niveau secondaire ou plus. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les femmes analphabètes et celles ayant un niveau primaire dont les grossesses ont été suivies sont respectivement 3 fois et 2 fois plus exposées au risque d'accoucher sans être assistées par un professionnel de santé comparées à leurs homologues qui ont un niveau secondaire ou plus.

L'avantage des femmes instruites qui ont effectué une visite prénatale sur les autres par rapport au risque d'accoucher sans assistance médicale s'explique par leur degré d'ouverture culturelle. Ces femmes sont informées de l'utilité des soins obstétricaux à travers l'instruction. Ce qui amène Vallin J. et al. (2002) à dire : « L'une des premières richesses susceptible de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé est évidemment le savoir. » Suivant leur niveau et qualité d'études scolaires, les individus observeront des comportements différents vis-à-vis des phénomènes démographiques et sanitaires. Plusieurs études ont mis en évidence l'influence de l'instruction sur la fréquentation des services de soins en général et des services de soins obstétricaux en particulier.

D'une manière générale, les études montrent que plus le niveau d'instruction augmente, plus les femmes ont une propension plus grande à utiliser les services de soins obstétricaux. L'instruction offre une plus grande ouverture de la femme au monde extérieur lui permettant de rompre facilement avec les comportements traditionnels néfastes à sa santé et à celle des enfants. Selon Diallo et al. (1999), plus la femme est instruite, mieux elle est informée des risques liés à la gravidité-puerpéralité et des mesures préventives dont l'accouchement médicalement assisté. Par ailleurs, les auteurs ont observé dans leurs études que la totalité des femmes ayant accouché à domicile n'ont aucun niveau d'instruction.

6.4 INFLUENCE DU NIVEAU DE VIE DU MENAGE

Le niveau de vie du ménage influence fortement la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé après avoir effectué une consultation prénatale au seuil de 1%.

Le risque des femmes ayant effectué une consultation prénatale de s'exposer à la non-assistance à l'accouchement par un professionnel de santé est très important chez les femmes vivant dans les ménages les plus pauvres. Les risques augmentent au fur et à mesure que le niveau de vie du ménage se dégrade. En effet, toutes choses égales par ailleurs, l'analyse des risques montrent qu'ils sont multipliés par 13, 6, 5 et 3 respectivement dans les ménages plus pauvres, pauvres, moyens et riches comparativement aux ménages les plus riches.

L'association entre le niveau socio-économique du ménage et l'utilisation des services de santé tient au fait que le pouvoir de mobilisation des ressources de cet indicateur est susceptible d'influencer les comportements sanitaires des individus. En effet le revenu du ménage permet non seulement de supporter des coûts directs liés à l'utilisation des services

de santé, des coûts indirects (transports), mais aussi peut constituer un moyen d'accès à l'information (télévision, radio, journaux).

Les femmes de niveau de vie élevé de par leur statut, possèdent les moyens de s'offrir des services obstétricaux de qualité meilleure par rapport à celles de faible niveau de vie. Ces résultats rejoignent ceux de Beninguisse (2003). D'après cet auteur, « ... la vulnérabilité de la femme rurale de niveau de vie moyen comparée à sa congénère de la classe aisée, s'explique particulièrement par une accessibilité problématique des services obstétricaux... ».

6.5 INFLUENCE DE LA QUALITE DES SOINS OBSTETRICAUX

La qualité des soins obstétricaux influence la non-assistance médicale à l'accouchement après avoir effectué une consultation prénatale en Guinée au seuil de 1%.

Les femmes qui ont effectué des visites prénatales de mauvaise qualité sont celles qui s'exposent plus à accoucher sans assistance d'un personnel de santé qualifié. Il s'agit des femmes qui n'ont fait aucun composant des soins prénatals tels que prise de tension, prise d'échantillon d'urine, test de sang et vaccination antitétanique (VAT). Plus la qualité des visites prénatales se détériore plus le risque de non-assistance médicale augmente. En effet, toutes choses égales par ailleurs, l'analyse comparative des risques de non-assistance médicale montre que leurs intensités sont doublées et triplées respectivement chez les femmes qui ont fait des visites prénatales de mauvaise qualité et de qualité moyenne par rapport à celles qui ont fait des visites prénatales de bonne qualité.

Ce résultat n'est pas surprenant. En effet, le fait de recevoir des services obstétricaux de bonne qualité fait naître de la confiance chez la femme vis-à-vis du dispositif médico-sanitaire et peut donc l'inciter à y recourir pendant l'accouchement. Par contre, une femme ayant reçu des services obstétricaux de mauvaise qualité pourrait ne pas réitérer sa confiance au prestataire lors des consultations ultérieures ou de l'accouchement.

Nous rappelons que la qualité des services dépend aussi du comportement et de l'attitude de la femme au début de la grossesse car avant de prétendre obtenir certains services obstétricaux, il faut au préalable qu'elle en manifeste la demande. Ainsi, une femme qui consulte un prestataire de soins obstétricaux pendant la grossesse éprouve un début de confiance à ce prestataire.

Cette confiance mérite cependant d'être entretenue par un bon accueil, des temps d'attente relativement courts et des services de bonne qualité. Ce sont ces éléments qui peuvent amener la femme à revenir vers le prestataire en cas d'accouchement.

Dans le cadre de notre étude, ne disposant pas de tous les éléments nécessaires pour appréhender la qualité des services dans toutes ses dimensions, nous avons supposé que le fait pour une femme d'avoir effectué normalement ses visites prénatales, d'avoir subi tous les tests et les examens nécessaires pendant la grossesse signifie qu'elle a reçu des services de bonne qualité. En accouchant avec l'aide d'un personnel de santé qualifié après avoir effectué normalement ses consultations prénatales, en dehors de la routine, cela prouve que la femme a fait confiance au système de santé du début jusqu'à la fin du processus, d'où la continuité des soins.

Après avoir relevé les facteurs qui influencent significativement la non-assistance médicale de l'accouchement quand la grossesse a été suivie, les résultats de l'analyse montrent aussi

que la religion du chef de ménage, l'ethnie du chef de ménage, l'exposition aux médias, la parité atteinte, l'âge à l'accouchement et la durée de grossesse à la première consultation prénatale n'ont aucune influence significative sur la non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une CPN au seuil de 10%.

6.6 HIERARCHISATION DES DETERMINANTS

Dans cette section, nous établissons une hiérarchie des déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement, identifiés précédemment, selon leur contribution à l'explication. Dans un contexte de limitation budgétaire, la hiérarchie contributive des facteurs est indispensable dans la mesure où elle permet de définir des échelles de priorités pour l'action et la recherche (Beninguisse, 2003).

Dans le tableau A6.1 en annexe, la statistique de Wald présente la contribution à l'explication des variables déterminantes à la variation de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement.

Il en résulte que le niveau de vie du ménage constitue le plus important des déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée.

A côté du niveau de vie du ménage, la Région de résidence vient en deuxième position suivie par ordre d'importance de la qualité des services obstétricaux, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme.

CONCLUSION

Cette étude a pour objectif général de mettre à la disposition de tous les intervenants en matière de santé de reproduction des informations pertinentes pour améliorer la continuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée. Elle part du fait que les statistiques existantes montrent que parmi les femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, un nombre important ne sont pas assisté par un personnel de santé qualifié.

Pour mieux faire ce travail, deux analyses ont été menées à savoir l'analyse descriptive et l'analyse explicative.

- Analyse descriptive :

Au niveau bivarié il s'est dégagé une association très significative entre les variables explicatives (milieu de résidence, région de résidence, ethnies du chef de ménage, niveau d'instruction de la femme, exposition aux médias, parité atteinte, niveau de vie du ménage, qualité des services obstétricaux et durée de grossesse à la première consultation prénatale) et la variable expliquée (non-assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué au moins une CPN).

Au niveau multivarié (AFCM), il a été mis en évidence les principales caractéristiques des femmes dont les soins sont discontinus : elles résident pour la plupart dans les régions de Faranah, Kankan, Labé, Mamou et de N'Zérékoré ; elles se trouvent principalement en milieu rural ; elles n'ont aucun niveau d'instruction ; elles vivent dans les ménages dirigés par les malinkés, peulhs ou forestiers ; elles vivent dans les ménages économiquement pauvres et moyens ; elles ont en général beaucoup d'enfants ; elles ne sont pas régulièrement exposées aux médias ; elles ont fréquenté le plus souvent des services obstétricaux de mauvaise qualité ; elles ont effectué leurs premières CPN au-delà du premier trimestre de la grossesse.

- Au niveau explicatif

Les variables déterminantes dans l'explication de la discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement sont le niveau de vie du ménage, la région de résidence, la qualité des services obstétricaux, le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme.

Onze hypothèses spécifiques ont sous-tendu cette étude en plus de l'hypothèse générale. De la confrontation de nos hypothèses aux résultats, il ressort qu'il n'y a que cinq hypothèses formulées qui ont été confirmées. Il s'agit des cinq variables déterminantes dans l'explication de la discontinuité des soins entre la phase prénatale et l'accouchement.

RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats obtenus, les actions à mener contre la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée devraient porter sur les éléments suivants :

- L'élargissement des opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les femmes.
- La mise en place des mutuelles de santé de prise en charge des accouchements pour les populations à faibles revenus.
- La décentralisation des interventions et la facilitation de l'accès aux services de santé maternelle et infantile au profit du milieu rural.
- L'amélioration de la qualité des services obstétricaux notamment par l'amélioration de l'équipement sanitaire et le renforcement des capacités du personnel de santé en matière de suivi prénatal et de la pratique de l'accouchement.
- La sensibilisation et la motivation du personnel médical sur l'accueil, les soins de qualité et la prise en charge correcte des femmes enceintes.
- Le renforcement des capacités des femmes à travers une scolarisation plus longue et soutenue.
- La formation des accoucheuses traditionnelles afin de contribuer à prévenir une grande proportion de complications à l'accouchement.
- L'abandon de certaines pratiques traditionnelles (habitudes, coutumes) néfastes à la santé de la mère et de l'enfant
- L'adéquation des actions des intervenants dans le domaine de la santé maternelle aux différents contextes culturels.

LIMITES

En dépit des résultats obtenus, cette étude ne saurait échapper à d'éventuelles critiques.

- Le recours à des données transversales pose un problème dans l'approche explicative : les caractéristiques associées aux variables explicatives sont celles observées à un moment donné, alors que les informations sur le recours aux consultations prénatales et à la prise en charge médicale de l'accouchement peuvent être la résultante de processus ayant débuté à une date antérieure au moment de l'observation.
- L'absence des variables pouvant opérationnaliser l'accessibilité géographique au centre de santé le plus proche empêche de cerner les contours de l'accessibilité aux soins obstétricaux dans la mesure où la présence de cette variable dans les modèles aurait probablement amélioré leurs pouvoirs prédictifs.
- L'absence des variables pouvant opérationnaliser les rapports de genre au sein du couple proche empêche de cerner la prise de décision sur la santé reproductive de la femme
- L'absence de recherche qualitative ne nous a pas permis de nous intéresser aux perceptions de la qualité des soins obstétricaux, aux attentes et préférences en matière de consultation prénatale et la prise en charge de l'accouchement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABU-ZEID, H.A. et DUNN, W.M. (1985)**, « Health Services Utilization and cost in Ismailia, Egypt », *Social Science and Medicine*, n°15b, pp. 50-77.
- AKOTO, E. M. (1993)**, Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en AFRIQUE Noire. Hypothèses et recherches d'explication, Académie, Louvain-la-Neuve, 265p.
- BAGAYOGO, I. (1991)**, Enquêtes socio-économiques sur les facteurs influençant la fréquentation des centres de santé. Ministère de la santé publique et de la population de Guinée, UNICEF, Secrétariat d'État à la Décentralisation, O.M.S. et Programme PEV-SSP-ME.
- BAHAN, D. (2007)**, Statut social de la femme et vaccination des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso, Mémoire de DESSD, IFORD, Université de Yaoundé II, 121p.
- BAKASS, F. (2003)**, Fécondité et Santé Reproductive au Maroc. Approche offre-demande de la dynamique de la pratique contraceptive. Louvain-la-Neuve/Paris, Academia-Bruylant/L'Harmattan 352 p.
- BANQUE MONDIALE (1999)**, Santé sexuelle et reproductive et instruction des filles en Afrique subsaharienne. Commission Economique pour l'Afrique, Septembre 1999, 46p
- BENINGUISSE, G. (2001)**, Entre tradition et modernité : Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, ACADEMIA/BRUYLANT, Institut de Démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, 313p.
- BENINGUISSE, G. (2003)**, Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Louvain-la-Neuve/Paris, Academia-Bruylant/L'Harmattan, 297p.
- BENINGUISSE, G. et al. (2004)**, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », in UEPA, Supplément B du vol 19, Population et les questions de santé en Afrique, Dakar, UEPA, pp.251-274.
- BENINGUISSE, G. et al. (2007)**, La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique subsaharienne : les fondements historiques du phénomène. Communication présentée aux 7ème journées Scientifiques de l'Agence Universitaire de la Francophonie « Mémoire et Démographie : Regards croisés au Sud et au Nord » ; Québec, Canada ; 19-22 juin 2007, 19p.
- BETBOUT, H., NGUEYAP, F., MUDUBU, L. et RAKOTONDRABE, P. (1998)**, « Santé de la reproduction au Cameroun : situation dans les formations sanitaires. », les cahiers de l'IFORD n° 23, 139p.
- BORCHI, J., SABINA, N., BLUM, LS., HOQUE, ME. & RONSMANS, C. (2006)**, Household costs of healthcare during pregnancy, delivery, and the postpartum period: a case study from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition* 24(4), 446-55.
- CANTRELLE, P., THONNEAU, P. et al. (1992b)**, "Level and Causes of Maternal Mortality in Guinea (West Africa)". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 37, pp.89-95.

CANTRELLE, P., THONNEAU, P., TOURE, B. (1992a), Mortalité maternelle: Deux études communautaires en Guinée. Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED). Les dossiers du CEPED No 20.

CEPED (1999), la santé des mères en Algérie et au Liban ; Chronique N°33, Paris, CEPED.

CRDI (2003), Obstacles à l'accès à des soins de qualité, Rapport-2003.

DE SOUSA, A. O. (1995), La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau. Une analyse épidémiologique et son contexte ethnologique, Les études du CEPED n°9, Paris, CEPED, 114p.

DIALLO, F. B. et al. (1999), « Problèmes médicaux et culturels de l'inadéquation entre le taux de consultation prénatale et d'accouchements assistés dans les quatre régions naturelles de la Guinée ». In Médecine d'Afrique noire N° 46 vol. 1, pp ; 32-39.

DIOP, A.B. (1988), « Croyances et attitudes relatives à la grossesse et à la maternité et santé de la mère en Afrique », in Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement, INSERM, Paris, pp. 55-62.

ENSOR, T. & COOPER, S. (2004), Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. Health Policy and Planning 19(2), 69-79.

ESEKO, N. (1998), Analysis of Maternal and Perinatal care Systems in Tanzania and Assessment of the Actual situation in Arusha Region. Thesis for Master of Philosophy in Health Sciences. Centre for International Health, University of Bergen, Bergen.

FASSASSI, R. (2001), Les facteurs de la contraception en Côte d'Ivoire. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1994. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 1, GRIPPS, 48p.

FOURNIER, P. et HADDAD, S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en Développement », in : GERRD, H. et PICHE, V., La Sociologie des Populations, PUM/AUPELF-UREF, pp.289-325.

HAROUNA, S. (1998), Incidence du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger, Les cahiers de l'IFORD, n°22, Yaoundé, 123p.

JAFFRE, Y. et PRUAL, A. (1993), « Le corps des sages-femmes entre identités professionnelle et sociale », in : Sciences sociales et santé, Vol XI, n°2, John Libbey Eurotext, pp. 63-80.

KABORE, M. (2005), Les facteurs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Burkina Faso, Mémoire de DESSD, IFORD, Université de Yaoundé II, 105p.

KEITA, M., HIZAZY, Y. et al. (1989), Étude de la mortalité maternelle au CHU de Donka (Conakry, Guinée). Journal Gynécologie-Obstétrique-Biologie-Reproduction, 18, pp. 849-855.

KOLS, A.J. and SHERMAN, J.E. (1998), Family planning Programs : Improving Quality, Population Reports, Series J, n°47, Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 39p.

McPACKE, B. , HANSON, K. et MILLS, A. (1991), Application de l'Initiative de Bamako: Bilan provisoire accompagné de cinq rapports de pays. Health Economics and Financing Programme, Health Policy Unit, Departement of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

MEBTOUL, M. (1993), « La santé au quotidien : le dispensaire du quartier de El Hamri (ORAN) », in : Sciences sociales et santé, Vol. XI, n°2, pp. 41-62.

MUDUBU, K. L. (1996), Mortalité infantile et juvénile au Togo: Contribution des facteurs socioculturels, Les Cahier de l'IFORD, n° 11, Yaoundé, 85p.

NICOLAS, G. (1973), « Fait "ethnique" et usages du concept d'"ethnie" », Cahiers internationaux de sociologie, vol. LIV, pp. 95-126.

OMS (1997), Soins de la mère et du nouveau-né : Guide pratique, WHO/MSM/94.2-Rev 2, 62p. www.WHO.org

OMS (1998b), Journée mondiale de la santé : Maternité sans risque : Améliorer l'accès aux services de santé maternelle, Division de la santé reproductive (appui technique), WHD 98.6. www.WHO.org

OMS (2018), Mortalité maternelle, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

OMS (1999), la prévention des décès maternels

Population Reference Bureau (2002), «Women of our world, 2002 », Reproductive health-62, February, 2002. 63p.

RAKOTONDRABE, F. P. (2004), Statut de la femme, prise de décision et santé des enfants à Madagascar, Thèse de doctorat, Université de Yaoundé II, Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Yaoundé, 374p.

REID, R., J. HAGGERTY et R. McKENDRY, R. (2002), Diffuser la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 16 p.

Sala-Diakanda, F. (1999), Recherche des facteurs d'un recours de qualité aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : cas de Bafia, mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, p84.

SIDIBE L. (2010), Les déterminants de la discontinuité des soins obstétricaux entre la phase prénatale et l'accouchement en Guinée, Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, 138P.

SOUBEIGA, D. (2005), La continuité des soins obstétricaux au Burkina Faso : Niveaux et déterminants, Mémoire de fin d'études, IFORD, 123p.

STOCK, R. (1983), «Distance and the Utilization of Health Facilities in Rural Nigeria», *Social Science and Medicine*, 17, 9, 1983, pp.579-583.

TOLLEGBE, A. (2004), Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : cas du Bénin, Mémoire DESSD, IFORD, 97p. +annexes.

UNAIDS (United Nations Joint Programme on HIV/ AIDS) (2002), Improving access to health care in developing countries. UNAIDS, 484 p.

UNFPA(2004), Etat de la population mondiale 2004, 124p.

VALLIN, J., CASELLI, J. et SURAULT, P. (2002), « Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité.» In *Démographie : analyse et synthèse. Les Déterminants de la mortalité*, vol.III sous la direction de Graziella CASELLI, Jacques VALLIN et Guillaume WUNSCH, Editions de l'INED. pp. 255-305.

ZOUNGRANA, C. (1993), Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali), collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 214p.

ANNEXES

Annexe 1 : Les tableaux de l'analyse descriptive bivariée

Tableau A4. 1: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Urbain	4,5	100	915	468,096 ***
Rural	46,3	100	1483	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 2: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la région de résidence

Région de résidence	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Boké	26,5	100	313	318,144 ***
Conakry	1,5	100	468	
Faranah	41,3	100	189	
Kankan	41,3	100	433	
Kindia	27,8	100	320	
Labé	45,9	100	172	
Mamou	61,4	100	166	
N'Zérékoré	33,2	100	337	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 3: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la religion du chef de ménage

Religion du chef de ménage	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Musulman	30,0	100	2104	6,017 ^{ns}
Chrétien	30,4	100	253	
Autre	(48,8)	100	41	
Ensemble	30,4	100	2398	

ns=Non significatif

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 4: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'ethnie du chef de ménage

Ethnie du chef de ménage	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Soussou	16,4	100	470	58,934***
Peulh	36,5	100	753	
Malinké	32,7	100	749	
Forestier	30,9	100	427	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 5: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau d'instruction de la femme

Niveau d'instruction de la femme	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Aucun	38,3	100	1616	171,797***
Primaire	23,1	100	360	
Secondaire et plus	6,4	100	422	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 6: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'exposition aux médias

Exposition aux médias	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Régulièrement exposée	22,4	100	1307	86,517***
Non	40,0	100	1091	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 7: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la parité atteinte

Parité atteinte	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
1 enfant	23,2	100	465	29,182***
2-4 enfants	29,2	100	1286	
5 enfants ou plus	37,9	100	647	
Ensemble	30,4	100	2398	
***=Seuil de signification de 1%				

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 8: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon l'âge à l'accouchement

Age à l'accouchement	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Moins de 20 ans	29,8	100	379	6,206 ^{ns}
20-34 ans	29,4	100	1613	
35 ans ou plus	36	100	369	
Ensemble	30,5	100	2361	
ns=Non significatif				

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 9: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon le niveau de vie du ménage

Niveau de vie du ménage	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Le plus pauvre	63,9	100	399	545,546***
Pauvre	43,7	100	531	
Moyen	36,4	100	511	
Riche	9,1	100	515	
Le plus riche	1,8	100	442	
Ensemble	30,4	100	2398	
***=Seuil de signification de 1%				

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 10: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la qualité des soins obstétricaux

Qualité des soins obstétricaux	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
Bonne	22,4	100	1719	189,56***
Moyenne	49,3	100	629	
Mauvaise	66,7	100	51	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Tableau A4. 11: Proportion (%) des femmes non-assistées à l'accouchement par un personnel de santé qualifié après avoir effectué une consultation prénatale selon la durée de grossesse à la première consultation prénatale

Durée de grossesse à la première consultation prénatale	Assistance non qualifiée à l'accouchement après une CPN	Total	Effectif	Khi-deux
0-3 mois	27,1	100	1231	12,767***
4 mois ou plus	33,8	100	1167	
Ensemble	30,4	100	2398	

***=Seuil de signification de 1%

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

Annexe 2 : Le tableau de l'analyse explicative

Tableau A6. 1: Rapports de chances de la non-assistance à l'accouchement après une consultation prénatale suivant les variables explicatives dans la régression logistique (méthode ascendante pas à pas)

Variabes explicatives	Statistique de Wald	Exp(B)	Rang selon la contribution à l'explication de la variable dépendante
Région de résidence	48,309	***	2
Boké	1,704	1,822 ^{ns}	
Faranah	3,375	2,366*	
Kankan	5,717	2,930**	
Kindia	5,045	2,756**	
Labé	4,989	2,883**	
Mamou	18,946	7,782***	
N'Zérékoré	3,787	2,419*	
Conakry(Réf.)		1,000	
Milieu de résidence	29,22	***	4
Rural	29,22	3,316***	
Urbain (Réf.)		1,000	
Niveau d'instruction de la femme	24,727	***	5
Aucun	17,882	2,655***	
Primaire	3,536	1,641*	
Secondaire et plus (Réf.)		1,000	
Niveau de vie du ménage	81,647	***	1
Le plus pauvre	38,486	13,245***	
Pauvre	19,368	6,143***	
Moyen	15,33	4,927***	
Riche	5,387	2,543**	
Le plus riche (Réf.)		1,000	
Qualité des soins obstétricaux	35,234	***	3
Moyenne	27,439	1,816***	
Mauvaise	12,249	3,158***	
Bonne (Réf.)		1,000	
Khi-deux		818,863***	
Pseudo-R carré		40,9%	
Pourcentage global de prévision		76,8%	

Source : Traitement des données de la MICS-V 2016

***=significatif à 1% ; **=significatif à 5% ; *=significatif à 10% ; ns=non significatif ;

Réf.=Modalité de référence