



**Thèse Présentée
par
RAKOTONDRA
Faraniaina Patricia**

**UNIVERSITE DE
YAOUNDE II**

STATUT DE LA FEMME ET SANTE DES ENFANTS A MADAGASCAR

Juillet 2004

19 SEP. 2006

ORGANISME INTER-ETATIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

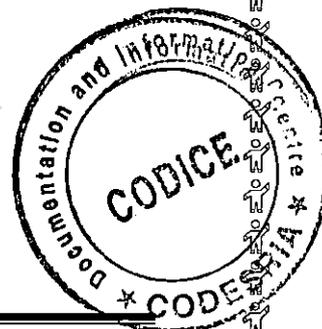
UNIVERSITE DE YAOUNDE II

IFORD



INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DEMOGRAPHIQUES

05.03.05
RAK
13071



**STATUT DE LA FEMME ET SANTE DES ENFANTS A
MADAGASCAR**

Thèse présentée et soutenue par

RAKOTONDRABE Faraniaina Patricia

en vue d'obtenir le Diplôme de Doctorat en Démographie

Membres du jury :

Président : Professeur BOYOMO Assala

Rapporteurs : Professeur EVINA Akam

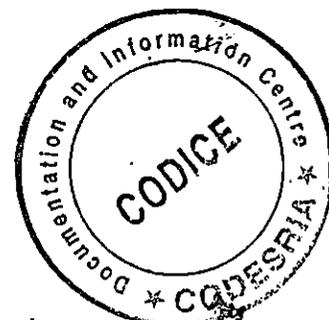
Professeur ABEGA Cecile Séverin

Membres : Professeur AKOTO Eliwo Mandjale (Directeur de thèse)

Professeur GOURBIN Catherine (Co-directeur de thèse)

Yaoundé, juillet 2004

SYNTHESE



Problème et question de recherche

Le développement ne pouvant plus être restreint à la seule croissance économique, on parle désormais de développement humain. La recherche dans ce domaine s'intéresse donc également aux problèmes de santé. Cette étude porte sur la santé des enfants dont la participation au développement dans le futur n'est pas du tout à négliger et qui, pourtant, constituent l'un des groupes les plus vulnérables de la population. En effet, les recherches menées dans le domaine de la santé des enfants révèlent des niveaux non satisfaisants et préoccupants des indicateurs de santé des enfants en Afrique en général, et à Madagascar en particulier. De plus, il existe des inégalités flagrantes entre enfants des différentes couches sociales.

Travaillant depuis longtemps dans le champ d'investigations explicatives de la santé des enfants, les démographes ont relevé plusieurs facteurs responsables des niveaux élevés et de ces inégalités ; ils sont d'ordre économique, culturel et social. Plusieurs programmes ont été mis en œuvre dans les différents pays africains pour promouvoir la santé des enfants. Toutefois, face à la persistance des problèmes sus-évoqués, les chercheurs éprouvent de plus en plus la nécessité d'approfondir leur recherche sur des facteurs de la santé spécifiques qu'ils jugent pertinents afin de mieux appréhender leurs mécanismes d'action.

Notre intérêt porte particulièrement sur le statut de la femme. Le choix de ce facteur se justifie par le fait que les femmes jouent des rôles cruciaux dans les soins de santé des enfants : elles sont généralement les responsables directes de la santé des enfants, elles assurent le recours aux soins tant préventifs que curatifs, l'alimentation et l'hygiène des enfants (Ouedraogo, 1994). Il convient cependant de noter que, malgré leur rôle essentiel, les femmes sont dans leur grande majorité défavorisées quant à l'accès aux instruments de développement économique et social et aux moyens permettant d'améliorer la qualité de vie ou de participer aux prises de décisions au sein de la famille et/ou de la collectivité (CEA, 1993). Le statut de la femme constitue un facteur qui a suscité l'intérêt des chercheurs, non seulement dans le domaine de la santé mais également de bien d'autres phénomènes démographiques. Pourtant, sa relation avec la santé des enfants n'est pas encore suffisamment explorée. Ce travail tente de répondre aux questions suivantes :

- 1) **Quelle est la meilleure approche pour définir le statut de la femme ?**
- 2) **Comment évaluer son impact sur le comportement sanitaire de la femme et sur la santé des enfants ?**
- 3) **Par quels mécanismes ce statut agit-il sur la santé des enfants ?**

Les études antérieures ayant trait à la santé des enfants se sont le plus souvent focalisées sur la mortalité des enfants, qui n'est pourtant qu'un de ses aspects. Par ailleurs, le statut de la femme étant un concept fort complexe, il n'est pas aisé de le définir clairement. Ainsi, pour mieux appréhender les mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants, nous avons abordé le sujet de la manière suivante :

(1) Nous avons considéré tous les trois aspects de la santé des enfants, à savoir la mortalité, la morbidité et l'état nutritionnel des enfants ainsi que les comportements sanitaires de leurs mères, dans le souci de prendre en compte d'une part, les différentes formes d'inégalités pouvant exister en matière de santé, et d'autre part, la variation de l'intensité des facteurs explicatifs de la santé sur chacune de ses composantes.

(2) En définissant le statut de la femme comme *la position sociale qui lui procure un certain prestige, et qui conditionne son accès aux ressources, sa faculté de contrôle de ces ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité de participer à la prise de décision (au sein du ménage)*, nous avons considéré deux types de statut de la femme : le statut public statut au niveau de la société, reflétant sa position par rapport à un autre individu dans la société ; et le statut privé, statut au niveau du ménage, traduisant surtout sa capacité de participer à la prise de décision au sein du ménage. Ces deux types de statuts n'influencent pas la santé des enfants de la même manière.

Objectifs et hypothèse de l'étude

Cette thèse a pour objet de contribuer à l'amélioration de la connaissance sur la mortalité et plus globalement sur la santé des enfants à Madagascar. Les résultats obtenus aideront les acteurs sanitaires et les décideurs politiques dans l'orientation des stratégies et des programmes à mettre en œuvre visant la promotion de la santé des enfants et la réduction des inégalités existantes entre ces derniers en la matière. Elle vise à décrire et à expliquer l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants. Plus spécifiquement, ce travail vise à :

- Chercher l'impact du statut de la femme sur les différents aspects de la santé des enfants ;
- Déterminer les mécanismes par lesquels ce statut agit sur la santé des enfants ;
- Analyser son impact à travers les comportements des mères en matière de santé.

L'hypothèse de base dans ce travail est que la santé des enfants est déterminée par le statut de la femme : son statut aussi bien au niveau de la société qu'au sein du ménage influencera la mortalité, la morbidité et l'état nutritionnel des enfants. Partant de la synthèse de la littérature et du cadre conceptuel que nous avons construit, nous avons tiré de cette hypothèse les sous-hypothèses ci-après :

Le statut de la femme est défini dans un contexte socio-économique et culturel bien défini, son influence sur la santé des enfants peut ainsi varier selon le contexte. Nous nous attendons à ce que :

(H1) *Le statut de la femme influence la santé des enfants quel que soit le contexte dans lequel elle vit.*

Par ailleurs, les conditions économiques dans lesquelles elles vivent varient selon leur statut et vont affecter leur capacité de mobiliser des ressources financières pour leur propre santé et celle de leurs enfants. Ainsi, nous postulons que :

(H2) *Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers le niveau de vie de son ménage.*

En outre, les femmes sont exposées à des modèles culturels différents relatifs à la santé et aux soins de santé des enfants, en fonction de leur statut. Ce dernier influencerait l'acquisition par la femme de connaissances en matière de santé et, par conséquent, son degré d'attachement aux pratiques traditionnelles. C'est ainsi que nous supposons que :

(H3) *Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers sa culture sanitaire.*

Nous pensons également que la situation généralement défavorable des femmes en matière de prise de décision au sein du ménage aura des répercussions visibles sur la santé de leurs enfants ; les femmes sont généralement les premières responsables des soins de santé

des enfants, mais la décision en la matière incombe plutôt aux hommes. D'où la quatrième hypothèse, formulée comme suit :

(H4) *Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers sa participation à la prise de décision, celle-ci étant susceptible de modifier ses comportements en matière de santé qui, à leur tour, vont agir sur la santé des enfants.*

Les comportements des femmes en matière de santé peuvent également varier selon les caractéristiques des enfants, celles des mères ou, en cas de maladie, de la gravité de celle-ci. Ce qui nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle :

(H5) *Les facteurs liés à l'enfant, à la mère ou à la maladie médiatisent l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants.*

Enfin, il ressort de la littérature que la prise de décision est d'une importance capitale dans la détermination de la santé des enfants. Ainsi, nous nous attendons à ce que :

(H6) L'influence du statut privé de la femme sur la santé des enfants soit beaucoup plus forte que celle du statut public de la femme.

Méthodologie

Pour atteindre nos objectifs et pour vérifier ces hypothèses, nous avons eu recours à une méthodologie couplant les méthodes quantitative et qualitative. Les données utilisées proviennent essentiellement de l'Enquête Démographique et Démographique (EDS) réalisée à Madagascar en 1997. Elles ont été complétées par des données collectées lors d'une enquête qualitative que nous avons réalisée en 2001 dans deux provinces du pays, à savoir Antananarivo et Fianarantsoa ; ces deux provinces présentent respectivement la mortalité des enfants la plus faible et la plus élevée du pays. Pour la collecte des données qualitatives, nous avons utilisé la technique d'entretien individuel auprès de 30 couples malgaches ainsi que celle des discussions centrées de groupe (Focus Group Discussions) auprès de 12 groupes formés d'hommes et/ou de femmes. Tous nos informateurs sont mariés, les femmes sont âgées de 15-49 ans, et ont déjà eu au moins un enfant. Dans le cadre de cette enquête qualitative, des grilles d'entretiens approfondissant les aspects liés aux comportements en matière de santé des enfants ont été élaborées pour servir de guide. Les interviews et les discussions se sont déroulées en langue malgache, ont été entièrement enregistrées sur cassette audio et transcrites par la suite avant d'être traduites en français.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des méthodes statistiques descriptives (tableaux de fréquence ou tableaux croisés) et des méthodes explicatives adaptées aux objectifs, aux données et aux hypothèses. Compte tenu de la nature dichotomique de nos variables dépendantes, les analyses explicatives ont reposé sur des modèles de régression logistique.

Les analyses ont été effectuées en deux étapes. A la première étape, elles ont porté sur l'impact des statuts public et privé sur les différents aspects de la santé des enfants. Pour des raisons méthodologiques et compte tenu des données disponibles, ces analyses ont concerné les enfants issus des femmes mariées et âgées de 15-49 ans, nés au cours des cinq dernières années pour la mortalité ; survivants et nés au cours des trois dernières années pour l'état nutritionnel et la morbidité par maladie diarrhéique. Les analyses effectuées à la seconde étape, quant à elles, ont traité de l'impact de ces statuts sur la santé à travers le recours aux soins des enfants. Celles-ci ont été complétées par les analyses des données qualitatives.

Résultats

Les résultats ont permis de confirmer certaines hypothèses et d'en infirmer d'autres. Ils ont montré des impacts diversifiés, en terme d'intensité et de sens de la relation, des deux types de statut de la femme sur les différentes composantes de la santé des enfants.

□ *Impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants*

L'étude a fait ressortir l'importance du statut privé dans l'explication de la mortalité des enfants, à l'exception de la mortalité néonatale. Il exerce une influence très significative sur la mortalité des enfants au niveau brut. Même si les écarts observés entre les modalités se sont amoindris en présence de toutes les variables, son influence demeure significative au seuil de 5% pour la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et 2 ans, et au seuil de 10% pour la mortalité infantile. Le statut public de la femme, quant à lui, exerce un impact fortement significatif au niveau brut qui, contrairement aux attentes, ne s'avère plus significatif après le contrôle des effets des autres variables. La prise en compte de ces deux statuts dans un même modèle, en contrôlant les autres variables, a permis de dégager la prépondérance de l'impact du statut privé sur le statut public. ***Ces résultats confirment l'importance de la prise de décision de la femme sur la mortalité des enfants.*** Au cours de la période néonatale, le statut de la femme (public ou privé) n'exerce aucun effet significatif sur la mortalité, même au niveau brut. Cette absence d'impact du statut de la femme sur la mortalité néonatale dénote l'importance des facteurs endogènes durant cette période. C'est également l'élément qui explique la plus faible intensité de l'impact du statut sur la mortalité infantile des enfants comparée à son influence sur la survie des enfants au cours de la période postnéonatale et entre 1 mois et deux ans

Toutefois, le statut privé de la femme est loin d'être le seul facteur explicatif de la mortalité des enfants à Madagascar. La province, la culture sanitaire et l'intervalle intergénéral se sont également avérés autant de facteurs importants de différenciation de la mortalité des enfants, quel que soit l'âge au décès. En dehors de ces variables, la mortalité postnéonatale est également déterminée par le niveau de vie des ménages. Enfin, l'âge à l'accouchement et, dans une moindre mesure, le sexe de l'enfant figurent sur la liste des déterminants de la mortalité infantile.

□ *Impact du statut de la femme sur l'état nutritionnel et la morbidité des enfants*

En ce qui concerne l'état nutritionnel des enfants, les résultats diffèrent de ceux obtenus pour la mortalité. Le statut public constitue, cette fois-ci, un facteur discriminant majeur du retard de croissance et, dans une moindre mesure de l'insuffisance pondérale. Le statut privé, quant à lui, exerce une influence propre significative uniquement sur le retard de croissance. Cependant, l'effet net du statut privé de la femme disparaît, en présence du statut public dans le modèle. Néanmoins, il convient de mentionner qu'il persiste une différence peu significative observée entre le statut privé moyen et très faible. En outre, l'effet du statut public de la femme ne va pas dans le sens attendu : le risque de retard de croissance associé au statut faible est plus élevé que celui associé au statut très faible. Cette situation serait probablement due à un changement de comportement nutritionnel résultant de la modernisation chez les femmes de statut faible mais qui n'ont pas su l'accompagner de mesures adéquates. Concernant l'allaitement maternel, par exemple, ces femmes allaitent leurs enfants pendant une durée relativement courte, mais ne veillent pas suffisamment sur la qualité et la quantité des aliments de sevrage qu'elles leur donnent. Malheureusement, les données disponibles ne nous ont pas permis d'examiner les pratiques alimentaires des femmes. En revanche, le risque de

retard de croissance des enfants diminue au fur et à mesure que le statut privé des mères augmente.

Il convient enfin de noter que l'état nutritionnel des enfants malgaches dépend plus de l'âge de l'enfant que des autres variables, y compris le statut de la femme. Autrement dit, d'une manière générale, il y a un problème lié à l'insuffisance de l'apport nutritionnel des aliments de sevrage utilisés par les femmes à Madagascar. Ceci est probablement lié aux habitudes alimentaires de la population malgache : les aliments riches en protéine, par exemple, sont peu consommés par la plupart des familles malgaches.

Quant à la morbidité des enfants, les résultats ont fait ressortir une absence totale d'association entre le statut de la femme (quel que soit le type) et la morbidité diarrhéique.

□ *Mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants*

A l'aide des modèles de régression pas à pas, les résultats ont permis de confirmer la plupart des hypothèses concernant les mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants.

La persistance des effets exercés par le statut public et le statut privé de la femme sur la santé des enfants après le contrôle de la province et du milieu de résidence permet de confirmer la première hypothèse formulée. La différence de contexte n'explique donc qu'une partie des inégalités de santé observées entre les modalités du statut de la femme.

Par ailleurs, ***la modification sensible, voire la disparition, de l'effet du statut public ou privé de la femme après l'introduction du niveau de vie et de la culture sanitaire dans les modèles de régression des indicateurs de la santé des enfants traduit le rôle médiateur de ces deux statuts sur celle-ci.*** Autrement dit, pour la mortalité par exemple, la surmortalité observée chez les enfants dont la mère jouit d'un statut public ou privé très faible comparés à ceux nés des mères d'un statut supérieur résulte en partie des contraintes économiques et d'un manque/insuffisance de connaissances en matière de santé. ***Les autres variables, l'intervalle intergénéral et, dans une très faible mesure, l'âge à l'accouchement, le sexe de l'enfant interviennent également dans l'explication de la santé des enfants.***

Les données qualitatives ont aidé à comprendre ces mécanismes. Les propos de nos informateurs ont, en effet, fait ressortir que l'insuffisance, voire le manque, de moyens et/ou de connaissances en matière de santé conduit les femmes de statut très faible à négliger les soins de santé des enfants et à adopter des comportements sanitaires inadéquats. Ces négligences apparaissent clairement dans les comportements des femmes en matière de soins préventifs : comportements prénataux, comportements lors de l'accouchement et comportement en matière de vaccination, notamment par rapport à la précocité de la première visite médicale pour le suivi de la grossesse, l'accouchement en milieu hospitalier et la complétude des vaccins.

Ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé, les femmes de statut public faible ou très faible sont peu convaincues de la priorité qui devrait être accordée aux soins de santé, sauf si les besoins s'en font réellement sentir (c'est-à-dire en cas de maladie). Par ailleurs, préoccupées par le problème de survie familiale ou d'autres problèmes quotidiens, elles n'ont pas souvent du temps à consacrer à leur propre santé et à celle de leurs enfants. Elles sont moins enclines à effectuer des consultations prénatales, et même lorsqu'elles le font, elles effectuent généralement les premières visites tardivement (parfois après le sixième mois de la grossesse).

Leur négligence s'observe également en matière de vaccination des enfants, malgré le fait que les vaccins soient généralement administrés gratuitement ou à un moindre coût. En revanche, ceux qui ont un statut privé élevé, ayant les moyens de supporter elles-mêmes les coûts, peuvent décider de faire appel à un encadrement médical même si elles décident d'accoucher à domicile pour diverses raisons.

En revanche, les résultats ont montré que l'effet du statut public de la femme sur le choix thérapeutique disparaît dès l'introduction du milieu de résidence et qu'il n'y a pas de différences significatives du choix thérapeutique selon le statut privé de la femme, même au niveau brut. Face à une maladie, toutes les femmes, quel que soit leur statut, cherchent les moyens pour trouver la guérison de leurs enfants. La question du pouvoir dans la prise de décision ne pose plus en tant que telle. Là où les centres de santé existent, malgré leurs maigres moyens financiers, les femmes de statut très faible sont également prêtes à déboursier de l'argent pour emmener leur enfant malade en consultation lorsque la maladie atteint un certain stade de gravité.

Inversement, compte tenu des problèmes liés à la qualité des soins offerts dans les centres de santé (les centres publics surtout), certaines femmes de statut public ou privé élevé préfèrent parfois administrer des soins à domicile bien qu'elles aient les moyens nécessaires pour emmener directement leurs enfants en consultation. Ce faisant, elles leur font courir un certain risque en les exposant à une aggravation éventuelle de la maladie, même s'il est vrai qu'elles essaient de mettre à profit leur connaissance en matière de santé pour administrer les traitements qu'elles jugent appropriés.

Par ailleurs, nos entretiens nous ont permis de constater que la participation de la femme à la prise de décision et la discussion dans le couple sur des sujets relatifs à la santé des enfants est plus importante lorsque les deux membres ont des avis divergents en la matière. Nous avons relevé certains cas concrets pour la vaccination des enfants. Dans ce cas, la femme devrait arriver à convaincre le mari pour pouvoir adopter un comportement adéquat en matière de santé. Néanmoins, cette situation nécessite que la femme détienne des connaissances exactes et des arguments valables pour convaincre ce dernier.

Ces résultats suggèrent donc une amélioration du statut de la femme comme stratégie efficace, à long terme, pour contribuer efficacement à lutter contre la mortalité élevée des enfants et à promouvoir un meilleur état nutritionnel de ces derniers. Toutefois, l'amélioration du statut de la femme n'est pas aisée et ne produit que des effets à long terme, nous proposons quelques recommandations pour atteindre ces objectifs.

Recommandations

Au terme de notre recherche doctorale, les résultats nous ont inspiré deux types de recommandations : des recommandations pour l'action et des recommandations pour la recherche.

Moyens d'action proposés

(1) **Mettre en œuvre des programmes d'éducation sanitaire à l'endroit de toutes les femmes** : les femmes de statut faible ou très faible sont les plus touchées par la crise économique. Dans un tel contexte, des stratégies doivent être mises en place pour aider particulièrement ces femmes à assurer des soins adéquats à leurs enfants. En dehors des ces

stratégies, il faudrait mettre en œuvre des programmes d'éducation visant à améliorer leurs connaissances en matière de santé et permettant de les conscientiser sur la priorité de la santé des enfants. *Il faudrait mettre un accent particulier sur les mesures préventives telles que le suivi médical de la grossesse, la prise en charge médicale de l'accouchement et la vaccination des enfants, et essayer de convaincre les femmes de l'importance du respect des recommandations en vigueur.* Non seulement, ces programmes devront être mis en œuvre sans distinction du milieu, mais ils devront également être beaucoup plus intenses en milieu rural où la majorité des femmes jouissent d'un statut relativement faible.

Ces programmes intéressent également les femmes qui ont un statut élevé qui adoptent parfois des comportements inadéquats résultant de leur contact avec la modernisation. Nous pouvons noter notamment les comportements relatifs à l'allaitement au sein ou le recours à l'automédication en cas de maladie des enfants.

(2) Impliquer les hommes dans les programmes d'éducation sanitaire : L'implication des hommes dans les programmes sanitaires s'impose également. Les programmes d'éducation sanitaire devraient atteindre aussi bien les hommes que les femmes pour assurer l'harmonie en matière de prise de décision au sein du couple. La participation de toutes les couches de la communauté aux campagnes de la promotion de la santé constituerait une stratégie pour éliminer les obstacles qui empêchent les femmes à prodiguer des soins adéquats à leurs enfants. Nous aimerions noter que la recommandation de ce type a été déjà formulée dans plusieurs études, notamment dans le domaine de la Planification Familiale (PF). Toutefois, le développement de mécanismes de suivi s'avère nécessaire pour qu'elle se traduise effectivement dans les faits sociaux.

(3) Améliorer la qualité d'accueil et des services dans les formations sanitaires : il ressort de l'enquête qualitative que les problèmes associés aux systèmes de santé en terme de qualité de soins ou de rapport entre patients et prestataires de services risquent, si aucune mesure n'est prise pour les résoudre, d'entraver les progrès en matière d'éducation sanitaire. Ils empêchent certaines femmes de faire profiter à leurs enfants les avantages liés à leur statut élevé. Améliorer l'accessibilité des centres de santé dans certains milieux est une chose, mettre en place un système pour combattre les barrières culturelles à l'origine de la réticence de la population vis-à-vis des soins modernes en est une autre.

Quelques pistes pour des recherches futures

Au niveau de la recherche, nous proposons de :

(1) Mettre en place un observatoire ayant, entre autres missions, la collecte et la mise à jour des informations concernant les femmes et les enfants : la mise en place d'un tel observatoire permettra, par exemple, d'assurer la surveillance de la mise en œuvre des programmes sanitaires et l'élaboration d'indicateurs pertinents pour le suivi de l'évolution de la situation des femmes et des enfants à Madagascar.

(2) Mener une étude approfondie sur les comportements nutritionnels : dans le cadre de cette thèse, nous n'avons pas pu traiter les comportements nutritionnels des femmes (allaitement, aliments de sevrage, quantité et qualité d'aliments en supplément du lait maternel) du fait des problèmes méthodologiques et des problèmes liés aux données. Il faudrait un échantillon de grande taille pour avoir un effectif suffisant pour une étude appropriée ; les groupes cibles d'une telle étude devant exclure les enfants encore allaités au moment de l'enquête et ceux dont

l'allaitement a été interrompu pour cause de décès. Par ailleurs, les questions devraient être bien spécifiées pour obtenir des informations riches et fiables sur les comportements des mères en matière de nutrition.

(3) Réfléchir sur une méthodologie de collecte et de traitements de données appropriées pour mieux mesurer le statut de la femme et la prise de décision : la collecte des données concernant la prise de décision en matière de santé ou d'autres domaines de la vie dans le ménage lors des enquêtes d'une envergure nationale (EDS), comme dans le cas du Maroc et d'autres pays, apportera des éléments très intéressants pour l'étude du statut de la femme et son impact sur les phénomènes démographiques.

(4) Etendre la collecte des données qualitatives sur les comportements sanitaires dans toutes les provinces : malgré la limite liée à la représentativité des données, les données de nature qualitative sont riches en informations et permettent de mieux expliquer les comportements sanitaires de femmes. Dans le cadre de ce travail, elles n'ont été collectées que dans deux provinces. Toutefois, les pratiques en matière de santé ne sont pas forcément les mêmes dans l'ensemble du pays. La réalisation d'une enquête qualitative dans toutes les provinces enrichira les informations obtenues et permettra ainsi de comprendre davantage les comportements différentiels en matière de santé observés chez les femmes malgaches. Elle permettra de renforcer certaines des idées qui sont ressorties de ce travail et d'en ajouter d'autres.

(5) Poursuivre les études de la relation entre le statut de la femme et les autres phénomènes démographiques tels que la fécondité, en tenant compte des deux composantes du statut de la femme : de telles études permettront de mettre également en exergue l'importance de la participation de la femme dans la prise de décision dans bien d'autres domaines de la vie de la femme, notamment en matière de fécondité.

(6) Approfondir les études sur la relation entre le statut de la femme d'une part, et l'état nutritionnel et la morbidité des enfants, d'autre part : les résultats inattendus concernant l'état nutritionnel et la morbidité des enfants que nous avons obtenus suscitent l'intérêt d'études spécifiques qui permettront de mieux comprendre l'impact du statut de la femme sur l'état nutritionnel et sur la morbidité des enfants. A cet effet, l'organisation d'une enquête spécifique au niveau national sur la santé des enfants est d'un grand apport pour disposer des données de référence locale sur l'état nutritionnel des enfants. De plus, la base de données obtenue permettra de mener bien d'autres recherches sur la santé des enfants à Madagascar.

DEDICACE

A Toi Dieu, notre Père, Tout Puissant ;

A la mémoire de notre feu père, RAKOTONDRABE ;

A notre mère, RALIMIZAHARISOA Berthe, pour tant d'affections, de sacrifices et de privations ;

A notre mari, RAZAFIMIARANTSOA Tovanirina Théodore, pour sa compréhension, sa patience et l'amour qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner malgré la distance qui nous sépare ;

A notre frère et nos sœurs ;

Nous dédions ce modeste travail.

REMERCIEMENTS

Ce travail ne pourrait aboutir à son terme sans l'encadrement et l'aide de certaines personnes. Qu'il nous soit ainsi permis de remercier du fond de cœur tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à sa réalisation.

Nous exprimons tout particulièrement notre profonde gratitude aux Professeurs AKOTO Eliwo Mandjale et GOURBIN Catherine, qui, malgré leurs multiples occupations, ont accepté de diriger notre travail. Merci pour votre entière disponibilité pour suivre attentivement ce travail, vos critiques constructives, vos encouragements constants ainsi que l'esprit de rigueur scientifique que vous n'avez cessé de nous inculquer tout au long de ce travail.

Nous voudrions également adresser nos vifs remerciements au Président du jury pour avoir accepté d'assumer cette responsabilité.

Nos remerciements vont également à l'endroit des Professeurs EVINA Akam et Abega Séverin Cecile et au Docteur Myriam de Loenzien, pour leurs remarques pertinentes et leurs conseils pratiques qui nous ont permis d'améliorer ce travail.

Notre gratitude va également aux enseignants et chercheurs à l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve, à l'INED, au CEPED et à tous ceux, avec qui nous avons eu quelques discussions fructueuses sur certains points de ce travail.

A ces remerciements, nous associons les Professeurs Tabutin Dominique et Loriaux Michel pour le soutien et les bonnes conditions de travail qu'ils nous ont toujours réservés pendant nos stages de recherche doctorale à l'Institut de Démographie de l'UCL.

Nos vifs remerciements vont également à l'endroit de tous les enseignants et les chercheurs de l'IFORD, qui ont contribué à divers titres à notre formation. Nous sommes particulièrement reconnaissante envers le Professeur Akoto, qui a su guider nos pas dans la recherche tout au long de notre passage à l'IFORD.

Nous ne pouvons oublier l'aide précieuse que nous ont apportée notre famille, Dada et Neny à Fianarantsoa, Njara et Bodo, lors de la réalisation de notre enquête qualitative à Madagascar. Nous pensons également aux chefs de quartiers dans les zones où nous avons effectué cette enquête et les intervenants dans les discussions de groupe et les interviews individuelles. Qu'ils soient tous assurés de notre vive reconnaissance.

C'est également l'occasion pour nous, de remercier vivement le FNUAP et les responsables du projet CIUF inscrit dans le cadre de la coopération UCL/IFORD qui ont assuré le financement de notre formation doctorale.

Nous tenons également à remercier le CODESRIA qui, dans le cadre du programme de Petites subventions pour la rédaction des mémoires et des thèses, nous ont accordé un appui financier pour la réalisation de ce travail.

Merci à tous les membres du personnel administratif de l'IFORD et de l'Institut de Démographie de l'UCL qui ont été toujours attentifs à nos besoins tout au long de notre formation et pendant les stages.

Cette recherche n'aurait pu être réalisée sans l'accord du Gouvernement Malgache à utiliser les données de l'Enquête Démographique et de Santé. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

Nous adressons également notre profonde reconnaissance à la communauté Malgache à Yaoundé, qui a été pour nous une seconde famille, n'ayant jamais cessé d'apporter de soutien tant moral que matériel tout au long de notre séjour au Cameroun.

Nous voudrions enfin remercier nos amis doctorants et tous nos camarades, pour l'esprit de convivialité et l'ambiance amicale qui ont régné durant toute notre formation à l'IFORD.

Que ce modeste travail soit pour tous l'expression de notre profonde reconnaissance.

Statut de la femme et santé des enfants à Madagascar

Les enfants constituent un groupe de la population dont la participation au développement futur d'un pays n'est pas du tout à négliger. De plus, ils ont plein droit d'accéder à la santé. Cependant, ils forment, avec les femmes en âge de procréer, l'une des catégories de la population les plus vulnérables. Leur situation sanitaire est encore beaucoup plus préoccupante en Afrique comparativement au reste du monde. De plus, il existe des inégalités flagrantes en matière de santé que l'on peut observer à tous les niveaux (national, régional, familial et individuel).

Dans ce travail, notre intérêt porte particulièrement sur le statut de la femme. Le choix de ce facteur se justifie par le fait que les femmes jouent des rôles cruciaux dans les soins de santé des enfants. Cependant, elles sont souvent confrontées à des contraintes économiques et culturelles. De plus, elles manquent généralement d'autonomie et participent faiblement aux décisions au sein de la famille et/ou de la collectivité (CEA, 1993). Leurs situations limitent leur capacité de bien gérer les problèmes de santé des enfants et ne leur permettent donc pas d'assumer de manière satisfaisante leurs responsabilités.

Outre le fait que la relation entre le statut de la femme et la santé des enfants n'est pas encore suffisamment explorée, l'apport de cette étude réside dans la manière d'appréhender le statut de la femme d'une part et dans le type de données utilisées pour examiner ses mécanismes d'action, d'autre part.

Jusqu'à un passé récent, la méthodologie utilisée pour appréhender le statut de la femme ne permet de cerner que partiellement l'impact du statut sur la santé des enfants. Nous avons considéré deux types de statut : le statut public (statut au niveau de la société, reflétant sa position par rapport à un autre individu dans la société) et le statut privé (statut au sein du ménage, traduisant surtout sa capacité de participer à la prise de décision au sein du ménage).

Nous avons eu recours à la fois aux données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 1997 à Madagascar et aux données collectées lors d'une enquête qualitative que nous avons menée en 2001 dans deux provinces de Madagascar (Antananarivo et Fianarantsoa, provinces qui enregistrent respectivement la mortalité des enfants la plus faible et la plus élevée du pays). L'utilisation de ces données qualitatives permet de mieux comprendre les différences de comportements des femmes, différences difficilement appréhendées à travers des données purement quantitatives.

Comme résultats, nous avons retenu que (i) les deux statuts (public et privé) n'influencent pas de la même manière la santé des enfants. Ils n'exercent aucun effet ni sur la mortalité néonatale ni sur la morbidité par les maladies diarrhéiques. En revanche, alors que le statut privé de la femme constitue un facteur de différenciation important de la mortalité des enfants, le statut public, quant à lui, n'est pas en soi un facteur explicatif de cette mortalité, quel que soit l'âge de l'enfant. Ces résultats confirment l'importance de la prise de décision de la femme sur la mortalité des enfants. (ii) L'influence du statut de la femme sur la santé des enfants passe en grande partie par le niveau de vie et de la culture sanitaire de la femme. Ces résultats confortent les hypothèses relatives aux avantages économiques et culturels procurés par un statut (public ou privé) élevé de la femme. (iii) Les propos de nos informateurs lors de l'enquête qualitative ont montré que l'insuffisance, voire le manque de moyens et/ou de connaissances en matière de santé conduit les femmes à négliger les soins des enfants et à adopter des comportements sanitaires inadéquats. Ces négligences apparaissent clairement dans les comportements en matière de soins préventifs (comportements prénataux, comportements lors de l'accouchement et comportements en matière de vaccination des enfants).

En conclusion, les résultats révèlent que des stratégies isolées cherchant tout simplement à améliorer le statut de la femme ne porteront pas toujours des fruits, si elles ne sont pas accompagnées de mesures visant à améliorer tant le niveau de vie des ménages que celui de la culture sanitaire des femmes, et des stratégies de mobilisation sociale amenant les femmes à adopter des comportements sanitaires adéquats. La participation de la femme dans la prise de décision au sein du ménage est d'une importance dans la détermination de la santé des enfants. Les stratégies de lutte contre la pauvreté et l'ignorance devraient ainsi aller de paire avec les stratégies visant à améliorer le statut de la femme afin d'optimiser les résultats sur l'amélioration de la santé des enfants.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIERES.....	iv
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES.....	6
CHAPITRE 1. PROBLEMATIQUE DE LA RELATION ENTRE LE STATUT DE LA FEMME ET LA SANTE DES ENFANTS	8
1.1. Position du problème	8
1.1.1. La santé des enfants : une véritable préoccupation en Afrique	8
1.1.2. Emergence de l'intérêt du statut de la femme dans l'analyse de la santé des enfants.....	14
a) Les actions sanitaires : un chantier peu défriché.....	14
b) Implication des femmes dans l'amélioration de la santé des enfants	15
c) Obstacles à l'intervention des femmes dans l'amélioration de la santé des enfants	18
d) Le statut de la femme : un contour souvent imprécis	19
1.2. Santé des enfants : de quoi parle-t-on ?	21
1.2.1. La mortalité des enfants.....	23
1.2.2. La morbidité des enfants	24
1.2.3. L'état nutritionnel des enfants	25
1.3. Vers une conceptualisation du statut de la femme.....	27
1.3.1. Statut de la femme : vu sous l'angle économique.....	28
1.3.2. Statut et rôles des femmes	29
1.3.3. Divers termes utilisés pour désigner le statut de la femme	30
1.3.4. De la nécessité de la prise en compte des inégalités Homme-Femme dans le statut de la femme	32
a) Le statut public	37
b) Le statut privé	40
Conclusion partielle.....	42

CHAPITRE 2. CADRE THEORIQUE.....	44
2.1. Les principales approches explicatives de la santé des enfants	44
2.1.1. L'approche économique.....	45
2.1.2. L'approche socio-culturelle.....	46
2.2. Synthèse des liens potentiels entre le statut de la femme et la santé des enfants	49
2.2.1. Instruction de la femme et santé des enfants	49
2.2.2. Activité de la femme et santé des enfants	57
2.2.3. Religion de la femme et santé des enfants	62
2.2.4. Niveau d'instruction / activité du mari et santé des enfants.....	64
2.3. Mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants	67
2.3.1. Les comportements sanitaires des femmes.....	67
a) Les comportements préventifs	68
b) Les comportements curatifs	76
c) Les comportements nutritionnels	77
2.3.2. Les variables liées à la mère et à l'enfant.....	82
a) L'âge à l'accouchement	82
b) Le sexe de l'enfant	83
c) Le rang de naissance de l'enfant	85
d) L'intervalle intergénérisique	87
2.4. Hypothèses et cadre conceptuel.....	88
Conclusion partielle.....	95
DEUXIEME PARTIE : ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	96
CARTE DE MADAGASCAR.....	98
CHAPITRE III. PRESENTATION DU CONTEXTE DE L'ETUDE	99
3.1. Contexte géographique	99
3.2. Contexte démographique	101
3.3. Contexte sanitaire	102
3.3.1. Situation sanitaire.....	102
3.3.2. Politique Nationale de Santé du pays (PNS).....	103

3.3.3. Principaux programmes sanitaires mis en œuvre	104
a) Principaux programmes et activités en faveur de la nutrition des enfants	105
b) Programmes et politiques nationaux en matière d'allaitement maternel.....	105
c) Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD)	106
d) Programme Elargi de Vaccination (PEV).....	107
3.3.4. Organisation et fonctionnement du système de santé	109
a) Structures organisationnelles	109
b) Infrastructures sanitaires	110
c) Activités et offres de soins dans les formations sanitaires.....	112
d) Ressources humaines	112
e) Equipement sanitaire.....	114
d) Budget de santé.....	114
3.4. Contexte socio-économique.....	116
3.4.1. Généralités : évolution de l'économie dans le temps	116
3.4.2. Les secteurs de production	117
a) Le secteur primaire.....	117
b) Le secteur secondaire.....	119
c) Le secteur tertiaire.....	119
3.4.3. Importance de la participation des femmes dans le développement économique du pays.....	120
3.4.4. Conditions de vie de la population	121
a) La sécurité alimentaire des ménages.....	121
b) La disponibilité en eau potable	123
c) Evacuation des excréments	125
3.5. Education et alphabétisation	126
3.5.1. Progrès en matière d'instruction.....	127
3.5.2. Alphabétisation.....	130
3.6. Bref aperçu du statut de la femme malgache.....	130
3.6.1. Evolution du statut de la femme malgache.....	131
3.6.2. Evolution du statut juridique de la femme malgache	134

3.6.3. Actions mises en œuvre pour la promotion des femmes malgaches	135
a) La création de la Direction de la Condition de la Femme et de l'Enfance (DCFE)	136
b) la ratification par le gouvernement des différentes conventions	136
c) l'organisation des différents ateliers et conférences nationaux en faveur de la femme	136
d) la réalisation de différents projets spécifiques aux femmes.....	137
e) la création d'organe de concertation au niveau institutionnel.....	137
f) l'existence des ONGs et des associations intervenant pour la promotion de la femme	137
g) l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Femme (PNPF).....	138
Conclusion partielle.....	139
 CHAPITRE IV. METHODOLOGIE	 140
4.1. Source de données	140
4.1.1. Les données secondaires	140
4.1.2. Les données primaires	141
4.2. Evaluation de la qualité des données quantitatives et leurs limites pour l'étude.....	143
4.2.1. Examen des erreurs systématiques	144
a) Erreurs liées à la méthodologie de collecte des données	144
b) Mauvaises déclarations des âges et des datations des évènements.....	146
c) Omissions des évènements.....	153
4.2.2. Limites et biais relatifs aux informations spécifiquement liées à la santé.....	157
a) Par rapport aux variables dépendantes	157
b) Par rapport aux variables explicatives	158
4.3. Spécifications des variables d'analyse et construction des indicateurs	160
4.3.1. Variables dépendantes.....	160
a) Indicateur de mortalité des enfants.....	160
b) Indicateur de morbidité des enfants	161
c) Indicateur de l'état nutritionnel	162

4.3.2. Variables indépendantes.....	164
a) Indicateur de niveau de vie économique	164
b) Indicateurs de statut de la femme	173
c) Indicateur de culture sanitaire	182
d) Indicateurs de comportements sanitaires des femmes.....	184
4.4. Méthodes statistiques d'analyse.....	184
Conclusion partielle.....	187

TROISIEME PARTIE : ANALYSES ET RESULTATS..... 189

CHAPITRE V. IMPACT DU STATUT DE LA FEMME SUR LA SANTE DES ENFANTS : RECHERCHE DES MECANISMES D'ACTION 191

5.1. Niveaux de mortalité, morbidité et d'état nutritionnel des enfants.....	192
5.1.1. Mortalité des enfants	192
5.1.2. Morbidité des enfants	195
5.1.3. Etat nutritionnel des enfants	196
5.1.4. Particularités dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa	198
5.2. Impact du statut de la femme sur la santé des enfants	200
5.2.1. Une variation importante de la mortalité des enfants selon le statut de la femme	200
a) Inégalités des enfants devant la mort selon le statut public de leur mère	200
b) Inégalités selon le statut privé de la mère.....	202
c) Influence du statut public et privé selon le milieu de résidence.....	204
5.2.2. Un impact mitigé du statut de la femme sur l'état nutritionnel des enfants	205
a) Statut public et état nutritionnel	205
b) Statut privé et état nutritionnel	208
c) Impact du statut public et privé selon le milieu de résidence.....	209
5.2.3. Une absence de l'impact du statut de la femme sur la morbidité diarrhéique.....	210
5.2.4. Effets des variables statuts public et privé dans le même modèle.....	211

5.3. Mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants	214
5.3.1. Mécanismes d'action sur la mortalité des enfants	216
a) Statut public et mortalité des enfants	217
b) Statut privé et mortalité des enfants	227
5.3.2. Mécanismes d'action sur l'état nutritionnel des enfants	233
a) Statut public et état nutritionnel des enfants	233
b) Statut privé et état nutritionnel des enfants	242
Conclusion partielle.....	246

CHAPITRE VI. EXAMEN DE L'IMPACT DU STATUT DE LA FEMME SUR LA SANTE DES ENFANTS A TRAVERS LES RECOURS AUX SOINS

6.1. Analyses des comportements prénataux	249
6.1.1. Importance de la prise en charge médicale de la grossesse et des soins prénataux adéquats	249
6.1.2. Impact du statut de la femme sur les comportements prénataux.....	252
a) Statut public et recours aux soins prénataux	254
b) Statut privé et recours aux soins prénataux.....	262
6.2. Analyses des comportements lors de l'accouchement.....	267
6.2.1. Importance de la prise en charge médicale et de l'accouchement en milieu hospitalier.....	267
6.2.2. Impact du statut de la femme sur les comportements lors de l'accouchement.....	269
a) Statut public et comportements à l'accouchement.....	271
b) Statut privé et prise en charge médicale de l'accouchement	276
6.3. Analyses du recours à la vaccination	280
6.3.1. Accès des enfants à la vaccination	281
6.3.2. Impact du statut de la femme sur leurs comportements en matière de vaccination des enfants.....	283
a) Statut public et vaccination des enfants	284
b) Statut privé et vaccination des enfants.....	291
6.4. Comportements curatifs : recours aux soins en cas de diarrhée des enfants	294
6.4.1. Les différents types de recours en cas de maladie diarrhéique	294

6.4.2. Impact du statut de la femme sur le recours aux soins en cas de diarrhée.....	296
a) Statut public et recours aux soins en cas de diarrhée des enfants	300
b) Statut privé et recours aux soins en cas de diarrhée.....	306
Conclusion partielle.....	309
CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS	311
BIBLIOGRAPHIE	323
ANNEXES	340

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1.	Quelques exemples d'indicateurs de statut de la femme dans les études démographiques	33
Tableau 1.2.	Age moyen au premier mariage des femmes et âge moyen des maris selon l'écart d'âge entre les conjoints	42
Tableau 2.1.	Calendrier de vaccination selon la recommandation de l'OMS	75
Tableau 4.1.	Répartition (%) des femmes selon les déclarations de naissances	146
Tableau 4.2.	Calcul des indices de Myers	149
Tableau 4.3.	Répartition des enfants (%) selon le type de déclaration de leur date de naissance.....	151
Tableau 4.4.	Répartition des femmes, des enfants nés vivants et des enfants décédés selon le groupe d'âge des femmes.....	156
Tableau 4.5.	Poids ou scores des variables dans la construction de l'indice de niveau de vie	169
Tableau 4.6.	Détermination des groupes de femmes selon le niveau de vie de leur ménage	170
Tableau 4.7.	Poids ou scores des variables dans la construction de l'indice de statut public de la femme	175
Tableau 4.8.	Seuils pour la détermination des groupes de femmes selon leur statut public.....	176
Tableau 4.9.	Poids ou scores des variables dans la construction de l'indice de statut privé de la femme.....	176
Tableau 4.10.	Seuils pour la détermination des groupes de femmes selon leur statut privé.....	176
Tableau 5.1.	Niveau de mortalité des enfants selon les tranches d'âges et le milieu d'habitat (a) et (b).....	193
Tableau 5.2.	Niveau de morbidité des enfants	195
Tableau 5.3.	Etat nutritionnel des enfants malgaches	197
Tableau 5.4.	Mortalité des enfants selon la province de résidence	199
Tableau 5.5.	Effet brut du statut public de la femme sur la mortalité des enfants	201
Tableau 5.6.	Effet brut du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants.....	203
Tableau 5.7.	Effet brut du statut public de la femme sur l'état nutritionnel des enfants	206

Tableau 5.8.	Effet brut du statut privé de la femme sur l'état nutritionnel des enfants	208
Tableau 5.9.	Effet brut du statut public et du statut privé de la femme pris ensemble sur la mortalité des enfants	212
Tableau 5.10.	Effet brut du statut public et du statut privé de la femme pris ensemble sur l'état nutritionnel des enfants	213
Tableau 5.11.	Répartition (%) des femmes selon le statut public et le statut privé	214
Tableau 5.12.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité postnéonatale et le statut public de la femme	218
Tableau 5.13.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité infantile et le statut public de la femme	219
Tableau 5.14.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité entre 1 mois et deux ans et le statut public de la femme	220
Tableau 5.15.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité infantile et le statut privé de la femme	228
Tableau 5.16.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité postnéonatale et le statut privé de la femme	229
Tableau 5.17.	Résultats de la régression logistique sur la mortalité entre 1 mois et deux ans et le statut privé de la femme	230
Tableau 5.18.	Résultats de la régression logistique sur le retard de croissance et le statut public de la femme	234
Tableau 5.19.	Résultats de la régression logistique sur l'insuffisance pondérale et le statut public de la femme	235
Tableau 5.20.	Résultats de la régression logistique sur l'émaciation des enfants et le statut public de la femme	236
Tableau 5.21.	Résultats de la régression logistique sur le retard de croissance et le statut privé de la femme	243
Tableau 5.22.	Résultats de la régression logistique sur l'insuffisance pondérale et le statut privé de la femme	244
Tableau 5.23.	Résultats de la régression logistique sur l'émaciation des enfants et le statut privé de la femme	245
Tableau 6.1.	Répartition (%) des femmes ayant respecté les recommandations relatives aux soins prénataux adéquats selon le milieu de résidence	251
Tableau 6.2	Résultats de la régression logistique du recours à une visite médicale pour le suivi de la grossesse sur le statut public de la femme	255

Tableau 6.3	Résultats de la régression logistique de la précocité de la première visite prénatale le suivi de la grossesse sur le statut public de la femme.....	256
Tableau 6.4	Résultats de la régression logistique de la prise en charge médicale de la grossesse sur le statut privé de la femme	263
Tableau 6.5	Résultats de la régression logistique de la précocité de la première visite prénatale le suivi de la grossesse sur le statut prive de la femme	264
Tableau 6.6.	Répartition (%) des femmes selon les conditions d'accouchement et selon le milieu de résidence	268
Tableau 6.7.	Raisons évoquées pour justifier le recours à une assistance médicale ou à une matrone lors de l'accouchement	270
Tableau 6.8	Résultats de la régression logistique de la prise en charge médicale de l'accouchement sur le statut public de la femme	272
Tableau 6.9	Résultats de la régression logistique de l'accouchement en milieu hospitalier sur le statut public de la femme.....	273
Tableau 6.10	Résultats de la régression logistique de la prise en charge médicale de l'accouchement sur le statut privé de la femme	277
Tableau 6.11	Résultats de la régression logistique de l'accouchement en milieu hospitalier sur le statut privé de la femme.....	278
Tableau 6.12.	Répartition (%) des enfants selon la vaccination et selon le milieu de résidence.....	283
Tableau 6.13	Résultats de la régression logistique de l'accès à la vaccination des enfants sur le statut public de la femme	285
Tableau 6.14	Résultats de la régression logistique de la complétude des vaccins sur le statut public de la femme	286
Tableau 6.15	Résultats de la régression logistique de l'accès des enfants à la vaccination des enfants sur le statut privé de la femme	292
Tableau 6.16	Résultats de la régression logistique de la complétude des vaccins sur le statut privé de la femme	293
Tableau 6.17	Recours thérapeutique des mères en cas de maladie diarrhéique selon le milieu de résidence.....	295
Tableau 6.18	Résultats de la régression logistique du recours à la consultation moderne en cas de diarrhée sur le statut public de la femme.....	301
Tableau 6.19	Résultats de la régression logistique de l'utilisation de TRO sur le statut public de la femme	305

Tableau 6.20 Résultats de la régression logistique du recours à la consultation moderne en cas de diarrhée sur le statut privé de la femme.....	307
Tableau 6.21 Résultats de la régression logistique de l'utilisation de TRO sur le statut privé de la femme.....	308

TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A1. Liste des pays pris en compte dans le calcul des quotients moyens de mortalité des enfants dans chaque groupe.....	341
Tableau A3.1 Structure de l'offre de soins à Madagascar	342
Tableau A4.1 Caractéristiques des personnes interviewées de l'enquête qualitative	345
Tableau A4.2 Caractéristiques des ménages des femmes selon le niveau de vie	346
Tableau A4.3 Caractéristiques des femmes mariées selon leur statut public	347
Tableau A4.4 Caractéristiques des femmes mariées selon leur statut privé	348
Tableau A4.5 Répartition des femmes selon le niveau de connaissances en matière de santé.....	349
Tableau A5.1 Association entre mortalité des enfants et variables du statut public de la femme.....	363
Tableau A5.2 Association entre état nutritionnel des enfants et variables du statut public de la femme.....	364
Tableau A5.3 Association entre mortalité des enfants et variables du statut privé de la femme.....	365
Tableau A5.4 Association entre état nutritionnel des enfants et variables du statut privé de la femme.....	366
Tableau A5.5 Association entre statut de la femme et mortalité des enfants.....	367
Tableau A5.6 Association entre statut de la femme et état nutritionnel des enfants	368
Tableau A5.7 Effets bruts des différentes variables sur la mortalité des enfants	369
Tableau A5.8 Effets bruts des différentes variables sur l'état nutritionnel des enfants.....	370
Tableau A5.9 Effets bruts des statuts public et privé de la femme sur la morbidité diarrhéique selon le milieu de résidence	371

Tableau A5.10 Résultats des régressions logistiques de la mortalité des enfants sur les statuts public et privé de la femme.....	372
Tableau A5.11 Résultat de la régression logistique du retard de croissance des enfants sur les statuts public et privé de la femme.....	373
Tableau A6.1 Résultats des régressions logistiques des comportements prénataux et des comportements lors de l'accouchement sur les statuts public et privé de la femme.....	374
Tableau A6.2 Résultats des régressions logistiques des comportements des mères en matière de vaccination des enfants sur les statuts public et privé de la femme.....	375

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1.1. Evolution de la mortalité infantile dans le monde.....	10
Graphique 1.2. Evolution de la mortalité infanto-juvénile dans le monde	10
Graphique 1.3. Processus évolutif de l'état de santé d'un individu de la naissance jusqu'à la mort	22
Graphique 2.1 Cadre conceptuel pour l'analyse de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants	91
Graphique 3.1 Evolution de la mortalité des enfants à Madagascar selon les données de EDS 1992 et 1997.....	103
Graphique 4.1. Répartition des femmes selon leur âge et le milieu de résidence	147
Graphique 4.2. Répartition des conjoints des femmes enquêtées selon leur âge	149
Graphique 4.3. Répartition des enfants selon l'âge (en mois).....	152
Graphique 4.4. Répartition des enfants selon l'âge au décès (en mois).....	153
Graphique 4.5. Parité moyenne des femmes par âge selon le milieu de résidence	154
Graphique 4.6. Evolution des proportions des décès des enfants selon le groupe d'âges des mères et selon le milieu de résidence.....	156
Graphique 4.7. Répartition des femmes selon le niveau de vie de leur ménage	170
Graphique 4.8. Répartition des femmes selon le statut public et le milieu de résidence	177
Graphique 4.9. Répartition des femmes selon le statut privé et le milieu de résidence	180
Graphique 5.1. Effet brut du statut de la femme sur la mortalité postnéonatale selon le milieu de résidence.....	204

Graphique 5.2. Effet brut du statut de la femme sur la mortalité infantile selon le milieu de résidence.....	205
Graphique 5.3. Effet brut du statut de la femme sur la mortalité entre 1 mois et deux ans selon le milieu de résidence	205
Graphique 5.4. Effet brut de la femme sur le retard de croissance des enfants selon le milieu de résidence.....	210
Graphique 5.5. Effet brut de la femme sur l'insuffisance pondérale des enfants selon le milieu de résidence.....	210
Graphique 6.1. Répartition des femmes selon la compliance aux recommandations relatives aux soins prénataux et selon milieu de résidence	250
Graphique 6.2. Odds ratios du recours aux visites médicales pour le suivi de la grossesse selon le statut public et les autres variables	261
Graphique 6.3. Odds ratios de la précocité de la première visite médicale selon le statut public et les autres variables.....	261
Graphique 6.4. Répartition (%) des femmes selon le respect des recommandations relatives à un accouchement adéquat selon le milieu de résidence.....	268

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

INTRODUCTION GENERALE

L'amélioration de la santé des enfants demeure une véritable préoccupation des gouvernements et des chercheurs. Ceci est particulièrement vrai en Afrique où la situation sanitaire des enfants s'avère l'une des plus précaires au monde. En 1999, le taux de mortalité infantile et le quotient de mortalité infanto-juvénile en Afrique ont été évalués à 107‰ et 173‰ respectivement. Ces niveaux sont environ deux fois plus élevés que ceux enregistrés au niveau mondial, les écarts observés avec ceux des pays industrialisés sont encore considérablement élevés (UNICEF, 2001). En outre, le continent n'est pas homogène en matière de mortalité et plus globalement en matière de santé (Akoto, 1993). Les inégalités des enfants devant la mort et devant la santé s'observent à tous les niveaux : national (entre les pays), régional (entre les régions à l'intérieur d'un pays), familial (entre les ménages à l'intérieur d'une même région ou dans des régions différentes) et même individuel (entre les enfants d'un même ménage ou de ménages différents). A titre d'exemple, l'Afrique de l'Ouest est la région la plus défavorisée de l'Afrique du point de vue mortalité des enfants¹. Le milieu rural, analphabète et pauvre, enregistre en général les risques de décès et de morbidité d'enfants les plus élevés.

La reconnaissance de l'importance du problème de santé et de l'existence de ces inégalités ont donné lieu à une réflexion de nombreux chercheurs sur la recherche des déterminants de la santé des enfants. Ces études revêtent un double intérêt. En dehors de leurs apports scientifiques, elles jouent un rôle essentiel dans l'élaboration des stratégies sanitaires. Certes, ces études ont porté de fruits, mais ceux-ci restent insuffisants. D'une manière générale, les indicateurs de santé se sont considérablement améliorés. Néanmoins, le problème demeure préoccupant dans la plupart des pays africains et les inégalités en matière de santé se sont parfois maintenues, voire creusées. Par ailleurs, la persistance de la crise économique qui sévit dans de nombreux pays, notamment ceux de l'Afrique subsaharienne ne semble pas pousser à l'optimisme quant à l'évolution de cette situation (Akoto et al, 1998). Toutefois, les expériences de certains pays à faible revenu tels que Costa Rica et Sri Lanka montrent que même dans les pays où la pauvreté est profondément enracinée, il est possible de protéger et d'améliorer la santé de la population (Banque Mondiale, 1994). Il s'agit alors

¹ Avec un taux de mortalité infantile de 162‰ en 1999, le Niger enregistre le taux le plus élevé de l'Afrique (UNICEF, 2001).

d'intensifier ou de réorienter les actions sanitaires déjà mises en œuvre pour pouvoir améliorer davantage la situation et réduire les inégalités flagrantes en matière de santé persistantes entre les différentes couches sociales.

En dehors des inégalités face au risque de décès ou de maladie, les enfants sont également exposés à des inégalités face au recours aux soins. Ces inégalités résultent de plusieurs facteurs d'ordre institutionnel, économique et culturel. Le statut de la femme constitue l'un des facteurs qui a particulièrement intéressé les chercheurs.

En premier lieu, les mères sont en effet les premières responsables des soins aux enfants. Elles sont garantes du maintien de la santé des enfants en leur assurant la prévention de la maladie et le cas échéant, le traitement de celle-ci, l'alimentation et l'hygiène corporelle des enfants (Ouedraogo, 1994). Cependant, malgré leur rôle essentiel, les femmes sont dans leur grande majorité défavorisées quant à l'accès à l'éducation, à une activité économique décente et à d'autres moyens permettant d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur famille. En dehors des contraintes économiques et culturelles auxquelles elles sont souvent confrontées, le manque d'autonomie financière et leur faible participation à la prise de décision au sein du ménage limitent également leur capacité à bien gérer les problèmes de santé des enfants (Delcroix et al, 1993).

En second lieu, dans les schémas explicatifs de la santé des enfants, les comportements sanitaires des femmes constituent des variables intermédiaires à travers lesquelles les facteurs socio-économiques et culturels agissent en partie sur ce phénomène. Dans un contexte de changement des structures institutionnelles et de crise économique impliquant la détérioration du système sanitaire et du niveau de vie des ménages dans les pays africains, l'impact des comportements des mères sur la santé de leurs enfants risque de s'accroître. La meilleure stratégie pour améliorer la santé des enfants serait un développement durable permettant une amélioration du niveau de vie. Celle proposée ici est une stratégie possible au niveau des individus. Elle consiste à mobiliser les femmes et les amener à adopter des comportements favorables à la santé des enfants. Leur capacité à tirer au mieux profit des services mis à leur disposition et d'assumer leur responsabilité dans la gestion des problèmes sanitaires est cruciale pour améliorer la santé des enfants. Le statut de la femme joue probablement un rôle important dans la détermination de ces comportements.

Toutefois, malgré son importance, l'utilisation du concept « statut de la femme » n'est pas sans problème. Il est souvent utilisé sans être bien élucidé. Or, comme l'a bien souligné Gérard (1995), mettre en relation le statut de la femme et un phénomène démographique quelconque, en l'occurrence la santé des enfants, nécessite de définir d'abord aussi précisément que possible ce que l'on entend par ce concept. Jusqu'à une date récente, les chercheurs se sont limités à des variables isolées telles que le niveau d'instruction, l'activité ou quelques caractéristiques individuelles de la femme pour l'appréhender. Les impacts de ces variables sur la santé des enfants ont été mis en évidence et les chercheurs arrivaient à conclure que l'augmentation du niveau d'instruction des filles et la promotion de l'emploi des femmes (et donc de manière sous-jacente une amélioration du statut de la femme) contribueraient à influencer positivement la santé des enfants. En ne ciblant que certaines caractéristiques, de telles études ne permettent de cerner que partiellement l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants. Souvent conscients de ces faiblesses méthodologiques, les auteurs font généralement référence à l'importance de la participation de la femme à la prise de décision dans l'explication de l'impact de ces variables sur la santé des enfants sans pouvoir cependant la démontrer.

A l'instar d'autres pays africains, Madagascar est confronté à un problème sanitaire préoccupant. Les enfants y sont exposés à des risques de mortalité et de morbidité élevés et sont victimes de problèmes nutritionnels graves. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 1997, près d'un enfant sur six meurt avant l'âge de cinq ans et parmi 1000 naissances vivantes, 96 n'atteignent pas leur premier anniversaire. Le taux de malnutrition est également relativement élevé : deux enfants malgaches sur cinq souffrent d'une insuffisance pondérale (Rapport EDS Madagascar, 1997). Or, certaines études montrent une situation des femmes malgaches relativement bonne comparativement aux autres femmes africaines. Le niveau de scolarisation des filles y est relativement élevé et la participation des femmes à l'activité économique assez développée (Kishor et al, 1997). Ce constat remet-il en cause l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants dans le cas de Madagascar ? Si tel n'est pas le cas, outre les deux variables précitées (scolarisation et activité économique), comment peut-on définir le statut de la femme pour l'appréhender dans son entièreté ? Et comment expliquer son impact sur les comportements sanitaires des mères et sur la santé des enfants ?

Cette étude a pour objectif de contribuer, tant peu soit-il, à améliorer la connaissance sur la mortalité et plus globalement sur la santé des enfants à Madagascar. Elle vise à aider les

acteurs sanitaires et les décideurs politiques à définir des stratégies à développer en vue d'assurer une meilleure santé aux enfants et de réduire le niveau élevé et les inégalités de mortalité des enfants. Plus spécifiquement, elle se propose de :

- ◆ Chercher l'impact du statut de la femme sur les différents aspects de la santé des enfants ;
- ◆ Déterminer les mécanismes par lesquels ce facteur agit sur la santé des enfants ;
- ◆ Analyser son impact sur la santé des enfants à travers les comportements des mères en matière de santé.

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent principalement de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée à Madagascar en 1997. Cependant, certains facteurs explicatifs des comportements sont difficilement appréhendés à partir des données purement quantitatives. L'utilisation des données complémentaires de nature qualitative dans le cadre de cette étude a été d'un apport considérable. Celles-ci ont permis en effet de mieux comprendre l'influence du statut de la femme sur la santé des enfants à travers les comportements sanitaires des mères.

Pour atteindre nos objectifs, nous articulons notre travail en trois grandes parties. La première concerne les aspects théoriques. Elle comporte deux chapitres. Le premier montre l'intérêt du statut de la femme pour mieux appréhender les déterminants de la santé des enfants. Il aborde également les débats sur les définitions des deux principaux concepts utilisés lors de cette l'étude, à savoir le statut de la femme et la santé des enfants. Dans le second chapitre, nous présentons le cadre théorique utilisé. Pour ce faire, nous faisons l'état de connaissances sur la question de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants et présentons une synthèse des résultats sur les relations proposées dans les études antérieures entre les variables de statut de la femme et la santé des enfants, ainsi que les mécanismes par lesquels celles-là agissent sur cette dernière. Partant de ces éléments, nous proposons un schéma conceptuel construit pour notre étude et avançons quelques hypothèses que nous chercherons à vérifier. La deuxième partie traite des aspects méthodologiques. Elle comprend également deux chapitres (le troisième et le quatrième). Le troisième chapitre a pour objet de présenter le contexte de l'étude. Le quatrième chapitre concerne la présentation de la méthodologie suivie. Il spécifie les données utilisées, présente les examens critiques de ces données, traite de la construction des indicateurs et enfin, décrit les méthodes statistiques mises en oeuvre. La troisième (la dernière partie) est constituée de deux chapitres et est consacrée aux analyses de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants et sur les

comportements sanitaires des mères. Dans ces deux derniers chapitres, nous cherchons plus précisément des éléments d'explication des inégalités des enfants devant la santé selon le statut de leur mère et des comportements différentiels des mères en matière de santé.

Nous terminons par une conclusion générale rappelant les points les plus pertinents des différentes sections de cette étude et suggérant une piste d'ouverture dans les perspectives de recherche dans le futur.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

ASPECTS THEORIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Une recherche sur la santé dans les pays en voie de développement revêt de multiples intérêts. D'abord, le développement ne pouvant plus être restreint à la croissance économique mais s'appuyant également sur le développement social et durable, il intègre désormais la notion de développement humain donc s'intéresse aussi aux problèmes de santé. On peut ainsi admettre que permettre aux populations d'accéder à la santé figure parmi les stratégies efficaces de développement. Ensuite, cette recherche s'inscrit dans le respect des droits de l'homme auxquels la santé fait partie intégrante depuis la déclaration d'Alma-Ata (1978).

Poursuivant un même objectif général qui est d'améliorer la santé de la population, les chercheurs n'abordent pas toujours les études sur la santé de la même manière. Leurs préoccupations varient selon la nature des problèmes sanitaires qui se posent et le contexte dans lequel ils se trouvent, elles dépendent également de la manière dont les chercheurs perçoivent ces problèmes.

La présente étude vise particulièrement à examiner la relation entre le statut de la femme et la santé des enfants à Madagascar. Pourquoi sommes-nous arrivés à nous intéresser à ce sujet ? Quel est l'intérêt de cette étude ? Comment sera-t-elle abordée ? Telles sont les questions auxquelles nous essayons de répondre à travers les deux premiers chapitres de cette étude.

CHAPITRE I

PROBLEMATIQUE DE LA RELATION ENTRE LE STATUT DE LA FEMME ET LA SANTE DES ENFANTS

Ce chapitre a pour objet de montrer l'intérêt de l'étude de la santé des enfants et celle de l'impact du statut de la femme sur ce phénomène. Dans un premier temps, nous présentons l'importance des problèmes de santé des enfants en Afrique. Nous présentons ensuite le rôle spécifique joué par les femmes dans la gestion des problèmes de santé et l'intérêt de prendre en compte leur statut dans l'étude de la santé des enfants. Nous terminons le chapitre par une discussion sur les deux concepts fondamentaux de l'étude : la santé des enfants et le statut de la femme.

1.1. Position du problème

1.1.1. La santé des enfants : une véritable préoccupation en Afrique

Toutes les catégories de la population sont concernées par des problèmes de santé, mais en Afrique, deux groupes s'avèrent particulièrement vulnérables. Il s'agit des femmes en âge de procréer et des enfants. Les premières sont exposées à une multitude de risques liés à la maternité, risquant ainsi de perdre leur vie durant la période de gestation, lors de l'accouchement et/ou de la période post-partum. Elles sont ainsi sujettes au risque de mortalité maternelle. Les seconds sont exposés à de hauts risques de mortalité et de morbidité pendant leur prime enfance. Or, l'importance de celle-ci sur le développement d'un enfant et l'influence qu'elle exercera tout au long de sa vie ne sont plus à démontrer. C'est la période pendant laquelle l'enfant développe sa capacité à penser, à parler, à apprendre et à raisonner, et pose les bases de ses valeurs et de son comportement social d'adulte (UNICEF, 2001). La santé des mères et celle des enfants ont ainsi attiré particulièrement l'attention des chercheurs et il n'est pas étonnant de constater que la plupart des études sur la santé, ayant pour champ géographique l'Afrique, sont consacrées à ces deux catégories de la population.

Les statistiques sanitaires et démographiques disponibles au niveau mondial montrent une situation de l'état de santé des enfants particulièrement sombre en Afrique. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder les niveaux de mortalité, de morbidité ainsi que d'état

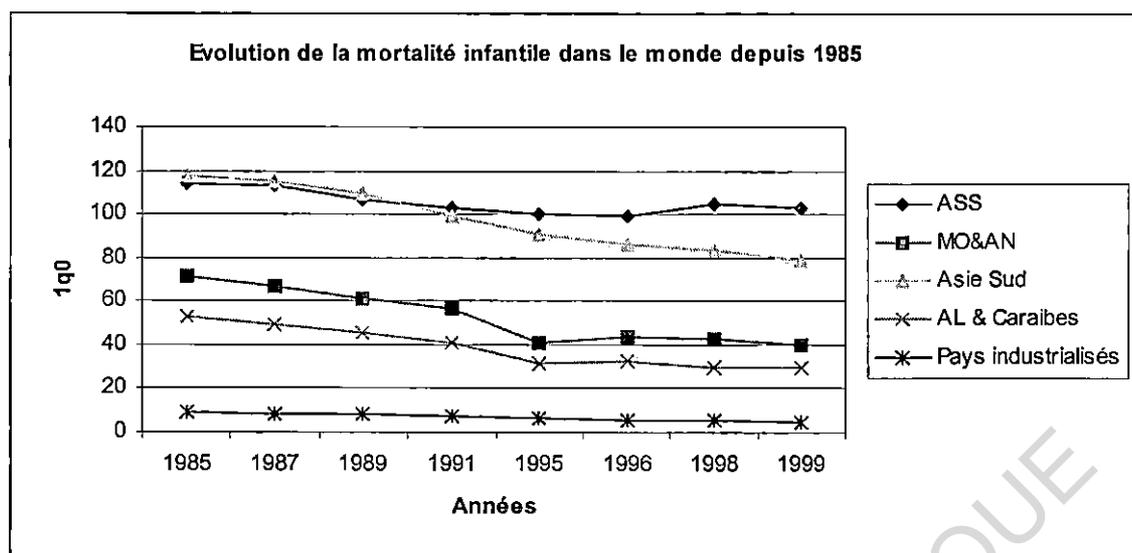
nutritionnel des enfants¹. En Afrique, non seulement les niveaux de mortalité infantile et juvénile demeurent élevés, mais ils sont également les plus élevés du monde. La mortalité infantile en Afrique sub-saharienne est d'environ 50% plus élevée que la moyenne de celles de tous les pays à faible revenu (Banque Mondiale, 1994). Par rapport aux pays développés, l'Afrique accuse un retard de près de 80 ans en matière de mortalité infantile. Autrement dit, sur 1000 naissances vivantes, il meurt autant d'enfants de moins d'un an en Afrique que dans les pays développés au début du 20^{ème} siècle (Akoto, 1994). D'après les statistiques récentes de l'UNICEF (2001), le taux de mortalité infantile en Afrique subsaharienne est estimé à 107‰ et le quotient de mortalité infanto-juvénile à 173‰ en 1999, contre 57‰ et 82‰ respectivement au niveau mondial. Les niveaux correspondants pour les pays industrialisés pour la même année sont estimés à 6‰ aussi bien pour la mortalité infantile que pour la mortalité infanto-juvénile.

Le recul de la mortalité des enfants enregistré en Afrique depuis les années 50 est certes assez important. Toutefois, le rythme de la baisse demeure moins rapide qu'ailleurs (surtout par rapport aux pays développés) et il s'est même considérablement ralenti dès la fin des années 70 (Gwatkin, 1980 ; Akoto, 1985). La tendance à la baisse de la production alimentaire africaine par habitant entraînant la dégradation des conditions de vie d'une part, et la détérioration des systèmes sanitaires, d'autre part, seraient en partie à l'origine de cette situation. Ainsi, dans certains pays comme l'Ouganda et le Kenya, on craint même une recrudescence de la mortalité des enfants.

Les graphiques 1.1 et 1.2. montrent l'évolution de la mortalité des enfants dans le monde depuis 1985. En Afrique, ces dernières années, les niveaux de mortalité accusent une certaine stationnarité, voire même une légère recrudescence.

¹ Nous verrons plus loin la définition, l'intérêt et l'importance de chacun des éléments (la mortalité, la morbidité et l'état nutritionnel) dans une étude sur la santé des enfants.

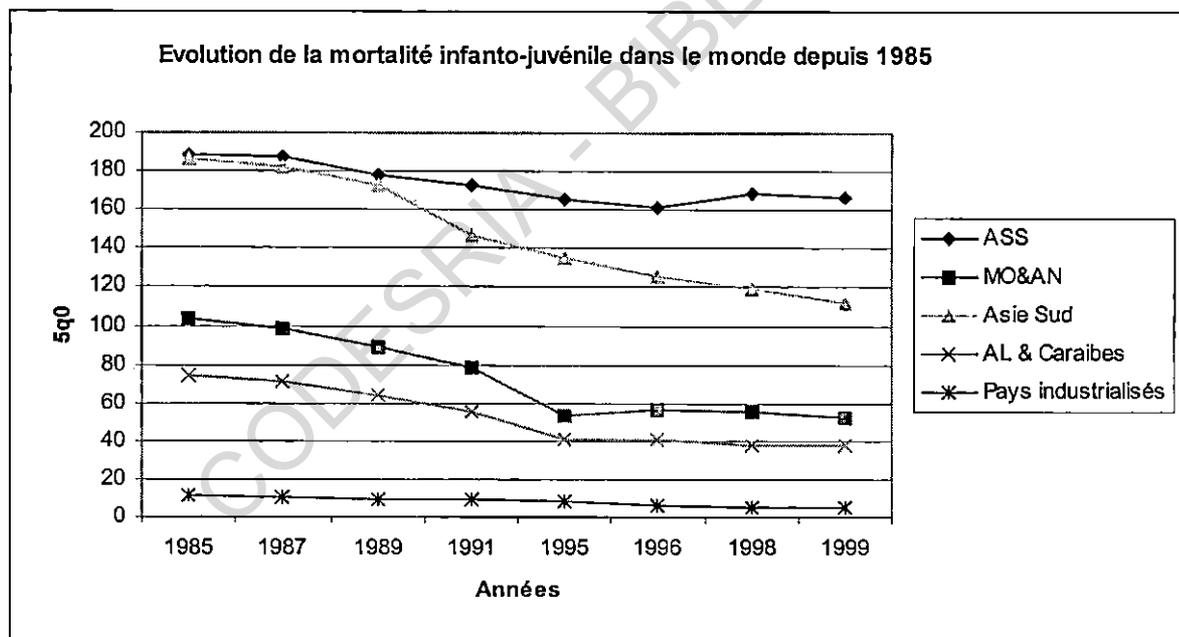
Graphique 1.1 : Evolution de la mortalité infantile dans le monde



Source : Nos propres calculs² à partir des différentes statistiques de l'UNICEF publiées dans les rapports sur l'« Analyse de la situation des enfants dans le monde », années 1987 à 2001.

ASS : Afrique Subsaharienne ; MO & AN : Moyen-Orient et Amérique du Nord ; AL & Caraïbes : Amérique Latine et Caraïbes

Graphique 1.2 : Evolution de la mortalité infanto-juvénile dans le monde



Source : voir graphique 1.1.

Comme le montrent les graphiques, les niveaux de mortalité dans la région des Moyen-Orient & Afrique du Nord (MO & AN) et en Amérique Latine & Caraïbes (AL & Caraïbes)

² Il s'agit des moyennes des quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile des pays constituant les différents groupes. Les listes des pays inclus dans chaque groupe se trouvent à l'annexe A1.

étaient encore relativement élevés au début des années 80 mais ils ont vite décliné pour se stabiliser à un niveau relativement bas (ne dépassant guère 45‰) à partir de la deuxième partie des années 90. En Asie du Sud, les niveaux de mortalité des enfants au début de la même période aussi élevés que ceux observés en Afrique Subsaharienne ont baissé rapidement à partir des années 90 et la situation de ces pays s'est nettement améliorée au cours de la dernière décennie. Par contre, la mortalité des enfants en Afrique Subsaharienne est caractérisée depuis 1985 par des niveaux constamment élevés comparativement à ceux du reste du monde. La baisse y est relativement lente et la tendance semble même être à la hausse entre les années 1996 et 1998.

En ce qui concerne la morbidité, la situation des enfants en Afrique n'est pas meilleure. La santé des enfants africains est compromise par des maladies infectieuses et parasitaires, notamment la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la rougeole (Akoto, 1985 ; Akoto et Hill, 1988 ; Waltisperger, 1988 ; Boerma et al, 1991 ; Banque mondiale, 1994). Les taux de prévalence de ces maladies³ restent élevés ; elles constituent les causes principales de la majorité des décès des enfants dans ce continent. Dans l'ensemble, elles sont responsables de 70% des décès des enfants âgés de 1 à 4 ans (Banque Mondiale, 1994 ; OMS, 1997). Pourtant, ces maladies peuvent être évitées par des mesures simples et peu coûteuses. Dans les pays où le niveau de mortalité des enfants est relativement bas, ces maladies ne sont plus prépondérantes dans les causes de décès des enfants. Dans ces pays, les décès des enfants qui étaient auparavant d'origine infectieuse et dus principalement à la malnutrition et au manque d'hygiène sont causés principalement par les malformations congénitales et à la prématurité et s'observent surtout au cours de la période périnatale (du sixième mois de la grossesse ou 28 semaines de durée de gestation jusqu'à la première semaine ou premier mois de la vie) (Masuy-Stroobant, 1988). Il s'est opéré dans ces pays une *transition épidémiologique* se traduisant par un changement de structure des causes de décès et un changement de structure par âge des décès y compris pendant la période de 0-1 an (rajeunissement des décès).

Les problèmes liés aux maladies diarrhéiques sont particulièrement importants en Afrique. Chi N'guyen-Franchet et al (1993) estiment à cet effet qu'environ 45% de tous les décès des enfants de moins de cinq ans survenant dans cette région sont dus à des épisodes répétés de ces maladies. Selon l'OMS, 37% des cas de diarrhée enregistrés au niveau mondial se concentrent dans la seule région de l'Afrique subsaharienne (Banque mondiale, 1994). De

³ Le taux de prévalence d'une maladie est défini par le pourcentage des enfants souffrant de cette maladie durant une période donnée.

même, la rougeole qui est généralement relativement bénigne dans les pays industrialisés, constitue une cause majeure des décès dans les pays en voie de développement (UNICEF, 1994). Elle figure parmi les maladies les plus meurtrières en Afrique et se manifeste sous forme d'épidémie qui peut tuer plus du quart des enfants non vaccinés (Desgrées du Loû, 1996). Si cette maladie est responsable de plus de 10 % des décès chez les enfants de moins de cinq ans au niveau mondial, en Afrique, cette proportion peut atteindre par endroit de 40 à 50 %⁴ chez les enfants âgés de 1 à 4 ans révolus (Bland et Clements, 1998 ; Waltisperger, 1988).

En matière de nutrition, la situation des enfants en Afrique subsaharienne semble être meilleure que celle sévissant en Asie du Sud. Les proportions d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale enregistrées dans ces deux régions pour la période 1995-2000 sont respectivement de 31% et 49% (UNICEF, 2001). Toutefois, la malnutrition sévit également en Afrique et figure parmi les principaux problèmes sanitaires (Akoto, 1985). Un enfant africain sur trois présente une insuffisance pondérale et dans plusieurs pays du continent, l'état nutritionnel des enfants ne cesse de se dégrader (UNICEF, 1998). Dans de nombreux pays africains, la malnutrition contribue pour plus d'un tiers à la mortalité infantile et juvénile (Banque mondiale, 1994).

La malnutrition agit souvent en synergie avec les maladies : en contribuant à affaiblir le système immunitaire des enfants, elle favorise le développement de ces maladies. Inversement, les maladies font souvent perdre l'appétit aux enfants et peuvent ainsi provoquer à terme un problème de malnutrition. La synergie entre malnutrition et infections amène dès lors certains chercheurs à se poser des questions sur l'ordre de priorité entre vaccination des enfants ou amélioration de leur alimentation dans les programmes à mettre en œuvre. Des chercheurs tel que Aaby (1989) pensent que la vaccination des enfants ne fait que modifier les causes de la mortalité des enfants. Il faut avant tout s'attaquer à l'amélioration de l'alimentation de ces enfants pour accroître leurs défenses immunitaires et éviter ainsi les désastres provoqués par les maladies.

Malheureusement, cette synergie rend parfois le problème nutritionnel invisible ou négligé. Pourtant, comme le souligne l'UNICEF (1998), la malnutrition est une urgence

⁴ Probablement, cette proportion s'est déjà modifiée suite à l'amélioration de la couverture vaccinale contre la rougeole, mais elle donne une idée de l'ampleur du problème.

silencieuse, car il s'agit d'un problème qui nécessite la mise en œuvre de programmes d'actions dans un délai relativement court pour sauvegarder la vie des enfants. Une situation nutritionnelle médiocre contribue à nuire à l'apprentissage et à la réussite des enfants pendant leur scolarité et peut leur laisser des séquelles durables. Les retombées économiques de l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants peuvent être particulièrement importantes pour les pays en voie de développement (Banque Mondiale, 1993).

En dehors des niveaux élevés et préoccupants des indicateurs de santé en Afrique, on note également des disparités importantes entre les pays, entre régions à l'intérieur d'un pays et même entre différentes strates sociales d'une région d'un pays. Comme dans les autres parties du monde, la mortalité, la morbidité et la malnutrition touchent de façon inégale les enfants de ce continent. La mortalité, par exemple, frappe plus intensément les enfants de la région sahélienne que les autres enfants. Les statistiques de l'UNICEF (2001) indiquent que la mortalité infantile en Afrique varie de 46‰ (au Botswana) à 162‰ (au Niger).

Madagascar connaît une mortalité des enfants relativement élevée. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée dans le pays en 1997 indiquent des niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile de 96‰ et 159‰ respectivement, contre 93‰ et 156‰ en 1992. Ceci conduit à dire que la mortalité des enfants à Madagascar ne s'est pas améliorée durant la période 1992-1997. Par ailleurs, comme dans d'autres pays africains, la malnutrition constitue une toile de fond de la morbidité et de la mortalité chez les jeunes enfants. Le taux de malnutrition est même largement supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne : deux enfants malgaches sur cinq souffrent d'une insuffisance pondérale. De plus, à l'intérieur du pays, les couches les plus pauvres enregistrent une forte malnutrition occasionnée par une alimentation inadéquate et insuffisante, et sont victimes d'une surmortalité importante.

Malgré ces chiffres peu encourageants, des progrès en matière de santé ont été enregistrés dans les pays africains et à Madagascar en particulier, mais ils demeurent insuffisants. Les actions à mener doivent s'intensifier ou être réorientées pour réduire les conséquences de ces fléaux ainsi que les inégalités de santé flagrantes existant entre les enfants. Autrement dit, il est important de trouver des stratégies permettant d'utiliser de manière efficace les moyens disponibles, si insuffisants soient-ils.

1.1.2. Emergence de l'intérêt du statut de la femme dans l'analyse de la santé des enfants

a) Les actions sanitaires : un chantier peu défriché...

L'une des stratégies développées par les gouvernements pour améliorer la situation sanitaire des enfants africains a essentiellement reposé sur des techniques de prévention et la diffusion de procédés curatifs simples et peu coûteux (Vallin, 1985). Elle a consisté, dans un premier temps, à combattre certaines des maladies meurtrières d'enfants au travers notamment des programmes élargis de vaccination (PEV) et de lutte contre la diarrhée, le paludisme et la variole. D'autres programmes sanitaires plus globaux tels que ceux développés dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires ont également été initiés. Ces derniers comprennent entre autres la distribution d'eau potable, l'éducation sanitaire et des programmes nutritionnels (Mosley, 1985).

Les effets de ces types de programmes sont spectaculaires au niveau mondial. Grâce à l'instauration du PEV initié en 1974 par la World Health Assembly, environ 80 % des enfants du monde entier sont protégés contre les principales maladies infectieuses. Par ailleurs, l'introduction de la thérapie par réhydratation orale (TRO)⁵ depuis 1979, élément essentiel des programmes de lutte contre la diarrhée, permet de sauver plus d'un million d'enfants chaque année (UNICEF, 1994 ; Cesar Victora et al, 2001). Cependant, dans presque tous les pays en voie de développement et d'Afrique en particulier, les résultats obtenus ne sont pas très satisfaisants. Comme nous l'avons dit plus haut, il y a eu certainement des progrès, mais force est de constater que les problèmes restent bien présents.

Ainsi, en Afrique au Sud de Sahara, les taux de couverture vaccinale demeurent faibles et jusqu'à un passé récent, la TRO y était ignorée par la plupart des femmes. Sur base des données des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées dans 25 pays africains, Boerma et

⁵ La définition de la TRO a évolué dans le temps. Vers le début des années 1980, elle a été réduite à l'utilisation des solutions de sels de réhydratation orale (SRO). Vu l'accès limité des SRO, elle est passée à la prévention de la déshydratation au moyen de « liquides maison recommandés » (LMR), préparés à la maison en mélangeant du sel, du sucre et de l'eau bouillie. En 1988, un accent particulier a été mis sur la poursuite de l'alimentation au cours des épisodes diarrhéiques en dehors de l'utilisation des solutions SRO et LMR. Ainsi, la TRO consiste finalement à augmenter l'apport de liquide par l'administration d'une solution de sels de réhydratation orale (SRO), solution facile à trouver et peu coûteuse, et à poursuivre l'alimentation chez les enfants atteints de diarrhée. On peut soit se procurer des paquets de SRO déjà prêts à être utilisés dans les centres de santé, soit en préparer à la maison en mélangeant du sel, du sucre et de l'eau bouillie. Pour plus de détail, voir Cesar G. Victora et al (2001).

al (1991) ont montré que dans quatre d'entre eux (Burundi, Mali, Togo et Ouganda), le pourcentage des femmes qui connaissent le paquet de solution de réhydratation orale (SRO) ne dépassent pas 50% et que dans la plupart des pays, 40 à 60% des femmes sont au courant de l'intérêt bénéfique de cette thérapie mais ne la mettent pas en pratique.

A Madagascar, seuls 36% des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le PEV dont 31% avant l'âge d'un an (taux de couverture vaccinale de loin inférieur aux 80% escomptés par le programme), et plus du tiers des enfants ayant souffert de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête n'a bénéficié d'aucun type de Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) malgré son coût abordable (Madagascar, Rapport EDS, 1997).

Faudrait-il alors remettre en cause ces programmes qui visent la promotion de la santé des enfants ? Loin de là. Il convient néanmoins de mentionner que les efforts déployés par les acteurs sanitaires pour la mise en oeuvre de ces programmes ne suffisent pas à eux seuls pour assurer une meilleure santé aux enfants. Ces programmes se doivent d'engager également la communauté, et notamment les femmes, considérées comme partenaires plutôt que comme bénéficiaires passives des moyens mis à leur disposition (CIE, 1992). La participation active des femmes dans les programmes d'intervention sanitaire revêt une importance cruciale pour en assurer l'efficacité. Aussi, sont-elles considérées comme un élément central des soins de santé infantile.

b) Implication des femmes dans l'amélioration de la santé des enfants

D'une manière générale, les femmes sont considérées comme une ressource essentielle pour la santé de la famille (Mbaye, 1991 ; Pinelli, 1993). Elles ont ainsi été qualifiées « d'agents de santé par excellence » (Grantz, 1982 cité par Echarri Canovàs, 1994) ou « d'experts en santé » (Flick, 1992). La CEA (1993, p.10) souligne particulièrement l'importance de l'intervention des femmes dans la protection de la santé familiale : « *le contexte de crise économique et d'a justement structurel qui frappe la plupart des pays africains a eu comme conséquence une insuffisance des services de santé de base, une détérioration des infrastructures existantes et une pénurie du personnel médical du fait de la décroissance régulière du budget de la santé publique des Etats, conduisant ainsi à une plus grande implication des femmes dans la protection de la santé familiale* ». Les

principales responsabilités qu'elles assument habituellement, les contraignent à contribuer d'une manière consciente ou non à la protection et à la préservation de la santé familiale. Certaines des activités que les femmes exercent quotidiennement intègrent des actes de santé que l'on n'arrive pas toujours à percevoir. Leurs responsabilités et leurs contributions à la santé familiale peuvent être décrites comme suit :

- 1) *Nourrir tous les membres de la famille* : elles assurent la préparation et la cuisson de la nourriture familiale. Elles sont aussi responsables de la production et de l'achat des aliments. En Afrique, ce sont en effet les femmes qui produisent une forte proportion des cultures vivrières nécessaires à la consommation (Oppong, 1988 ; Banque mondiale, 1994). Elles contribuent donc à assurer la sécurité alimentaire du ménage (Banque mondiale, 1994 ; UNICEF, 1998).
- 2) *Approvisionner la famille en eau potable* : c'est aux femmes et aux enfants qu'il incombe habituellement de chercher l'eau nécessaire pour le besoin du ménage. Les maladies liées à l'eau contaminée constituent un problème majeur dans les pays en voie de développement (Pizurki et al, 1987). En effectuant cette tâche, elles vont être confrontées au problème de qualité de l'eau à boire ainsi que de conservation et de stockage de l'eau.
- 3) *Créer un environnement domestique sain* : leur rôle consiste ici à assurer l'hygiène domestique, en prenant soin à l'hygiène lors de la préparation des aliments, en assurant l'évacuation des déchets et en veillant à la salubrité à l'intérieur et autour de la maison, toutes choses ayant tendance à minimiser l'exposition des enfants aux infections (Banque mondiale, 1994).
- 4) *Veiller à leurs propres vaccinations et à celles des enfants* : les femmes doivent veiller à la protection des enfants contre toute infection susceptible d'affecter la santé de ces derniers. Elles jouent un rôle important dans le choix du recours thérapeutique et la prévention des maladies à travers la vaccination des enfants pour limiter la propagation des principales maladies transmissibles. Elles veilleront à ce que les vaccins soient administrés selon un calendrier précis (UNICEF, 1998 ; Mbaye, 1991).

- 5) *Assurer les premiers soins aux enfants et aux vieillards* : les femmes ont la responsabilité de veiller à ce que ces groupes vulnérables reçoivent des soins de santé essentiels au moment opportun. Il ne s'agit pas simplement de soins de santé mais aussi des soins quotidiens comprenant les soutiens émotionnels. Ces derniers sont souvent ignorés alors qu'ils aident à réaliser l'équilibre des différents besoins de l'individu (Mbaye, 1991).
- 6) *Eduquer les enfants* : elles sont chargées de transmettre des valeurs, des attitudes, des habitudes et des savoirs favorisant la santé et le bien-être. En d'autres termes, elles figurent parmi les responsables de l'éducation sanitaire des plus jeunes et donnent le bon exemple pour encourager ces derniers aux pratiques d'hygiène et sanitaire.

Graham (1985, cité par Flick, 1992) résume ces responsabilités et contributions des femmes à la santé familiale en leur attribuant les trois qualifications suivantes :

- « *providers of health* », en tant que responsable de l'établissement d'un environnement domestique favorable à la santé des membres de la famille et susceptible d'accélérer la guérison en cas de maladie ;
- « *negotiators of health* », en transmettant les attitudes et comportements conseillés pour se maintenir en bonne santé ou pour faire face à la maladie. Elles sont responsables de la socialisation des membres de la famille ; elles leur inculquent un mode de vie plus ou moins sain remplissant de ce fait la fonction de représentantes d'une culture médicale ;
- « *mediators of health* », en maintenant le contact avec le système professionnel de santé et en mettant les membres de la famille en relation avec les experts médicaux et sociaux.

Si la contribution des femmes à la santé des membres de la famille en général est importante, elle n'est pas moindre, au contraire, en ce qui concerne la santé des enfants. L'une des spécificités de la santé de ces derniers est que ceux-ci ne sont pas responsables de leur propre santé et c'est leur entourage, notamment leur mère, qui prend soin d'eux. Etant les responsables directes des soins à prodiguer aux enfants, les femmes vont être les plus impliquées dans la protection de la santé de leurs progénitures (Banque Mondiale, 1994 ; Dormor, 1994) en assurant l'alimentation et l'hygiène des enfants et en étant généralement les premières intermédiaires dans le recours aux soins tant préventifs que curatifs (Ouedraogo, 1994). Le rôle attribué aux femmes est d'assurer les bonnes conditions de développement et de croissance des enfants.

Ainsi, dès le début de la grossesse, on s'attend à ce qu'elles entourent la venue de leurs enfants de toutes les garanties (Erny, 1988). De ce fait, elles essayeront d'être attentives aux moindres détails et indices qui pourraient laisser présager un problème quelconque et prendront les précautions nécessaires pour préserver leur propre santé et celle de leurs enfants. Après la naissance des enfants, elles jouent un rôle central dans les soins quotidiens et particulièrement les soins de santé à prodiguer aux enfants. Lorsque ceux-ci ne sont pas encore malades, elles veilleront à prendre des mesures préventives pour les protéger contre toutes sortes de maladies (alimentation adéquate, hygiène et autres mesures de prévention des maladies). En cas de maladie, elles chercheront le recours thérapeutique permettant d'assurer la guérison des enfants.

c) Obstacles à l'intervention des femmes dans l'amélioration de la santé des enfants

Malgré leur rôle décrit comme essentiel, les conditions générales de vie des femmes africaines ne leur permettent pas d'assumer leurs responsabilités de manière satisfaisante. Elles sont, dans leur grande majorité, défavorisées quant à l'accès aux instruments de développement économique et social et aux moyens permettant d'améliorer leur qualité de vie ou de participer aux prises de décisions dans la famille et dans la collectivité (CEA, 1993). En général, comparées aux hommes, les femmes présentent des faibles niveaux d'instruction et ont, par conséquent, un accès difficile aux ressources économiques. Limitées dans leurs connaissances, elles exercent des activités productives épuisantes mais « invisibles » (travail agricole ou artisanal pour la consommation familiale par exemple), et lorsqu'elles ont accès à des activités économiques dans le secteur formel, elles occupent souvent des emplois précaires et faiblement rémunérés. En outre, de plus en plus de femmes se retrouvent seules pour assurer les responsabilités familiales, le taux de femmes chefs de ménage observé en Afrique ayant nettement augmenté depuis 1960 (Pilon et al, 1997). Trois raisons principales expliquent la situation des femmes comme chef de ménage : absence ou migration de leur mari, veuvage/divorce ou abandon de l'époux ou tout simplement charge attribuée à la femme (Pilon et al, idem). Certes, la situation des femmes en matière d'instruction et d'activité s'est quelque peu améliorée en Afrique ces dernières années, mais les progrès réalisés demeurent encore insuffisants, limitant ainsi les capacités des femmes à préserver leur propre santé et celle de leurs enfants.

Par ailleurs, les femmes sont parfois victimes de rapports inégalitaires au sein du couple et/ou au sein du ménage. Elles jouissent d'une faible autonomie et ont peu de poids dans la prise de décision à l'intérieur de leur ménage. Dans la plupart des sociétés africaines, ces prises de décision restent l'apanage de l'homme. Ottong (1993) et Delcroix et al (1993) ont montré à travers des études spécifiques sur la santé au Nigeria et en Côte d'Ivoire que, même dans le domaine de la santé, les mères ne sont pas toujours maîtresses des décisions à prendre. Elles sont, la plupart du temps, les premières à s'alarmer de signes pathologiques chez leurs enfants, mais elles n'ont pas toujours le « droit » d'aller voir le médecin et doivent attendre une autorisation du mari ou parfois de leur belle-mère (Bop et Locoh, 1999). La faible autonomie, voire le manque d'autonomie, des femmes limite leur capacité à bien gérer les problèmes de santé. Au Sri Lanka, par exemple, Indrani et Caldwell (1997) ont montré que la relative autonomie des femmes est le facteur majeur du succès dans le domaine de santé. A Ouagadougou également, Ouedraogo (1994) a montré que les soins accordés par la jeune mère à son enfant dépendent moins de son niveau d'instruction que de sa soumission à l'autorité de sa belle-mère.

Partant de tous ces constats, il importe d'accorder une attention particulière aux conditions de vie des femmes et de voir leur impact tant sur leurs comportements en matière de santé que sur la santé des enfants. Ces comportements ne doivent pas être considérés uniquement comme des variables intermédiaires médiatisant les influences d'autres facteurs, mais devraient figurer également parmi les variables importantes qui méritent d'être expliquées. Une meilleure connaissance de la position sociale des femmes et des facteurs qui sous-tendent leurs comportements en matière de santé permettra d'orienter les interventions sanitaires, de définir le moment approprié pour assurer l'efficacité de telles interventions et les éléments nécessaires à la mise en œuvre de ces interventions.

d) Le statut de la femme : un contour souvent imprécis

L'importance du statut de la femme est reconnue non seulement dans le domaine de la santé mais également dans tout domaine relatif aux changements démographiques (fécondité, migration..) (Dormor, 1994). Toutefois, les études liées au statut de la femme dans le domaine de la santé ne sont pas aussi abondantes que celles relatives à la fécondité. Par ailleurs, dans les études existantes, le concept « statut de la femme » a souvent été sujet à controverse, beaucoup

de chercheurs l' ayant utilisé sans qu' il n' ait été bien élucidé (Ouedraogo, 1997). Comme le souligne Gérard (1995), mettre en relation le statut de la femme et un phénomène démographique quelconque, en l' occurrence la santé des enfants, nécessite de définir d' abord aussi précisément que possible ce que l' on entend par le statut de la femme.

Ezeh (1993) a soulevé trois principales sources de controverse dans l'étude du statut de la femme :

1) le niveau d'analyse approprié

Faudrait-il privilégier la position de la femme en tant qu'individu vivant dans la société ou en tant qu'individu vivant dans la famille ou dans le ménage ?

2) le groupe de référence

La considération du statut de la femme renvoie-t-elle à une comparaison intra-genre ou bien à une comparaison inter-genre ? Autrement dit, s'agit-il de comparer la position de la femme par rapport à celle d'une autre ou bien par rapport à celle de l'homme ?

3) la définition du concept

Les deux premiers problèmes découlent de ce dernier. A l'heure actuelle, il n' est pas aisé de dégager une définition claire et précise du statut de la femme. On rencontre dans la littérature une diversité de définitions variant selon les disciplines, les auteurs et les contextes. En outre, tous les chercheurs sont d'avis que le statut de la femme est multidimensionnel et complexe, rendant ainsi difficile l'opérationnalisation de ce concept.

Jusqu'à un passé récent, les travaux consacrés à la relation entre statut de la femme et changements démographiques se focalisaient sur les caractéristiques individuelles de la femme telles que son niveau de scolarisation et son activité économique, sans toujours cerner le contrôle des ressources ou la part du pouvoir que les femmes détiennent à l'intérieur du ménage. Les questions auxquelles nous tenterons de répondre tout au long de ce travail peuvent ainsi être formulées de la façon suivante :

- 1) Quelle est la meilleure approche pour définir le statut de la femme ?
- 2) Comment évaluer son impact sur le comportement sanitaire de la femme et sur la santé des enfants ?
- 3) Par quels mécanismes ce statut agit-il sur la santé des enfants ?

Les hypothèses à formuler en vue de répondre à ces questions seront testées, dans le souci de circonscrire l'étude à un contexte bien spécifique et avec les limites des données disponibles. Dans le cas particulier de Madagascar, les données qui seront utilisées proviennent essentiellement de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée à Madagascar en 1997 et d'une enquête qualitative portant sur les comportements sanitaires à l'égard des enfants menée auprès de trente couples malgaches en avril 2001⁶.

1.2. Santé des enfants : de quoi parle-t-on ?

Le terme santé n'est pas facile à définir bien qu'il apparaisse simple et soit utilisé couramment dans la vie quotidienne. Parmi les nombreuses définitions proposées, celle de l'OMS (1948), est la plus connue : la santé est considérée comme « l'état complet de bien-être physique, mental et social, et ne peut être réduit à l'absence de maladie ou d'infirmité ». Toutefois, toute ambitieuse qu'elle soit (Venkatacharya et Teklu, 1986), elle a fait l'objet de plusieurs critiques des chercheurs. Selon Echarri Canovàs (1994), elle correspond à un idéal vers lequel on devrait tendre et considérer la santé de cette manière risque d'empêcher une grande partie des individus de se considérer comme en bonne santé. Cette définition multidimensionnelle rend, en outre, le concept difficile à appréhender.

En dépit des limites qui en découlent, la difficulté d'appréhender la notion de santé et le manque de données conduisent certains chercheurs à se contenter d'une définition négative de la santé : l'absence de maladie est alors considérée comme un indicateur d'état de bonne santé. Les deux notions santé et maladie deviennent dès lors inséparables, l'étude de la santé ne pouvant se faire sans évoquer la maladie. Cette approche trouve sa justification dans la mesure où la vie d'un individu (et de l'enfant en particulier) est un processus évolutif qui s'étend de la naissance jusqu'à la mort.

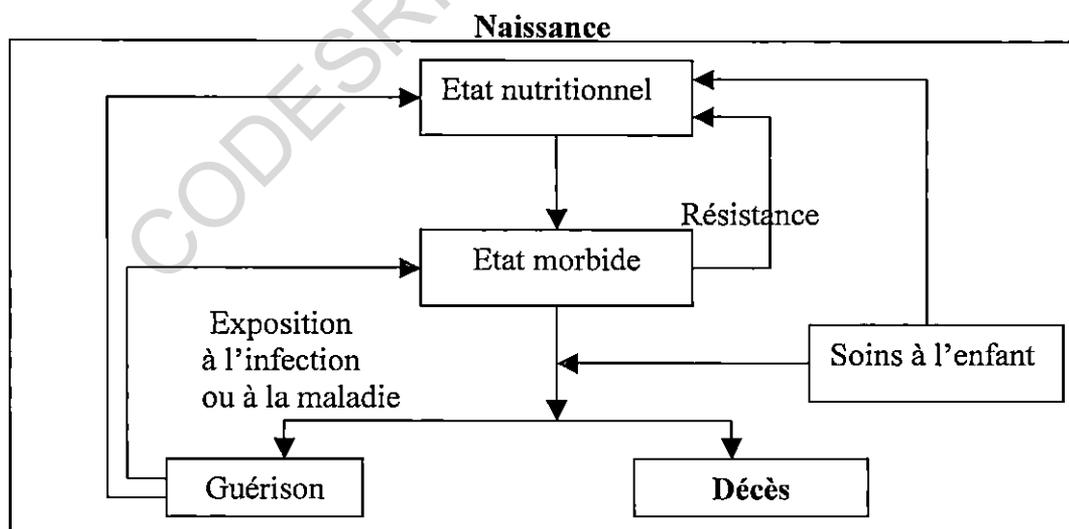
Gourbin et Wunsch (1997) estiment à cet effet qu'à la naissance, chaque individu possède un capital santé. Cependant, il est exposé indéfiniment à des risques et des agressions provenant de son environnement. Une défaillance des mécanismes d'adaptation de son organisme à ces agressions (une résistance faible) implique une détérioration de son état de santé et se traduit par l'apparition de la maladie (Keuzeta, 1983). Par contre, une résistance assez élevée de son organisme (résistance résultant ou non de différents soins administrés

⁶ Nous reviendrons là-dessus dans la partie méthodologique.

avant ou après l'apparition de la maladie) lui permettra de se maintenir en bonne santé. Comme signalé précédemment, on note également qu'un état de malnutrition de l'individu l'expose davantage à des risques de maladies infectieuses ou autres et affaiblit sa résistance aux maladies. La malnutrition et les séquelles de maladies antérieures le rendent donc plus susceptible de tomber malade et/ou ralentissent sa convalescence (Banque Mondiale, 1993) ; ceci peut conduire à une détérioration de la santé allant jusqu'à la mort.

Ce processus est présenté dans le graphique 1.3. Ce schéma montre les différentes étapes par lesquelles les individus peuvent passer depuis leur naissance jusqu'au décès. En sus des agressions extérieures, l'individu présente des réactions propres lui permettant de passer d'un état de bonne santé à un état morbide⁷ et dans le cas extrême, le processus aboutit au décès (Venkatacharya et Teklu, 1986). On peut ainsi dégager trois éléments principaux qui définissent le passage d'un état de « bonne santé » à celui de la « maladie » ou à « la mort » et qui peuvent ainsi servir à appréhender l'état de santé des enfants. Il s'agit de l'état morbide, l'état nutritionnel et le décès. Partant de ces idées, les chercheurs abordent généralement les études de la santé des enfants à travers l'un ou l'autre (ou bien l'ensemble) de ces trois phénomènes, à savoir la morbidité, l'état nutritionnel et la mortalité des enfants.

Graphique 1.3 : Processus évolutif de la santé, de la naissance jusqu'au décès (adapté du schéma de Venkatacharya (Venkatacharya et Teklu (1986)



⁷ L'état morbide, considéré comme opposé à l'état de bonne santé se traduit par la présence d'une maladie. Il peut être caractérisé par la fréquence, la gravité et/ou la durée de la maladie.

1.2.1. La mortalité des enfants

Des trois aspects de la santé des enfants présentés ci-dessus, la mortalité des enfants est la plus étudiée. Elle constitue l'un des thèmes centraux des études menées par la majorité des chercheurs démographes s'intéressant aux problèmes de santé⁸. Maints facteurs expliquent cet intérêt des chercheurs. D'abord, la mortalité des enfants a toujours été considérée comme l'un des meilleurs indicateurs du bien être social et de l'état sanitaire de la population (Akoto, 1993). Ensuite, contrairement à la santé des enfants, le concept n'est pas difficile à appréhender. A partir du moment où la période de l'enfance est bien circonscrite, la notion de mortalité des enfants n'est plus sujette à confusion. La mortalité infantile concerne les décès survenus entre la naissance et le premier anniversaire ; la mortalité juvénile, quant à elle, frappe les enfants entre 1 et 5 ans⁹.

Compte tenu des niveaux encore élevés de la mortalité des enfants observés dans les pays en voie de développement en général, et en Afrique en particulier, les réductions de ces niveaux sont des objectifs pertinents qui méritent des recherches spécifiques. Pour les atteindre, les chercheurs ont orienté de plus en plus leurs études vers l'identification des facteurs et des mécanismes à la base de la variation du phénomène. Ce type d'études qui s'est accru considérablement depuis les années 1970 (Akoto, 1993) permet de mieux comprendre les différences observées en matière de mortalité au sein d'une population. En outre, on a généralement plus de données sur les décès que sur la morbidité, et encore plus que sur la « santé ».

L'étude de la mortalité des enfants n'est donc pas dépourvue d'intérêt. Cependant, réduire l'étude de la santé des enfants à la seule dimension « mortalité » présente plusieurs limites. Comme nous venons de le mentionner, la mortalité n'est que l'élément extrême et final d'un processus complexe et temporel allant de la « bonne santé » à la maladie, puis de la maladie à la guérison ou à la disparition. Ainsi, si l'on veut étudier le « pourquoi » (les déterminants sociaux, économiques, sanitaires, etc... du niveau le plus individuel au niveau le

⁸ A titre d'exemple, lors d'un atelier sur les problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles organisé à Accra (Ghana) en septembre 1986, presque la moitié des communications rédigées et le tiers des résumés proposés en vue d'un projet de recherche futur ont porté sur la mortalité des enfants.

⁹ Notons que la mortalité juvénile concernait auparavant la période allant de un an jusqu'à quinze ans, âge auquel un individu est supposé entrer dans une autre phase de la vie. Cependant, la plus grande vulnérabilité des enfants au cours des premières années de la vie a amené la majorité des chercheurs à opter pour la période allant jusqu'à cinq ans (Akoto, 1985)

plus agrégé) et le « comment » (les mécanismes causaux conduisant à la maladie, puis de celle-ci à la mort) de la santé des enfants, on ne peut pas se limiter au seul phénomène de la mortalité (Tabutin, 1995).

Par ailleurs, les différences que l'on enregistre en matière de mortalité résultent en principe des inégalités observées tout au long du processus. Toutefois, le processus ne conduit pas toujours à la mort, les inégalités en matière de santé peuvent ainsi exister sans que l'on ne soit en mesure de les apercevoir à travers les décès (Biaye, 1994).

Enfin, garantir une bonne santé aux enfants ne signifie pas simplement assurer leur survie. Il faudra également que cette survie s'accompagne de bonne qualité de vie. L'état morbide et l'état nutritionnel des enfants ne sont pas seulement les causes majeures de la mortalité des enfants, ils permettent également de juger de la qualité de vie des enfants survivants.

1.2.2. La morbidité des enfants

La morbidité fait référence à l'apparition ou non d'une maladie quelconque au sein d'une population. Elle étudie l'impact de la maladie sur la population et de ce fait, reflète en partie l'état de santé de cette population. Dans les études sur la morbidité, les chercheurs s'intéressent à la prévalence, à l'incidence et à la létalité de ces maladies. La prévalence (ou le taux de prévalence) se définit comme la proportion des malades au sein d'une population au cours d'une période de référence. L'incidence, quant à elle, se rapporte au nombre de nouveaux cas de maladie survenus durant la période d'observation. Le taux de létalité, enfin, exprime la fréquence des décès parmi les malades. Les études sur la morbidité portent souvent sur des maladies spécifiques. Conformément à la recommandation de l'OMS (1981), les chercheurs choisissent les maladies les plus répandues : celles qui ont une forte prévalence et une forte létalité, en d'autres termes, celles qui constituent les causes principales des décès.

Plusieurs maladies peuvent agir en synergie et aggraver l'état morbide d'un enfant ou dans le pire des cas, provoquer son décès. Waltisperger (1988) a noté à cet effet qu'en Afrique, « la mort d'un enfant est assez rarement le résultat d'une infection particulière, mais souvent d'une succession des maladies qui affaiblissent peu à peu le mécanisme de défense de l'individu ». Cette synergie entre maladies rend à la fois complexe et intéressante l'étude de la

morbidity des enfants en Afrique. Mais il n'est pas toujours évident d'identifier les maladies dont souffrent les enfants et partant, les causes de décès. Même dans les formations sanitaires où l'on rencontre des spécialistes en matière de santé, il n'est pas toujours facile de déterminer exactement la maladie responsable du décès. Autrement dit, la distinction entre les trois types de causes de mortalité, à savoir les causes initiales, les causes favorisantes (ou associées) et les causes principales n'est pas toujours aisée (Waltisperger, 1998 ; Mbacke et Mbodj, 1990).

Par ailleurs, les données utilisées proviennent le plus souvent soit d'enquêtes rétrospectives reposant sur les déclarations des personnes interrogées, que l'enfant soit décédé ou non, soit des systèmes d'information hospitalière ou sanitaire. Les premières sont peu fiables en raison du manque de précision dans les réponses fournies par les enquêtées. Les secondes, bien qu'elles soient plus précises et plus fiables, ne concernent, en revanche, qu'une petite fraction de la population¹⁰. Généralement, elles ne sont donc pas représentatives de l'ensemble du pays (Mbacke et Mbodj, 1990 ; Desgrées du Loû, 1996). Ces problèmes peuvent biaiser la mesure des indicateurs de morbidité et induire les chercheurs en erreur dans le choix des maladies à étudier en priorité.

Malgré ces difficultés, les données disponibles ont permis d'identifier les maladies infectieuses et parasitaires comme maladies à haut risque de mortalité infantile. Les maladies diarrhéiques attirent le plus l'attention des chercheurs : c'est l'une des principales causes de la mortalité des enfants dans les pays en voie de développement et l'une des maladies fréquemment enregistrées dans les statistiques de morbidité infantile des dispensaires (Guillaume et al, 1987). De plus, elles ont fait l'objet de programmes sanitaires spécifiques. C'est la raison pour laquelle nous nous intéresserons aux maladies diarrhéiques dans cette étude.

1.2.3. L'état nutritionnel des enfants

L'état nutritionnel de l'enfant figure également parmi les indicateurs de santé proposés par l'OMS (1981). Il permet de rendre compte du niveau de développement et de croissance de l'enfant. Il résulte d'une part de la qualité et de la quantité de l'alimentation reçue par

¹⁰ Il s'agit des enfants qui ont eu accès aux services de santé moderne.

l'enfant dans le passé, d'autre part, des maladies qu'il a contractées au cours de sa vie (Madagascar, Rapport EDS 1997 : p.147).

Dans la théorie, on distingue la sous-nutrition de la malnutrition. La première se caractérise par une insuffisance d'apport calorique, qui résulte soit d'un déficit dans la consommation alimentaire pour des raisons économiques ou un manque d'appétit, soit d'un dysfonctionnement du système digestif qui empêche le corps d'utiliser pleinement les calories apportées par les aliments absorbés (Barbiéri, 1991). La seconde, en revanche, exprime le manque d'apport alimentaire en terme de qualité. Mais dans la pratique, il n'est pas facile de faire une telle distinction et, par abus de langage, on parle toujours de malnutrition, considérant que ce problème prend en compte à la fois la quantité et la qualité des aliments consommés. Dans les pays en voie de développement, la malnutrition se manifeste généralement sous forme d'*affections par carence*, résultant d'un bilan alimentaire négatif, tandis que dans les pays industrialisés (et peut-être dans les classes aisées des pays en voie de développement), elle peut se présenter sous forme d'*affections par excès* (Hennart, inédit).

Il existe plusieurs types de malnutrition. On distingue principalement deux groupes. Le premier regroupe les malnutritions dues à des carences en micro-nutriments, notamment en iode, en fer, en vitamine A, en calcium etc. D'une manière générale, ces carences provoquent des maladies spécifiques telles que le goître (iode), la xérophtalmie ou, dans les cas extrêmes, la cécité (vitamine A), les affections bucco-dentaires (calcium) et parfois des troubles physiques et intellectuels. Le deuxième groupe se réfère aux carences en énergie et en protéines désignées par l'expression « malnutrition protéino-énergétique ». Actuellement, il est admis que ce dernier type de malnutrition résulte non seulement d'un manque de protéines et d'aliments énergétiques, mais également d'un apport insuffisant des minéraux d'importance vitale (fer et zinc notamment) et de vitamine A (UNICEF, 1998).

La malnutrition protéino-énergétique provoque des troubles de croissance chez les enfants, ces derniers étant plus petits et de poids plus faible que ne le voudrait leur âge (UNICEF, 1998). Elle peut se manifester sous trois formes : le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et l'émaciation. Le retard de croissance, la forme la plus répandue, indique une taille insuffisante par rapport à l'âge, l'insuffisance pondérale un poids insuffisant par rapport à l'âge et l'émaciation un poids insuffisant par rapport à sa taille. Le premier est un indice de malnutrition chronique traduisant le passé nutritionnel de l'enfant et non sensible

à la période à laquelle on le saisit. En Afrique, la proportion des enfants qui souffrent de ce premier type de malnutrition est de l'ordre de 40% (Banque mondiale, 1993). Dans ses formes les plus extrêmes, la malnutrition protéino-énergétique peut conduire au kwashiorkor ou au marasme¹¹.

La malnutrition protéino-énergétique constitue le problème le plus préoccupant (UNICEF, 1994 ; Briend, 1998 ; OMS, inédit). Mesurée à partir des indicateurs anthropométriques telles que la taille et le poids, elle s'avère également la plus facile à évaluer, nécessitant des instruments de mesure très simples. Aussi, allons-nous nous intéresser particulièrement à ce type de malnutrition.

1.3. Vers une conceptualisation du statut de la femme

Certains concepts sont polysémiques, ils peuvent renvoyer à des significations bien différentes (Gérard, 1995). Ceci est d'autant plus vrai pour un concept aussi complexe que le statut de la femme. Pour éviter toute confusion et par souci de clarté, il s'avère indispensable de le définir préalablement.

Pris au sens le plus simple, le statut désigne la situation de fait ou la position d'un individu par rapport à la société (Dictionnaire Larousse). Cette définition s'avère peu opérationnelle pour la mesure du statut de la femme. La notion de position ou de situation s'avère trop large et ne suffit pas pour caractériser un individu. Il existe en effet un ensemble d'attributs, de moyens, de biens, de droits, de devoirs, de participation au pouvoir ... qui définissent le statut (Marie-José et al, 1963). Les chercheurs en sciences sociales ont reconnu la difficulté d'utiliser des critères simples pour mesurer et cerner la position des femmes dans la société et les problèmes y afférents lorsqu'on veut le mettre en relation avec les phénomènes démographiques (Oppong, 1986).

Le statut de la femme seul peut faire l'objet d'une recherche en soi, mais tel n'est pas l'objectif de ce travail. Néanmoins, pour déboucher sur une conceptualisation et une

¹¹ Mot d'origine ghanéenne, le kwashiorkor est le nom d'une maladie d'un enfant qui est due à l'insuffisance protéinique ou des carences vitaminiques multiples. Cette maladie est généralement observée chez les enfants qui consomment habituellement une alimentation à base de maïs dépourvue de protéines animales (Briend, 1998 : p. 4).

opérationnalisation du statut de la femme permettant de le mettre en relation avec la santé des enfants, il s'avère nécessaire de faire le point sur l'évolution des débats le concernant.

1.3.1. Statut de la femme : vu sous l'angle économique

L'intérêt que les chercheurs ont accordé au statut de la femme est fondé sur l'importance du rôle de la femme dans le développement d'un pays. Au cours des années 1970, le discours dominant a mis l'accent sur la reconnaissance de la contribution économique des femmes dans la société et sur la nécessité de leur donner plein accès aux bénéfices du développement (Ouedraogo, 1997). Depuis cette époque, des théories, des études et des projets se sont multipliés pour intégrer les femmes au développement. « Women in Development » a été pendant longtemps un des piliers du programme FNUAP. Les chercheurs se sont ainsi intéressés aux problèmes des femmes en tant que groupe marginalisé subissant plusieurs formes d'exclusion et ne bénéficiant pas d'effets du développement malgré leur participation au processus. Cette forme de marginalisation des femmes se manifeste principalement dans le domaine de la vie économique¹².

Vu sous cet angle, le statut de la femme a également suscité l'intérêt des chercheurs dans les études démographiques. Schultz (1974) (cité par Assogba, 1991) a été parmi les tout premiers démographes à utiliser le statut de la femme comme une variable cruciale dans les études des changements démographiques. A l'époque, dans une perspective de recherche des déterminants de la fécondité, il a pris en compte le statut de la femme en terme de revenu. Plusieurs chercheurs ont poursuivi dans la même voie et jusqu'à un passé récent, le statut de la femme était mesuré par des variables isolées telles que l'activité économique ou la scolarisation de la femme (Assogba, 1991).

Cependant, cette approche a fait l'objet de nombreuses critiques. Celles-ci reposent sur l'échec des programmes et activités destinées à améliorer les conditions de vie des femmes et à réduire les niveaux de certains phénomènes démographiques tels que la fécondité et la mortalité. Les chercheurs ont ainsi été amenés à développer d'autres approches permettant de mieux appréhender le statut de la femme, d'une part, et d'analyser les relations qui existent entre celui-ci et les comportements démographiques, d'autre part. On peut citer entre autres la théorie des sept rôles de Oppong que nous développons brièvement ci-après.

¹² On notera également leur sous-représentation dans le domaine politique (femmes députées, sénateurs, etc.)

1.3.2. Statut et rôles des femmes

Certains auteurs ont eu recours à la théorie des rôles développée par Oppong (1986) pour analyser le statut de la femme. L'intérêt de cette théorie vient du fait qu'elle permet de cerner l'ensemble des activités exercées par les femmes. Alors que la participation de la femme à l'activité économique est généralement limitée au secteur formel et rémunéré, la théorie des sept rôles s'étend aux activités non rémunérées et/ou au secteur informel.

D'une manière générale, chaque femme est supposée jouer sept rôles, à chaque rôle sont associés des types d'activités bien précis. Il s'agit du rôle reproductif (qui concerne toutes les activités liées à la femme en tant que reproductrice biologique et sociale), du rôle conjugal (joué par la femme en tant que partenaire de l'homme, dans les buts de procréation, de satisfaction des besoins sexuels et de recherche du bien-être du partenaire), du rôle professionnel (englobant toute activité productive différente des tâches domestiques), du rôle domestique (regroupant toutes les activités exercées au sein du ménage pour le bien-être de la famille), du rôle familial (comprenant les activités exercées dans le but du maintien de la cohésion de la famille élargie et les obligations familiales), du rôle communautaire (comportant les activités d'intérêt commun pour le bénéfice de la communauté et du groupe social considéré) et enfin du rôle individuel (incluant toutes les activités exercées pour la promotion personnelle).

Ces rôles peuvent être regroupés en trois catégories correspondant aux trois sphères d'intervention de la femme, à savoir la sphère domestique, la sphère de la production et la sphère communautaire (Jacquet, 1995 ; Oppong, 1997). Dans leur rôle domestique ou reproductif, les femmes assurent la perpétuation du groupe social par la procréation et par l'éducation et les soins des enfants et des différents membres de la famille. Dans leur rôle économique ou productif, elles produisent des biens et des services aux fins d'une consommation directe ou pour la commercialisation. Dans ce cadre, elles peuvent exercer trois types d'activités : une partie des activités génératrices de revenus du groupe familial ou du conjoint, des activités pour la production de denrées alimentaires réservées à l'auto-consommation familiale et leurs propres activités en vue de la commercialisation. Dans leur rôle social, enfin, les femmes oeuvrent pour le bien collectif et pour la maintenance des règles et rites qui constituent la base idéologique de la société. Elles participent ainsi à la vie collective au sein des associations ou des réunions sociales (Jacquet, 1995).

L'analyse de ces rôles permet de définir les emplois du temps des femmes et leur priorité dans les activités. Certains d'entre eux sont plus considérés et plus valorisés que d'autres. Les comportements de la femme s'inscrivent soit dans la logique de la société, c'est-à-dire conformément aux attentes de la société par rapport à ces rôles (ce qu'elle devrait être), soit dans sa logique à elle-même (conformément à ce qu'elle pense devoir faire dans le rôle qui lui est attribué et comment elle s'attend à être traitée). Ces rôles s'articulent avec plus ou moins d'harmonie et sont parfois conflictuels.

L'idée dans cette approche est de considérer chaque rôle comme une source de statut. Dans cette perspective, les chercheurs abordent leurs études en prenant les divers rôles des femmes comme critères significatifs de transformation sociale (Oppong, 1986). Abondant dans le même sens, Henri Mendras (1967, cité par Assogba, 1991) propose de définir le statut comme «*le jeu de différents rôles joués par la femme*». Cette approche très riche n'est souvent utilisée que dans le domaine sociologique et anthropologique, car elle nécessite des données spécifiques pour saisir les différentes activités et les comportements des femmes.

En dehors de cette théorie, d'autres méthodes d'investigations et d'outils pour l'analyse du statut de la femme et de son interaction avec les changements démographiques ont été développés durant les deux dernières décennies. Pour ce faire, des chercheurs se sont plutôt référés à d'autres termes pour définir le statut de la femme.

1.3.3. Divers termes utilisés pour désigner le statut de la femme

En fonction des données disponibles, de l'objectif et du contexte des études, des chercheurs ont plutôt choisi d'autres termes pour désigner le statut de la femme. Dans la littérature (sociologique, démographique...), il est ainsi possible de recueillir des définitions très diversifiées, données selon les termes de référence choisis.

Epstein (1982, cité par Mason (1984)), par exemple, a focalisé son intérêt sur le prestige (ou estime) accordé à la femme par son entourage et définit le statut de la femme par «*l'estime que les individus ou groupes en contact avec elle ont pour elle*»¹³. D'autres chercheurs ont plutôt eu recours au pouvoir, défini par «*l'aptitude de la femme d'influencer et de contrôler les comportements d'une tierce personne et de déterminer des événements importants de sa vie bien*

¹³ Notre traduction en français

que d'autres personnes s'y opposent» (Safilios Rotschild, 1982), ou bien à l'autonomie de la femme telle que définie par Dyson et Moore (1983) : *"la capacité (de la mère) à obtenir des informations et à les utiliser pour prendre des décisions sur ses affaires personnelles et celles de ses proches. Ainsi, l'égalité d'autonomie entre les sexes implique une égale capacité à prendre des décisions sur les affaires personnelles»*.

D'autres encore définissent le statut de la femme en termes d'accès aux ressources et de contrôle des ressources (matérielles ou non). Dans cette lignée, Dixon (1978) (cité par Mason, 1984) définit le statut de la femme comme *"le degré d'accès (et de contrôle) de la femme aux ressources matérielles (incluant l'alimentation, le revenu, l'héritage et d'autres formes de richesses) et aux ressources sociales (incluant la connaissance, le pouvoir et le prestige) à l'intérieur de la famille, dans la communauté et dans un sens plus large dans la société"*. La question ici est la même : quels sont les facteurs qui déterminent cette 'estime', cette 'aptitude', 'cette capacité', etc.

Assogba (1991), quant à lui, a introduit les notions de «l'avoir» et du «savoir» dans la définition de la position de la femme dans la société. La notion d'avoir renvoie à la situation de la femme par rapport au mode de production dominant dans le groupe. Elle constitue la composante matérielle et économique du statut de la femme et reflète l'accès de la femme aux ressources et le contrôle de ces ressources. La notion de savoir, en revanche, désigne l'ensemble des connaissances qu'elle a acquises au cours de sa vie contribuant à définir son prestige. Du point de vue sociologique, un individu de haut prestige est 1) un objet d'admiration, 2) un objet de déférence, 3) un objet d'imitation, 4) une source de suggestion et enfin, 5) un centre d'attraction (Oppong, 1986).

Ainsi, considérer uniquement une des définitions mentionnées ci-dessus revient à négliger les autres dimensions du statut de la femme. Mais ces diverses définitions ont une caractéristique commune : elles font apparaître d'une manière explicite ou implicite une inégalité de genre dont les trois principales formes sont l'inégalité de prestige, l'inégalité de pouvoir et enfin l'inégalité d'accès aux ressources et de contrôle des ressources (Mason, 1984). Ces formes d'inégalités peuvent être rattachées respectivement aux dimensions sociale, politique et économique du statut (Oppong, 1986). Cette notion d'inégalités est d'ailleurs le fondement de l'approche genre, largement utilisée de nos jours.

1.3.4. De la nécessité de la prise en compte des inégalités Homme-Femme dans le statut de la femme

L'intérêt relatif à la prise en compte des rapports entre hommes et femmes dans l'étude du statut de la femme et les comportements démographiques est récent (Labourie-Racaparé et Locoh, 1997). Les idées à la base de cette approche sont de deux ordres : d'abord, un homme est impliqué autant qu'une femme dans tous les problèmes et toutes les questions qui concernent les conditions des femmes. Ensuite, les différences biologiques liées au sexe s'accompagnent de différences entre un homme et une femme dans le statut, les rôles, les responsabilités, la place dans tous les secteurs et à tous les niveaux de la société ainsi que dans les comportements et attitude de chaque individu au sein de la société (Labourie-Racaparé et Locoh, 1997). Le statut de la femme ne doit pas se limiter aux propres caractéristiques de la femme mais doit également prendre en considération les rapports qu'elle entretient avec l'homme (les rapports de genre). A ce propos, Bisillat (1992) signale que considérer les femmes de manière isolée signifie évacuer la moitié de la réalité sociale.

Sans pouvoir donner une définition très claire du statut de la femme, les chercheurs ont cependant essayé de l'opérationnaliser et d'intégrer les différences entre homme et femme dans les indicateurs de mesure du concept pour analyser sa relation avec les phénomènes démographiques. Autrement dit, ils ont de plus en plus pris en compte le statut de la femme en référence à celui de l'homme plutôt que de considérer uniquement le statut [absolu] de la femme (statut relatif à une autre femme).

Le tableau 1.1. présente un résumé de quelques études assez récentes relatives à l'impact du statut de la femme sur les phénomènes démographiques. Il permet d'avoir une idée sur la manière dont ce concept fort complexe a été appréhendé dans les études démographiques.

Tableau 1.1 : Quelques exemples d'indicateurs de statut de la femme dans les études démographiques

Auteurs	Année de publicat° & thème	Pays ou région	Sources des données & échantillon	Niveau d'analyse	Indicateurs du concept	Indicateurs de mesure
Amin Sajeda	1990 Mortalité des enfants	Asie du sud (26 villages)	Enquête spécifique (échantillon de femmes dont la taille n'a pas été spécifiée, tiré dans 26 villages)	Individuel	Instruction de la femme Classe sociale	Nombre d'années de scolarisation Appartenance à une caste
Assogba Laurent	1991 Fécondité	Bénin (Lomé)	Enquête APEL (Arrivée Prochain d'un enfant à Lomé) : échantillon de 3600 femmes environ.	Individuel	Indice synthétique du statut créé par une méthode de classification automatique	Variables de socialisation (milieu de socialisation, caractéristiques des parents), caractéristiques économiques et culturelles actuelles de la femme, variables de structure familiale
Delcroix Sylvie et Guillaume Agnès	1993 Santé des enfants	Côte d'Ivoire (Sud-Ouest : sous préfecture Sassandra)	Enquête spécifique (échantillon de 1456 femmes en âge fécond)	Individuel	Statut économique et social Intégration à la société	Activité économique, instruction de la femme Ethnie, ancienneté de l'installation
Ezeh Chika Alex	1993 Fécondité	Ghana et Kenya	EDS (échantillon de 1010 couples au Ghana et 1189 couples au Kenya)	Individuel	Autonomie/dépendance	Caractéristiques du mari et de la femme (niveau d'instruction, désir d'enfants, âge) et caractéristiques communes du couple (mil. résidence, type union, forme union)

Okojie Christiana	1993 Fécondité	Nigeria (Région de Bendel)	Enquête spécifique (échantillon de 2146 femmes de 15-50 ans)	Individuel	Statut public Statut privé	Education femme et mari, occupation femme et mari, revenu Indice de rôle des sexes, prise de décision, division du travail, différence d'âge entre époux, pouvoir économique de la femme, type de mariage
Ottong Joseph	1993 Santé maternelle	Nigeria (Milieu rural)	Focus group discussion (17 gpes de fem. et 2 gpes d'hommes), enq. individuelle (1849 femmes), interview individuelle (chefs trad., leaders commun., leaders de fem.)	Individuel	Prise de décision Instruction Pouvoir économique Age au mariage	Personne qui décide des soins de santé Niveau d'instruction femme Secteur d'activité femme Age au mariage
Caste Sarah	1993 Santé des enfants	Mali (Milieu rural)	Enq. individuelle (334 femmes déjà mariées) et observation participante (16 familles)	Individuel	Autonomie/support de la femme dans le ménage	Structure familiale (présence ou non d'un membre de la belle famille et sa position dans le ménage)
Dormor Duncan James	1994 Mortalité	113 pays	Différentes sources (B.M, N.U., Populat report ,...)	Agrégé	Structure familiale Présence culture musulmane Instruction Position économique femme	% femme 15-20 ans mariées, âge légal au 1 ^{er} mariage % population musulmane ratio Homme/Femme pour chaque niveau d'études taux de participation femme à l'activité économique

Echarri Canovas Carlos	1994 Santé des enfants	Mexique	Enquête ENFS (Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987, échantillon de 9709 femmes en âge fécond)	Individuel	Direction du ménage Composition du ménage	Femme chef de ménage Lien de parenté avec le CM et co-résidence avec un membre de la belle famille
Boehmer Ulrike et Williamson John B.	1996 Mortalité des enfants	96 PVD	Différentes sources (B.M, N.U, UNPD, UNICEF)	Agrégé	Education Statut politique Statut économique Autonomie/indépendance	% femmes inscrites à chaque niveau, ratio H/F à chaque niveau nombre années d'acquisition de droit de vote pour les femmes, % des parlementaires femmes taux d'activité des femmes, % femmes aide familiale, ratio H/F de ces 2 ind. mesure égalité de sexe, âge moyen 1 ^{er} mariage, taux préval. contraceptive, nombre moyen enfants par femme, taux de natalité
Akadli Ergöçmen Banu	1997 Fécondité	Turquie	EDST (échantillon de 6519 femmes)	Individuel	Instruction Activité de la femme, Age Mariage Prise de décision Perception attribut du genre	Instruction de la femme, différence d'éducation entre époux Activité économique de la femme, différence d'âge entre époux Type d'arrangement du mariage, existence du mariage civil Participation à la décision sur mariage et sur la santé dans le ménage Opinion que les femmes ont d'elles-mêmes et des hommes
Mason Oppenheim K.	1997 Fécondité	5 pays d'Asie (59 villages au total)	Enquêtes spécifiques (échantillon de de fem.vivant principalement dans des localités rurales, de taille non précisée)	Individuel	Statut familial	Durée d'union, Nombre d'enfants, Lien de parenté avec CM, Communication avec époux sur fécondité et questions financières

Kishor Sunita et Neitzel Katherine	1997 Pas de thème spécifique	25 pays	EDS (tailles des échantillons non précisées)	Agrégé	Indice synthétique ISSF (indice de seuil pour chaque élément du statut des femmes)	Statut pauvreté-richesse relative des femmes, fréquence et vulnérabilité des ménages dirigés par les femmes, niveau absolu et relatif d'instruction femmes exposition des femmes aux médias et leur participation à la prise de décision, emploi et charge de travail des femmes, âges moyens au premier mariage et à la première naissance, différence en matière d'emploi et d'instruction des époux
Ce Shen et Williamson John B.	1997 Mortalité des enfants	86 PVD	Différentes sources (BM, (UNICEF, etc	Agrégé	Instruction Mortalité maternelle Prévalence contraceptive	Ratio Homme/Femme du taux d'inscription, taux d'inscription des femmes Taux de mortalité maternelle Taux d'utilisation actuelle de méthodes contraceptives

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Le résumé des études ci-dessus montre que le statut de la femme n'est pas univoque. Les indicateurs utilisés varient en fonction des objectifs des études et des sources de données utilisées. Il en ressort également la difficulté, voire l'impossibilité d'appréhender le statut de la femme à partir d'un indicateur unique. Compte tenu des objectifs de ce travail, nous entendons par « statut de la femme » *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 ces ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité de participer à la prise de décision (au sein du ménage).*

En définitive, ce statut, cette position sociale, renvoie aux rôles et aux attentes ainsi qu'aux droits et aux devoirs de la femme dans la société. Les différents éléments intégrés dans la définition du statut sont des sources d'inégalités aussi bien entre les femmes elles-mêmes qu'entre les femmes et les hommes et vont caractériser chacune des femmes.

Le degré de ces inégalités peut varier selon les sphères dans lesquelles les individus interagissent. Le pouvoir de la femme, son prestige et sa richesse ne sont pas toujours considérés de la même manière dans la sphère familiale et/ou dans la sphère communautaire. De ce fait, une femme ayant un statut 'élevé' dans la société peut avoir un statut 'relativement faible' dans sa famille ou dans son ménage (C. Safilios-Rotschild, 1982 ; Mason, 1984 ; Kishor et al, 1996). *Une meilleure conception du statut de la femme nécessite donc la prise en compte de ses multiples dimensions et des variations de ces dernières selon la sphère d'intervention de la femme.* Ainsi à l'instar de Okojie (1993), nous distinguerons deux types de statut : le statut dans la société (ou le statut public) et le statut dans le ménage (ou le statut privé). Le premier, qui correspond à la position de la femme en tant qu'individu vivant dans la société, reflète sa position relative par rapport aux autres individus (femmes ou hommes dans la société). Le second, qui considère la femme en tant qu'individu vivant dans le ménage, prend compte la position relative de la femme par rapport au mari ou un autre membre vivant dans le ménage¹⁴.

a) Le statut public

Comme souligné, cette première composante du statut de la femme renvoie à sa position relative dans la société par rapport aux autres membres de la société. Cette position

¹⁴ Dans la suite du travail, quand on parle du statut de la femme, on entendra ses deux composantes principales que sont le statut public et le statut privé.

peut être déterminée soit à partir de la position économique d' un des membres de la famille de la femme (parent, frère, sœur, tuteur ou mari), soit à partir de sa propre identité (ses caractéristiques individuelles). On peut encore distinguer dans le statut public deux sous-composantes : le statut dérivé et le statut attribué d' une part, et le statut acquis (ou atteint) d' autre part.

a.1) le statut dérivé et le statut attribué

La position de la femme dans la société, son statut relatif par rapport à une autre femme, peut être dérivée de celle de son mari ou d' autre membre de sa famille (Okojie, 1993 ; Kishor et al, 1996). Si les caractéristiques socio-économiques du mari sont perçues comme indicateur de niveau de vie du ménage, elles peuvent refléter aussi la position qu'occupe la femme dans la société. Elles peuvent définir, d' une part, l'accès de la femme aux ressources économiques et, d' autre part, traduire en partie le prestige ou l'estime que la société accorde à la femme. En effet, la société peut avoir une considération plus grande pour une femme mariée à un homme ayant un statut socio-économique élevé que pour une autre qui ne l'est pas. *Le niveau d'instruction et l'activité économique du mari* peuvent ainsi être considérés comme une approximation du statut accordé à la femme.

Ce statut relatif de la femme par rapport à une autre femme peut également être défini à partir de certaines de ses caractéristiques propres. L' appartenance religieuse, par exemple, peut également servir d' un proxy de son statut. En effet, le christianisme est plus ouvert à la modernisation que les autres. Selon son appartenance religieuse, une femme sera privée (ou non) des opportunités telles que l' accès à la scolarisation, l' implication dans des activités rémunératrices ou le contact avec le monde extérieur. *La religion de la femme* peut être considérée comme une variable qui servira à l' attribution d' un statut à la femme.

a.2) le statut acquis (ou atteint)

Avec le développement et le phénomène de modernisation, les rôles et le statut de la femme se modifient dans diverses sociétés (Okojie, 1993). Le changement du statut des femmes va s'opérer à travers leur possibilité d'accéder à certains avantages tels que

l'instruction et la participation aux activités économiques rémunératrices, parfois en dehors de leur foyer. L'âge et le nombre d'enfants de la femme vont également modifier peu à peu son statut.

En effet, une femme ayant un niveau d'instruction élevé a plus de chance d'être écoutée (marque de respect) par le médecin ou la sage-femme qu'une femme analphabète (van de Walle et van de Walle, 1993). Par ailleurs, l'accroissement du coût de la vie va conduire progressivement les femmes à travailler en dehors du ménage et à participer au budget familial. L'exercice par la femme d'une activité économique génératrice de revenu peut traduire sa capacité d'assumer ses responsabilités familiales à travers sa participation à la prise en charge des membres de la famille. *L'instruction et l'activité économique* déterminent l'accès des femmes aux ressources économiques et contribuent ainsi à définir le statut de la femme.

L'âge de la femme est un autre déterminant de son statut. L'appartenance d'une femme à des groupes d'âges élevés peut nuancer le statut inférieur généralement attribué aux femmes. Dans un système d'organisation sociale fondé sur la préséance des aînés sur les plus jeunes, une femme âgée jouit d'un plus grand respect de la part des autres. Elle est considérée comme faisant preuve d'une plus grande maturité et plus d'expériences, et bénéficie d'un plus grand accès aux connaissances.

Enfin, dans la société malgache, la finalité du mariage est la procréation. Le proverbe malgache ci-après le confirme : "*ny hanambadian-kiterahana*" (on se marie pour avoir des enfants). Une fois mariée, la femme cherche à avoir des enfants pour être respectée. Dans la famille traditionnelle, une progéniture nombreuse valorise la femme, elle est source de prestige pour la femme. De plus, en raison du mode d'organisation sociale, une descendance élevée est considérée comme une richesse : elle permet non seulement d'assurer les ressources économiques du ménage par une main d'oeuvre potentielle abondante mais aussi d'assurer la vieillesse des parents (Caldwell, 1979). Toutefois, actuellement, du fait de l'accroissement des coûts de l'éducation des enfants, on s'attend à ce qu'une femme ait un nombre d'enfants relativement plus faible que dans le passé. Au lieu d'être considérée comme une source de richesse, une descendance élevée traduirait plutôt une incapacité de la femme à maîtriser sa fécondité. Pour ces différents motifs, une femme n'ayant pas du tout d'enfants a

un statut inférieur à celui d' une femme ayant au moins un enfant ; cependant, dépassé le nombre d' enfants considéré par la société comme « raisonnable » (ni trop faible, ni trop élevé), une descendance nombreuse peut contribuer à affaiblir le statut d' une femme plutôt qu' à l' améliorer.

Finalement, on peut donc retenir *l'instruction de la femme, son activité économique, son âge et sa descendance* comme indicateurs du statut acquis ou atteint de la femme¹⁵.

b) Le statut privé

Le ménage est l' unité de base de la société. C'est le lieu où toutes les décisions sont prises, où les comportements des individus se forment. Le statut de la femme dans le ménage, appelé encore "le statut privé" constitue une composante essentielle du statut de la femme. Il se réfère au pouvoir de la femme, à son influence sur les autres membres du ménage, son mari en particulier, à sa participation dans les décisions à prendre au niveau du ménage. Cette deuxième composante du statut de la femme renvoie à sa position par rapport à son mari et/ou tout autre membre du ménage appartenant à la belle-famille. Il reflète la structure du pouvoir dans son ménage. Ce statut peut être défini à partir des différences dans les caractéristiques des conjoints et de leur position relative dans le ménage.

La *différence des niveaux d'instruction des conjoints* donne une indication sur les inégalités potentielles de ressources au sein du ménage (Kishor et al, 1997). On peut supposer que lorsque la femme a un niveau d'instruction au moins égal à celui de son mari, plus grande sera la probabilité pour qu'il s'établisse un statut plus égalitaire au sein du couple (Nayar et Nair, 1997). Elle est plus susceptible de communiquer plus facilement avec son mari qu'une femme ayant un niveau d'instruction inférieur à celui de son mari. Cette situation offre à la femme une possibilité de renégociation du pouvoir et une plus grande autonomie. On note cependant qu'on peut trouver des situations assez complexes : à titre d'exemple, une femme ayant un niveau d'instruction élevé (bien que celui-ci soit inférieur à celui du mari) a également une possibilité de renégociation de pouvoir qu'une femme analphabète vivant avec un mari analphabète ou de niveau primaire.

¹⁵ Rappelons que nous travaillons en tenant compte des données disponibles.

Tout comme pour l'instruction, *la différence des activités exercées par les conjoints* peut affecter la répartition des tâches au sein du ménage, cette répartition pouvant être définie en fonction du type d'emploi et du temps disponible de chaque époux en dehors du temps de travail. Comparée à une femme qui ne travaille pas, une femme qui exerce une activité économique a une plus grande chance de négocier de l'aide auprès de son mari. L'exercice d'une activité économique par la femme peut également conduire à une renégociation de pouvoir auprès du mari et à une redistribution des tâches à l'intérieur du ménage, cette négociation pourrait être d'autant plus facile que le mari exerce une activité non agricole (Miles-Doan, 1997).

L'écart d'âge entre époux exprime les différences de désirs, d'aspirations, de maturité et de pouvoir entre les époux. Un écart élevé peut engendrer un décalage entre la manière d'agir et de penser des deux membres du couple et risque de créer une situation de subordination de la femme (la femme étant généralement la cadette dans le couple). En revanche, un écart d'âge réduit entre les conjoints est favorable à une situation plus égalitaire et une plus grande proximité et un meilleur échange entre eux (Locoh, 1999). Par ailleurs, dans les sociétés où le système d'organisation sociale est fondé sur la préséance du masculin sur le féminin et des aînés sur les jeunes, la femme jeune se trouve dans une situation d'une « double infériorité » : l'homme cumule la supériorité liée à l'âge à celle du statut masculin (Marie-Paule Thiriat, 1999). Dans les pays arabes par exemple, la différence d'âge entre les époux manifeste effectivement l'autorité absolue de l'homme dans la famille (Bozon, 1990).

Des études ont montré qu'un écart d'âge élevé s'observe surtout chez les couples où la femme s'est mariée à un âge précoce (Bozon, 1990). Les données montrent que c'est effectivement le cas à Madagascar : l'âge moyen au premier mariage des femmes diminue au fur et à mesure que l'écart d'âge entre les époux augmente (tableau 1.2.). Cette précocité du mariage féminin présente de multiples inconvénients quant à l'épanouissement de la femme. D'une part, un mariage précoce se réalise généralement avec une forte implication de la famille dans son processus (mariage arrangé), il limite la possibilité de la femme de choisir son partenaire, la femme n'ayant même pas encore atteint la maturité nécessaire pour entamer une vie de couple bien épanouie et pour assumer ses responsabilités maternelles. La femme se trouve ainsi dans une situation de dépendance par rapport à son conjoint. D'autre part, le mariage précoce diminue considérablement la chance de la femme de continuer ses études et ainsi de participer aux activités économiques rémunérées. De plus, l'âge moyen des hommes

augmente avec l'écart d'âge. Autrement dit, ce sont les hommes en moyenne plus âgés qui ont tendance à épouser les femmes jeunes. Ceci confirme le double handicap des femmes malgaches.

Tableau 1.2 : Age moyen au premier mariage des femmes et âge moyen des maris selon l'écart d'âge entre conjoints à Madagascar

Ecart d'âge entre les conjoints (Age homme-âge femme)	Age moyen des femmes au premier mariage	Age moyen des maris
Age femme ≥ age homme	19,44	28,13
0 < écart < 5 ans	17,54	30,58
5 < écart < 10 ans	17,01	34,92
écart ≥ 10 ans	16,38	46,05
Ensemble	17,49	33,83

Source : Nos propres calculs à partir des données EDS Madagascar 1997.

Enfin, *la position de la femme dans le ménage* peut également être considérée comme un élément contribuant à déterminer son statut au sein du ménage. Cette position se définit à travers le lien de parenté de la femme avec le chef de ménage : elle peut être elle-même chef de ménage, épouse du chef de ménage ou belle fille, etc. Sa position déterminerait le degré de participation de la femme aux décisions à prendre au sein du ménage. En effet, par définition, une femme chef de ménage est reconnue comme la personne qui détient l'autorité au sein de son ménage et a toute latitude de prendre des décisions quel que soit le domaine considéré. En revanche, une femme ayant un statut de belle-fille ou d'épouse résidant avec sa belle-mère ou un autre membre de sa famille par alliance se trouvera dans une situation de subordination par rapport à deux types de personnes : les membres de la belle-famille et son mari. La présence de membres de la famille du mari peut constituer un obstacle à une relation égalitaire entre les époux et limite ainsi l'autonomie de la femme à l'intérieur du ménage. Castle (1993) a trouvé la position de la femme au sein du ménage comme une variable pertinente expliquant les soins différentiels reçus par les enfants.

En guise de conclusion,

Nous avons présenté dans ce premier chapitre la persistance des problèmes relatifs à la santé des enfants en Afrique malgré les efforts déjà déployés par les gouvernements des pays et les programmes internationaux. Les mères sont les responsables directes de la santé de leurs enfants, mais leur situation souvent défavorable tant au sein de la société qu'au sein du ménage, en d'autres termes leur statut au sein de ces deux sphères de production, ne leur permet pas

toujours d'assumer convenablement leurs responsabilités. Sans remettre en cause les programmes sanitaires mis en œuvre dans les différents pays, il importe d'accorder une attention particulière au statut de la femme et de mieux comprendre comment il peut influencer la santé des enfants.

Le concept statut de la femme est cependant polysémique. Sa complexité tant du point de vue de la définition que de l'opérationnalisation ne rend pas facile l'étude de sa relation avec la santé des enfants. Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de le définir 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 ces ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité de participer à la prise de décision au sein du ménage*. Nous avons donc opté pour la considération de ses deux composantes principales à savoir le statut public (statut de la femme relatif à un autre individu, homme ou femme au sein de la société) et le statut privé (le statut relatif à son mari au sein du ménage). Du fait de cette définition, nous avons retenu le niveau d'instruction et l'activité de la femme, sa religion, son âge, le niveau d'instruction et l'activité de son mari ainsi que le nombre d'enfants nés vivant comme des variables de mesure du statut public et la différence d'instruction et d'activité des conjoints, l'écart d'âge entre époux et la position de la femme dans le ménage comme des variables de mesure du statut privé.

CHAPITRE II

CADRE THEORIQUE

Toute recherche en sciences sociales exige l'élaboration d'un cadre théorique. Il permet d'explicitier les raisons et les fondements de la démarche scientifique à suivre et sert de base à toute analyse. L'étude des déterminants de la santé des enfants n'est pas un sujet nouveau et de nombreux facteurs ont été décrits comme associés à la santé des enfants. Dans une perspective de démarche explicative de la santé des enfants, les auteurs cherchent de plus en plus à dégager les mécanismes causaux des facteurs à l'origine des variations de la santé des enfants. C'est la même démarche que nous envisageons de suivre pour atteindre les objectifs de notre étude.

Ce chapitre a pour objet de faire dans un premier temps une synthèse des approches théoriques utilisées par les chercheurs dans l'explication de la santé des enfants. Il essaie, par la suite, de faire le point sur les études empiriques menées jusqu'à ce jour sur l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants. Partant de cela, il se propose enfin d'élaborer un schéma explicatif pour la réalisation de notre étude.

2.1. Les principales approches explicatives de la santé des enfants

En vue d'expliquer la santé des enfants, deux thèses fondamentales s'affrontent. L'une met l'accent sur les facteurs économiques et l'autre sur les déterminants socio-culturels. Les tenants de l'école « économiste » arguent que dans les pays en voie de développement, les contraintes économiques 'expliquent' une grande partie de la variation de la santé des enfants observée. En mortalité, celles-ci expliquent environ soixante-dix pourcent de décès d'enfants (Vallin, 1985). Cette affirmation a été contestée par des chercheurs tels que Akoto (1993) qui mettent l'accent sur « la culture » et « l'organisation sociale » dans l'explication de la variation de la santé des enfants. Les chercheurs ont pris conscience de la limite de l'utilisation exclusive des ces deux approches. Dans une optique globale de la recherche des déterminants de la santé des enfants, la prise en compte des deux approches permet de tenir compte de tous les facteurs susceptibles d'influencer celle-ci.

Par ailleurs, dans la recherche des mécanismes d'action d'un facteur spécifique sur la santé des enfants (ici, le statut de la femme), la prise en considération de ces différentes approches contribue à mettre en exergue l'impact que pourrait provoquer le changement du statut de la femme dans l'amélioration de la santé des enfants et à montrer les différentes voies par lesquelles l'influence de ce facteur peut s'opérer. Explicitons brièvement chacune de ces deux approches.

2.1.1. L'approche économique

Dans cette première approche, les chercheurs tel que Bell (1985), associent l'amélioration des niveaux de vie des ménages à celle de la santé des enfants, l'idée étant que l'état de santé des enfants est largement dépendant de la situation économique des femmes et de leur ménage.

Dans une situation de crise comme celle que connaissent à l'heure actuelle la plupart des pays africains, l'économique joue un rôle majeur sur la santé des enfants à travers l'acquisition de biens et services favorables à celle-ci tels que la nourriture, les vêtements, le logement, etc. Dans cette perspective, les chercheurs postulent que les individus, notamment les femmes responsables des enfants adoptent des comportements de rationalité économique : toute action ayant trait à la santé des enfants engagée quotidiennement par les femmes est dictée par les moyens financiers dont elles disposent. En matière de nutrition, les femmes développent des stratégies alimentaires en fonction des ressources disponibles. Ces stratégies peuvent parfois conduire à une réduction de l'apport énergétique consommé dans les ménages en situation de crise (Nicolas, 1996). En outre, comme nous le verrons plus loin, l'aspect économique intervient pour une large mesure dans la détermination des comportements des femmes vis-à-vis de la maladie des enfants. L'utilisation des services de santé, par exemple, résulte d'une combinaison de facteurs (socio-économiques, démographiques et culturels) parmi lesquels le revenu monétaire ou le statut économique des individus occupe une place prépondérante.

Par ailleurs, les facteurs économiques déterminent l'environnement global et le cadre de vie des femmes et des enfants. La déficience d'approvisionnement en eau potable et l'absence de latrines généralement observées dans les ménages pauvres sont liées à des mauvaises conditions d'hygiène et favorisent la prolifération des vecteurs pathogènes

susceptibles de transmettre des maladies. Cet environnement expose les enfants à de haut risque de morbidité et de mortalité. L'accès à l'eau potable et abondante peut même parfois s'avérer plus important pour la santé des enfants que l'existence d'un hôpital moderne (Akoto et Hill, 1988).

En définitive, les facteurs économiques influenceraient la santé des enfants à travers la salubrité de l'environnement, la disponibilité alimentaire dans le ménage et la possibilité financière de recourir aux services de soins préventifs ou curatifs. Ils détermineraient également les comportements sanitaires et nutritionnels des femmes, celles-ci étant considérées comme des actrices dites rationnelles vis-à-vis de la santé des enfants. La santé des enfants est donc tributaire des ressources économiques des ménages et de la capacité des femmes à répartir ces ressources dans le ménage.

2.1.2. L'approche socio-culturelle

La théorie « culturaliste vs modernisation » est une première expression de cette approche. Elle accorde un rôle central à l'appartenance culturelle dans la détermination de la santé des enfants. Comme l'a si bien affirmé Gérard (1995, p. 48), le modèle culturel, défini comme « *un ensemble de normes, d'images, d'habitudes, d'idées des pratiques quotidiennes, etc, procurant au sujet des cadres de pensées et de pratiques qui sont reconnues et valorisées socialement et, tout au moins, en adéquation avec la vie sociale et le système de valeurs* » constitue « le pivot autour duquel s'articule le déterminisme de l'agir humain ». Dans cette perspective, la culture¹ agira sur la santé des enfants à travers les systèmes de valeurs et de normes régissant les différents domaines de la vie sociale des gens (Akoto, 1993). L'importance considérable accordée aux cultures traditionnelles par la population africaine place les facteurs culturels au premier rang des facteurs de risque de mortalité des enfants dans ce continent (Akoto, 1993).

On notera particulièrement ici l'influence de la culture sur les pratiques sanitaires et alimentaires des femmes vis-à-vis de leurs enfants. Les croyances étiologiques des maladies et

¹ Elle peut être définie par « un ensemble lié de manières de penser, de sentir, d'agir plus ou moins formalisées qui étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte » (Akoto, 1993).

les normes culturelles² qui prévalent dans le milieu où les femmes vivent, notamment celles relatives aux soins de santé et à l'alimentation, vont influencer la qualité des soins accordés à ces enfants. L'attachement de la population à sa culture d'origine conduit parfois certaines femmes à adopter des comportements conformes à ces normes bien que ceux-ci risquent de compromettre leur propre santé et celle de leurs enfants. La croyance en la réincarnation et en la vie de l'au-delà³ dans plusieurs ethnies de l'Afrique noire explique, par exemple, l'attitude fataliste de certaines femmes de ces ethnies vis-à-vis de la maladie ou de la mort de l'enfant (Akoto, 1993). De même, comme l'a souligné Vimard (1985, cité par Akoto, 1993), dans les sociétés africaines, la distance culturelle qui sépare la population des services de santé est parfois plus importante que la distance physique ; cela explique en partie la faible utilisation des services de santé modernes en Afrique.

Toutefois, le contact des individus avec les valeurs, les idées et les techniques de la culture occidentale ainsi que leur exposition à la modernité constitue un facteur susceptible de modifier leurs comportements (Fournier et Haddad, 1995). A cet effet, certains facteurs culturels tels que l'instruction des mères permettent à celles-ci d'acquérir des connaissances et des expériences personnelles favorisant un changement de mentalités et une rupture plus facile avec les cultures traditionnelles. De même, comme nous le verrons plus loin, la religion chrétienne, considérée comme « déstabilisatrice » de la culture traditionnelle africaine, figure également parmi les « facteurs d'acculturation⁴ » provoquant des changements de comportements considérables chez ses adeptes (Akoto, 1993).

Abordée dans ces sens, l'approche socio-culturelle s'appuie sur l'idée de conformité (ou non), c'est-à-dire de la permanence (ou non) de croyances par laquelle un individu

² Les normes culturelles font référence à des valeurs dominantes et des opinions partagées dans une société. Elles s'expriment sous forme de règles de conduite plus ou moins explicites en vue d'obtenir des comportements appropriés socialement (Fischer, 1996).

³ Cette croyance a trait à la perception de l'enfant. A cet effet, l'enfant est considéré comme un être à part entière à cheval entre les mondes d'ici bas et de l'au-delà. Il ne possède pas de statut d'être social sans traverser une première étape (par exemples : apparition de dents de lait, début de marche, premier mot, etc). Avant cette période d'intégration de l'enfant à la société, la mort de l'enfant est considérée comme fatale. Selon ces croyances, « les parents invisibles de l'enfant continuent à s'intéresser à lui au début de son aventure terrestre et le suivre jusqu'au moment où se réalise son intégration dans la société humaine. S'il est mal reçu ou mal traité, ils le rappellent à eux et l'enfant meurt. ». La perte d'un enfant n'ayant pas encore traversé cette première étape est anodine, car « il appartient à l'ordre de la nature et pas encore au social ». Pour plus de détails, voir Akoto (1993, pp 66-71).

⁴ L'acculturation est définie comme un processus par lequel une population, ayant été en contact direct prolongé avec des gens appartenant à une culture différente, adopte celle-ci ou certains traits culturels de ces individus (Akoto, 1993 : p.96).

répond à divers type de pressions du groupe. L'individu cherche ainsi à se mettre (ou ne pas se mettre) en accord avec les normes ambiantes par l'adoption (ou non) de comportements approuvés socialement (Fischer, 1996), en fonction de ses connaissances et sa capacité (ou non) à s'adapter aux valeurs modernes.

Toujours dans l'approche socio-culturelle, s'inscrit également une théorie qui met un accent particulier sur le rôle de l'organisation sociale dans la détermination des comportements des individus. L'idée principale ici est que chaque individu subit une influence sociale. Cette influence montre l'emprise que le social exerce sur lui et s'exprime par les modifications qu'elle entraîne au niveau des comportements (Fischer, 1996). Dans cette perspective, l'approche socio-culturelle se fonde donc sur le fait que les comportements ne peuvent être 'désocialisés'. Ceux-ci sont qualifiés de « comportements sociaux », impliquant les individus, les relations entre individus ainsi que leur environnement dans un réseau de relations sociales (Twumasi, 1986). Dans cette optique, les modifications des comportements sociaux des femmes peuvent résulter d'une pression (explicite ou implicite) exercée par les différents membres de leur entourage.

Au niveau du ménage, cette approche accorde une importance considérable aux relations de pouvoir qui règnent entre les époux ou entre les membres du ménage. Les facteurs en relation avec les rôles des différents membres de ménage, la répartition des tâches et la prise de décision dans les ménages peuvent affecter la santé des enfants. En cas de conflits de valeurs concernant la santé des enfants, les rapports qui règnent entre les femmes et leurs maris ou les autres membres de leurs ménages peuvent les amener à changer les représentations qu'elles ont de la maladie des enfants et par ricochet, à changer de comportements, à refuser de le faire ou à ne les modifier que partiellement (Desclaux, 1996). Dans le contexte africain, l'homme est perçu comme étant le chef au sein du couple. Même si les femmes ont la responsabilité du maintien de la santé, elles ont très peu de contrôle sur la répartition des ressources ou sur les décisions concernant les soins de santé (Safilios Rotschild, 1982). Les comportements des femmes vis-à-vis de la santé des enfants seraient ainsi déterminés par leur degré d'autonomie et la possibilité qu'elles ont de prendre une décision au sein de leur ménage (Basu, 1990 ; Castle, 1993).

Cette dernière théorie n'est pas ignorée par les chercheurs. Cependant, les données disponibles ne leur permettent pas souvent de la prendre en compte dans les analyses empiriques. Ainsi, on constate que dans les études sur les déterminants de la santé des enfants, les chercheurs se réfèrent souvent à deux groupes de variables (économiques et culturelles) et rarement aux variables liées à la structure de la parenté ou à la structure du pouvoir dans la famille ou dans le ménage. Ces dernières variables sont pourtant susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé des enfants. Peu étudiées par les démographes jusqu'à un passé récent, elles sont actuellement reconnues comme importantes dans les études des changements démographiques (Dormor, 1994).

Ces différentes approches montrent qu'une amélioration soutenue de la santé des enfants nécessiterait une transformation des conditions de vie des femmes aux niveaux économique, culturel et social. Le statut de la femme est la résultante de ces différents aspects, il figure parmi les facteurs de la santé des enfants qui ont particulièrement retenu l'attention des chercheurs dans ce domaine.

2.2. Synthèse sur les liens potentiels entre le statut de la femme et la santé des enfants

Comme souligné dans le chapitre précédent, les indicateurs de mesures du statut de la femme sont diversifiés, ils varient d'un auteur à un autre, selon les données disponibles et la problématique retenues. Dans cette partie, nous faisons une synthèse de la littérature existante sur les relations proposées entre le statut de la femme et la santé des enfants. Nous avons privilégié les variables les plus souvent utilisées dans la littérature pour appréhender le statut de la femme et dont nous pouvons disposer dans nos données.

2.2.1. Instruction de la femme et santé des enfants

L'instruction de la femme est l'une des variables auxquelles les auteurs se sont le plus intéressés dans la recherche sur les déterminants de la santé des enfants. C'est également une composante essentielle du statut de la femme ayant un impact déterminant sur la mortalité des enfants. La littérature abonde à ce sujet et la plupart des travaux ont mis en évidence l'importance de cette variable dans la détermination de la mortalité des enfants (Caldwell, 1979 ; Akoto et Tabutin, 1989 ; Hobcraft, 1993 ; Castle, 1993). Dans une étude portant sur 56

pays en voie de développement, Flegg (1982) (cité par Caldwell et Caldwell, 1993) a même souligné qu'il est plus important d'améliorer l'instruction maternelle que d'augmenter l'effectif du personnel médical pour qu'il y ait une baisse de la mortalité des enfants dans les pays en voie de développement, malgré le fait que la pénurie de personnel de santé y soit parmi les principaux problèmes à résoudre pour améliorer la santé des enfants. Aussi, considère-t-il qu'une baisse de l'analphabétisme féminine de 1% aurait un impact sur la mortalité infantile deux fois supérieur à celui d'une augmentation de 1% du nombre de personnel médical et trois fois supérieur à celui d'une augmentation de 1% du nombre de sage-femmes.

La mesure de l'instruction n'a toujours pas été la même dans les études menées à ce sujet. Certains auteurs se réfèrent au nombre d'années passées à l'école, d'autres au niveau d'études le plus élevé. *Quel que soit l'indicateur utilisé, il a été largement établi une relation inversement proportionnelle entre l'instruction maternelle et la mortalité des enfants.* Cette relation se traduirait au niveau individuel par un risque de décès de l'enfant issu d'une mère ayant une instruction élevée plus faible que celui d'un enfant né d'une mère illettrée.

Cependant, l'ampleur de son impact varie selon les pays, les régions et l'âge de l'enfant. Une étude des Nations Unies (1985) (citées par Kaufmann et Cleland, 1994) a montré que d'une manière générale, une année d'étude supplémentaire de la femme réduit de 2 à 5 % la mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire. Cleland et Ginneken (1989), quant à eux, ont suggéré qu'une augmentation d'une année d'instruction de la femme est associée à un déclin de 7-9 % de la mortalité des enfants en Amérique Latine. Enfin, l'étude de Akoto et Tabutin (1989), concernant des pays africains, a fait ressortir que la baisse de la mortalité des enfants résultant d'une amélioration de l'instruction de la femme y est beaucoup plus faible. Au Sénégal et au Bénin, la mortalité observée chez les enfants issus d'une mère illettrée est respectivement de 2,9 et 2,6 fois supérieure à celle qui a été enregistrée chez les enfants dont la mère a fait au moins sept années d'études, chaque année d'étude supplémentaire ne contribuant en moyenne qu'à une réduction de 2,3 % environ de la mortalité. Au Ghana et au Lesotho, cette réduction s'avère encore beaucoup plus faible (0,5%).

Ces résultats confirment ceux de l'étude Hobcraft (1993) qui mettent en évidence une faible ampleur de l'effet de l'instruction de la femme en Afrique au Sud de Sahara

comparativement aux autres pays. Le risque de décès avant l'âge de deux ans chez les enfants issus d'une mère ayant bénéficié d'au moins sept années d'études y est de 44% plus faible que celui enregistré chez ceux dont la mère est non instruite (contre 69% en Amérique, 59% en Asie et 58% pour l'ensemble des pays) (Hobcraft, 1993).

Par ailleurs, l'effet de l'instruction de la mère est généralement plus fort durant la période juvénile que durant la période infantile (Cleland et Van Ginneken, 1989 ; Akoto et Tabutin, 1989 ; Cleland, 1990). Ceci s'explique par l'importance des décès dus à des causes endogènes (prématurité ou infections congénitales par exemple) pendant les premiers mois de vie. Il importe néanmoins de noter quelques études dans lesquelles l'instruction de la mère ne semble pas avoir le rôle prépondérant qui lui est souvent accordé (Dackam, 1990 ; Banza, 1998). A Madagascar, l'effet de l'instruction de la femme s'avère très important pour la mortalité juvénile mais ne l'est pas pour la mortalité infantile (Rakotondrabe, 1996).

La littérature sur la relation entre l'instruction de la femme et les deux autres aspects de la santé des enfants que sont la morbidité et l'état nutritionnel, est moins abondante que celle relative à la mortalité. Les quelques rares études portant sur l'impact de l'instruction de la femme sur la morbidité de l'enfant dans les pays en développement se sont surtout focalisées sur la morbidité constituée par les maladies diarrhéiques. La plupart d'entre elles ont mis en exergue une association négative entre l'instruction de la femme et la prévalence de la diarrhée : cette dernière diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme (Cleland, 1990). Une étude de van Ginneken et Teunissen (1989) en milieu urbain en Ethiopie (Kirkos) a, par exemple, montré qu'après élimination des effets dus aux autres variables, l'instruction de la mère demeure un bon prédicteur de la morbidité diarrhéique. Les enfants nés de mère ayant un niveau d'instruction élevé ont moins d'épisodes diarrhéiques que ceux nés d'une mère non instruite. Ces résultats se vérifient également dans la plupart des pays où les données des enquêtes démographiques et de santé sont disponibles.

Néanmoins, ces résultats sont quelques fois controversés. El Samimni et al (1988), Becker et al (1986) et Bhuiya (1986) (cités par Cleland, 1990) n'ont pas trouvé de différence significative de la prévalence diarrhéique chez les enfants des femmes illettrées et ceux issus d'une femme lettrée au Soudan et au Bangladesh. A Madagascar, le rapport de l'EDS (1997) (p. 134) semble montrer que la prévalence de la diarrhée est plus élevée chez les femmes de niveau secondaire ou plus que chez les femmes non instruites. Ces résultats peuvent

cependant résulter d'une meilleure déclaration des cas de maladie de la part des femmes instruites comparativement aux autres (Streatfield, 1988 ; Tsui et al, 1988, cités par J. Cleland, 1990). En effet, les premières seraient plus sensibles au symptôme de maladie des enfants et auraient plus tendance à mieux déclarer les maladies.

Quant à l'état nutritionnel des enfants, quelques études réalisées en Asie ont montré un effet positif de l'instruction sur la croissance de l'enfant, indice de son état nutritionnel. Joshi (1994), par exemple, a observé dans un milieu rural du Népal une amélioration significative de l'état nutritionnel des enfants (mesuré par la taille par rapport à l'âge) avec un niveau d'instruction maternelle plus élevé.

Si l'effet bénéfique de l'instruction de la femme sur la santé des enfants fait presque l'unanimité parmi les chercheurs, la question des mécanismes d'actions par lesquelles elle influence ce phénomène est désormais centrale dans de nombreuses études. L'émergence des enquêtes qualitatives dans le domaine de la santé a permis aux chercheurs d'approfondir les études sur ce sujet. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les relations entre l'instruction de la femme et la survie des enfants.

On notera, avant tout, les avantages économiques qu'apporte l'instruction aux femmes leur permettant d'améliorer la survie de leurs enfants. L'instruction multiplie les chances des femmes d'exercer un emploi relativement bien rémunéré. Cet emploi permet de contribuer au revenu familial et d'augmenter les ressources matérielles et financières disponibles dans le ménage (Ware, 1984 ; Schultz, 1984). De plus, une femme ayant un niveau d'instruction élevé a plus de chance de se marier avec un homme ayant un bon statut socio-économique qu'une femme non instruite. Les données de l'Enquête sur la Mortalité Infantile dans les pays du Sahel (EMIS) ont, par exemple, permis de confirmer que plus le niveau d'instruction est élevé, plus grande est la proportion des mères salariées et/ou mariées avec un homme salarié (Banza, 1993). Elle est alors susceptible de vivre dans un ménage relativement aisé économiquement. Les conditions de vie dans un tel ménage lui permettent d'assurer une meilleure qualité d'alimentation à ses enfants, d'avoir un accès plus facile aux services de soins de santé modernes et d'assurer l'hygiène de l'environnement dans lequel ses enfants vivent, toutes choses qui sont de nature à améliorer les chances de survie des enfants.

Par ailleurs, l'instruction peut conduire les filles à retarder leur premier mariage, et par conséquent, à différer la date de leur première conception. Autrement dit, l' instruction leur permet d' éviter d' accoucher à un âge précoce dont l'effet négatif sur la santé des nouveau-nés a été suffisamment démontré (Hobcraft, 1993 ; Banza, 1998).

Une autre voie d' explication de l' effet de l' instruction de la femme renvoie à des hypothèses socio-culturelles relatives aux changements de comportements, d' attitudes et de manière de penser. Ces changements se traduisent notamment par une meilleure utilisation des services de santé moderne et des meilleures pratiques de santé dans le ménage, entre autres l'hygiène domestique (Mbacké et Van de Walle, 1989 ; Hobcraft, 1993 ; Akoto, 1993 ; Joshi, 1994 ; Macleroy, cité par Berman et al, 1997).

Pelissier (cité par Kaufmann et Cleland, 1994) a défini l'éducation comme étant un processus social qui permet à un individu de s'informer et d'acquérir de nouvelles connaissances. L'instruction formelle reçue par la femme lui confère la capacité de lire des imprimés ou des affiches contenant des informations sur la santé et de comprendre ces messages. Aussi, a-t-il été vérifié empiriquement à partir d' une étude qualitative portant sur des femmes rurales au Népal que l' aptitude de la femme à lire et écrire, à écouter et comprendre les informations diffusées à la radio s' accroît avec son niveau d' instruction (Joshi, 1994). Les mères instruites sont à même d' obtenir des renseignements sur la santé et d' en tirer profit (Banque Mondiale, 1993 ; Levine et al, 1991). En d' autres termes, l' instruction facilite la compréhension, l' assimilation et la mise en pratique par la femme des nouvelles informations auxquelles elle est exposée (Mechanic, cité par Joshi, 1994).

L' acquisition d' informations par le biais de l' instruction développe également chez la femme un sentiment de plus grande responsabilité vis à vis de la santé de ses enfants (Caldwell, 1981 et 1994 ; Banza, 1998). Une femme instruite cherche plus souvent à discuter avec son mari ou avec les autres femmes des problèmes de santé familiale. Ces discussions l' aident à accroître davantage ses connaissances sur les moyens de prévenir les maladies, sur les symptômes et les autres signes permettant de reconnaître les maladies et leurs traitements (Cleland, 1990). L' instruction favorise dès lors le rejet de certains comportements normatifs traditionnels néfastes à la survie des enfants, elle rend la femme moins fataliste et plus apte à

rompre avec les traditions pour procéder à un traitement adéquat des maladies (Caldwell, 1979 ; Venkatacharya, 1986). Comparée à une femme non instruite, une femme instruite est beaucoup plus consciente du bienfait d'un recours aux soins modernes.

En matière de vaccination des enfants par exemple, la compréhension de l'intérêt de cette pratique, de la spécificité des différents vaccins ainsi que de l'importance du respect du calendrier des vaccins par la mère amène cette dernière à faire vacciner ses enfants de façon complète (Streatfield, Singarimbun et Diamond, 1990 ; Ouedraogo, 1994). Das Gupta (1990) a souligné l'importance de la connaissance, de l'information et de la conviction de la femme en notant :

"Having an infant immunized requires a considerable degree of active participation on the part of the parents, in knowing and remembering when to have the child immunized and in being sufficiently convinced of the benefits of modern health care to put up with the distressing side-effects (fever with DPT, an unpleasant boil with BCG) of immunization, for the sake of the less tangible benefits of preventive health care " (p.497).

La plus grande propension des femmes instruites à utiliser les services de santé peut s'expliquer en outre par leur possibilité de se familiariser à divers contextes entraînant une aptitude à s'y adapter. Elles ont une plus grande capacité à comprendre les langages utilisés dans les différents lieux, notamment dans les services de santé et à s'exprimer dans les mêmes langages. Elles ont dès lors une facilité de communication avec le personnel de santé (notamment le médecin), en particulier, une meilleure compréhension des instructions données par les médecins ou le personnel médical. De même, elle exprime plus facilement les problèmes de santé de ses enfants au médecin.

Par ailleurs, comme l'a suggéré Caldwell (1981), lorsque la femme est instruite, elle a beaucoup plus de chance d'être écoutée et d'avoir un rapport de familiarité avec le médecin ou l'infirmier(ère), plutôt qu'un rapport d'autorité comme c'est généralement le cas entre celui-ci et une femme analphabète. Ces hypothèses ont pu être testées et confirmées empiriquement dans l'étude de A. Joshi (1994) examinant l'aptitude de la femme à discuter

du problème de santé de son enfant avec le médecin⁵. Abondant dans le même sens, d' autres études ont montré que les enfants issus d' une mère instruite reçoivent de meilleurs traitements dans les hôpitaux publics et les autres centres de santé comparativement aux autres (Maclean, 1974, cité par Joshi, 1994).

On ajoutera également que certains chercheurs considèrent l'instruction comme un vecteur de culture sanitaire moderne. C'est un instrument de propagation de la culture occidentale en même temps qu'un instrument d'innovation et de changement (Akoto, 1993). Le changement observé chez les femmes instruites résulte de leur désir de se conformer au mode de vie moderne et d'imiter les comportements urbains qui leur semblent beaucoup plus prestigieux. C'est l'imitation de ces comportements 'urbains' qui fait d'elle, par exemple, une meilleure utilisatrice des services de soins modernes (Joshi, 1994). De plus, selon « l'hypothèse de Lindenbaum », une femme instruite tend beaucoup plus à veiller sur l'hygiène domestique (propreté des aliments, de l'eau et de l'environnement immédiat de l'enfant) et expose ainsi son enfant à un moindre risque d'infection et de mortalité (Lindenbaum et al, 1985, cité par Cleland, 1990).

Toutefois, elle peut également adopter des comportements modernes défavorables à la survie de son enfant comme la pratique d'allaitement mixte ou du biberon qui diminue la chance de survie des enfants si des règles adéquates telles que l'hygiène relative à la stérilisation du biberon, la propreté de l'eau utilisée, le mode de préparation (la concentration du lait), ne sont pas observées. Il se peut donc que les effets bénéfiques d'une meilleure pratique en matière d'hygiène n'arrivent à compenser que partiellement les effets nuisibles du sevrage précoce.

L'adoption de ces comportements jugés « prestigieux » chez les femmes instruites résulte également d'une intériorisation des modes d'organisation et des méthodes enseignées à l'école qu'elles appliquent dans d'autres domaines tel que celui de la santé. Dans ce sens, l'habitude de régularité inculquée à travers l'école, l'emploi du temps rigoureux des enseignants appliqués dans le domaine de vaccination des enfants rendraient les femmes instruites plus sensibles au respect de calendrier (Ouedraogo, 1994).

⁵ Le test a porté à la fois sur l'aptitude de la mère à présenter l'état de santé de son enfant au médecin et sur le degré de confiance que ce dernier avait en son discours. La première était évaluée par le nombre d'intervention du médecin pour lui permettre de comprendre la mère tandis que la seconde était une simple opinion du médecin.

Il convient cependant de souligner ici une certaine divergence concernant l'effet de l'instruction sur l'utilisation des services de santé moderne pour les soins préventifs et curatifs. Si l'étude de Banza B.(1998) a montré une tendance à une meilleure utilisation de ces services aussi bien pour les soins curatifs que pour les soins préventifs par les femmes instruites, celle de Anrhud (1994) n' a montré aucun effet significatif de l'instruction sur l'utilisation des services de santé pour les soins curatifs. Ce résultat apparemment contradictoire reflète l' influence différentielle du contexte dans lequel l' étude a été menée.

Enfin, l'influence de l'instruction de la femme sur la santé des enfants s'effectue à travers des changements de la dynamique des relations familiales (Caldwell, 1979). L' instruction contribue à accroître la capacité des femmes à participer à la prise de décision au sein du ménage et lui confère une plus grande autonomie (Das Gupta, 1990 ; Dyson et Moore, 1983). Elle contribue ainsi à modifier le rapport de pouvoir dans le processus de prise de décision à l' intérieur du ménage : une femme instruite se trouve dans une situation d' une plus grande indépendance vis-à -vis de son mari et de sa belle-famille. Elle jouit d' une plus grande liberté vis-à -vis des 'contraintes' sociales qui lui sont imposées. Elle a une conscience précoce des problèmes notamment ceux qui touchent à la santé. Ces éléments vont contribuer à l' amélioration de la santé des enfants par le trichement de l' utilisation des services de santé moderne et de l' équité dans la distribution des ressources dans le ménage.

L' acquisition d' une autonomie par le biais de l' instruction peut cependant varier selon le type de décision à prendre. Anrhud (1994) a suggéré à cet effet qu' elle est beaucoup plus répandue pour les décisions touchant à l'aspect général de la vie quotidienne (par exemple : achat d'habit) que pour celles qui concernent la santé des enfants. Il peut arriver même parfois que l' hypothèse relative à l' acquisition d' une plus grande autonomie soit complètement réfutée. Ceci dépend du contexte dans lequel les femmes se trouvent. En Asie du Sud, par exemple, une femme instruite est même moins autonome que son homologue femme qui ne l'est pas (Kaufmann et Cleland, 1994). Il en est de même en Turquie (Gü rsoy, 1994).

Au total, grâce à une plus grande disponibilité de moyens, une meilleure capacité à comprendre et à identifier les problèmes de santé ainsi qu' à la possibilité de prendre part aux décisions familiales, l' instruction permet à la femme d'adopter des comportements favorables à la santé et à la survie des enfants. D' après tout ce qui précède, on peut souligner trois mécanismes par lesquels l' instruction maternelle peut agir positivement sur la survie des enfants : une meilleure utilisation des services de santé moderne, une meilleure qualité de vie et de nutrition, un plus grand souci d'hygiène des mères instruites par rapport à celles qui ne le sont pas et enfin très souvent, une plus grande possibilité de décider de la répartition des ressources.

Notons enfin que la plupart de ces explications sont validées sous l' hypothèse que c' est la mère qui assure les soins aux enfants. Sinon, ceci peut conduire à observer une différence peu marquée entre la santé des enfants nés d' une mère instruite et celle des enfants issus d' une mère non instruite. Tel peut être, par exemple, le cas à Ouagadougou où les soins autour de la naissance sont assurés par une vieille femme et non pas par la propre mère, la première étant considérée comme détentrice du savoir-faire relatif à l' entretien du bébé, et de ce fait, aucune différence significative au niveau des soins administrés aux enfants n' est observée (Ouedraogo, 1994).

2.2.2. Activité de la femme et santé des enfants

L' activité économique de la femme figure également parmi les variables qui ont retenu l' attention des chercheurs dans les études sur les déterminants de la santé des enfants. Plusieurs auteurs la considèrent comme l' indicateur le plus approprié du statut de la femme. Par rapport aux résultats des études ayant trait à l' instruction de la femme, on note cependant une plus grande divergence dans les conclusions des études portant sur l' impact de cette variable sur la santé des enfants. Sa relation avec la santé des enfants est beaucoup plus complexe. Cela provient en partie de la difficulté liée à la mesure de l' activité économique de la femme.

Conscients de l' intérêt de cette variable, les chercheurs ont pensé à développer des mesures élaborées, tenant compte du lieu de travail, de sa rémunération et parfois d' autres aspects qualitatifs de l' activité tels que l' emploi du temps, la disponibilité des moyens de production et le contrôle des ressources (Berman et al, 1997). Ceci rend cependant difficile sa

mesure ; les informations relatives à ces aspects n'étant pas toujours disponibles. De plus, Berman et al (1997) ont répertorié un certain nombre de problèmes lors de la saisie de l'activité de la femme : celle-ci peut avoir de multiples rôles économiques variant selon la saison par exemple. De plus, elle cumule à la fois un rôle productif (salarie) et un rôle au sein de la cellule domestique, rôle pour lequel elle ne sera pas rémunérée.

En dépit des limites que cela comporte, dans la plupart des études, les chercheurs se sont restreints à mesurer l'activité économique de la femme de la façon la plus simple, en distinguant deux groupes : 'travaille' et 'ne travaille pas'. Dans la littérature démographique, lorsqu'on parle d'une femme qui travaille, on fait généralement allusion à celle qui exerce un emploi rémunéré en dehors du foyer (Sivakami, 1997). Appréhendée de la sorte, les Nations Unies (1985) ont trouvé une association positive entre l'activité de la femme et la mortalité des enfants dans quelques pays de l'Afrique (Ghana, Kenya, Libéria et Nigéria). Le niveau de la mortalité des enfants chez les femmes qui ne travaillent pas s'est révélé plus élevé que celui observé chez les femmes qui travaillent. En revanche, les résultats des études de Basu et Basu (1991) et Zachariah et al (1994, cité par Sivakami, 1997) en Inde ont fait ressortir le contraire. Dans ce dernier pays, le risque de morbidité des enfants issus d'une femme qui travaille dépasse également celui des enfants nés d'une femme qui ne travaille pas (Sivakami, 1997).

L'impact négatif de la participation de la femme à une activité économique a fait l'objet de plusieurs tentatives d'interprétations et d'hypothèses explicatives. D'abord, en tant que mère, qu'une femme travaille ou non, c'est à elle qui revient en général l'assurance de la charge domestique : elle effectue la grande partie des travaux ménagers et prend soin des enfants (Berman et al, 1997). Le fait d'exercer une activité économique en dehors de l'activité domestique lui attribue donc un "double travail" qui peut entraîner l'épuisement de la mère et par conséquent, diminuer la qualité du lait et celle des soins qu'elle accorde à son enfant (Echarri Canovàs, 1994). En outre, le travail de la femme réduit le temps disponible à consacrer aux enfants. Le manque de temps dû à la participation de la femme à une activité économique en dehors de l'activité domestique (surtout qu'il s'agit souvent d'une activité exercée en dehors du foyer) semble être à la base des impacts négatifs de cette variable (Basu et Basu, 1991).

L'étude de Sivakami (1997), par exemple, a montré que les femmes qui travaillent en dehors de leur foyer consacrent pour les soins de leurs enfants environ 2,4 heures de moins que celles qui ne travaillent pas. Ceux-ci ne recevraient pas une attention complète de la part de leur

mère et ne bénéficieraient pas non plus de sa présence permanente. Cela n'est pas sans conséquence négative sur leur santé (Tulashidar, 1993 ; Basu et Basu, 1991). En effet, l'absence prolongée et continue de la mère ne prédispose pas celle-ci à remarquer et/ou à reconnaître la maladie et les besoins de ses enfants. Basu et Basu (1991) ont montré que les enfants constamment confiés à des nourrices courent un risque de décès plus élevé que ceux qui restent tout au long de la journée avec leur mère. Ce fut le cas chez les Peul et les Kel Tamasheq au Mali où les enfants des femmes Bella bénéficient de meilleurs soins que ceux des nobles que celles-ci servent (Randall et Hill, 1984).

En confiant leurs enfants à une tierce personne, les mères ignorent les problèmes sanitaires que ceux-ci peuvent avoir. En outre, la personne (grand-parent, sœur aînée ou nourrice) à qui la mère confie son enfant pendant son absence peut délaisser l'enfant ou ne pas veiller suffisamment sur la qualité et la propreté des aliments à donner à cet enfant (Desai et Jain, 1994). La pratique de confiage des enfants à une tierce personne diminuerait ainsi la qualité des soins administrés aux enfants et les rendrait plus vulnérables, ceux-ci étant exposés à de hauts risques de maladie. On peut ainsi tenter d'expliquer la mortalité élevée des enfants des femmes qui travaillent en dehors du foyer par leur incapacité à prendre soin de leurs enfants et par leur difficulté de trouver une personne sûre pour prendre soin adéquatement de ces enfants (Basu et Basu, 1991).

Par ailleurs, une femme qui travaille est souvent amenée à raccourcir la durée de l'allaitement ou à procéder précocement à un allaitement mixte (Sivakami, 1997). Cette situation diminue la protection immunitaire de l'enfant et l'expose à de haut risque de maladie ou de décès, surtout dans les pays en développement où la qualité des aliments de sévrage laisse à désirer, la qualité de l'eau utilisée pour la préparation du biberon est souvent médiocre et l'hygiène n'est pas toujours respectée lors de sa préparation.

Néanmoins, l'activité de la femme présente aussi des avantages pour la santé de ses enfants. Du point de vue économique, la première hypothèse évoquée pour expliquer l'impact positif de l'activité de la femme sur la santé des enfants est liée à l'altruisme maternel (Basu and Basu, 1991 ; Echarri Canovàs, 1994 ; Berman et al., 1997). S'il est vrai qu'une mère qui travaille peut être amenée plus facilement à raccourcir la durée d'allaitement de ses enfants, qu'elle dispose également de moins de temps pour s'occuper de ces derniers, de nombreuses études dans des pays en développement ont montré que ces inconvénients peuvent être compensés par les

avantages économiques que lui procure l'exercice du travail (Banque mondiale, 1993). Comme déjà souligné plus haut, une femme qui exerce une activité rémunérée contribue au revenu familial et participe donc à l'amélioration des conditions de vie dans le ménage dont l'effet sur la santé des enfants n'est plus à démontrer.

De plus, une large part du revenu de la femme est souvent utilisée pour le bien-être et la santé de la famille, et plus particulièrement ceux des enfants, alors que ce n'est pas toujours le cas pour le salaire de son mari⁶ (Basu et Basu, 1991 ; Engle, 1993). À cet effet, une étude menée à Kerala en Inde a effectivement montré une association positive entre le salaire de la femme et la nutrition de l'enfant, alors que cette association n'a pas été observée pour le salaire de l'homme (Kumar (1977), cité par Tulashidar, 1993). Ainsi, concernant la contribution des membres du ménage au revenu familial, celle de la femme sera le plus bénéfique à la santé des enfants. L'agence internationale du développement confirme ce fait en mentionnant « *it is often from women's income, not men's, that basic survival needs of families are met* ». Il convient cependant de noter que comparés aux hommes, les emplois occupés par les femmes sont dans la plupart précaires et mal payés, et que les avantages économiques procurés par ces emplois n'arrivent pas toujours à contrebalancer leurs effets négatifs sur la santé des enfants.

D'une manière générale, homme et femme affichent des comportements différentiels vis-à-vis de l'utilisation de leurs revenus. Ces différences résultent d'un ensemble de valeurs qui inculquent à la femme un sentiment d'une plus grande responsabilité vis-à-vis des enfants et de ce fait, la conduisent à placer l'alimentation, les services de santé et le bien-être de ses enfants au-dessus de toute autre considération (Echarri Canovàs, 1994 ; Berman et al, 1997). Les femmes sont à cet effet plus attentives et plus sensibles aux besoins des enfants que les hommes (Engle, 1993).

Même dans les régions où la pratique de la discrimination entre les filles et les garçons est relativement répandue, lorsqu'une femme dispose des ressources financières suffisantes, ce sens de responsabilité l'incite à traiter et à s'occuper des enfants des deux sexes de la même manière. Selon les économistes, plus les ressources financières sont disponibles, plus les investissements s'effectuent de façon égalitaire pour les filles et les garçons et plus faible est la mortalité différentielle entre les deux sexes (Berman et al., 1997). En revanche, l'insuffisance de

⁶ Certes, les revenus du mari contribuent de façon implicite à l'amélioration de la santé des enfants et de la famille. Ceux des femmes y sont particulièrement destinés.

moyens peut être à l'origine d'une discrimination beaucoup plus prononcée à l'égard des petites filles. Disposant de ressources limitées, certaines femmes, notamment celles qui ne travaillent pas, sont obligées d'opérer des choix et ont tendance à privilégier les garçons, supposant que ceux-ci ont plus de chance d'engendrer davantage de revenus dans l'avenir, et de pouvoir ainsi assurer une certaine sécurité aux parents dans les vieux jours (Muhuri et Preston, 1991 cités par Banza, 1993).

Toujours du côté positif de l'activité économique féminine, on notera également que comme l'instruction, son exercice confère à la femme une plus grande ouverture d'esprit et la met en contact avec d'autres personnes. Travailler en dehors du foyer donne ainsi l'opportunité à la femme d'accumuler un stock de connaissances sur la santé et de prendre davantage conscience des besoins des enfants et des bénéfices des soins de santé modernes (Berman et al., 1997). Dans le cas des salariées, l'activité facilite également l'accès aux services de santé. A cet effet, les femmes salariées et souvent aussi, leur famille, peuvent bénéficier d'une prise en charge des frais de soins (Echarri Cánovas, 1994).

En outre, la possibilité d'exercer une activité rémunérée offre également une alternative à un mariage précoce suivi de grossesses fréquentes. Une femme qui travaille peut de ce fait, éviter la compétition entre enfants pour les ressources du ménage et veiller à la qualité des enfants en assurant la satisfaction de leurs besoins nutritionnels.

Enfin, l'activité économique de la femme peut être un instrument lui permettant d'améliorer son pouvoir à l'intérieur du ménage (Berman et al., 1997). La contribution de la femme au revenu et aux dépenses familiales peut conférer à la femme une indépendance économique vis-à-vis de son mari et lui offre une plus grande latitude pour structurer les dépenses selon sa conception (Sivakami, 1994 ; Desai et al, 1994 ; Basu and Basu, 1991). En permettant à la femme d'avoir une plus grande capacité à influencer les décisions à l'intérieur du ménage et un meilleur contrôle sur ses choix personnels, elle renforce la capacité de la femme à négocier avec son mari dans les domaines qui touchent à la santé (Engle, 1993). D'une manière générale, comme l'ont bien affirmé Berman et al (1997), les femmes qui travaillent ont plus de possibilité de participer aux décisions du ménage et d'avoir une autonomie que celles qui ne travaillent pas.

3.2.3. Religion de la femme et santé des enfants

La religion peut se révéler également comme un facteur de différenciation de la santé des enfants. Cependant, elle n'a pas aussi souvent retenu l'attention des chercheurs que les autres facteurs (Akoto, 1992). Des études ont montré l'existence d'une forte association entre l'appartenance religieuse de la mère et la mortalité de ses enfants. D'une manière générale, ces études ont permis d'observer une mortalité plus faible chez les enfants des femmes de religion chrétienne que chez les autres. Dans les pays comme le Cameroun, le Kenya, le Lesotho et le Sénégal, par exemple, les enfants nés de chrétiennes courent un risque de mortalité avant le cinquième anniversaire de 15 à 73 % inférieur à celui des enfants issus d'adeptes d'autres religions (Akoto et Tabutin, 1989 ; Akoto, 1992). Toutefois, l'effet de cette variable semble diminuer ou disparaître en présence des autres facteurs.

Les chercheurs ont tenté d'expliquer les variations de la mortalité selon la religion par des différences de pratiques et de comportements. La religion est un système institutionnel qui véhicule un certain nombre de valeurs et de normes, et régit la vie des fidèles sur les plans comportemental, physiologique et psychique. L'influence de la religion sur la survie des enfants s'exerce notamment à travers les pratiques alimentaires, les croyances vis-à-vis de la maladie et les recours thérapeutiques associés. Un lien direct entre la religion et la santé des enfants peut s'établir dans la mesure où la foi de l'individu le prédispose à accepter ou à refuser certaines pratiques de santé (Twumasi, 1986). On peut, par exemple, citer chez certaines femmes le refus de transfusion sanguine ou de vaccination de leurs enfants à cause de leur affiliation religieuse.

Le christianisme, en véhiculant les cultures occidentales, générera des comportements et attitudes différents du modèle traditionnel chez les adeptes de la religion chrétienne (Akoto et Tabutin, 1989 ; Akoto, 1993). L'incitation des premiers missionnaires chrétiens à l'accouchement à la maternité ou en milieu hospitalier et à l'abandon des rites traditionnels entourant la naissance d'un enfant a fait des femmes chrétiennes de plus grandes usagères des services de santé moderne (Akoto, 1992 ; Akoto, 1993). Celles-ci recourront plus volontiers à la médecine occidentale que les autres, et renonceront plus facilement à toute pratique de superstition, de fétichisme et de magie. Plutôt que de penser à des causes surnaturelles et socio-psychologiques des maladies, les chrétiennes ont dès lors plus de chance d'attribuer les maladies à des causes biologiques ou infectieuses (Akoto, 1993). Cette perception des causes de la maladie est de nature à atténuer le risque de mortalité auquel les enfants sont exposés.

Par ailleurs, les chrétiennes, auraient plus tendance à ne pas faire de discrimination entre les enfants considérés comme des dons de Dieu. Elles accorderaient les mêmes soins aux enfants des deux sexes, contrairement aux femmes musulmanes qui ont tendance à favoriser les garçons par rapport aux filles (Akoto, 1993).

Sur le plan alimentaire, les femmes adhérant au christianisme se sentiraient libérées des croyances et des interdits alimentaires. Lorsqu'elles sont enceintes, elles éviteraient, par exemple, le respect de certains tabous relatifs à la consommation de certains aliments comme l'œuf, le poisson ou la viande, des aliments riches en protéine. Une meilleure alimentation pendant la période de grossesse constitue ainsi un avantage chez les femmes chrétiennes.

Toutefois, l'avantage lié au changement de leur pratique alimentaire au niveau des enfants en bas âge est moins évident. Les femmes chrétiennes auraient en même temps plus tendance à abandonner le respect de l'allaitement au sein prolongé, substituant le lait maternel par le lait artificiel. Ces pratiques sont pourtant reconnues comme nuisibles à la santé des enfants surtout en Afrique où le biberon est souvent préparé dans de mauvaises conditions d'hygiène (Akoto, 1993). En outre, la religion musulmane recommande à ses fidèles d'observer une période d'abstinence sexuelle post-partum de quarante jours, mais la durée de cette période est généralement plus courte chez les chrétiennes. Ceci peut donc réduire l'intervalle entre deux naissances dont l'impact sur la mortalité des enfants est suffisamment connu (Akoto, 1993), sauf si elles sont disposées à utiliser la méthode de planification familiale.

Il convient cependant de noter que les différences de mortalité observées entre les confessions religieuses ne reflètent pas toujours l'influence propre de l'appartenance religieuse. Elles peuvent plutôt refléter des différences d'instruction ou d'accès aux ressources. Parlant de l'impact de l'appartenance culturelle sur la mortalité des enfants, les résultats de l'étude de Castle (1993) relatifs aux différences inter-ethniques de la mortalité des enfants au Mali ont bien fait ressortir que les variations des comportements et de la mortalité à l'intérieur des deux populations ne résultent pas uniquement des différences de croyances ou de culture. Il ressort de cette étude que : « *variations in health behaviour and mortality outcomes within the populations reflect not simply 'ethnic' differences in beliefs or culture, but rather real differences in mothers social positions within their family environments and in their access to household resources for children's treatments and care* » (p.137).

Le christianisme peut être considéré comme un facteur de promotion de changement et l' instruction a été utilisée par les missionnaires chrétiens comme un instrument d' évangélisation et de changement. Comparées aux autres, les femmes chrétiennes ont plus de chance d' être scolarisées (Akoto, 1992 ; Akoto, 1993). L' avantage scolaire dont bénéficient ces chrétiennes se traduira ensuite du point de vue économique par un niveau de vie meilleur et donc des avantages déjà énumérés, contribuant à augmenter la chance de survie de leurs enfants. De ce fait, la meilleure survie des enfants issus d' une femme chrétienne comparés à ceux qui sont nés d' une mère adepte d' une autre religion serait donc liée à l' avantage de leur mère dans des domaines aussi divers que l' instruction, l' accès aux services de soins de modernes, l' accès aux ressources économiques, etc.

Enfin, une dernière hypothèse plausible - qui peut cependant être matière à débat - dans l' explication de l' influence de la religion sur la santé des enfants réside, dans l' éventuel rôle que celle-ci joue dans les rapports sociaux de sexe. En effet, dans les traditions religieuses, on retrouve également les représentations différenciées de l' homme et de la femme définissant de façon explicite ou non les normes qui doivent régir leurs comportements et leur place dans le champ social (Azaria, inedit). Le point commun à la plupart des lois religieuses est la discrimination contre les femmes (Véron, 1997) : la place accordée aux femmes dans la société et dans les institutions religieuses est celle qui est manifestement subordonnée à l' homme. Toutefois, étant favorable à la scolarisation des femmes et donc à l' accès de ces dernières aux ressources économiques, le christianisme est susceptible -au moins en partie- de marquer une rupture. Si l' on peut admettre que la scolarisation des femmes favorise un rapport plus égalitaire au sein du couple donnant lieu à une possibilité de renégociation de la participation de la femme à la prise de décision au sein du ménage, on pourrait également penser observer un effet similaire de la religion.

2.2.4. Niveau d' instruction/activité du mari et santé des enfants

Il est vrai que si l' intérêt porté par les chercheurs sur les relations entre les caractéristiques du père et la santé des enfants n' est pas aussi important que celui réservé à celles de la mère, ces variables ont néanmoins fait l' objet d' un certain nombre d' études dans la recherche sur les déterminants de la santé des enfants. Cet intérêt résulte du fait que la responsabilité des parents sur les soins des enfants ne se limite pas à la mère : le père joue

également un rôle décisif dans les soins des enfants (Desclaux, 1996). Dans la plupart des pays africains, les mères sont confinées aux charges relevant des soins aux enfants ; les pères, quant à eux, sont ceux qui prennent les décisions concernant les soins et qui assurent la prise en charge des frais y afférents. Il ressort de la littérature que l' instruction et l' activité du père jouent également des rôles déterminants dans la survie des enfants.

L' instruction du père exerce en général un effet positif sur la santé des enfants. Autrement dit, une élévation du niveau d' instruction du père correspond à une réduction du risque de mortalité des enfants. Cependant, cet impact diffère selon les pays. Dans certains pays comme le Ghana, le Rwanda et Lesotho, par exemple, Akoto et Tabutin (1989) ont montré que l' instruction du père n' a qu' un assez faible impact sur la mortalité entre 0 à 5 ans des enfants alors qu' elle joue un rôle fondamental au Sénégal. D' une manière générale, elle a globalement moins d' influence sur la mortalité des enfants que l' instruction de la mère.

Pourtant, des études ont fait ressortir une prépondérance de l' instruction du père dans la détermination de la mortalité des enfants dans certaines régions. C' est notamment le cas à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) où le niveau d' instruction du père s' est même révélé comme le premier facteur déterminant de la survie des enfants (Banza, 1993). Après contrôle des autres variables socio-économiques, cette variable reste associée significativement à la mortalité des enfants. Les résultats de son étude ont montré qu' une instruction du père jusqu'au niveau primaire est associée à une baisse appréciable de 31% du risque de mortalité des enfants, cette baisse s' élevant à 61% lorsque le père atteint le niveau secondaire ou plus. De même, à Madagascar, le risque de mortalité des enfants entre les enfants nés d' un père instruit et ceux nés d' un père illettré va du simple au double (Rakotondrabe, 1996).

Par rapport à l' activité du mari, l' étude de Akoto et Tabutin (1989) a fait ressortir qu' au Cameroun et au Kenya, il existe une très forte surmortalité infantile chez les enfants des paysans comparés à ceux des cadres et des techniciens supérieurs. Cette inégalité est beaucoup plus marquée pour la mortalité juvénile que pour la mortalité infantile. A Madagascar également, les enfants des chômeurs constituent le groupe à haut risque de mortalité, suivis de ceux des agriculteurs (Rakotondrabe, 1996).

L'impact de ces variables s'opère de diverses manières. De prime abord, l'instruction et l'activité du père sont souvent considérées comme des indicateurs du niveau de vie économique du ménage. Elles reflètent le niveau de revenu du ménage, une variable difficile à saisir lors des opérations de collecte de données. On notera, par exemple, que les chômeurs ne disposent pas d'assez de ressources leur permettant d'assurer des conditions favorables à la survie des enfants et que les revenus tirés des travaux agricoles sont souvent plus faibles que ceux des travaux non agricoles.

Ces deux variables peuvent ainsi agir sur la mortalité des enfants à travers l'amélioration du pouvoir d'achat du ménage. Comparés aux enfants issus d'une femme mariée à un homme non instruit et/ou qui travaille dans le secteur agricole, ceux qui sont nés d'une femme mariée à un homme ayant un niveau d'instruction élevé et/ou exerçant une activité dans le secteur formel ont une plus grande chance d'être emmenés dans une structure sanitaire moderne pour être soignés lorsqu'ils sont malades. Disposant de moyens financiers suffisants, les parents de ces derniers auront recours rapidement aux services de santé quand ils identifient le problème de santé de leurs enfants. De même, ces derniers ont également plus de chance d'être entourés d'un environnement propice à leur survie (disponibilité des installations sanitaires, accès à l'eau potable, bon cadre de vie, environnement salubre, ...). Enfin, ils ont une plus grande chance de recevoir des aliments de bonne qualité leur assurant une meilleure nutrition (Gürsoy, 1994 ; Banza B., 1998).

En dehors du fait que ces variables constituent des proxy du niveau économique du ménage, elles peuvent également procurer d'autres avantages ayant trait aux autres aspects de la santé familiale, notamment les croyances relatives à l'origine des maladies et les comportements thérapeutiques qui en découlent (Banza, 1993). L'instruction du mari détermine le degré de ses connaissances sur les sujets relatifs à la santé (nutrition, soins préventifs et curatifs, hygiène...) et le travail de Inkeles (1983) (cité par Ouedraogo, 1994) a montré que les hommes scolarisés ont des opinions plus modernes. Comme les femmes scolarisées, ils ont une notion plus rigoureuse du temps et sont plus ouverts aux idées nouvelles, ils sont plus actifs notamment dans la gestion des problèmes quotidiens et arrivent à accepter plus facilement les changements (Ouedraogo, 1994).

De même, l'exercice par le père d'un travail non agricole ou dans le secteur formel lui permet d'avoir des contacts avec le monde extérieur et d'acquérir plus d'informations

concernant la santé. Il lui permet donc d' avoir une plus grande ouverture d' esprit. Le fait que le mari soit instruit ou travaille dans le secteur non agricole pourrait ainsi favoriser chez sa femme et les autres membres de sa famille l'adoption de comportements favorables à la santé des enfants, entre autres l'adoption de mesures d'hygiène salutaire pour les différents membres du ménage (Banza, 1998).

Néanmoins, ces variables sont également susceptibles d'affecter négativement la santé des enfants. Une femme mariée à un homme instruit et/ou salarié peut être amenée à négliger les soins à administrer à ses enfants. Comme souligné plus haut, si elle travaille, une telle femme n'a souvent pas assez de temps disponible pour s'occuper de ses enfants ; et même si elle ne travaille pas, ayant un niveau de vie relativement élevé, elle a le moyen d'embaucher une femme de ménage à qui elle confie tous les soins des enfants. Or, celle-ci peut ne pas avoir les connaissances requises pour administrer les soins adéquats à ces enfants et cela peut ainsi compromettre la survie et la santé des enfants.

2.3. Mécanismes d'actions du statut de la femme sur la santé des enfants

De ce qui précède, quel que soit l'indicateur considéré, il ressort que le statut de la femme n'agit pas directement sur la santé des enfants. Son effet passe à travers des variables intermédiaires : les comportements des mères en matière de santé et des variables liées à l'enfant ou à la maladie. Ces variables sont également appelées les déterminants proches de la santé des enfants. Nous allons dans la suite nous intéresser aux comportements des mères et à leurs conséquences sur la santé des enfants d'une part, et aux variables liées à l'enfant d'autre part.

2.3.1. Les comportements sanitaires des femmes

On peut distinguer deux types de comportements sanitaires. Le premier est constitué des comportements préventifs, regroupant toutes les dispositions prises par les femmes pour préserver leur santé et celle de leurs enfants, protégeant ces derniers contre les maladies. Ils comprennent les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals dont la vaccination des enfants. Le second type, quant à lui, prend en compte l'ensemble des mesures prises en cas de maladie pour chercher la guérison, ce sont les comportements curatifs.

a) Les comportements préventifs

❖ *Les soins prénatals*

La surveillance médicale au cours de la grossesse est une mesure préconisée depuis longtemps afin que les femmes évitent tout danger pouvant menacer leur santé et la survie des enfants. Les soins prénatals visent des objectifs multiples. Ils permettent aux femmes enceintes d'atteindre l'issue de la grossesse en bonne santé, en les mettant à l'abri de tout problème psychique ou psychologique survenant durant la grossesse ; de prévenir toute complication pendant et après la grossesse, y compris leurs anxiétés vis-à-vis de la grossesse ; de les préparer à la naissance et à la prise en charge du nouveau-né ; enfin, de les informer des soins des enfants et des régimes alimentaires favorables à la santé des enfants (De Brouwere et Richard, inédit).

Lors de ces visites, le personnel médical effectue des examens médicaux des parturientes pour détecter les pathologies susceptibles d'avoir un effet sur le développement et la croissance du fœtus, et pour dépister toute anomalie pouvant mettre en danger la santé de la mère et celle de son enfant. Il surveille également l'augmentation du poids de la mère au cours de la grossesse, celle-ci étant nécessaire pour permettre à la mère de pourvoir aux besoins du fœtus et de garantir la croissance de ce dernier et d'assurer les dépenses énergétiques nécessaires à la production lactée. De plus, il essaie de gagner la confiance de ces parturientes en se mettant à l'écoute des femmes pour se donner, en retour, l'occasion d'être écouté et de prodiguer aux femmes des conseils pratiques concernant la préparation de l'accouchement, les soins postnatals et la nutrition de la mère et de l'enfant. Ainsi, en dehors des avantages purement médicaux, les soins prénatals apportent également un support psychologique aux femmes enceintes. Ces visites donnent également l'occasion aux femmes de recevoir des vaccins antitétaniques pour contribuer à la protection du fœtus et du nouveau-né contre le tétanos.

Par ailleurs, un suivi prénatal, pour être qualifié de « bon », doit tenir compte de la précocité, de la régularité des consultations prénatales ainsi que la qualification de la personne qui fait la consultation. Des études ont mis en évidence les avantages des visites prénatales précoces et régulières sur la santé de la mère et celle de ses enfants (Dackam, 1990 ; Mbacke et Walle, 1989). Une visite précoce (dans le premier trimestre de la grossesse) permet

d'établir l'état de santé général de la femme enceinte et de détecter très tôt une éventuelle anomalie de la grossesse ou d'autres problèmes spécifiques tels que l'anémie, les infections ou autres maladies pouvant affecter le déroulement de la grossesse (Grenier et Gold, 1986). Par ailleurs, une visite régulière permet d'apprécier de façon continue l'évolution de la croissance fœtale.

Ainsi, tout au long de la période de grossesse, il lui est recommandé d'effectuer des consultations régulières pour vérifier son état de santé général et pour suivre le développement et la croissance du fœtus. D'une manière générale, pendant cette période, la femme doit se faire examiner au moins trois fois, à savoir au cours du premier trimestre de la grossesse, au 6^e et au 8^e mois de la grossesse (CIE, 1992). Selon les besoins, elle peut multiplier le nombre de consultations prénatales. Enfin, le fait d'être suivie par le médecin ou un personnel médical qualifié réduit le risque d'accidents au moment de l'accouchement si celui-ci assiste à l'accouchement (Akoto et Hill, 1988).

Bref, la fréquentation des services obstétricaux revêt une importance cruciale. Le respect des recommandations relatives au suivi de la grossesse et de la vaccination antitétanique permettra d'éviter un nombre élevé de décès dus à des causes périnatales et au tétanos néonatal, qui figurent parmi les principales causes de la mortalité des enfants pendant la prime enfance, particulièrement au cours des premiers mois de vie. En Afrique, le tétanos néonatal peut représenter jusqu'à 69% des décès survenus au cours de la période néonatale (Akoto, 1985 ; Leroy et Garenne, 1989).

Des études ont mis en évidence les avantages de la prise en charge médicale de la grossesse sur la santé de la mère et celle de ses enfants (Dackam, 1990 ; Mbacke et Walle, 1989 ; Van Der Veen, 1996). L'étude de Dackam (1990) a mis en évidence une relation négative entre le nombre de visites prénatales et le risque de décès infantile à Yaoundé : le risque de décès chez les enfants dont les mères ont eu moins de trois consultations prénatales durant la période de grossesse est relativement plus élevé que celui des enfants dont les mères ont effectué plus de trois consultations. Une étude récente de Akoto et Tambashe (2002) portant sur quelques pays africains (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Zimbabwe et Tanzanie) a également fait ressortir qu'au niveau national, le fait pour une mère de ne pas effectuer de visite prénatale ou de le faire tardivement augmente de 36 à 70% environ le risque de décès en très bas âge de son enfant.

Cependant, il existe un biais potentiel de l'effet de la fréquentation des services obstétricaux sur la survie des enfants. Ce biais est lié au phénomène d'hétérogénéité non observée dans les comportements des mères en matière de soins prénatals (Banza, 1999). En effet, le recours aux consultations prénatales pourrait être lié aux problèmes de santé de la femme. Une fréquence élevée des consultations prénatales peut résulter de problèmes de santé de la femme et peut ne pas être associée favorablement à la santé des enfants.

De plus, les comportements des mères en matière de visite prénatale peuvent dépendre de leurs expériences antérieures. Pour une femme qui en est au minimum à sa deuxième grossesse, les difficultés liées à la grossesse éprouvées par le passé pourraient l'amener à recourir davantage aux soins prénatals. Par contre, la femme peut se permettre de se passer de visite prénatale si elle n'a rencontré aucun problème lors de la première grossesse. Ceci pourrait justifier en partie l'absence de l'effet de la prise en charge médicale sur la survie des enfants observée dans certains pays comme le Niger (Harouna, 1998) ou bien la relation inverse telle que trouvée au Burkina Faso et en milieu urbain au Zimbabwe (Akoto et Tamashe, 2002).

Par ailleurs, il importe de souligner deux obstacles importants entravant la réussite des consultations prénatales et ne permettant pas d'atteindre les objectifs assignés à la surveillance prénatale. D'une part, on notera le manque de rigueur de la part des membres du personnel de santé dans l'application des soins, les mauvaises qualités de soins et d'accueil réservées aux parturientes (De Brouwere et Richard, inédit). D'autre part, il existe des décès liés à la grossesse ou à l'accouchement qui sont difficilement évités par les soins prénatals. A cet effet, même dans les pays développés où les services obstétricaux sont censés être bien équipés, certaines complications obstétricales telles que les hémorragies surviennent lors de l'accouchement sans que les femmes puissent en être prévenues lors de la surveillance prénatale (Beninguisse, 2002).

❖ *Les soins pendant l'accouchement*

Les pratiques de soins pendant l'accouchement sont également des facteurs importants pour la survie et la santé des enfants. Le lieu d'accouchement et la personne qui a assuré l'assistance à l'accouchement peuvent être considérés comme des indicateurs de la qualité de soins reçus pendant l'accouchement. Un milieu hospitalier est souvent considéré comme le

lieu associé à un moindre risque de décès pour l'enfant. D'une part, il permet d'assurer le déroulement de l'accouchement dans des conditions d'hygiène suffisantes pour éviter à la mère et à l'enfant des risques élevés d'infection par des maladies. A cet effet, en milieu hospitalier, la sage-femme ou le personnel médical éviteront ainsi tout risque de contamination de l'enfant et de la mère par, entre autres, l'utilisation des instruments stérilisés pour couper le cordon ombilical (Venkatacharya et Teklu, 1986 ; Leroy et Garenne, 1989 ; Desgrées du Loû, 1996). En effet, selon la tradition en vigueur dans certaines régions d'Afrique noire, le cordon ombilical sera coupé à l'aide d'un rasoir. La stérilisation de cet outil n'étant pas toujours assurée, cette pratique risque d'entraîner une infection.

Par ailleurs, les sages-femmes ou le personnel médical pourront intervenir, en cas de complication, pour assister la femme lors de l'expulsion du nouveau-né et pour éviter au maximum tout problème pouvant mettre en danger la survie de la mère et de l'enfant. L'assistance des personnes qualifiées en milieu hospitalier permet également de soutenir et de reconforter la parturiente. Leur intervention est surtout indispensable pour les femmes primipares, ou lors d'une naissance prématurée ou d'un accouchement compliqué.

Sachant que les accidents à l'accouchement et le tétanos néonatal figurent parmi les causes principales de décès néonataux (Venkatacharya et Teklu, 1986 ; Akoto et Hill, 1988), un accouchement en milieu hospitalier permettra ainsi de diminuer le risque de décès de l'enfant. A cet effet, on peut citer, entre autres, les études de Venkatacharya et Teklu (1986), Degrés Du Loü (1996), Akoto et Tambashe (2002) qui ont montré que la survie des enfants dépend dans une large mesure des conditions et du lieu d'accouchement. De cette dernière, il ressort qu'au Burkina Faso et en Tanzanie, le fait pour une mère de se faire assister par un personnel médical qualifié réduit sensiblement, avec une baisse de l'ordre de 35 à 40%, le risque de décès infantile.

On peut également dire qu'en évitant parfois le décès maternel au cours de l'accouchement ou dans l'immédiat post-partum, les soins obstétricaux donnent de meilleure chance de survie à l'enfant, le décès maternel étant associé à un risque plus élevé de mortalité infantile.

Toutefois, actuellement, des efforts restent à déployer pour créer dans certains milieux hospitaliers un cadre favorable au bon déroulement de l'accouchement. En effet, les

conditions d'accouchement y sont parfois déplorables. On notera plus précisément les problèmes liés au manque de matériel adéquat, l'insalubrité de la table d'accouchement utilisée en commun, etc. De plus, le lieu d'accouchement dans ces milieux hospitaliers ne répond pas toujours au souci de discrétion, de sécurité et de convivialité, indispensables à la femme pour faciliter l'accouchement (Beninguisse, 2002). Ainsi, même si le problème le plus important, c'est le manque de personnel formé ainsi que le manque de matériel et d'hygiène, on notera que les femmes n'éprouvent pas toujours le sentiment de sécurité dont elles ont besoin pendant ce moment douloureux si elles accouchent dans un endroit où plusieurs femmes accouchent en même temps dans une même salle et où aucun membre de la famille ne peut venir l'assister pour la soutenir et l'encourager. Ceci expliquerait en partie les résultats apparemment paradoxaux observée dans certains pays comme le Cameroun (en milieu urbain), Togo et Zimbabwe (Akoto et Tambashe, 2002) concernant la relation entre la prise en charge médicale de l'accouchement et la survie des enfants : les femmes préfèrent accoucher à la maison, l'accouchement à l'hôpital concerne surtout les cas de complications.

❖ *Les soins postnatals*

Les soins prénatals désignent l'ensemble des mesures prises depuis la naissance de l'enfant jusqu'au deuxième anniversaire en vue d'assurer le maintien et le suivi de son état de santé. Ils consistent à effectuer des visites médicales au cours desquelles le médecin établit un bilan de santé de l'enfant et administre les soins nécessaires pour maintenir celui-ci en bon état de santé. Ainsi, au cours de ces visites :

- 1) l'enfant subit une série d'examen médicaux permettant d'évaluer son état de santé. Un examen médical effectué au cours de la première semaine de la vie de l'enfant est indispensable pour dépister d'éventuelles malformations, des troubles d'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine, des symptômes précoces d'une pathologie néonatale. Un autre examen médical systématique doit également être effectué au cours du neuvième mois de l'enfant pour dépister d'autres troubles provoquant des handicaps sensoriels, moteurs ou intellectuels avant l'âge de la marche et du langage d'imitation.
- 2) le médecin prend les mensurations nécessaires pour la surveillance de la croissance, du développement somatique et de l'état nutritionnel de l'enfant. Il prend les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien.

3) l'enfant reçoit les vaccins nécessaires pour sa protection contre les différentes maladies.

En principe, un enfant ayant subi régulièrement ces soins postnatals possède un carnet de santé qui contient tous les résultats des examens effectués, le bilan de santé effectué ainsi que des courbes des mensurations et un carnet de vaccination dans lequel les types et les dates des vaccins reçus sont mentionnés. Cependant, seules les informations sur la vaccination sont disponibles dans la plupart des données de l'enquête EDS⁷. De plus, la vaccination des enfants revêt une importance particulière dans la santé des enfants. Elle a ainsi retenu l'attention des chercheurs dans les recherches explicatives de la santé des enfants. Examinons donc en plus de détail les avantages de la vaccination des enfants.

La vaccination des enfants

La résistance de l'enfant aux agressions biologiques dépend en partie des facteurs tels que son statut nutritionnel et son passé médical. Elle est renforcée par la présence d'anticorps dans l'organisme. Les mécanismes d'action de la résistance due à ces premiers facteurs sont mis en œuvre chaque fois que l'individu est en contact avec un organisme étranger à son corps tandis que les actions des anticorps se manifestent en présence des infections spécifiques. Les anticorps (naturels ou artificiels) se chargent de la protection de l'enfant en lui conférant une résistance (ou immunité) aux maladies causées par ces agents (Barbieri, 1991). On identifie ainsi deux types d'immunité.

Le premier type d'immunité, qualifié de naturelle, est acquis par l'enfant soit par la transmission des anticorps de la mère à l'enfant à travers le cordon ombilical ou le lait maternel (dans ce cas, on parle d'une immunité passive naturelle), soit par la production d'anticorps par l'organisme de l'enfant stimulée par le contact de l'enfant à un agent de maladie (on parle plutôt d'une immunité active naturelle). L'efficacité de cette dernière est ainsi conditionnée par le contact fréquent de l'enfant avec l'agent de la maladie. En revanche, la première garantit la protection de l'enfant contre une série de maladies durant les premiers mois de sa vie et son efficacité diminue progressivement. Son effet protecteur

⁷ Les mesures de la taille et du poids sont reprises au moment de l'enquête pour évaluer l'état nutritionnel

disparaît complètement avec les anticorps lorsque l'enfant atteint l'âge de six mois (Barbieri, 1991 ; Letentourier, 1996, cité par Harouna, 1998).

Les vaccins s'avèrent ainsi indispensables pour assurer la continuité de la protection des enfants. Les vaccins confèrent à l'enfant une immunité active artificielle. Autrement dit, l'inoculation des vaccins à l'enfant stimule la production des anticorps dans son organisme.

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'OMS recommande essentiellement de vacciner les enfants contre six maladies particulièrement fréquentes : la rougeole, le tétanos, la tuberculose, la diphtérie, la poliomyélite et la coqueluche. Ces vaccins peuvent être administrés de façon simultanée (c'est-à-dire le même jour mais à des points différents du corps) ou de façon combinée (les vaccins sont ainsi mélangés et injectés tous à la fois en un seul point du corps). Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche peuvent être combinés et administrés simultanément avec le vaccin antipoliomyélite (CIE, 1992), on parle alors de vaccins DTCOQ-Polio. De même, le BCG peut être associé à n'importe quel autre vaccin. Ceci permet de gagner du temps dans la vaccination des enfants et de s'assurer que les vaccins complets seront administrés aux enfants.

Cependant, l'efficacité de ces vaccins dépend entre autres de :

- 1) la dose des vaccins : elle détermine le pouvoir protecteur des vaccins. Les effets des vaccins dépendent du degré de la concentration antigénique et la durée de leur protection est variable. Certains vaccins ne nécessitent qu'une dose unique, les antigènes de ces vaccins confèrent une immunité définitive : c'est le cas du vaccin contre la tuberculose (BCG) et du vaccin contre la rougeole (ROUVAX). En revanche, pour les autres vaccins, la durée de leur efficacité est limitée. Ces vaccins nécessitent l'administration de doses complémentaires. C'est le cas des vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite. Pour être efficace, les trois doses de vaccins DTCOQ-Polio doivent ainsi être complètement administrées à l'enfant.

2) le calendrier vaccinal : il indique les âges auxquels il faut administrer les vaccins. Le respect de calendrier est recommandé pour assurer la présence continue des anticorps dans l'organisme. Etant donné que le rappel de vaccin permet de renouveler les anticorps responsables de la protection de l'enfant contre les infections, le retard de ce rappel expose de nouveau l'enfant à un risque d'infection. Selon OMS⁸, le calendrier de vaccination des enfants se présente comme suit :

Tableau 2.1 : Calendrier de vaccination selon la recommandation de l'OMS

Date	Type de vaccins
Naissance	BCG (Tuberculose) , VPO 0 (Polio orale, dose0)
6 semaines	VPO1 (Polio orale 1 ^{ère} dose), DTC1 (Diphthérie, Coqueluche, Tétanos : 1 ^{ère} dose combinée)
10 semaines	VPO2 (Polio orale 2 ^{ème} dose), DTC2
14 semaines	VPO3 , DTC3
9 mois	Rougeole

Plusieurs études ont montré l'importance de la vaccination dans la baisse de la mortalité des enfants. La conclusion de l'étude de Desgrées du Loû (1996) sur le rôle de la vaccination est claire : la couverture vaccinale est un facteur primordial pour la survie des enfants. Les effets bénéfiques de la vaccination résultent de deux voies différentes : directe et indirecte. Les effets par voie directe s'expliquent par le fait que l'immunité conférée aux enfants grâce à l'administration des vaccins fait diminuer les incidences des maladies spécifiques contre lesquelles les enfants sont censés être protégés. Ces vaccins jouent à ce titre un double rôle : un rôle individuel qui consiste à protéger l'enfant contre les attaques microbiennes ou virales, et un rôle collectif en limitant la propagation des infections dans la collectivité (Grenier et Gold, 1986 ; CIE, 1992). Un accès élevé des enfants aux vaccins contre la rougeole permet d'éviter la survenance d'une épidémie de rougeole et de protéger ainsi l'ensemble de la communauté (y compris les individus non vaccinés) contre cette maladie (Desgrées du Loû, 1996).

En revanche, les effets bénéfiques par voie indirecte peuvent s'expliquer de deux manières différentes (Desgrées du Loû, 1996). D'une part, des chercheurs postulent que l'inoculation d'un vaccin contre une maladie spécifique entraîne une stimulation générale du système immunitaire de l'individu vacciné : le vaccin administré à l'enfant développe une

⁸ Dossier d'information sanitaire de la région africaine de l'OMS, inédit

résistance contre toutes maladies et non pas uniquement contre la maladie concernée par le vaccin. On parle ainsi des effets non-spécifiques de la vaccination. Ceci semble être observé pour le cas de vaccination contre la rougeole (Aaby et al, 1994, cité par Desgrées du Loû, 1996). D'autre part, l'impact positif de la vaccination sur la santé des enfants peut se produire par le biais du contact des mères au personnel médical. Le moment de la vaccination est un moment privilégié pour le personnel médical pour procurer des informations et de conseils relatifs aux soins des enfants aux mères (Grenier et Gold, 1986 ; Desgrées du Loû, 1996).

b) les comportements curatifs

Face à une maladie, les femmes n'adoptent pas toujours les mêmes comportements. Quatre possibilités leur sont offertes pour que l'enfant recouvre la santé. Elles peuvent consulter un personnel médical/paramédical ou un tradipraticien spécialiste des soins des enfants ; elles peuvent également choisir d'administrer des traitements médicaux sans consulter le personnel médical (auquel cas on parle d'une automédication moderne) ou opter pour une automédication traditionnelle, c'est-à-dire pour administrer des traitements traditionnels sans l'avis d'un tradipraticien.

Ces recours thérapeutiques ne sont pas exclusifs. En Afrique, on observe la plupart du temps un pluralisme thérapeutique. Autrement dit, face à une maladie, les individus ne se contentent pas souvent d'un seul recours. Les croyances relatives à la maladie et la recherche d'une guérison rapide expliquent entre autres le pluralisme thérapeutique observé dans plusieurs sociétés africaines.

Le type de recours thérapeutique détermine l'efficacité (ou non) du traitement. Dans la plupart des enquêtes, on demande si l'enfant malade a été conduit dans un établissement sanitaire, le recours à la médecine moderne étant considéré implicitement comme le plus adéquat. Mais encore faudra-t-il savoir si la mère a suivi scrupuleusement les traitements prescrits par le médecin. Toutefois, généralement, de telles informations ne sont pas disponibles dans les données des enquêtes.

La chance de guérison de l'enfant dépend non seulement du type du recours thérapeutique, elle dépend également de la précocité du recours. Un recours thérapeutique précoce permet d'éviter que la maladie ne s'aggrave et diminue ainsi le risque de décès de

l'enfant. Malgré la prise de conscience de son effet néfaste sur la survie des enfants, on notera l'importance des recours tardifs aux soins pour les enfants dans bon nombre de pays. Ce constat a été à l'origine d'une étude ghanéenne sur les raisons expliquant l'admission tardive à l'hôpital d'un grand nombre d'enfants ghanéens. L'analyse a fait ressortir les trois éléments suivants : raison financière (manque de moyens pour faire face aux coûts prohibitifs des soins), ignorance des femmes (prise de conscience tardive de la gravité de la maladie), habitudes traditionnelles (Twumasi, 1986).

Dans la pratique, pour analyser ces comportements curatifs, on prend souvent le cas de la diarrhée. Cette maladie, rappelons-le, figure parmi les principales causes de la morbidité des enfants en Afrique et a retenu le plus l'attention des chercheurs dans les recherches sur la morbidité. Les comportements des femmes peuvent être appréhendés à travers les réponses aux questions portant sur :

1) *l'application de la technique de réhydratation* : la diarrhée est souvent accompagnée d'une déshydratation due aux pertes liquidiennes non compensées qui peuvent conduire l'enfant à la mort. Ainsi, dès le début de la diarrhée, une réhydratation adéquate doit être entreprise. Elle peut s'effectuer par voie orale, c'est-à-dire en donnant une solution de réhydratation orale ou de l'eau à boire si la déshydratation est encore modérée et ne dépasse pas 5% du poids du corps. Dans le cas contraire, il faudra appliquer une réhydratation par voie intraveineuse.

2) *Le traitement médical* : il s'agit de savoir si l'enfant a été conduit dans un établissement sanitaire moderne pour recevoir des soins médicaux, ou bien si on lui a donné de médicament quelconque pour traiter la maladie.

c) Les comportements nutritionnels

La nutrition est un facteur clé de la santé et de la survie des enfants. Elle détermine la résistance des enfants aux agents de maladie et constitue un élément essentiel des conditions de développement et de croissance des enfants. L'impact de la malnutrition sur l'état de santé des enfants se manifeste par une plus grande susceptibilité des enfants aux maladies et sur la létalité de ces maladies.

Les pratiques alimentaires adoptées par les femmes doivent répondre aux besoins nutritionnels à la fois quantitatif et qualitatif des enfants. Ces besoins peuvent être exprimés en terme d'énergies (le nombre de calories journalières nécessaires) ou en terme d'apports qualitatifs (les composantes nutritives nécessaires pour apporter les énergies nécessaires ainsi que pour assurer la qualité) (Grenier et Gold, 1986). Les besoins énergétiques des individus sont d'autant plus élevés que l'individu est plus jeune et que la croissance est plus rapide (Grenier et Gold, 1986).

La satisfaction des besoins énergétiques et le respect des équilibres alimentaires en vue d'assurer le bon fonctionnement du système immunitaire nécessitent une consommation d'aliments diversifiés, contenant les différents éléments nutritifs tels que les protides, les lipides, les sels minéraux, les vitamines, le fer, etc. Les exigences énergétiques élevées de la première enfance expliquent les conséquences désastreuses d'une insuffisance d'apport alimentaire généralement graves chez les enfants ; elle peut conduire au marasme, au kwashiorkor et à la malnutrition protéino-énergétique chez les jeunes enfants encore en phase de développement. L'allaitement maternel joue un rôle important chez les enfants de moins de cinq ans. Il importe ainsi d'examiner les pratiques d'allaitement chez les femmes.

Les pratiques d'allaitement

La vertu du lait maternel pour la santé des enfants est bien connue. Le lait maternel constitue la meilleure nourriture pour le nourrisson : il contient en outre des substances nécessaires à la protection et à la défense de l'enfant contre les maladies infectieuses et une proportion élevée de substances nutritionnelles requises pour la croissance de l'enfant. Il couvre, à lui seul, tous les besoins nutritionnels de l'enfant au cours des quatre ou six premiers mois de la vie de l'enfant. Si la mère a suffisamment de lait pouvant satisfaire aux besoins nutritionnels de l'enfant, l'allaitement exclusif est recommandé durant cette période.

En Afrique, l'allaitement au sein est presque universel et la durée moyenne d'allaitement est prolongée jusque vers 18-36 mois. Dans les cas où les femmes n'ont pas assez de lait ou ne peuvent pas allaiter pour une raison ou une autre (pour des raisons sanitaires par exemple), elles recourent parfois à une nourrice pour allaiter leur enfant. Ceci porte à croire qu'en matière d'allaitement, les pratiques des femmes africaines sont favorables à la santé de leurs enfants. Cependant, Righard (1996) a montré, dans une étude sur les

conditions d'allaitement réussi, que si l'on veut s'intéresser aux problèmes de santé des enfants liés à l'allaitement, l'attention ne doit pas se limiter uniquement à la durée d'allaitement, mais également aux pratiques relatives d'allaitement (la pratique de première mise au sein, les pratiques de sevrage partiel ou total, etc). Or, en Afrique, ces pratiques ne sont pas toujours appropriées et peuvent annuler les avantages de la longue durée d'allaitement.

L'un des problèmes qui se posent concerne la pratique de première mise au sein. Elle est variable selon la culture et exerce un impact sur la santé de l'enfant. Il est souvent recommandé d'allaiter l'enfant dès les premières heures qui suivent la naissance. En effet, cette tétée permet à l'enfant de profiter du premier lait qui contient du colostrum riche en substances protectrices ayant des propriétés antibactériennes et antivirales (Grenier et Gold, 1986 ; CIE, 1992 ; Nicolas et Castanier, 1985). De plus, la sécrétion de prolactine nécessaire pour le déclenchement de la montée laiteuse est entretenue par la stimulation du mamelon suite à la succion de l'enfant (Grenier et Gold, 1986). Enfin, donner de l'eau sucrée (surchargée en saccharose) avant le lait maternel au nouveau-né risque de l'habituer à une saveur plus sucrée que celle du lait maternel et peut l'amener à refuser le lait maternel après (CIE, 1992). En outre, ces liquides exposent d'emblée l'enfant à des agents pathogènes (Grenier et Gold, 1986 ; Waltisperger et Schoemaker, 1998).

Le second se situe au niveau des pratiques de sevrage partiel et total. Le moment du sevrage constitue la période la plus critique pour les enfants. En Afrique, même si la durée totale de l'allaitement est longue, nombreuses sont les femmes qui, contrairement à ce qui est recommandé, introduisent très tôt des aliments complémentaires. Autrement dit, les femmes allaitent exclusivement les enfants pendant une courte période. Leurs comportements en matière d'allaitement sont influencés par les pratiques culturelles.

A Madagascar, la durée moyenne de l'allaitement exclusif au sein est de 3,5 mois, elle varie fortement d'une province à une autre : en 1997, on a enregistré une durée allant de 0,5 mois (à Tuléar, dans la partie Sud du pays) à 3,7 mois (à Tamatave, à l'Ouest du pays) (Waltisperger et Schoemaker, 1998). Les enfants qui reçoivent très vite un complément alimentaire sous toutes les formes (liquide ou céréale) sont exposés très tôt à des agents pathogènes pouvant provoquer les maladies diarrhéiques. En outre, ils profitent moins des effets bénéfiques du lait maternel, la quantité de lait consommée étant probablement réduite

car ils sont déjà rassasiés par ces aliments. De plus, les aliments de compléments donnés aux enfants ont parfois un apport calorifique énorme et un apport énergétique très faible, ne répondant pas à leurs besoins nutritifs et énergétiques.

A partir du sixième mois, pendant que l'enfant est encore allaité, il est fortement recommandé de compléter le lait maternel par des nourritures d'appoint qui peuvent apporter les éléments protéino-caloriques nécessaires à l'enfant. Or, le plus souvent, la préparation des aliments ne répond pas aux règles d'hygiène et aux besoins nutritifs des enfants. Ce problème n'est spécifique ni à Madagascar, ni aux seuls pays africains. Robson (cité par Akoto, 1993 : 76) affirme à cet effet que : « *dans le monde entier, peu de sociétés ont été capables de mettre au point un aliment de sevrage (satisfaisant) aux exigences protéiques des petits enfants* ». Le problème se pose davantage lorsque l'enfant ne reçoit plus de lait maternel, c'est-à-dire au moment du sevrage total. Lorsque l'enfant n'est plus allaité, son état nutritionnel est entièrement dépendant de la qualité et de la quantité des aliments de sévrage et c'est alors qu'interviennent les pratiques liées au modèle de consommation alimentaire, aux tabous et interdits alimentaires.

Les régimes alimentaires de la population varient selon les ressources de l'environnement et le modèle culturel qui prévaut dans les pays. Ils ne sont pas sans conséquences sur la santé des enfants. Avec quelques variations régionales, la consommation alimentaire malgache habituelle est très simple : chaque repas est constitué de riz⁹, l'aliment de base, qu'accompagne une bouillie de brèdes, de légumineuses, de viandes ou un plat de poisson (Unicef Madagascar, 1994). Contrairement aux autres populations africaines, les Malgaches ne consomment que faiblement les autres céréales et tubercules tels que manioc, patate douce... Ce sont surtout les plats accompagnant le riz qui apportent les éléments nutritionnels devant répondre aux exigences de l'organisme, c'est-à-dire aux besoins protéino-énergétiques du corps. La consommation habituelle des brèdes (feuilles) (c'est une caractéristique du régime alimentaire malgache), riches en calcium, en fer et en vitamines (surtout A et C), semble être bénéfique pour la santé des enfants. Cependant, la relative pauvreté de la population fait que le lait, les œufs, la viande, le poisson... riches en protéines sont peu consommés par la plupart des familles malgaches (Unicef Madagascar, 1994).

⁹ Le matin, on le prépare jusqu'il devienne mou, appelé 'vary sosoa'

Le faible pouvoir d'achat des ménages peut également conduire les responsables de la nourriture de la famille (généralement les femmes) à diminuer la quantité ou à réduire la qualité d'aliments à consommer. La restriction de variétés des ingrédients utilisées, la substitution des composantes habituellement utilisées par les mêmes types de composantes mais de moindre valeur marchande et la réduction de la qualité de certaines d'entre elles figurent parmi les stratégies employées pour faire face aux difficultés économiques. Ces éléments jouent certainement sur la qualité de l'alimentation et par-là sur la situation nutritionnelle des différents membres du ménage, notamment des enfants.

Les interdits alimentaires malgaches (appelés « fady »), concernent aussi bien la population générale que les groupes spécifiques constitués par les femmes enceintes et les enfants en bas âge. Ces derniers sont des groupes vulnérables et l'application de ces interdits est préjudiciable à leur santé. Certains de ces interdits privent parfois les femmes enceintes et les enfants des aliments riches en protéines. Les haricots secs, par exemple, semblent être interdits aux enfants, car ils provoqueraient des diarrhées ; les mangues le sont également parce qu'elles provoqueraient des convulsions et la viande parce qu'elle donnerait des vers (Unicef Madagascar, 1994).

La viande et les œufs sont également prohibés pour les jeunes enfants de peur qu'ils ne deviennent muets, ces derniers sont accusés également de rendre l'enfant voleur. Les poissons sont interdits aux enfants parce qu'ils risquent de souffrir de dermatoses diverses ; les crustacés d'eau douce et les pâtes d'arachides risquent de provoquer la toux chez les enfants ; les arachides sont interdites aux femmes enceintes dans la crainte de perdre leur enfant dès son jeune âge... (Unicef Madagascar, 1994).

Ces interdits ne sont ni propres à une ethnie, ni propre à Madagascar : la plupart d'entre eux sont également observés dans les autres pays africains. Il arrive parfois de trouver les mêmes arguments ou raisons d'interdiction dans les différentes régions de l'Afrique. Cette large diffusion amènerait-elle les femmes à croire à l'importance de ces interdits ? Au Cameroun, les Bamiléké, Haoussa et Foulbé (Peul) par exemple, interdisent également à leurs enfants de manger les œufs. Les premiers craignent que l'enfant qui en mange ne devienne voleur, les deux derniers admettent que la consommation des œufs rend l'enfant sourd et que la viande est un vecteur des parasites intestinaux. Selon la sagesse traditionnelle (négro-africaine), la consommation de la viande et des œufs est proscrite au petit enfant de peur que

celui-ci ne devienne gourmand dans le premier cas ou qu'il ne mette trop longtemps avant d'apprendre à marcher ou à parler dans le second cas (Akoto, 1993).

En bref, il est d'une grande importance de veiller à la conduite de la mère concernant d'une part l'allaitement au sein de l'enfant (mode d'allaitement, la durée d'allaitement, la fréquence de l'allaitement), et d'autre part le sevrage de l'enfant (moment de sevrage partiel ou total, les aliments de compléments, l'hygiène des aliments, etc) pour éviter tout risque lié à la nutrition de l'enfant.

En définitive, il ressort de cette revue de la littérature qu'il existe une relation entre les variables de statut de la femme et la santé des enfants. Cependant, cette synthèse ne permet pas une identification claire et nette de la relation pouvant exister entre statut de la femme et santé des enfants. Le sujet demeure complexe, il existe encore une controverse autour de certaines relations observées et ses mécanismes d'actions demeurent parfois flous. Et comme l'a souligné Vallin (1989, p. 423), « *même à propos d'une relation aussi communément admise que l'influence de l'instruction des mères sur la mortalité des enfants, le contexte africain offre une diversité des situations qui ne peut qu'engager les démographes et les anthropologues à s'interroger sur l'universalité des théories les mieux établies* ». L'étude des relations entre les variables, notamment celle qui concerne le statut de la femme et la santé des enfants, doit se faire suivant un plan conceptuel bien défini, permettant de clarifier les mécanismes par lesquels ce statut est censé agir sur ce phénomène. C'est ce qui justifie l'intérêt ou même l'utilité du cadre conceptuel, qui sert de cadre de référence de l'étude.

3.3.2. Les variables liées à la mère et à l'enfant

a) L'âge de la mère à l'accouchement

Les effets de l'âge de la mère à l'accouchement sont d'ordre biologique, comportemental et psychologique. Son impact sur la survie des enfants se fait le plus sentir durant la période néonatale (Akoto et Hill, 1988). Le risque de décès des enfants nés des femmes âgées de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans est relativement plus élevé que celui des enfants des mères des autres groupes d'âges. Du point de vue biologique, le système reproductif d'une femme jeune n'est pas encore préparé adéquatement pour la grossesse et elle risque de souffrir de complications liés à l'accouchement (Barbiéri, 1991 ; Legrand et Mbacke, 1992 ;

Senderowitz et Paxman (1985), cités par Banza, 1993). En outre, l'immaturation physique de la mère conduit à une insuffisance pondérale du nouveau-né. L'âge précoce ou tardif de la mère n'est pas favorable à la croissance intra-utérine du fœtus. Si la mère est encore très jeune, elle n'a pas encore totalement achevé la phase de croissance ; Hobcraft (1987, cité par Banza, 1993) a à cet effet émis l'hypothèse sur le risque de compétition entre elle et le fœtus pour les substances nutritives nécessaires à leur croissance respective.

En dehors des explications d'ordre biologique, certains chercheurs suggèrent que l'effet de l'âge à l'accouchement se manifeste par des comportements inappropriés en matière de soins de santé et de nutrition vis-à-vis des enfants (Legrand et Mbacke, 1992). Hobcraft (1987, cité par Banza, 1993) et Barbieri (1989) ont par exemple évoqué les soins prénataux inadéquats des mères jeunes. Selon ces auteurs, l'absence des soins prénataux ou le recours tardif des jeunes mères aux services de santé pour les consultations prénatales pour des raisons diverses telles que la peur, la honte, l'incertitude de grossesse..., expliquent en grande partie le désavantage de leurs enfants au point de vue survie.

D'autres chercheurs, entre autres Senderowitz et Paxman (1985) (cité par Banza, 1993), en revanche, mentionnent des effets psychologiques de l'âge de la mère sur le déroulement de l'accouchement et par la suite sur la santé des enfants. De ce point de vue, ces auteurs estiment que les jeunes mères manquent de maturité psychologique et d'expérience pour faire face aux exigences de la venue de l'enfant.

Une grossesse à un âge avancé par contre risque de conduire à des malformations congénitales liées au vieillissement de la femme. Les probabilités de connaître un travail d'accouchement dysfonctionnel, une détérioration de l'utérus ainsi qu'une croissance de l'inefficacité du système reproductif sont élevés chez les femmes ayant un âge élevé ; leurs enfants peuvent ainsi devenir plus vulnérables.

b) Le sexe de l'enfant

Le sexe de l'enfant figure parmi les variables susceptibles d'accroître ou de réduire le risque de morbidité et de mortalité des enfants, ayant vivement attiré l'attention des chercheurs dans les études différentielles de la mortalité des enfants. La surmortalité masculine dans la première année de la vie, surtout dans la période néonatale (i.e. durant le

premier mois de la vie) est presque universelle (Akoto, 1985 ; Gbenyon et Locoh, 1989 ; Biaye, 1991 ; Banza, 1993). Cette surmortalité masculine durant les premiers mois de vie peut être attribuée à la moindre résistance des garçons, comparés aux filles, aux maladies infectieuses et à d'autres infections dues à des causes obstétricales. Si les conditions obstétricales ne sont pas bonnes, cette situation pourrait également être due au fait que les garçons sont plus gros en moyenne, ce qui entraîne plus de risque d'accouchement difficile et de souffrance de l'enfant pouvant conduire à une plus grande mortalité néonatale. Elle peut, enfin, provenir de la différence du rythme de développement fœtal pour les deux sexes qui provoque une fragilité pulmonaire et une prévalence plus forte de maladies respiratoires chez les petits garçons (Waldron, 1983, cité par Barbiéri, 1991 ; Echarri Canovas, 1994).

Durant la période juvénile, par contre, la situation est généralement inversée : on observe à certains endroits une surmortalité féminine. Une étude menée par l'UNICEF (1986) sur la mortalité différentielle selon le sexe dans 45 pays en voie de développement a montré que parmi ces pays, seulement 2 ont enregistré une surmortalité masculine entre 1 et 5 ans. D'une manière générale, cette surmortalité féminine est attribuée à des comportements différentiels au détriment des filles (Venkatacharya, 1986 ; Das Gupta, 1987 ; Biaye, 1991 ; Barbieri, 1991 ; Banza, 1993).

Les pratiques discriminatoires envers les petites filles sont surtout documentées dans le sous continent indien. Elles touchent aussi bien le domaine alimentaire que le domaine sanitaire. Dans certains pays de l'Asie du Sud comme Bangladesh, par exemple, on accorde une préférence aux enfants de sexe masculin pour l'allaitement et les soins (Venkatacharya, 1986). Dans leur étude portant sur le Matlab (Bangladesh rural), Chen Huq et D'Souza (1981) (cité par Banza, 1993) ont relevé un taux de malnutrition plus élevé chez les filles que chez les garçons. Au Punjab rural également, Das Gupta (1987) (cité par Banza, 1993) a observé que les garçons y reçoivent de la nourriture plus riche en substances nutritives que les petites filles et que les femmes engagent plus de dépenses en soins médicaux pour les premiers que pour les dernières.

Des études ont tenté d'expliquer cette discrimination envers les petites filles par le statut inférieur des femmes ; une discrimination beaucoup plus prononcée lorsque les

ressources sont limitées nécessitant d'opérer des choix. L'attention des parents se porte sur les garçons qui seront plus tard les premiers responsables de la sécurité du bien-être familial et des vieux jours des parents, contrairement aux filles qui, à l'âge adulte, ne contribuent généralement au revenu du ménage que faiblement (Caldwell et Caldwell, 1988 ; Banza, 1993). Dans la partie Sud de l'Inde où les femmes ont un statut plus élevé que celles dans la partie Nord, les mères n'ont pas de comportements différentiels envers les enfants des deux sexes. Ainsi Caldwell et Caldwell (1988) notent que :

« One mark of better female status was the ability of women to treat their daughters as well as they did for their sons ».

Autrement dit, la mortalité différentielle selon le sexe et les comportements différentiels des femmes à l'égard des enfants de deux sexes pourront être atténués si les femmes ont un statut relativement valorisant. C'est également la conclusion tirée par Schultz (1982) dans son étude sur la mortalité différentielle selon le sexe et le statut de la femme.

c) Le rang de naissance de l'enfant

Le rang de naissance joue également un rôle déterminant sur la santé des enfants. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer la relation entre ces deux variables. Contrairement aux premiers nés, les enfants de rang élevé bénéficient généralement de soins de moindre qualité, l'attention accordée par la mère aux enfants diminuant considérablement au fur et à mesure que le rang de l'enfant augmente. Cette diminution provient du surcroît de charge occasionné par une famille relativement nombreuse (Masuy Stroobant, 1986). Un nombre d'enfants élevé provoque une compétition entre frères et sœurs qui se manifeste non seulement sur le temps disponible de la mère pour s'occuper de chacun de ses enfants, mais également sur les qualités des aliments attribués à chacun d'eux dans les familles où il n'y a pas suffisamment de ressources économiques. On pourrait ainsi observer une carence nutritionnelle chez les enfants derniers-nés.

En outre, la cohabitation et la forte promiscuité dans le ménage où il y a de nombreux enfants favorisent la propagation des maladies contagieuses comme la rougeole et accroît le

risque de décès d'enfants (Aaby, 1989 ; Preston et Haines (1990) et DaVanzo et al (1984), cités par Banza, 1993). D'après une étude menée au Togo par Fillastre et Tidjani (1985) (cités par Banza, 1993), il semblerait que l'efficacité du vaccin BCG soit réduite d'environ deux cinquièmes lorsqu'un enfant dort dans la même pièce qu'un autre enfant atteint de tuberculose. Or, l'expérience en matière de soins que la mère prétend acquérir au fil du temps peut l'amener à avoir moins de recours aux services de santé en cas de maladie, d'où la vulnérabilité des enfants de rang élevé.

Par ailleurs, les enfants de rang élevé sont exposés à de haut risque de mortalité en raison de risques obstétricaux croissants avec l'augmentation du nombre d'accouchements de leur mère. Ils pâtissent de l'état de santé médiocre de leur mère du fait de l'épuisement maternel ou de l'affaiblissement de celle-ci provoqués par des grossesses successives (Akoto, 1985 ; Banza, 1993).

Les enfants de premier rang sont également exposés à de haut risque de mortalité. En effet, ils sont généralement issus d'un accouchement à un âge précoce de la mère et sont ainsi exposés à une insuffisance pondérale ou à une prématurité (Venkatacharya et al, 1986). D'autres chercheurs tels que Senderowitz et Paxman (1985) (cité par Banza, 1993), mentionnent les effets psychologiques d'un âge jeune de la mère sur le déroulement de son premier accouchement et par la suite sur la santé de son enfant de premier rang.

En définitive, du point de vue de la survie, la courbe de décès des enfants selon le rang de naissance prend la forme en 'U' : les risques de décès des enfants de premier rang sont élevés, ce risque diminue pour les enfants de rang intermédiaire, pour augmenter de nouveau à partir du quatrième rang. Le désavantage des enfants de premier rang par rapport aux autres provient en grande partie du fait que leur mère était encore trop jeune au moment où elle les a mis au monde. Néanmoins, ces premiers nés peuvent bénéficier d'une attention accrue de la mère et d'une bonne qualité de nutrition par rapport aux enfants ayant plusieurs frères et/ou sœurs nés après eux. En revanche, la qualité de soins de santé reçus par les enfants diminue avec le rang de naissance : les premiers enfants peuvent être parfois mieux soignés que tous ceux qui naissent après eux.

d) L'intervalle intergénéral

Il s'agit du temps écoulé entre deux accouchements [deux naissances vivantes] successifs. De courts intervalles (moins de deux ans) contribuent à accroître le risque de morbidité et de mortalité des enfants (Barbiéri, 1989 ; Akoto et Hill, 1988 ; Miller (1989), cité par Banza, 1993).

L'intervalle intergénéral est l'un des facteurs qui affectent l'état nutritionnel de la mère. Lorsque le temps écoulé entre deux naissances vivantes est inférieur à deux ans, la femme enceinte n'a pas eu le temps de se rétablir avant de porter la nouvelle grossesse. Cela peut conduire à un épuisement de ses éléments nutritifs comme le fer, le calcium, etc (Shah, 1983, cité par Biaye, 1991) qui peut se conjuguer avec une morbidité de la mère (risque élevé de paludisme par exemple). Celle-ci est de ce fait susceptible de mettre au monde des enfants ayant de faible poids à la naissance ou vulnérables.

De plus, la venue d'une nouvelle grossesse dans un intervalle court après la naissance de l'enfant précédent peut affecter non seulement la santé de ce dernier mais également la vitalité du fœtus. Pour l'enfant, l'interruption brusque de l'allaitement (pour des raisons liées aux mécanismes hormonaux ou à cause des tabous et des croyances sur l'allaitement durant la grossesse) l'empêche de bénéficier des substances nutritives et des protections immunitaires contenues dans le lait maternel. La nouvelle grossesse rend également la femme moins disponible pour prendre soin de cet enfant : l'attention de la femme sera orientée beaucoup plus vers la grossesse qu'elle porte.

Par ailleurs, les naissances rapprochées sont souvent associées à une famille nombreuse. Le risque élevé associé à un intervalle court peut donc s'expliquer également par la compétition entre frères et sœurs pour les ressources familiales souvent limitées et la qualité de soins accordés par la mère (Barbieri, 1991).

2.4. Hypothèses et cadre conceptuel

Un cadre conceptuel est une représentation graphique qui résume une série de propositions concernant les déterminants d'un phénomène donné et leurs mécanismes causaux (Palloni, 1987). Dans une perspective de la recherche d'explication de la santé des enfants, plusieurs cadres conceptuels ont été proposés. On peut citer entre autres les cadres de Meegama (1980), Mosley et Chen (1984), Akoto (1985). Il en existe bien d'autres. Ces cadres ont des principes de base semblables et ont un avantage commun : mettre en évidence les relations entre les facteurs et la santé des enfants, rendant plus compréhensibles les mécanismes d'action de ces facteurs. Ils diffèrent les uns des autres par les facteurs privilégiés dans les schémas explicatifs. Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude sera élaboré en s'inspirant largement des cadres sus-cités. Ainsi, avons-nous jugé opportun de présenter brièvement chacun d'eux et de dégager leur apport dans l'élaboration de notre cadre.

Meegama, dans son cadre, a considéré quatre groupes de facteurs pouvant agir sur la mortalité des enfants, à savoir les facteurs démographiques (âge de la mère à l'accouchement, intervalle intergénéral, sexe, rang de naissance...); les facteurs politiques et économiques (niveau de vie, instruction, volonté politique, ...); les facteurs de la santé publique (infrastructure médicale, personnel médical et paramédical), et enfin les facteurs géographiques (climat, relief, etc). Plutôt que de considérer un cadre pouvant être appliqué à la mortalité des enfants entre 0 et 5 ans, il a élaboré deux cadres distincts (la mortalité néonatale d'une part et la mortalité postnéonatale et juvénile d'autre part), en prenant en compte les causes spécifiques des décès au cours des deux périodes considérées.

Les causes des décès néonataux sont regroupées en trois catégories. La première concerne le tétanos, l'accident à l'accouchement, l'asphyxie post-natale et l'atélectasie. La seconde regroupe la prématurité et la débilité congénitale, et la dernière comprend les infections des nouveau-nés et les convulsions. Les grands groupes de causes de décès juvéniles et postnéonataux, quant à eux, concernent les maladies de voies respiratoires ou digestives, la malnutrition et l'anémie (Akoto, 1985).

Confronté à des contraintes liées aux données, Meegama n'a pas pu rendre opérationnel tous les éléments intégrés dans son cadre. La mesure de certaines variables peut introduire de large biais (par exemple : mesure du niveau économique du ménage par la seule variable niveau

d'instruction du mari). En revanche, l'un des avantages de son travail réside dans la distinction faite entre les deux périodes, les facteurs n'y étant pas toujours les mêmes. En se référant à ces différentes causes, quelle que soit la période considérée, le statut de la femme peut agir sur la santé des enfants à travers notamment les comportements (les comportements liés aux soins de santé pour la première période ; aussi bien les comportements nutritionnels que ceux liés aux soins de santé pour la seconde période). Cependant, l'existence des causes endogènes des décès néonataux (ne dépendant pas des comportements ou de la situation économique de la mère) peut affaiblir l'effet du statut au cours de cette période ou l'anéantir si ces causes sont très importantes. D'où *la nécessité de distinguer les différentes périodes de l'enfance pour mieux appréhender l'impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants et la prise en compte des comportements des femmes.*

Le cadre de Mosley et Chen est le plus connu. Leur modèle repose sur un postulat de base : « *La survie de l'enfant est essentiellement déterminée par les ressources sociales et économiques de la famille* » (Mosley et Chen, 1984 ; Akoto, 1985). Leur modèle revêt un intérêt à plusieurs titres. D'abord, ils distinguent les déterminants socio-économiques et les déterminants proches, ces derniers jouant le rôle d'intermédiaires pour l'influence des premiers sur la survie des enfants, cette distinction n'étant pas évidente dans les autres études. Ensuite, leur schéma intègre à la fois l'approche bio-médicale et l'approche sociale dans l'explication de l'impact des facteurs économiques sur la santé des enfants, en mettant en exergue le rôle de la synergie malnutrition/infection. La croissance des enfants est ainsi considérée comme une des variables à expliquer, la situation des enfants décédés étant assignée à la catégorie de malnutrition extrême. Ce faisant, ce travail a l'avantage de ne pas écarter la santé des enfants survivants. En outre, le modèle n'ignore pas la synergie sociale qui permet de comprendre pourquoi certaines interventions biomédicales ne produisent pas d'effet escompté et pourquoi les changements sociaux fondamentaux tels que ceux engendrés par l'instruction de la mère produisent des effets considérables (Mosley et Chen, 1984 ; Akoto, 1985).

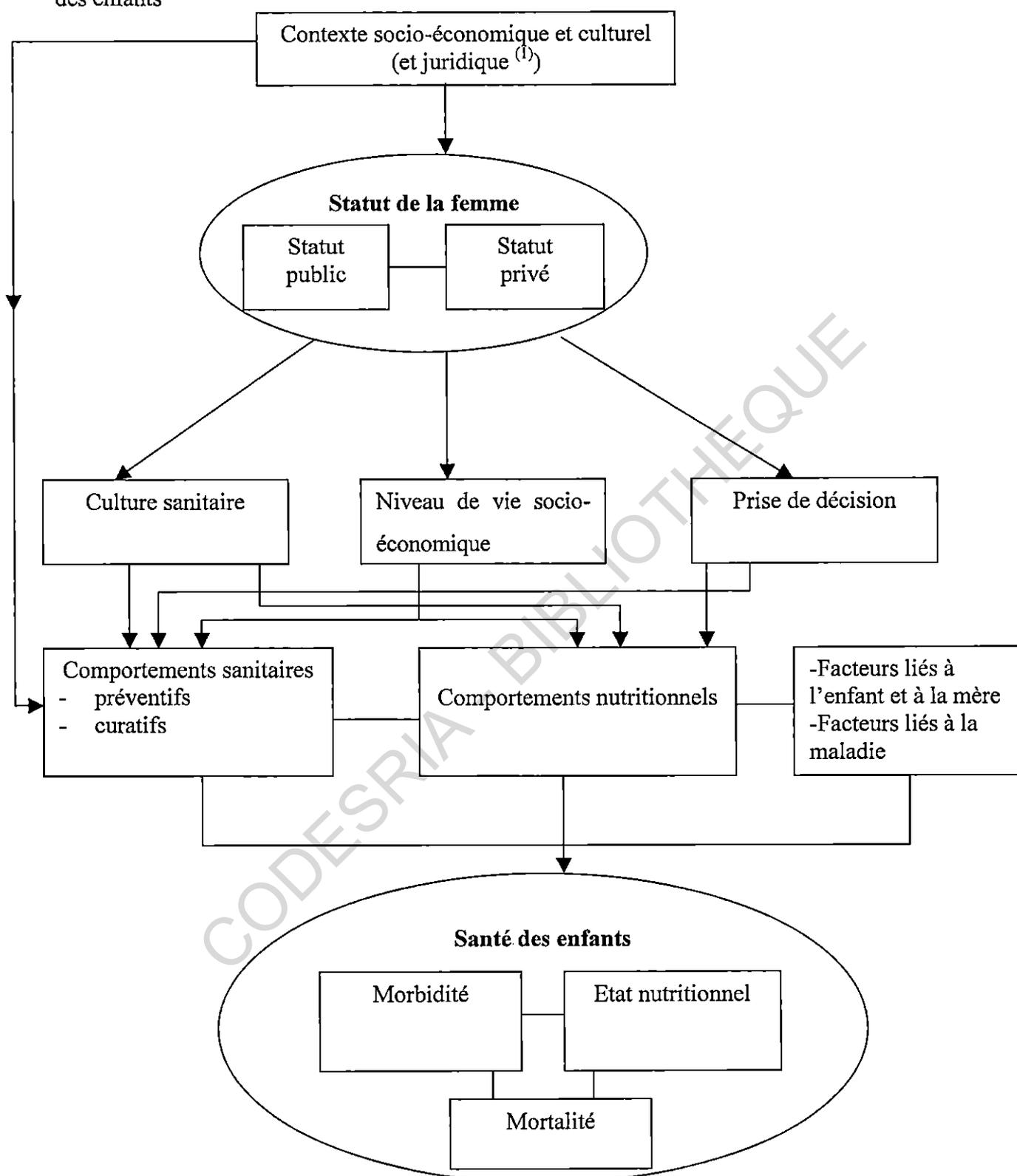
Dans cette étude, nous cherchons les mécanismes à la base de l'impact du statut de la femme sur les trois aspects de la santé des enfants et non seulement sur la mortalité des enfants. De plus, la synergie sociale semble être cruciale pour l'explication de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants. *Ce cadre peut donc nous servir de base pour établir un schéma conceptuel propice à l'étude de la relation entre le statut de la femme et la santé des enfants.*

On souligne néanmoins, en passant, que le modèle proposé par Mosley et Chen comporte deux limites principales. La première concerne le regroupement des causes de décès (cas de blessure) et des facteurs agissant sur les causes de décès dans la catégorie de variables intermédiaires. La deuxième se situe au niveau de l'unicité du cadre pour la mortalité à tout âge.

En s'inspirant des modèles de Meegama et de Mosley et Chen, Akoto (1985) a élaboré un cadre conceptuel adapté pour l'Afrique noire, en prenant en compte dans les facteurs socio-économiques ceux liés à la tradition tels que pratiques traditionnelles, attitudes, valeurs et croyances. Il distingue également deux périodes de la prime enfance : les périodes infantile et juvénile. L'auteur a essayé de rendre opérationnel les facteurs qui interviennent dans son modèle. Cependant, jusqu'à un passé récent, l'application de ce modèle a posé quelques difficultés, les contraintes liées aux données ne permettant pas toujours de prendre effectivement en compte les aspects culturels de l'explication de la santé. Cependant, avec l'émergence des enquêtes qualitatives, son application est rendue plus aisée et apporte un atout considérable dans la recherche explicative de la santé des enfants. *L'utilisation des données qualitatives collectées dans le cadre de cette étude permettra de mettre à profit l'avantage de ce cadre dans la recherche de la relation entre le statut de la femme et la santé des enfants.*

Notre cadre de référence puise largement de ces différents modèles et se présente schématiquement comme suit :

Graphique 2.1 : Cadre conceptuel pour l'analyse de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants



(1) : Le contexte juridique détermine également le statut de la femme. Toutefois, il suscite beaucoup d'intérêt dans le cadre d'une étude comparative entre pays, étant donné qu'on applique les mêmes textes juridiques dans un même pays, quelle que soit la région.

Notre hypothèse de base dans ce travail est que la santé des enfants est déterminée par le statut de la femme : son statut aussi bien au niveau de la société qu'au niveau du ménage influencera la mortalité, la morbidité et l'état nutritionnel des enfants. Nous nous attendons à ce que plus le statut de la mère (public ou privé) est élevé, meilleur soit l'état de santé de son enfant. Le cadre proposé essaie de mettre en évidence les voies par lesquelles l'influence de cette variable sur la santé des enfants peut s'opérer.

Dans ce cadre, nous postulons que :

1) Le statut de la femme est influencé par le contexte socio-économique et culturel. Le contexte économique renvoie aux facteurs favorisant le développement économique du milieu où les femmes vivent. Il détermine entre autres la disponibilité des infrastructures sociales (sanitaire, scolaire) et définit la répartition des ressources économiques au niveau de la population et l'accès de celle-ci aux différents services (éducation, santé, emploi). Il détermine donc les caractéristiques individuelles telles que l'instruction et l'activité économique des femmes, l'instruction et l'activité de leurs maris qui sont des éléments constitutifs du statut de la femme.

Par contexte culturel, nous entendons un cadre de référence qui définit les structures sociales et les normes, les règles et les valeurs en vigueur dans la société. Les prescriptions et les règles de conduites renfermées dans ces normes déterminent entre autres la place de chaque individu dans la société. On peut citer, à titre d'exemples, : (1) la position inférieure de la femme par rapport à l'homme dans la société traditionnelle, limitant l'ouverture de la femme vers l'extérieur, y compris l'accès aux connaissances dans divers domaines de la vie ; (2) la responsabilité dans la prise de décision qui incombe généralement à l'homme.

Le statut de la femme au sein de la société ou au sein de son ménage découle donc des structures économique et sociale de cette société. Autrement dit, le statut de la femme dépend du contexte dans lequel celle-ci vit. Son impact sur la santé des enfants peut ainsi varier selon le contexte. Cependant, vu l'importance de cette variable, nous nous attendons à ce que :

H1 : Quel que soit le contexte dans lequel les femmes vivent, le statut de la femme influence la santé des enfants.

Dans le cadre de cette étude, le contexte économique et culturel du milieu de vie de la femme sera opérationnalisé par la province et le milieu de résidence de la femme.

2) Le statut de la femme détermine entre autres son accès aux ressources économiques et aux contrôles de celles-ci. Les différences d'attitudes des femmes vis-à-vis de la santé selon leur statut peuvent provenir des différences liées à leur revenu monétaire (ou à leur niveau de vie). N'ayant pas le même niveau de vie, les femmes de statut différent ont des comportements différentiels quant à l'utilisation des services de santé ; elles adoptent des stratégies différentes pour essayer de satisfaire les besoins nutritionnels de leurs enfants. Ces comportements différentiels sont, à leur tour, à l'origine des inégalités des enfants devant la santé. Autrement dit, le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers sa capacité de mobiliser les ressources nécessaires pour sa propre santé et celle de ses enfants.

D'où notre deuxième hypothèse :

H2 : Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers son niveau de vie, reflétant sa capacité de mobilisation de ressources financières pour sa propre santé et celle de ses enfants. Cette capacité détermine les comportements de la femme en matière de santé qui, à leur tour, vont influencer la santé des enfants.

Nous nous attendons à ce que les femmes de statut élevé aient un niveau de vie élevé et de ce fait, utilisent plus les services de santé aussi bien pour les soins curatifs que pour les soins préventifs. Leurs enfants présentent ainsi une meilleure survie, un meilleur état nutritionnel et souffre moins de maladies diarrhéiques.

3) Le statut de la femme détermine également l'ouverture culturelle de la femme. Considéré comme un facteur de changement, un statut élevé favorise le contact de la femme avec les valeurs, les idées et les techniques de la culture occidentale à travers son éducation, son activité, etc. Il favoriserait donc l'acquisition de connaissances en matière de santé et faciliterait la rupture avec les pratiques traditionnelles nuisibles à la santé. Le statut de la femme est donc susceptible de modifier ses comportements en matière de santé et de ce fait, influencerait la santé des enfants. Partant de cela, notre troisième hypothèse s'énonce comme suit :

H3 : Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers sa culture sanitaire, reflétant son niveau de connaissances en matière de santé, en la rendant consciente de l'importance de l'hygiène individuelle, collective et des soins médicaux, ainsi que des

besoins nutritionnels de l'enfant dont l'état nutritionnel à son tour va influencer les comportements des femmes en matière de santé.

4) Dans les sociétés où les rôles sociaux sont particulièrement définis, les femmes sont le plus souvent obligées de respecter les structures traditionnelles d'autorité. Dans le domaine de la santé, malgré le fait qu'elles soient généralement les premières responsables de la santé des enfants, les décisions en matière de santé incombent dans la majorité des cas à leurs maris. Même si les deux conjoints ne partagent pas les mêmes points de vue, les femmes vont éviter de s'opposer aux recommandations et aux conseils de ces derniers. Néanmoins, à travers l'acquisition de certaines valeurs modernes par le biais de l'éducation et l'activité économique, un statut élevé permet aux femmes de discuter avec leurs maris et de négocier pour leur participation à la prise de décision.

H4 : Le statut de la femme agit sur la santé des enfants à travers sa participation à la prise de décision. Il est donc susceptible de modifier les comportements de la femme en matière de santé qui, à leur tour, vont agir sur la santé des enfants.

5) Les comportements des femmes en matière de santé vis-à-vis de leurs enfants peuvent varier selon les caractéristiques de ces derniers. Là où les ressources sont limitées, les mères doivent opérer un choix. Elles auront tendance à privilégier les garçons par rapport aux filles, les enfants souffrant d'une maladie à l'état grave aux autres, etc.

H5 : Le statut de la femme va agir sur la santé des enfants à travers les facteurs liés à l'enfant, à la mère ou à la maladie, ces facteurs conditionnant les comportements des mères.

De ce qui précède, nous avons suggéré trois voies possibles de l'influence du statut de la femme sur la santé des enfants. La première à travers la capacité de mobilisation de ressources économiques pour sa propre santé et celle de son enfant. La deuxième à travers l'acquisition de connaissances en matière de santé et la dernière à travers la participation de la femme dans les décisions en matière de santé. Il ressort de la littérature que l'acquisition de connaissances et la capacité de mobilisation de ressources, avantages liés au statut public ou privé élevé de la femme, sont nécessaires pour améliorer la santé des enfants ; mais la participation de la femme dans la prise de décision, notamment en matière de santé, revêt une

importance capitale. Elle touche directement la santé des enfants. Ainsi, nous nous attendons à ce que :

H6 : L'influence du statut privé de la femme sur la santé des enfants est beaucoup plus forte que celle du statut public de la femme.

Pour conclure,

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue les connaissances sur les relations entre le statut de la femme et la santé des enfants. La littérature ayant trait à ce sujet portant spécifiquement sur la mortalité des enfants est assez abondante. Cependant, cela ne s'avère pas le cas en ce qui concerne les deux autres aspects de la santé des enfants (la morbidité et l'état nutritionnel de ces derniers). Par ailleurs, les mécanismes à travers lesquels cette variable agit sur la santé des enfants restent jusque-là un domaine de recherche à exploiter. Nous référant à quelques modèles établis pour la recherche explicative de la santé des enfants, nous avons proposé un cadre conceptuel qui permet de mettre en évidence les voies possibles à travers lesquelles le statut de la femme est susceptible d'influencer la santé des enfants. A partir de ce cadre, nous avons posé différentes hypothèses que nous tenterons de vérifier, dans le contexte spécifique de Madagascar, à partir de données empiriques. Avant de procéder à la vérification des hypothèses proprement dite, nous allons présenter dans la section suivante le contexte de l'étude et les données à utiliser.

DEUXIEME PARTIE

ASPECTS METHODOLOGIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Dans la partie précédente, nous avons développé la théorie générale qui sous-tend notre étude. Nous avons abouti à la présentation des différents concepts qui peuvent intervenir dans l'explication des variations de l'état de santé des enfants, ainsi que les interrelations qui existent entre eux. Cette théorie est indépendante des données, c'est-à-dire que les relations entre les concepts exposés devraient être valables dans n'importe quel contexte. A présent, ces concepts doivent être traduits en indicateurs si l'on veut confirmer ou infirmer leurs relations par le biais de l'utilisation des données et des modèles statistiques. Contrairement à la théorie générale, ces indicateurs sont tributaires des données disponibles et spécifiques au contexte dans lequel se déroule la recherche.

Cette étude s'applique à un contexte bien spécifique : celui de Madagascar. La connaissance de ce contexte permet en outre de mieux appréhender le problème et de mieux comprendre les résultats qu'on aura obtenus à partir des analyses des données disponibles. Par ailleurs, le choix des méthodes d'analyse à utiliser ne se fait pas au hasard (il dépendra des types de données disponibles).

C'est dans cette optique que les deux chapitres de cette partie sont présentés. Le chapitre 3 est consacré à la présentation du contexte de Madagascar dans lequel cette recherche est effectuée, le quatrième présente les données, les indicateurs et les méthodes d'analyses à utiliser.

CARTE DE MADAGASCAR

Note : Desormais, on utilise officiellement les noms de provinces en malgache. A titre d'information, Antananarivo=Tananarive, Toamasina=Tamatave, Mahajanga=Majunga, Antsiranana=DiégoSuarez et Toliary=Tuléar.

CHAPITRE III

PRESENTATION DU CONTEXTE DE L'ETUDE

Une stratégie qui se veut être efficace pour résoudre les problèmes liés à la santé de la population et des enfants en particulier devrait tenir compte des ressources matérielles et humaines disponibles. Elle engloberait les questions démographiques et économiques, l'amélioration de la couverture sanitaire, l'éducation de base et l'alphabetisation, la valorisation du rôle de la femme, etc. Il importe ainsi, pour réaliser une étude sur le statut de la femme et la santé des enfants, d'examiner les contextes dans lesquels elle s'inscrit. Ce chapitre a pour objet de présenter les situations géographiques, démographiques, économiques et sociales du pays, incluant le système de production, l'éducation, les organisations communautaires, les systèmes sanitaires et la situation des femmes malgaches.

3.1. Contexte géographique

Madagascar est une île qui se situe à l'Est du continent africain, séparée de ce continent par le canal de Mozambique et traversée par le tropique de Capricorne à environ 200 km de son extrême Sud. Elle couvre une superficie de 587.041 km² et occupe ainsi la 4^{ème} place des îles de par son étendue. Le relief du pays est constitué de plaines côtières et de montagnes pouvant dépasser 2500 m d'altitude. Sa situation géographique et son relief accidenté lui permettent de bénéficier d'une diversité de climats rendant possible la pratique de nombreuses cultures.

Le pays est subdivisé sur le plan administratif en six provinces constituant cinq zones géographiques caractérisées par des climats et pratiques culturelles différents :

- La zone des hauts plateaux est constituée par les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa situées dans la partie centrale du pays et occupant respectivement les 10% et 17% de la superficie totale de l'ensemble des provinces. Elle comporte de nombreuses collines abritant des petites vallées fertiles propices à la riziculture irriguée. La saison de pluies s'y étend d'octobre à avril, et la température y est généralement basse pendant l'hiver (la saison sèche). Les productions agricoles dominantes dans cette zone sont le riz, le manioc,

le maïs, mais on observe également des cultures de rente et de contre-saison telles que le blé, l'orge, le fruit et les légumes ;

- La zone de la côte Ouest, constituée de la province de Mahajanga, occupe 26% de la superficie totale du pays, comportant de grandes plaines séparées les unes des autres par du terrain accidenté. Elle est traversée par de nombreuses rivières ; elle enregistre des températures et de pluviométrie favorables au développement des activités agricoles et pastorales. La culture de coton, d'arachide, de riz, de tabac, de tomate, etc y est la plus répandue ;

- la région Nord comprenant la province d'Antsiranana, représentant 7% de la superficie de l'île. C'est la plus petite de toutes les provinces décrites ici. Elle reçoit également beaucoup de pluies pendant l'année. La pratique de la culture dominante est la canne à sucre, le cacao et les épices ;

- la côte Est qui abrite la province de Toamasina, avec une superficie de 13% de l'ensemble du pays. C'est une zone peu étendue (entre 25 et 100 km de large), ayant un climat tropical et une abondante pluviométrie (entre 1300 et 2000 mm par an). Ce climat favorise la culture de fruits tropicaux et de café ;

- et enfin le Sud, constitué de la province de Toliara, la plus vaste de toutes les provinces avec 27% de la superficie du pays. Cette zone est semi-désertique et marquée par une longue saison sèche. Le terrain y est généralement peu accidenté. L'activité agricole étant tributaire de l'insuffisance de l'eau, l'activité principale prépondérante est l'élevage de bovin. La pêche maritime alimente également le marché local et extérieur.

Malgré sa forte richesse naturelle, les aléas climatiques tels que les cyclones et dépressions tropicales qui ravagent périodiquement le pays, la pratique des feux de brousse entraînant une perte de couvert végétal, la dégradation de la qualité des sols par l'exploitation irrationnelle du milieu (avec des méthodes culturales extensives), sont des contraintes qui risquent d'entraver la sécurité alimentaire de la population et le développement de Madagascar. La production du riz, par exemple, a connu une baisse considérable au cours des années 1980 (Unicef Madagascar, 1994). De plus, la configuration physique de ce pays ne favorise pas toujours le désenclavement de certaines régions. Le relief accidenté constitue

souvent un obstacle pour le développement des infrastructures de communication isolant certaines localités du pays, rendant parfois difficile voire impossible l'acheminement des produits agricoles vers les consommateurs.

3.2. Contexte démographique

Le problème de l'enregistrement des naissances et des décès à l'Etat civil fait du Recensement Général de la Population et de l'Habitat la source de données la plus fiable pour estimer l'effectif de la population. Le dernier recensement réalisé dans le pays en 1993 a ainsi permis de dénombrer environ 12,2 millions d'habitants. Cette population croît à un taux annuel de 2,7% par an. A ce rythme, elle mettra 26 ans pour doubler son effectif. Les projections des effectifs de la population conduisent à un effectif d'environ 14,1 millions en 1995 et 16,6 millions en l'an 2000. La densité moyenne de la population étant de 24 hab/km² mais cette moyenne masque de fortes disparités régionales. En effet, certaines zones sont surpeuplées pendant que d'autres sont presque vides. On peut distinguer deux grandes zones de peuplement : une zone à forte densité (supérieure à 50 hab/km²), comprenant Antananarivo et Fianarantsoa ; une zone à faible densité (inférieure à 15 hab/km²) composée essentiellement de la partie Ouest. Cette répartition hétérogène de la population ne permet pas une répartition équitable des biens et des ressources, et favorise les inégalités entre les différentes couches sociales.

La population malgache se caractérise par sa jeunesse : la population âgée de moins de 15 ans représente un peu moins de la moitié (44%) de la population totale, celle de 15 à 64 ans représente 53% et celle de 65 ans ou plus 3%, l'âge moyen de la population étant de 22,2 ans. La population féminine en âge de procréer (de 15 à 49 ans) représente 23% de la population totale. On compte beaucoup plus de femmes que d'hommes : la structure par sexe de la population est caractérisée par un rapport de masculinité de 98 hommes pour 100 femmes.

Malgré la baisse enregistrée, le niveau de la fécondité à Madagascar reste encore élevé. Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé en 1992 et 1997 indiquent des indices synthétiques de fécondité¹ (ISF) de 6,1 enfants en 1992 et 6 en 1997, ce chiffre devait être réduit à 4 enfants par femme en l'an 2000 selon l'un des objectifs liés à la fécondité inscrit

¹ L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants qu'une femme aurait à la fin de sa vie féconde, si les conditions et le niveau actuel de la fécondité restaient invariables.

dans la Politique Nationale de la Population (PNP). Avec un ISF de 5,4 enfants en 1997, Antananarivo occupe le deuxième rang après Antsiranana si on fait le classement croissant des provinces selon le niveau de fécondité. Fianarantsoa, quant à elle, enregistre l'ISF la plus élevée du pays (6,9).

Comme dans les autres pays africains, le mariage et la fécondité à Madagascar sont relativement précoces. En 1997, l'âge médian d'entrée en union des filles est de 18,5 ans et 43,5% des femmes ont déjà contracté leur premier mariage à l'âge de 18 ans. Le mariage semble être relativement plus précoce chez les anciennes que chez les nouvelles générations. L'âge médian à la première naissance des femmes malgaches est de 19,5 ans, un peu moins d'un tiers (31,7%) des femmes ont eu leur premier enfant avant 18 ans. Toutefois, l'entrée en vie féconde ne semble pas beaucoup varier selon la génération.

La polygamie est présente dans tous les milieux malgré son interdiction par la législation en vigueur, mais avec une intensité relativement faible et variable selon les provinces. Environ 4% des femmes vivent en union polygame (EDS Madagascar, 1997). On rencontre proportionnellement plus de femmes en union polygame dans la province de Toliara (9,4% des femmes) que dans les autres provinces ; la proportion la plus faible est enregistrée dans celle d'Antananarivo (1,2 %). Fianarantsoa occupe une position intermédiaire avec un taux de polygamie de 6,8 %.

3.3. Contexte sanitaire

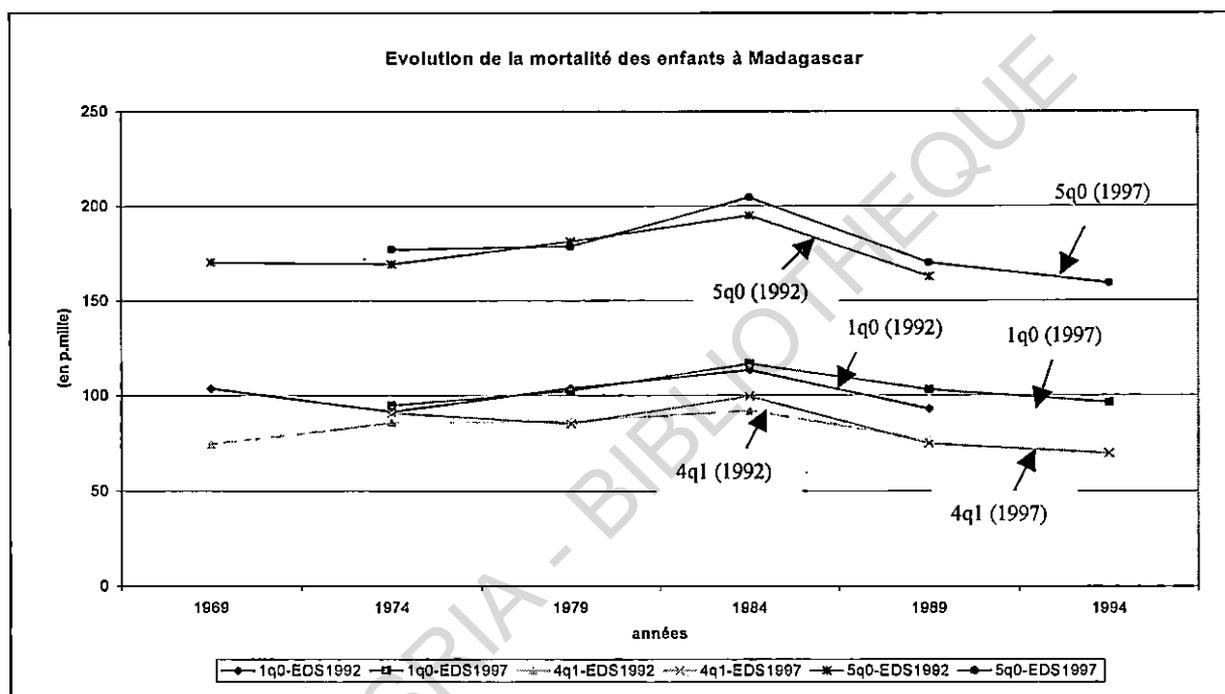
3.3.1. Situation sanitaire

Malgré des progrès appréciables enregistrés dans le domaine de la santé, les indicateurs de santé de Madagascar indiquent une situation sanitaire encore préoccupante. L'espérance de vie de la population évaluée à 38 ans en 1966 (37,5 ans pour les hommes et 38,3 ans pour les femmes) s'est améliorée pour atteindre 52,1 ans en 1993. Ces chiffres correspondent à un gain annuel en espérance de vie de 0,52 ans au cours d'une période de 27 ans, traduisant ainsi une très lente amélioration.

En ce qui concerne la mortalité des enfants, l'examen de l'évolution du phénomène à partir des deux enquêtes EDS est assez cohérent : les résultats semblent montrer qu'au cours des

années 1980, la mortalité des enfants a connu une hausse sensible. Cette période coïncide avec la dégradation des conditions sanitaires, née de la crise économique-sociale de l'époque. La hausse de la mortalité des enfants du pays au cours de cette période pourrait ainsi être attribuable à la dégradation des conditions de vie économique et du système sanitaire du pays, ayant probablement des répercussions sur les comportements sanitaires des femmes. Cette hausse a été néanmoins suivie d'une baisse, mais celle-ci est relativement modeste.

Graphique 3.1 : Evolution de la mortalité des enfants à Madagascar selon les données de EDS 1992 et 1997



Ces problèmes sanitaires ont été tenus compte par le gouvernement et ont ainsi fait l'objet spécifique dans le cadre de la Politique Nationale de Santé (PNS) que nous allons présenter ci-dessous.

3.3.2. Politique Nationale de Santé (PNS)

Considérant la santé comme une priorité nationale en vue du développement du pays, Madagascar a opté pour la mise en place d'une politique de santé c'est-à-dire « un ensemble de mesures ou de programmes élaborés et mis en œuvre en vue de protéger, de promouvoir et de restaurer la santé de la population » (Akoto, 1996). Cette politique, initiée en 1976, a été redéfinie et adoptée en 1998 par le Ministère de la santé, en collaboration avec les autres

secteurs de l'Etat et avec l'appui des partenaires au développement. Elle se base sur la Constitution qui reconnaît le droit de tous à la santé et au bien-être, et qui accorde une priorité à la protection de la mère et de l'enfant en tenant compte des objectifs de la Politique Nationale de la Population (PNP).

Le document de politique nationale de santé décrit les objectifs, les grandes orientations de la PNS et les stratégies à mettre en œuvre. Parmi les objectifs cités ayant trait directement à la santé des enfants, on peut noter la réduction de la mortalité infantile et celle de la morbidité par maladies diarrhéiques et par les infections respiratoires aiguës. Pour atteindre ces objectifs, les programmes et les actions prioritaires de la PNS sont ainsi orientées vers :

- (i) la décentralisation du système national de santé
- (ii) l'amélioration du financement du secteur santé
- (iii) le développement du secteur privé
- (iv) la disponibilité des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé
- (v) le développement quantitatif et qualitatif des ressources humaines pour la santé
- (vi) la réforme du système d'information pour la gestion
- (vii) la participation communautaire au développement sanitaire
- (viii) la promotion et la protection de la santé
- (ix) la lutte contre les maladies.

Définie de la sorte, la PNS traduit les options socio-sanitaires du gouvernement en vue de répondre de façon satisfaisante aux besoins sanitaires de la population. Néanmoins, pour des raisons d'efficacité, il doit établir des priorités afin d'orienter judicieusement les efforts et d'allouer les ressources nécessaires. Compte tenu de l'importance du rôle joué par le système de santé, les priorités concernent avant tout le renforcement du système de santé (PNS, p. 26).

3.3.3. Principaux programmes sanitaires mis en œuvre

Plusieurs programmes sanitaires ont été initiés pour atteindre les objectifs inscrits dans la PNS. La liste des programmes présentée ci-dessous n'est pas exhaustive, nous ne considérons que ceux jugés avoir trait directement à notre sujet.

a) Principaux programmes et activités en faveur de la nutrition des enfants

Madagascar figure parmi les pays ayant souscrit aux engagements issus des différents sommets mondiaux sur l'alimentation et la Nutrition. Suite à cela, le gouvernement a initié des programmes en faveur de la bonne nutrition des enfants dès les premières années de la décennie précédente. On peut citer à titre d'exemples :

- le projet Nutrition à Assise Communautaire (NAC) financé par l'UNICEF, mis en place en 1994, à la suite du passage d'un cyclone dans le pays. Ce projet a quatre composantes principales dont la mise en place du processus Triple A (Appréciation-Analyse-Action), la Surveillance et la Promotion de la croissance à assise communautaire, la promotion des soins des enfants et des femmes, et la promotion de la Sécurité Alimentaire au niveau des ménages. Ce projet couvre 14 Districts situés dans quatre provinces du pays dont Antananarivo, Fianarantsoa, Toamasina et Toliara.
- le projet Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle Elargie (SECALINE) financé par la Banque Mondiale, démarré en 1992 dont l'objectif principal est de réduire de façon durable le nombre de personnes souffrant d'insécurité alimentaire et de malnutrition. La première phase du projet touchait deux provinces les plus vulnérables en matière de nutrition à savoir Antananarivo et Toliara. La seconde phase, dénommée Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie (SEECALINE), initiée en 1999, touche l'ensemble de six provinces que compte le pays.

Il en existe bien d'autres. Certains projets sectoriels qui ne sont pas développés directement pour la promotion de la nutrition des enfants peuvent également avoir un impact sur la nutrition infantile. Il s'agit notamment des projets agricoles (Programme National de Vulgarisation Agricole ou PNVA) et des programmes sanitaires tel que la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME).

b) Programmes et politiques nationaux en matière d'allaitement maternel

Pour la promotion de l'allaitement maternel, un code national sur la commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté en 1996 (décret n°96-322 du 21/05/96) (INSTAT, 2000). Ce code prévoit l'interdiction des publicités en faveur des produits substitution du lait maternel destinés aux enfants de moins de 6 mois, de la distribution gratuite d'échantillon de lait dans les maternités et autres formations sanitaires, de la distribution de cadeaux à visée

publicitaire à l'endroit des agents de santé et de la valorisation du biberon ou de l'allaitement artificiel par les médias. Par contre, tous les agents de santé doivent œuvrer pour la promotion de l'allaitement maternel en prodiguant des conseils aux femmes qui viennent en consultation prénatale, à celles qui viennent accoucher à l'hôpital et à celles qui allaitent pour les aider à surmonter les éventuels problèmes liés à l'allaitement maternel.

Depuis 1994, un programme dénommé « Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB), appuyé par l'UNICEF et l'USAID, a été mis en œuvre. En 2000, on compte 56 HAB (Rakotonirina S., 2000 ; UNICEF-Madagascar Plans d'opérations sectorielles 2001-2003), auxquels s'ajoute les « Lieux de travail Ami des Bébé »² initiés en 1998 qui se trouvent en dehors du cadre de formations sanitaires.

c) Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PLMD)

La lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) est une priorité dans les efforts du gouvernement pour faire baisser le taux de morbidité et de mortalité infantile dans le pays. Plus précisément, ce programme a été initié en vue de réduire de 50% les taux de mortalité et de morbidité dues à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans en l'an 2000. Le programme PLMD a été redynamisé en 1989. Il consiste en l'extension de la pratique de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) jusqu'au niveau communautaire en créant des coins TRO dans les différents centres de santé (CTRO), la mise en place d'Unités de Formation au traitement de la Diarrhée (UFD) dans les services de pédiatrie des hôpitaux principaux des provinces et dans les sites de projets intégrés de l'UNICEF, la formation des médecins chefs de districts sanitaires en techniques de supervision, et des aides sanitaires responsables des centres de santé de soins primaires (CSSP), enfin la mise en place de l'unité de production SRO/ODIVA pour assurer la disponibilité relative en sachets de ces produits.

Dans le cadre de ce programme, on recommande également l'utilisation des liquides domestiques telles que le ranovola (eau de riz), la solution sucrée-salée correctement préparée (iray sy valo) ou le lait de coco lorsque le sachet SRO/ODIVA n'est pas disponible. L'effort consiste également à informer la population de la nécessité de continuer l'allaitement ou, le cas échéant, d'alimenter l'enfant diarrhéique en insistant particulièrement sur les aliments

² Il s'agit des entreprises privées dans lesquelles on a instauré un programme favorisant l'allaitement maternel des enfants.

riches en protéines et en calories et d'amener précocement un enfant qui souffre de diarrhée en consultation médicale dans le centre de santé le plus proche s'il présente l'un des signes suivants : selles liquides fréquentes, soif intense, altération de l'état général, fièvre, selles sanglantes ou vomissements incoercibles.

Les principales UFD ont fait l'objet d'une évaluation en août 1993 pour faire le point sur leur fonctionnement et pour envisager une fois de plus la relance du programme à Madagascar (Tetanye E, 1994).

d) Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Madagascar participe depuis 1976 au Programme Elargi de Vaccination. Ce programme a été développé pour lutter contre les maladies qui constituent les causes principales de la mortalité infantile. A cette date, seuls quatre vaccins étaient introduits dans le programme. Il s'agissait des vaccins contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. La vaccination anti-poliomyélite a été pratiquée petit à petit. Elle a commencé à être généralisée à partir de 1982 (UNICEF-Madagascar, 1984). La vaccination contre la rougeole, quant à elle, n'a été introduite qu'à partir de 1985 car les problèmes qui se posaient au début se référaient au coût élevé du vaccin et à son instabilité thermique relative confrontée au problème de l'insuffisance des chaînes de froid pour le stockage des vaccins.

Depuis 1987, le programme cible six (6) principales maladies des enfants (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite-Rougeole-Tuberculose) et inclut la vaccination antitétanique des femmes en âge de procréer. Le PEV est depuis lors totalement intégré au sein des prestations de santé curatives et préventives offertes à la population dans les formations sanitaires.

La vaccination DTCoQ-Polio a ciblé au début les enfants de 0-4 ans, avec une priorité pour les enfants appartenant à la tranche d'âge 0-1 an. La vaccination BCG quant à elle visait le groupe 0-15 ans avec l'administration du vaccin à la naissance pour les enfants qui naissent dans les formations sanitaires. Depuis une date récente, la stratégie adoptée dans le pays pour réaliser le programme consiste à administrer, avant le premier anniversaire le vaccin BCG, trois doses de DTCoq, quatre doses de vaccin anti-poliomyélite et le vaccin antirougeoleux.

L'objectif du PEV est d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 80% chez les enfants de moins de un an. Quatre ans après le début du lancement du programme, le taux de couverture vaccinale était encore très bas. Une étude effectuée en 1980 (UNICEF-Madagascar, 1984) a permis d'estimer le taux d'accès des enfants âgés de 0-4 ans aux vaccins DTCoq à 32%, avec une forte variation selon les provinces : 44,7% à Antananarivo, 17,2% et 16,4% respectivement à Toliary et à Mahajanga. Le taux de vaccination contre la polio au niveau national en 1982 n'était que de 3 à 4%. Pour le BCG, ciblant au début la population âgée de 0-15 ans, le taux de couverture en 1981 a été estimé à 34,5% avec, encore une fois, une forte disparité entre les provinces. Ces faibles taux de couverture étaient liés probablement à une faible motivation du personnel, au problème logistique dans les formations sanitaires et à un défaut de mobilisation de la population.

Le pays a développé des stratégies spécifiques pour améliorer ces taux de couverture vaccinale. Parmi celles-ci, on peut citer l'organisation des campagnes de sensibilisation de la population depuis le début des années 1990. Ces campagnes ont été intensifiées à travers l'organisation des journées nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite au cours de la période 1997 à 1999 avec l'appui de l'UNICEF, et la distribution des diplômes de vaccination aux enfants qui ont reçu tous les vaccins avant l'âge de un an dans les formations sanitaires. Ces stratégies ont connu des résultats très satisfaisants au niveau de la mobilisation de la population et l'on a enregistré une très nette amélioration de la couverture vaccinale.

Actuellement, l'appui de l'UNICEF et de bien d'autres partenaires - entres autres, l'USAID, l'OMS, l'Institut Pasteur et le Rotary Club- aux activités du PEV continue encore. Le taux de couverture vaccinale (pour tous les vaccins) s'est nettement amélioré, passant de 36,2% en 1997 (EDS, 1997) à 50% en 2000 (MICS, 2000). L'accès aux vaccins varie d'un type à l'autre et selon les provinces. A Antananarivo, le taux de complétude des vaccins n'a guère bougé, passant de 63,2% (1997) à 63,8% (2000). A Fianarantsoa, l'amélioration est nette. En 1997, elle figurait parmi les provinces ayant les taux les plus faibles (19,4%) alors qu'en 2000, avec 44,9%, elle occupe le deuxième rang parmi les provinces qui enregistrent les taux de complétude les plus élevés. Toliary reste toujours la province la plus défavorisée en matière de vaccination : le taux de complétude y était de 15% en 1997 et de 18,6% en 2000.

3.3.4. Organisation et fonctionnement du système de santé

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé (Levy et al, 1998). L'idéal veut que ce système présente au moins les cinq caractéristiques suivantes : global (c'est à dire ne négliger aucun type de soins, plus particulièrement la prévention), équitable, accessible (géographiquement et économiquement), efficace (tant du point de vue technique qu'économique), et acceptable par la population. Cependant, comme presque partout en Afrique, le système de santé à Madagascar ne remplit pas ces différents critères énumérés. Le système de fonctionnement des services de santé à Madagascar est encore loin d'être satisfaisant et il n'est pas surprenant d'enregistrer une faible fréquentation des établissements sanitaires modernes.

a) Structures organisationnelles

A Madagascar, la gestion du système de santé, qu'il s'agisse des institutions ou des établissements sanitaires se situe à trois niveaux. En ce qui concerne les institutions, au premier niveau (ou au niveau central), on trouve les services centraux du Ministère de la Santé regroupés autour du Cabinet du Ministre. Ils comprennent le Secrétariat Général et huit Directions centrales auxquelles sont directement rattachés des Services centraux chargés de la conception, de la coordination, de la planification stratégique, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la PNS.

Au niveau intermédiaire, on trouve 6 Directions Inter-Régionales de Développement sanitaire. Celles-ci ont pour attribution d'apporter l'appui technique aux districts de santé et d'assurer la coordination et la supervision de la mise en œuvre des plans d'action de ces derniers ainsi que la planification des besoins régionaux. Enfin, au niveau périphérique se trouvent les 111 districts de santé³ que compte le pays. Chaque district assure les activités opérationnelles de développement sanitaire avec la participation des communautés. De plus, il veille à la qualité des prestations et des soins offerts à la population dans sa zone de compétence.

³ Ces districts de santé ont été mis en place en 1994 et en 1995 par le Minsanté. Leurs limites géographiques se superposent à celles du futur département du projet de réorganisation territoriale (actuel Fivondronampokontany) (Madagascar-MINSANTE- PNS, 1998).

Les établissements sanitaires sont également répartis en trois catégories essentielles : les formations sanitaires de base (ou centre de santé de base : CSB), les centres de référence de premier recours et enfin les centres de références de deuxième recours. Les centres de la première catégorie servent pour les premiers contacts de la population avec les services de santé modernes. Selon les statistiques du Ministère de la Santé, le pays compte actuellement environ 2100 centres de santé de base, dont environ 1900 fonctionnant sous l'autorité du Ministère de la Santé, une centaine appartenant à l'armée (des infirmeries et des postes de santé), une douzaine d'organisations sanitaires inter-entreprises, le reste étant des centres privés à but non lucratif.

Les centres de référence de premier recours dans la deuxième catégorie ou centres hospitaliers de District (CHD), assurent la prise en charge des cas médicaux référés et des interventions chirurgicales courantes. Ils sont constitués des 22 ex-Hôpitaux Médico-Chirurgicaux et des 52 ex-Hôpitaux secondaires Simples des anciennes circonscriptions médicales et enfin 8 hôpitaux privés à but non lucratif et 4 cliniques privées. Enfin, la troisième catégorie, constituée des centres de référence de deuxième recours, est représentée par les Centres Hospitaliers Régionaux (situés au niveau des chefs lieu de provinces) et les Centres Hospitaliers Universitaires (qui se situent au niveau de la Capitale et/ou des chefs lieux de provinces).

La gestion du système de santé à Madagascar pêche par un manque de partenariat avec les communautés qui jouent un rôle déterminant pour la circulation des informations sanitaires vers la population. Malgré leur bonne volonté, les communautés ne sont pas impliquées dans le processus d'appréciation, d'analyse et d'action sanitaire.

b) Infrastructures sanitaires

Eu égard aux chiffres que nous venons de présenter concernant les établissements de soins de santé, nous pouvons dire que Madagascar dispose d'un nombre d'infrastructures de santé relativement important. Ces infrastructures semblent même être relativement bien réparties sur l'ensemble du territoire (Gautier et Razafindrakoto, 1997). Néanmoins, compte tenu de leur forte densité de population, Antananarivo et Fianarantsoa ont été identifiées comme les provinces qui disposent du plus grand nombre de centres. Ces deux provinces

abritent environ 960 centres de soins (toute catégorie confondue), soit près de 41% de l'ensemble des centres de santé disponibles dans le pays (tableau A3.1 en annexe).

Cependant, ces formations sanitaires de base ne sont pas toujours opérationnelles et leur faible efficacité découle en partie de l'inégale répartition des ressources humaines (nous y reviendrons plus loin). Par ailleurs, le problème d'accessibilité aussi bien géographique qu'économique de certains centres de santé fonctionnels se pose. En supposant qu'une personne ait accès à des services de soins de santé si elle se trouve à moins d'une heure de trajet d'un établissement sanitaire (quels que soient les moyens de transport) ou si elle habite à moins de 5 km d'une formation sanitaire [opérationnelle], la proportion de la population malgache ayant accès aux services de santé n'est pas très élevée. Elle représente 65% de la population totale. Ce chiffre cache la disparité entre les régions. En zone rurale, le problème d'accès aux centres de santé se pose avec beaucoup plus d'acuité qu'en zone urbaine. De plus, comme dans les autres pays africains, les dépenses les plus faibles sont attribuées aux zones rurales où vit la grande majorité de la population et où la demande est plus importante.

D'après les résultats d'une enquête communautaire réalisée en 1999 à Madagascar par l'INSTAT, dans 92% de localités urbaines, on peut identifier au moins un lieu de consultation à moins de 5 kms alors qu'en milieu rural, ce pourcentage ne dépasse guère 50%. A Antananarivo, en milieu urbain, à peine 6,5% des localités se situent à plus de 5 km d'un centre de santé, contre 43,5% en milieu rural. A Fianarantsoa, le problème d'accessibilité géographique semble préoccupant, surtout en milieu rural. En effet, dans environ 60% des localités rurales, les habitants doivent parcourir au moins 5 kms avant de trouver un lieu de consultation.

La revitalisation des services de santé a figuré parmi les projets d'appui de l'UNICEF au Ministère de la santé dans le cadre de programme de coopération 1996-2000 et continue d'être prise en compte dans le cadre de coopération pour la période 2001-2003. De 1996 à 1998, 184 CSB ont été rendus opérationnels et offrent des soins de santé intégrés de qualité (UNICEF-Madagascar, Plans d'opérations sectorielles 2001-2003, p. 13). Pour la seconde période, 14 districts sanitaires dans les provinces de Fianarantsoa et de Toamasina sont visés par le projet.

c) Activités et offres de soins dans les formations sanitaires

Les paquets minimums d'activités (PMA) définissent l'ensemble des activités essentielles à fournir au niveau des centres de soins de santé. Ils varient selon le type de formations sanitaires, les CSB étant des structures qui devraient être suffisamment attractives pour limiter le recours direct au CHD. Les soins offerts dans un CSB peuvent être classés en trois catégories, à savoir des soins curatifs, des soins préventifs et des soins promotionnels décrits comme suivent :

- les soins curatifs consistent à la prise en charge des malades en assurant le traitement et le suivi pour des cas simples et, en cas d'urgence, en assurant les soins de premiers recours et référer au besoin, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le traitement des traumatismes courants, la surveillance et la référence des cas graves de malnutrition, les examens médicaux ou de laboratoire ;
- les soins préventifs et promotionnels comprennent la consultation prénatale et postnatale des femmes, la vaccination et les apports en micro-nutriments des enfants et des femmes en âge de procréer, la surveillance de la croissance des enfants, la prévention des IST/SIDA, la planification familiale et l'accouchement normal, la promotion de la santé bucco-dentaire.

En dehors de l'offre de ces soins, le CSB devrait assurer l'approvisionnement en médicaments c'est-à-dire la disponibilité des médicaments essentiels en collaboration avec la communauté, assurer la mobilisation communautaire et enfin assurer la gestion des ressources et des activités du centre pour assurer sa bonne marche.

De son côté, un CHD assurera essentiellement les soins curatifs, médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux dans les cas référés ou les urgences médicales. Il se chargera également des soins préventifs des groupes cibles hospitalisés et oriente les autres vers les CSB pour le suivi.

d) Ressources humaines

Pour fonctionner de manière efficace, le système de santé doit pouvoir compter sur un personnel en nombre suffisant, ayant la formation requise, motivé et convenablement

rémunéré (Banque Mondiale, 1994). En termes de ressources humaines, Madagascar est loin d'être parmi les pays africains les plus défavorisés (Gautier et Razafindrakoto, 1997). Les nombres d'habitants par médecin et par infirmier, mesurant respectivement les rapports du nombre total d'habitants d'une région donnée à l'effectif total des médecins et des infirmiers oeuvrant dans la localité, indiquent des situations assez satisfaisantes. Le ratio du médecin est passé de 1 médecin pour 1 600 habitants à 1 médecin pour 9 780 habitants entre 1975 et 1992⁴ ; et le ratio du personnel paramédical (infirmiers, sage-femme) de 1 pour 2900 habitants à 1 pour 1700 habitants entre 1979 et 1992. Ils sont légèrement meilleurs que les normes de l'OMS, qui sont de 1 médecin pour 10000 habitants et 1 paramédical pour 2500 habitants (PNUD Madagascar, 1996).

Cependant, on ne peut pas ignorer d'autres problèmes liés au personnel sanitaire, notamment celui de son inégale répartition entre les régions, entre les zones urbaines et rurales, et entre les districts. Cela compromet gravement la couverture sanitaire des zones rurales. En outre, la gestion du personnel de santé pose un certain nombre de problèmes entraînant une inefficacité du système de santé. Entre autres problèmes, on peut citer :

- l'inadéquation entre la formation et les besoins : les profils des postes ne correspondent pas souvent à ceux des titulaires. Cette situation conduit, soit à une sous exploitation des ressources humaines, soit à une inefficacité des employés. Les tâches qui sont confiées à des personnels qualifiés ne correspondent pas toujours à leurs compétences et leur aptitude dans l'amélioration de la santé de la population n'est pas exploitée comme elle devait l'être (Banque mondiale, 1994). Des postes administratifs devraient, par exemple, être occupés par des spécialistes de gestion, de planification et de préparation de budget plutôt que par des médecins qui peuvent œuvrer pour les soins de la population.
- le manque de motivation du personnel lié à des faibles salaires
- les carences de la formation continue du personnel
- le manque de supervision
- l'insuffisance de moyens et d'équipements de travail du personnel.

⁴ Les chiffres diffèrent selon les sources de données considérées, mais toujours est-il que la situation reste relativement bonne à Madagascar quelle que soit la source considérée. Dans l'article rédigé par Razafindrakoto M. et Gautier J-F. (1997), ces ratios correspondent respectivement à 12273 personnes par médecin et 4090 personnes par infirmier contre respectivement 18480 et 6532 pour l'ensemble de l'Afrique Subsaharienne.

Le recyclage et la formation continue du personnel sont nécessaires pour le renforcement des capacités des formations sanitaires. Dans le cadre de la coopération Madagascar-UNICEF 1996-2000, des agents de santé de 40 districts sanitaires ont pu bénéficier d'une formation. A la fin de l'année 1999, 7 04 agents de santé de base et 131 formateurs ont reçu une formation appropriée pour la PCIME (prise en charge intégrée des maladies des enfants).

e) Equipement sanitaire

Les infrastructures sanitaires du pays sont caractérisées par l'état de délabrement avancé de certains bâtiments, la vétusté et l'insuffisance des équipements sanitaires. La dégradation de ces équipements provient d'un manque d'entretien et de maintenance. On peut par exemple citer le taux de couverture nationale en réfrigérateurs, évalué à 76,5 % dont 54,5 % sont fonctionnels. La faible couverture vaccinale est d'ailleurs liée en partie à l'absence de chaîne de froid. Moins de 30% des formations sanitaires en sont dotés alors qu'il y a 2000 formations sanitaires ayant des matériels techniques pour permettre la vaccination (PNUD-DPDS, 1995). L'évacuation des malades vers une formation sanitaire intermédiaire pose des problèmes faute de moyens : rares sont les formations sanitaires intermédiaires qui disposent d'une ambulance, et même si une ambulance existe, soit il est difficile de la contacter, soit le véhicule est en panne plus ou moins permanente faute de pièces détachées.

Pour faire face à ces problèmes, le Ministère de la santé avec l'aide de nombreux bailleurs de fonds a mis en œuvre un « programme sectoriel de santé » qui comporte un volet de réhabilitation des infrastructures et des équipements pour améliorer la qualité des prestations de services dans les établissements publics.

f) Budget de santé

La crise économique dont souffre le pays depuis le milieu des années 80 a joué sur les dépenses sociales, notamment celles de santé. La dégradation de la situation économique à Madagascar et l'augmentation des coûts en termes réels des équipements et des médicaments ont considérablement réduit les capacités de l'Etat aussi bien que des ménages à contribuer de manière appropriée au financement du secteur de la santé. La part des ressources

budgétaires allouée à ce secteur est caractérisée par une évolution en deux temps : une baisse régulière jusqu'en 1990, ensuite une augmentation jusqu'en 1997. En 1975, elle représentait 9,2% du budget de l'Etat, 6,6% en 1981 et 4,5% en 1990 (UNICEF Madagascar, 1994 ; PNUD Madagascar, 1996). Si ce pourcentage n'a guère évolué au cours de la période 1986-1996 et restait autour de 4,5% par an en moyenne, elle a augmenté pour atteindre 12% du budget total en 1997 (PNS, p. 16).

Par ailleurs, la proportion réservée par le Ministère de la santé aux investissements est faible, ce qui explique l'état vétuste de la plupart des formations sanitaires et de leur sous-équipement. En revanche, une grande partie du budget de fonctionnement est consacrée au paiement des salaires du personnel. Elle est passée de 57% en 1976 à 70% en 1990. Le fonctionnement du système de santé est ainsi assuré en grande partie par le financement de la population à travers les systèmes de recouvrement du coût des médicaments.

Il convient en outre de signaler que la répartition des dépenses publiques au titre de soins de santé est caractérisée par un déséquilibre flagrant en faveur du niveau central et des grands hôpitaux, qui bénéficieraient respectivement de 28,4% et de 31,9% (soit au total environ 60%) des ressources allouées à la santé. Cette situation s'est déjà améliorée : à partir de 1997, la part attribuée au niveau central a diminué (elle est réduite à 35,9%) au bénéfice des régions et des districts sanitaires (PNS, p. 16).

Le secteur santé bénéficie également d'une aide extérieure (aide nationale et internationale) pour assurer le budget de fonctionnement et d'investissement. Des coopérations multilatérales ou bilatérales permettent la mise en œuvre de programme sectoriel de santé. Toutefois, l'aide bénéficié par le pays semble relativement faible par rapport à celle reçue dans les autres pays africains (PNS, p.17).

En définitive, comme dans les autres pays africains, les problèmes au niveau du système de santé à Madagascar tiennent au nombre insuffisant d'établissements sanitaires, au problème d'accessibilité de ces formations sanitaires, à l'inégale répartition du personnel qualifié sur le territoire national, au sous-emploi de personnel qualifié en place, au manque de fournitures essentielles.

3.4. Contexte socio-économique

3.4.1. Généralités : évolution de l'économie dans le temps

Madagascar est un pays qui avait un potentiel économique considérable durant la décennie 1960. Cependant, pendant les années 70, l'économie du pays a peu évolué et, depuis cette époque, Madagascar s'est retrouvé parmi les pays les plus pauvres du monde. Il occupait le 12^{ème} rang des pays les plus pauvres (Madagascar-DPF, 1994). Selon l'estimation de la Banque Mondiale à partir des données de l'Enquête EPM 1993, 74% de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté⁵, cette proportion s'élevait à 43% en 1962.

La dégradation des indicateurs économiques dans le temps confirme la décroissance du niveau économique du pays. Selon les données disponibles (PNUD Madagascar, 1996), le taux de croissance annuelle du PIB était passé de 1,4% à 5,1% entre 1960-1965 et 1965-1970. Les valeurs de ce taux ont considérablement chuté pour les périodes 1970-1975, 1975-1980 et 1980-1985. Elles étaient tombées respectivement à 0,6% et 1,4% au cours des deux premières périodes et a même pris une valeur négative (-1,8%) pour la dernière période. Cette chute observée au début des années 70 pourrait s'expliquer par la mutation économique et sociale marquant le tournant de 1972. Le principe édicté à l'époque a été « la maîtrise populaire du développement », qui s'est traduit par le renforcement du contrôle et de la mainmise de l'Etat sur tous les secteurs clés de l'économie. Cette politique a eu comme conséquence la disparition de tout esprit d'initiative et d'entreprise (Madagascar DPF, p.6).

La mesure de nationalisation, qui touchait plusieurs secteurs de l'économie (énergie, banque, assurance, transport, commerce, etc), et des réformes internes, qui s'inscrivaient dans la logique du choix de la politique économique à partir de 1975, ont également contribué à cette détérioration (PNUD Madagascar, 1996). Par ailleurs, l'application des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), adoptés par le gouvernement malgache au début des années 80 pour essayer de mettre fin à une décroissance constante du niveau de vie, a eu un impact désastreux à court terme sur le niveau de vie économique de la population. Il n'est donc pas étonnant de voir une décroissance du PIB au cours de la période 1980-1985. Les fruits des

⁵ Le seuil de pauvreté est une expression monétaire des besoins minima d'un individu au cours d'une période donnée. La Banque Mondiale l'a défini en terme de revenu annuel et par personne et l'a fixé à 247.637 FMG.

PAS n'ont pu être perceptibles que vers l'année 1989. Une légère amélioration (taux de croissance moyenne annuelle de 3,1%) a pu être observée au cours de la période 1985-1990.

Cependant, la reprise de la croissance économique en 1989 a été interrompue et a complètement disparu en 1990-1995 (taux de croissance négatif équivalent à -0,2%) suite à l'instabilité politique qu'a connu le pays en 1991. Le taux de croissance du PIB pour cette dernière année a chuté jusqu'à -6,3% (PNUD 1996, p.34). Si l'on rapporte la croissance (et la décroissance) du PIB à l'accroissement démographique, les Malgaches se sont appauvris de 50% en deux décennies jusqu'à 1993 (Madagascar DPF, 1994 ; PNUD- DPDS, 1995). En 1994, le cumul des catastrophes naturelles entraînant les pénuries des produits de première nécessité et l'émergence du marché noir, ainsi que le « flottement » monétaire ont eu des effets inflationnistes considérables car les prix de ces produits ont doublé en l'espace de quelques semaines. L'année 1997 semble être marquée par le début de la reprise de la croissance économique (3,7% en 1997 et 4% en 1998) (UNICEF-Madagascar, 1999). Cependant, en 1997, Madagascar occupait encore le 160^{ème} rang sur 174 pays en termes de PIB par tête (mesure en parité de pouvoir d'achat).

L'examen de l'évolution de l'Indicateur du Développement Humain (IDH) permet d'aboutir à la même conclusion quant à la dégradation du niveau économique du pays. Le niveau de l'IDH a été évalué par le PNUD à 0,292 en 1970 et à 0,426 en 1985. La décennie 1990 est caractérisée par un niveau de développement humain de l'ordre de 0,340. Cependant, Madagascar améliore quelque peu sa situation par rapport aux autres pays si l'on tient compte de l'IDH. La considération de cet indicateur permet de le placer ainsi au 147^{ème} rang sur 174 pays en 1997 (UNICEF-Madagascar, 1999).

3.4.2. Les secteurs de production

Nous distinguons trois secteurs de production : primaire, secondaire et tertiaire.

a) Le secteur primaire

Le secteur primaire comprend principalement l'agriculture, l'élevage et la pêche. Il occupe une place essentielle dans l'économie malgache. En effet, il est à la base de 80% des recettes d'exportation et représente plus de 85% de l'emploi. Ce secteur contribue pour

environ 30% du PIB (Rapport EDS, Madagascar, 1997 ; PNUD Madagascar, 1996). Pour la période 1984-1993, sa part dans le PIB a été évaluée à 36,4% (35,3% en 1984 et 37,9% en 1993). Entre 1995 et 1996, on a enregistré une légère amélioration de la performance de ce secteur (taux de croissance annuel de 1,5% en 1995, contre 2,5% en 1996), mais celle-ci demeure encore faible par rapport à l'objectif visé. Sa faible performance est due à la diminution du rythme de croissance de la production dans les trois branches. Le taux de croissance de la production dans l'élevage et la pêche est passée de 2% en 1995 à 1,7% en 1996. Celui de la production agricole a également connu une baisse, passant de 2,4% à 1,4% entre 1995 et 1996.

Au sein des exploitations agricoles, la riziculture occupe la première place, le riz étant l'aliment de base des malgaches. Elle est pratiquée dans 85% de ses exploitations sous différentes formes. Les cultures de maïs, de manioc et de patate douce, quant à elles, sont pratiquées respectivement dans 63%, 37% et 33% des exploitations agricoles. L'insuffisance de la production de riz est encore importante, malgré la priorité accordée à sa culture, en raison de son faible rendement (dû à l'archaïsme du matériel, la faible variété de culture, etc). Par ailleurs, le taux de croissance de l'agriculture est de loin inférieur à celui de la croissance démographique. Par conséquent, le pays n'arrive pas à assurer son autosuffisance alimentaire et se trouve obligé d'importer du riz. La pénurie et les importations considérables du riz sont observées depuis 1979 (UNICEF Madagascar, 1984).

Les principaux produits d'exportations agricoles sont le café, la vanille et le girofle. Ils représentent une part moins importante des exploitations agricoles totales aussi bien en terme de production qu'en terme de superficie, mais ils constituent environ 38% des recettes d'exportation. Le poivre et le litchis sont, par ailleurs, de plus en plus exportés. On peut enfin ajouter à cette liste les plantes industrielles telles que le coton et la canne à sucre.

Parmi les produits d'exportation de la pêche, on peut citer les crevettes, les langoustes et les thons. Les premières constituent la deuxième ressource en devises de Madagascar après le café (Rapport EDS Madagascar, 1997). L'élevage, quant à lui, fait partie des exploitations traditionnelles et est pratiqué en complément de l'agriculture.

La faiblesse d'encadrement des paysans, le bas niveau des prix offerts aux producteurs et la baisse des cours mondiaux de certains produits de base constituent autant d'obstacles au développement et à la performance des cultures de rente à Madagascar.

b) le secteur secondaire

Le secteur secondaire contribue pour 12% au PIB et occupe moins de 3% de la main d'œuvre nationale dans le secteur industriel. Les principales industries sont : les industries alimentaires, l'agro-industrie, les industries textiles et du cuir, et l'énergie. Le taux de croissance du secteur secondaire est passé de -1% en 1994 à 1,8 % en 1995 et 2% en 1996. Les principales contraintes du secteur secondaire sont l'obsolescence de l'équipement, les difficultés d'approvisionnement et la pénurie de main d'œuvre qualifiée. Ces contraintes ont entraîné une baisse considérable de la production dans le secteur textile.

L'artisanat est également une composante importante du secteur secondaire à Madagascar. Il permet de palier l'insuffisance du secteur industriel dans la satisfaction des besoins essentiels de la population. En milieu urbain, les personnes employées dans l'artisanat représentent 60% de la population active urbaine. La broderie, la vannerie, le tissage, la confection, etc sont des filières des métiers où les femmes sont très représentées.

c) le secteur tertiaire

Le secteur tertiaire détient le poids le plus élevé dans le PIB puisqu'il y contribue pour plus de 50%. La branche la plus dynamique est celle des bâtiments et travaux publics (BTP). Elle est suivie de transport, de commerce et de télécommunications. Le secteur tertiaire a vu sa croissance régresser de 2,3% à -1,4% entre 1984 et 1993 (PNUD Madagascar, 1996). Cette croissance est passée à 1,9% en 1996. Quant au tourisme, il représente un potentiel économique important pour le pays, mais il reste jusque-là faiblement exploité.

En définitive, Madagascar est un pays à vocation agricole, la grande majorité de la population malgache est rurale (environ 80%). Le développement de sa richesse agricole serait à la base du développement du pays.

3.4.3. La participation des femmes au développement économique du pays

Les femmes constituent une importante force de travail. Les résultats de l'Enquête Prioritaire auprès des Ménages 1997 indiquent des taux de participation féminine de 59,4%, 26,5% et 11,0% respectivement dans le secteur primaire, secondaire et tertiaire. Elles représentent presque la moitié de la population active (46,6%) participent activement à tous les secteurs d'activité. Cette proportion serait encore plus élevée si l'on incluait les femmes au foyer dont les activités domestiques ne sont pas prises en compte dans la comptabilité nationale, et qui sont considérées comme inactives. Ces dernières représentent 30% de la population active âgée de 10 ans et plus (Madagascar MPCFE, 2000).

Cependant, les activités économiques des femmes urbaines se distinguent de celles des femmes rurales. En milieu rural, les femmes s'investissent beaucoup plus dans la production vivrière et dans l'artisanat. Elles produisent plus de la moitié des cultures vivrières qui sont en grande partie utilisées pour la consommation familiale. Elles assurent également la transformation et la commercialisation des produits agricoles non consommés et ceux de l'élevage et de la pêche. Elles se livrent enfin à des activités de tissage, de vannerie et de poterie pour compléter les revenus du ménage. Les femmes rurales s'investissent aussi bien en terme d'énergie que de temps pouvant aller jusqu'à 16 à 18 heures par jour pour pouvoir réaliser leurs activités (Madagascar MPCFE, 2000). Malgré ces lourdes activités exercées par les femmes rurales, elles ne disposent pas généralement de ressources propres et ne jouissent pas d'une autonomie financière leur permettant de s'épanouir pleinement.

En milieu urbain, les femmes sont particulièrement présentes dans le secteur informel. *«Pour les femmes, le secteur informel est une source privilégiée d'emplois, malgré la modicité des revenus qu'elles en tirent. Il leur permet de faire face de façon régulière aux responsabilités croissantes qui leur incombent dans la prise en charge quotidienne de leurs multiples rôles »* (Madagascar MPCFE, 2000 : p.26). En 1998, elles occupaient 47% de tous les emplois informels. Elles exercent surtout des activités de commerce, de confection et de restauration.

En revanche, elles ne représentent qu'une infime partie de la population employée dans le secteur moderne où elles sont surtout présentes dans les postes administratifs. En effet, compte tenu de leur faible qualification, elles sont moins compétitives sur le marché du

travail. Dans le secteur privé, les femmes représentent 16,7% des salariés : 40 % d'entre elles sont dans l'administration, 22,6% des ouvrières qualifiées et 23,6% des manœuvres (UNICEF Madagascar, 1994). Les femmes dans le secteur privé se concentrent surtout dans la confection et la production des chaussures (elles y représentent 51,4% des employés) et dans l'industrie alimentaire (10% des employés). Dans le secteur public, par contre, elles exercent surtout leurs activités dans l'enseignement et la santé (environ 73%).

Malgré l'existence des principes juridiques relatifs à l'égalité sexuelle en matière d'emploi et de salaire, les femmes demeurent souvent victimes de pratique discriminatoire. Dans le secteur privé, deux entreprises sur trois préfèrent embaucher, à qualification égale, des hommes plutôt que de femmes. De même, à compétences égales, les salaires des femmes dans ce secteur semblent être 25% inférieurs à ceux accordés à leurs homologues hommes. Même dans le secteur agricole, les salaires accordés aux femmes dans la riziculture sont de 50% inférieurs à ceux des hommes (UNICEF Madagascar, 1994).

On notera également le développement des zones franches industrielles à Madagascar. Elles emploient 0,6% de l'ensemble de la population active occupée et sont caractérisées par la prédominance féminine de la main d'œuvre associée au niveau salarial très bas.

L'importance numérique des femmes et leurs poids relatifs dans le développement des différents secteurs d'activité implique la nécessité d'une valorisation des activités des femmes dans l'économie nationale. En effet, malgré l'importance de leur contribution dans le développement économique du pays, les femmes se situent dans une situation d'insécurité et de précarité permanente et ne détiennent qu'un faible pouvoir économique.

3.4.4. Conditions de vie de la population

Nous aborderons trois aspects des conditions de vie de la population ayant un impact sur la santé des enfants : la sécurité alimentaire dans les ménages, le type d'approvisionnement en eau et enfin l'assainissement ou l'hygiène domestique.

a) La sécurité alimentaire dans les ménages

La sécurité alimentaire dans le ménage désigne l'accès durable (c'est-à-dire à tout moment) de tous les membres d'un même ménage à une alimentation saine en quantité et en

qualité suffisante pour la couverture de l'ensemble des besoins nutritionnels (UNICEF Madagascar, 1994 ; UNICEF, 1998). Le problème d'insécurité alimentaire se pose en terme d'accessibilité et se présente soit sous forme de disponibilité physique, soit sous forme de disponibilité financière dans les ménages.

En milieu rural, la disponibilité physique des aliments est liée à la disponibilité de terre cultivable et à l'accès à d'autres ressources agricoles (matériels de travail et intrants) permettant à la famille d'assurer une production agricole suffisante. Plusieurs facteurs peuvent intervenir pour expliquer les problèmes d'insécurité alimentaire en milieu rural à Madagascar. D'abord, le problème d'érosion, entraînant la perte d'une couche importante de terre arable, est souvent à l'origine de la diminution de la superficie de terre cultivable et par la suite de celle de la production agricole (UNICEF Madagascar, 1994).

Par ailleurs, le niveau des techniques agricoles utilisées par les paysans malgaches demeure encore faible. Elles sont encore archaïques et peu diversifiées. En outre, l'ignorance des paysans d'une meilleure technique d'exploitation agricole, due à un manque d'encadrement adéquat ne permet pas d'obtenir un rendement élevé. Ajoutés à tout cela, l'absence d'appui apporté aux paysans dans la production, la hausse incessante des intrants conjuguée au faible pouvoir d'achat des populations, et la désertion de certains agriculteurs de plus en plus victimes d'insécurité contribuent également à expliquer l'insuffisance des productions alimentaires dans le milieu rural à Madagascar.

En milieu urbain, le problème se pose autrement. La sécurité alimentaire des ménages dépend en grande partie de la disponibilité des aliments sur le marché public d'une part, et d'autre part, des moyens financiers dont disposent les ménages en vue d'acquérir des aliments au niveau du marché. Le faible pouvoir d'achat des ménages constitue une contrainte majeure pour assurer une alimentation suffisante pour répondre à leurs besoins nutritionnels. Entre 1984 et 1990, le pouvoir d'achat de la population a chuté de 55% (UNICEF Madagascar, 1994, p. 109).

L'évolution croissante des prix des produits de consommation ne fait que renforcer le problème lié au faible pouvoir d'achat des ménages. Selon une étude de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), le prix de l'alimentation a été multiplié par plus de dix entre 1972 et 1990, le prix du riz (l'aliment de base) a plus que doublé entre 1987 et 1992 (UNICEF

Madagascar, 1994). En 1994, le taux d'inflation a atteint 46,8 %. En conséquence, la part du budget des ménages consacrée à l'alimentation est élevée (60-80% des dépenses totales) et les produits alimentaires accaparent plus des deux tiers de la consommation totale des ménages.

Par ailleurs, la difficulté d'acheminement des produits agricoles en ville n'est pas à négliger. Le délabrement des routes laisse certaines régions productrices enclavées et entrave ainsi la commercialisation de leurs produits agricoles. Cette défaillance en matière de réseau de communication rend très difficile la distribution des produits agricoles dans les marchés urbains.

Les problèmes d'insécurité alimentaire varient également une région à l'autre du pays. Il convient à cet effet de rappeler l'existence des aléas climatiques déjà évoquée précédemment, qui favorisent davantage l'insécurité alimentaire dans certaines régions du pays. Les dépressions tropicales traversant presque régulièrement le pays ont des impacts négatifs sur la production agricole. Etant donné que la plupart d'entre elles naissent au Nord-Est de Madagascar et se déplacent vers le sud-ouest, les côtes constituent les régions les plus menacées par ces dépressions. La partie sud du pays, quant à elle, subit les conséquences de la sécheresse qui sévit dans la région. La climatologie dans cette région est caractérisée par l'insuffisance et l'irrégularité des précipitations, rendant les conditions hydrologiques préjudiciables à la production alimentaire.

b) La disponibilité en eau potable

La disponibilité en eau potable fait également partie de l'indice de conditions de vie dans les ménages. Le service de distribution d'eau n'étant pas gratuit, certains ménages se sont résolus à se priver de l'eau courante (c'est-à-dire provenant de la société distributrice de l'eau, la JIRAMA) en raison des difficultés financières, et s'approvisionnent en eau d'autres sources, ce qui les expose à divers risques de maladies (Madagascar INSTAT, 2000). Ces ménages peuvent de ce fait s'approvisionner en eau de surface (lac, rivière, ruisseau, source) ou de puits non protégés pour la boisson. Autrement dit, si l'on se réfère à la définition de

l'eau potable retenue dans le manuel de l'enquêteur pour l'enquête MICS (2000)⁶, ces ménages utilisent encore de l'eau non potable pour boire ou préparer les repas.

Les données disponibles indiquent une faible couverture en eau potable encore faible dans le pays. En se référant aux critères retenus dans la définition de l'eau potable, seul environ le quart de la population a accès à l'eau potable à Madagascar (respectivement 26% et 24,6% en 1997 et en 2000) et il y a une forte disparité selon les milieux et les régions de résidence. Dans la capitale, l'accès à l'eau potable est presque universel : 98% de sa population a accès à l'eau potable (Madagascar-INSTAT, 2000). Dans les autres centres urbains, cette proportion est de 60%, contre 12% en milieu rural où la situation demeure préoccupante. L'eau de surface est la source principale utilisée par la majorité de la population rurale pour boire et pour préparer les repas.

De plus, un déséquilibre notable peut être observé entre les provinces en ce qui concerne l'accès à l'eau potable. Les données récentes (issues de l'enquête MICS 2000) indiquent que la province de Fianarantsoa est la plus défavorisée de ce point de vue. Dans cette province, le taux de couverture en eau potable est de 10%, se situant ainsi après Toamasina (14%) et Mahajanga (19%). Dans la province de Toliary où l'on s'attendait à observer la situation la plus préoccupante à cause de la sécheresse qui y sévit et donc de la difficulté à trouver de l'eau, la part de la population ayant accès à l'eau potable est de 27%.

La situation dans cette dernière province résulte des programmes mis en œuvre par différents organismes (publics ou privés) pour alimenter la région en eau potable compte tenu des conditions particulièrement défavorables de cette région. Entre autres programmes, on peut citer le programme ou l'opération d'Alimentation en Eau dans le Sud (AES) appuyé par différents bailleurs dans le cadre des projets spécifiques d'Eau et Assainissement ou dans le cadre des projets ayant de volet Eau et Assainissement, pour l'Alimentation en Eau Potable (AEP), l'action de la JIRAMA, des activités des ONGs telle que FIKRIFAMA pour l'AEP,

⁶ Conformément à l'objectif 4 du SME sur « l'accès universel à l'eau à boire salubre », une définition standardisée a été adoptée. Ainsi, est considérée comme potable l'eau qui provient des sources d'approvisionnement suivantes : robinet dans le logement ou dans la cour/parcelle, borne fontaine publique, puits tabulaires ou trous de sonde, puits protégés ou sources protégées, eau en bouteille et enfin captage des eaux de pluie (Madagascat-INSTAT 2000, p. 53).

qui a procédé au développement de technique d'approvisionnement en eau à faible coût, et en l'organisation de la gestion et de la prise en charge totale par la communauté (UNICEF Madagascar, 1994 ; Rakotondrainibe H, 1999 cité dans Madagascar-INSTAT, 2000).

L'approvisionnement insuffisant en eau saine (potable) pour la boisson et la préparation des repas contribue à la prolifération des maladies (notamment des maladies diarrhéiques). On peut retenir une situation encore alarmante dans le pays en ce qui concerne la disponibilité en eau potable. Par ailleurs, aller chercher de l'eau en parcourant des distances de plus en plus longues est particulièrement éreintant pour les femmes et ne leur permet pas d'accomplir leurs propres activités productives. Des actions spécifiques menées dans les milieux ruraux où la majorité de la population utilisent encore les eaux de surface seront particulièrement bénéfiques.

c) Evacuation d'excréments

L'existence d'un système d'évacuation d'excréments est indispensable pour l'amélioration des conditions d'hygiène de la population, la préservation de l'environnement et donc de la santé des individus. Le type de toilettes utilisées dans le ménage est également un indice des conditions de vie des ménages dans la mesure où la construction d'un tel système nécessite un investissement particulier.

A Madagascar, le problème d'assainissement en matière d'évacuation d'excréments est préoccupant. Si l'on considère qu'un ménage utilise un système de traitement d'excréments (installé dans le logement ou dans la cour/parcelle) lorsqu'il dispose soit des toilettes connectées au système d'égouts, soit des toilettes à chasse d'eau, soit des latrines améliorées ou latrines traditionnelles, les données disponibles montrent qu'à peine 7% de la population malgache a accès aux installations d'évacuation d'excréments (Madagascar-INSTAT, 2000). Les proportions des ménages ne disposant pas de lieux d'aisance ou utilisant des fosses improvisées (perdues) demeurent élevées. Selon les données du recensement de 1993, trois ménages sur cinq (66%) ne disposent de lieux d'aisance et trois sur dix (29%) utilisent des fosses perdues (privée ou commune). Seuls 4% de l'ensemble des ménages ont des toilettes modernes.

On note une différence notable entre les milieux urbain et rural ainsi qu'entre les provinces. Si dans la capitale, presque la moitié de la population (47%) utilise des toilettes adéquates c'est-à-dire utilise un bon système de traitement d'excréments, en milieu rural, seuls 2,2% de la population en dispose. Environ la moitié de la population rurale utilise des fosses improvisées ou perdues et une grande partie d'entre elle (48%) n'a pas du tout de toilettes. Dans les différentes provinces, le problème d'assainissement en matière d'évacuation des excréments semble être général, mais celle de Toliary apparaît comme la plus défavorisée. Dans cette dernière province, plus des trois-quarts (78,7%) de la population n'ont pas de toilettes. Dans les provinces d'Antananarivo et de Toamasina où les proportions des populations n'utilisant pas de toilettes semblent relativement faibles (12,7% et 18,2% respectivement), l'utilisation de la fosse improvisée ou perdue est encore largement répandue. La situation à Fianarantsoa n'est guère meilleure. Plus de la moitié de la population de cette province ne dispose pas de toilettes, et lorsqu'elle en dispose, elle utilise le plus souvent la fosse perdue (Madagascar-INSTAT, 2000).

Le manque de système approprié d'évacuation d'excréments constitue ainsi un problème qui nécessite encore beaucoup d'efforts. Il convient cependant de noter que la faible utilisation des installations d'évacuation d'excréments trouve parfois son explication dans des facteurs d'ordre socio-culturels. Dans certaines régions côtières, l'utilisation de mêmes latrines par tous les membres de la famille serait inacceptable et est même interdite. Les gens vont au bord des fleuves, des rivières, dans les bois, etc, pour se soulager et satisfaire leurs besoins vitaux (UNICEF Madagascar, 1994). Pour être efficaces, les actions à entreprendre pour améliorer l'assainissement des milieux devraient également prendre en compte des facteurs socio-culturels.

3.5. Education et alphabétisation

L'éducation est l'un des fondements du développement humain durable. Elle peut revêtir plusieurs formes incluant l'éducation formelle (ou l'instruction), les programmes de formation professionnelle, l'éducation informelle à la maison et l'apprentissage sur le tas. L'éducation formelle (la scolarisation ou l'instruction) est, toutefois, considérée comme la clé de voûte de toute éducation, car du moins dans ses formes basiques, elle établit les fondations pour une éducation informelle et est souvent à la base de la vocation ultérieure (UNICEF/MINESEB, 1998).

Par ailleurs, elle est beaucoup plus facile à exploiter sur le plan politique et, de ce fait, est plus considérée par le gouvernement et les Institutions internationales. Le gouvernement malgache reconnaît de plus le fait que le coût estimé pour obtenir des résultats notables dans l'amélioration de la santé de la population et des changements dans les situations démographiques par des actions strictement sanitaires ou de planification familiale soit nettement supérieur à celui occasionné par l'amélioration de l'instruction. De ce fait, il considère l'enseignement parmi les priorités de l'Etat (Madagascar-MDCFE, 2000).

3.5.1. Progrès en matière d'instruction

L'importance accordée par le gouvernement à l'instruction s'est traduite par l'augmentation de la part des dépenses consacrées au secteur de l'enseignement. En terme courant, le budget consacré à l'Education est en augmentation sensible au fil du temps. De plus, en 1998, parmi le budget total alloué par l'Etat pour le fonctionnement du secteur social, 39% a été consacré à la santé et 54% à l'enseignement (31% pour l'enseignement primaire et secondaire et 23% pour l'enseignement secondaire) (Madagascar MPCFE, 1999). Toutefois, considéré en terme constant, le budget destiné à l'éducation s'avère en baisse depuis 1991. Le pourcentage de ce budget par rapport au PIB passe de 2,3% en 1991 à 1,4% en 1997 (Madagascar EPT, 2000). Cette baisse qui pourrait résulter de la détérioration de la situation économique à Madagascar, montre que les efforts consentis par la nation restent encore insuffisants.

Une attention particulière a été accordée par le gouvernement malgache à l'enseignement primaire. Ainsi, le gouvernement a mis en œuvre un programme national pour l'amélioration de l'enseignement en deux phases (PNAE1 et PNAE2) ; il vise entre autres l'universalisation de cet enseignement. Les programmes scolaires suivis dans ce cycle incluent des modules qui offrent aux élèves des notions fondamentales pour leur vie familiale et pour le développement de leur personnalité (UNICEF/MINESEB, 1998). Eu égard au contenu des programmes de la dernière année de ce cycle, un enfant qui arrive en classe de 7ème acquiert de connaissances importantes incluant des notions sur la valeur de la famille et la place des enfants dans la famille, les maladies contagieuses, l'équilibre alimentaire, l'hygiène corporelle et l'environnement. Aussi, dans l'objectif de l'universalisation de l'enseignement primaire, le gouvernement cherchera-t-il non seulement à atteindre un taux net de scolarisation de 70% dans le cycle primaire, mais également à amener 80% des élèves qui

entrent en classe de 11^{ème} en fin du cycle primaire. Comme nous le verrons dans la suite, des efforts ont été réalisés, mais beaucoup reste à faire.

Nonobstant leur insuffisance, les efforts déployés dans l'investissement en matière d'éducation à Madagascar ne sont pas vains. En s'intéressant au taux de non-scolarisation, les résultats de l'enquête EPM 1993 indiquent une chute considérable de la proportion de la population n'ayant jamais fréquenté l'école, qui est passée de 55% dans les anciennes générations (c'est-à-dire âgés de 60 ans et plus) à 23% dans les générations récentes (âgées de 10 à 19 ans) (UNICEF/MINESEB, 1998). Le taux d'admission à l'école primaire⁷ est en croissance constante au cours de la période 1990-1998. Il est passé de 106-108% à 122% entre 1990 et 1998. Le taux brut de scolarisation⁸ à l'école primaire est, quant à lui, resté quasi-stationnaire et supérieur à 100% en 1987 à 1990. Il a cependant amorcé une baisse à partir de 1990 avant de remonter en 1997. Avec un niveau évalué entre 81% et 91% en 1993, le TBS dans le cycle primaire est passé à 105% en 1998 (UNICEF/MINESEB, 1998 ; PNPf, 2000 ; EPT Madagascar, 2000).

Cependant, il ne faudrait pas perdre de vue que de taux brut d'admission ou de taux brut de scolarisation supérieurs à 100% peuvent juste traduire une admission précoce et surtout tardive, ou de haut niveau de redoublement des enfants au cycle primaire. A Madagascar, le taux de redoublement semble encore élevé : il tourne autour de 30% de 1990 à 1997 (35,6% en 1996/97). Ce taux diminue de 50% en classe de 11^{ème} à 27% en 8^{ème} dans le secteur public (UNICEF, 1994). Le retard d'admission à l'école et le haut niveau de redoublement constituent des problèmes cruciaux qui entravent le développement du pays en matière d'instruction. Les taux nets d'admission (TNA) et de scolarisation (TNS) à l'école primaire demeurent encore faibles et inférieurs à 100%. Le TNS a été évalué à 73% en 1987, il semble avoir reculé jusqu'à 60% en 1994 pour remonter et atteindre 68% en 1997 (Madagascar EPT, 2000).

On observe des disparités entre les provinces et le milieu de résidence. D'une manière générale, le milieu rural est en retard par rapport au milieu urbain. Le taux brut de scolarisation dans le cycle primaire en milieu rural (102,3%) est de 12 points plus faible que

⁷ Il s'agit de la proportion des nouveaux inscrits à la première année du cycle primaire (c'est-à-dire en classe de 11^{ème}) par rapport à l'ensemble de la population âgée de 6 à 14 ans.

celui enregistré en milieu urbain (114,8 %) (PNPF, 2000). En outre, on y observe encore un niveau élevé de redoublement (37% contre 22% en milieu urbain). La situation en matière d'éducation semble être la plus défavorable dans la province de Toliary et la meilleure dans la province d'Antananarivo. A Fianarantsoa, le taux brut de scolarisation est relativement élevé par rapport aux autres provinces. Toutefois, les taux de redoublement et d'abandon enregistrés dans cette province sont relativement élevés et le taux net de scolarisation faible.

La déclaration mondiale sur l'éducation pour tous accorde la priorité absolue à l'éducation des filles, tant en milieu urbain que rural du fait des rôles futurs que celles-ci devront assumer en tant que mères, épouses, agents économiques et citoyennes. Dans de nombreux pays en voie de développement, de fortes disparités de couverture scolaire en défaveur des filles existent.

Madagascar, quant à lui, semble faire figure d'exception. Dans ce pays, les progrès effectués en matière de scolarisation des enfants malgaches ont profité particulièrement aux filles. L'examen des taux de scolarisation en fonction du sexe laisse apparaître de faibles écarts entre filles et garçons. Jusqu'en 1989/90, les garçons étaient plus scolarisés que les filles, mais à partir de 1990/91, la situation des filles semble s'améliorer comparativement à celle des garçons (ETB, 2000). Les filles fréquentent légèrement plus le primaire que les garçons. De plus, elles réussissent mieux que ces derniers dans ce cycle. L'amélioration de la scolarisation féminine semble être plus sensible en milieu rural qu'en milieu urbain même si la situation scolaire des enfants ruraux laisse encore à désirer. L'une des raisons de ce faible écart entre filles et garçons est d'ordre sociologique ou culturel : « *Dans certaines régions, on a pris de bonne heure l'habitude d'envoyer les filles à l'école, soit pour diminuer les pressions d'un pouvoir central anxieux de rendre la scolarité obligatoire, soit pour faciliter la perpétuation des élites existantes et s'assurer que leur occidentalisation ne serait pas ralentie par des différences de formation entre maris et femmes.* » (Clignet, 1995, cité par Arestoff, 1996).

⁸ Il indique, quant à lui, la proportion des enfants scolarisés inscrits dans le cycle primaire par rapport à l'ensemble de la population âgée de 6 à 14 ans.

3.5.2 Alfabétisation

La situation en matière d'alfabétisation peut résulter du degré d'abandon scolaire selon que ces abandons s'accompagnent d'un environnement lettré ou non. L'abandon scolaire relativement important et assez précoce (dans le cycle primaire) à Madagascar peut ainsi expliquer en partie le niveau encore relativement faible du taux d'alfabétisation de la population malgache. Ce taux peut être appréhendé de deux manières : au sens strict et au sens large. Dans le premier cas, est considérée comme alfabétisée toute personne âgée de 15 ans et plus qui sait lire sans aucune difficulté, écrire et compter. Dans le second cas, le terme alfabétisé englobe l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus qui déclarent pouvoir se débrouiller en lecture et qui maîtrise l'écrit et le calcul.

Le taux d'alfabétisation varie selon qu'on considère l'une ou l'autre de ces deux définitions. En 1993, le taux d'alfabétisation au sens strict dans le pays est de 48,4%. Ce taux s'élève à 55,2% lorsqu'on considère l'alfabétisation au sens large (UNICEF/MINESEB, 1998). L'écart entre les deux milieux de résidence est considérable : le taux pour la population urbaine est nettement plus élevé que celui de la population rurale (79,1% contre 49,6%, soit une trentaine de points d'écart). Par contre, les différences sexuelles sont relativement faibles. En fait, l'absence de fortes inégalités scolaires entre les deux sexes laisse présager des profils similaires pour l'alfabétisation. Au niveau national, la différence de taux d'alfabétisation entre femmes et hommes est relativement réduite. Ce taux (au sens large) est de 53% pour les femmes contre 57% pour les hommes (UNICEF/MINESEB, 1998). Les inégalités sexuelles tendent toutefois à être plus marquées en zone rurale. Néanmoins, les écarts en défaveur des femmes s'estompent peu à peu avec le temps pour finir par jouer en leur faveur.

3.6. Bref aperçu du statut de la femme malgache

Trois points essentiels seront abordés ici pour avoir un aperçu du statut de la femme malgache. Il s'agit de l'évolution du statut de la femme dans le temps, du statut juridique de la femme et enfin les actions entreprises pour la promotion de la femme.

3.6.1. Evolution du statut de la femme malgache

Rappelons que le statut de la femme est une notion complexe qui revêt des dimensions multiples se rapportant à des réalités diverses, mais qui sont étroitement liées entre elles. Dans le cadre de cette étude, la définition retenue renvoie à une position sociale qui procure à la femme un certain prestige et qui conditionne son accès aux ressources, sa faculté à contrôler ces ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité de participer à la prise de décision. Il découlera de la structure sociale et économique de la société à une époque donnée de son histoire. Ainsi, l'historique de l'évolution du statut de la femme malgache peut être retracé à travers trois grandes périodes marquées par les changements des structures sociales et économiques qui se sont opérés dans le pays (Andreas, 1990 ; Madagascar EPM, 1993 ; Ravelomanana, 1995 ; Madagascar MPCFE). Il s'agit de la période pré-coloniale, la période coloniale et la période post-coloniale c'est-à-dire depuis l'indépendance jusqu'à nos jours.

➤ La période pré-coloniale

Cette période est caractérisée par une quasi-absence d'inégalité entre hommes et femmes. Dans les temps reculés (avant le XVIème siècle), les femmes ont été présentées d'une manière assez favorable (Andreas, 1990 ; Madagascar EPM, 1993). Elles ont été dotées d'une bonne image, étant considérées comme un Don de Dieu et appelées « Andriambavilanitra » (filles du ciel). Cette caractéristique leur a donné un pouvoir politique incommensurable : les souverains s'approprièrent d'une qualité mystique et respectueuse (« hasina ») et d'un pouvoir soit par le mariage, soit par la naissance : les rois auraient acquis une essence divine grâce à leurs mères et l'auraient transmis à leurs descendance grâce à leurs épouses. Les femmes jouaient ainsi un rôle essentiel dans la continuité et la légitimation du pouvoir des souverains. Elles étaient également considérées comme source de richesse ou de vie étant donné que selon la tradition orale, la venue d'une femme est liée à l'origine du riz. Or le riz signifie la vie dans la civilisation malgache et les femmes jouaient et jouent encore de nos jours, un rôle primordial dans la riziculture. Enfin, elles ont été dénommées « Andriambavirano » (princesses des eaux), la femme et l'eau appartenant au même symbolisme de fécondité (EPM, 1993).

Par ailleurs, les lois régissant la vie des citoyens malgaches laissaient paraître un réel souci d'équilibre entre les genres. D'un côté, une femme ayant commis l'adultère pendant que

le mari était parti en guerre était sévèrement punie par la loi (c'était en fait une action entreprise en faveur des hommes pour que les soldats ne désertent pas). De même, le roi Andrianampoinimerina accordait un privilège particulier aux maris : celui de pouvoir pratiquer la polygamie. De plus, le régime « de kitay telo andalana » qu'il avait institué, réservait, en cas de divorce, le tiers des biens du ménage aux maris.

D'un autre côté, pour agir en faveur des femmes, le roi avait accordé à ces dernières la latitude de pratiquer le « saodranto » lorsque leur mari partait en expédition ou pour un voyage lointain. Il s'agit d'une sorte de divorce temporaire qui permet à une femme de vivre maritalement avec un autre homme pendant l'absence de son mari, sans toutefois contracter avec lui un mariage véritable (Julien, 1908, cité dans Madagascar MPCFE, 2000).

Concernant la polygamie, pour apaiser l'indignation de la femme, le mari se doit d'avertir la première femme (vadi-be) et de lui proposer un cadeau. C'est également le même roi qui a institué la loi de transmission du pouvoir par les femmes. La vie politique malgache a été ainsi régentée par les femmes et on a vu la succession de plusieurs reines à la tête des royaumes de la Grande Île (Ranavalona et Rasoherina en Imerina, Betia à l'Est, Binao et Tsihomeko au Nord, Bareravony à Soalala et enfin Fatoma à Maintirano).

Au début du 19^{ème} siècle, sous le règne de RanavalonaII, l'introduction de la religion chrétienne et du mode de vie occidental à Madagascar a contribué quelque peu aux changements au détriment des femmes. Cependant, leurs effets discriminatoires ont pu être atténués par l'intervention de la London Missionary Society qui s'est attelée à évangéliser et à éduquer aussi bien les hommes que les femmes. Le code des 305 articles publiés en 1881 interdisait d'ailleurs la polygamie, punissait l'adultère du mari et rendait obligatoire la scolarisation des filles et des garçons.

En définitive, en période coloniale, on peut dire que les femmes n'ont pas fait l'objet d'un faible statut.

➤ La période coloniale

Pendant cette période, la femme a été considérée comme un « fanaka malemy » (meuble fragile). La vision occidentale du monde prédominait au cours de cette période, y compris la

suprématie de l'homme. Les femmes n'avaient pas droit à la parole en public, elles ne participaient pas aux grands travaux et ne pouvaient pas prendre part à l'enseignement technique et scientifique, celui-ci étant réservé aux plus forts (c'est-à-dire les hommes).

Même si le code juridique utilisé restait le même que celui appliqué peu de temps avant la colonisation⁹, dans la pratique, les femmes subissaient certaines formes de discrimination. En matière d'éducation, l'enseignement destiné aux filles était limité. L'enseignement qui leur était prodigué était essentiellement constitué de cours ménagers et de bonne conduite, l'idée étant de faire des jeunes filles malgaches des femmes au foyer hors pair (Ravelomanana J., 1995). Dans le domaine de l'emploi, pendant que des métiers dans l'administration se multipliaient pour les hommes, seule la fonction de « femme de chambre » était accessible aux femmes. Elles étaient moins bien payées que les hommes, quel que soit le secteur de leur activité. En outre, elles s'adonnaient aux travaux agricoles sans que leur rôle économique ne soit reconnu.

➤ La période post-coloniale : depuis l'indépendance jusqu'à nos jours

Depuis l'indépendance, les changements intervenus dans le domaine politique, économique, juridique et social se sont répercutés sur le statut des femmes. La constitution de 1960 a affirmé l'égalité de tous les citoyens et a cherché à bannir toute forme de discrimination. On peut noter ainsi la participation des femmes dans la vie politique malgache, la reconnaissance du droit de vote aux femmes, l'égalité accès des hommes et des femmes à tous types d'enseignements, etc.

Cependant, les pratiques discriminatoires pendant la période coloniale ne sont pas sans effets surtout sur la période qui la suit. En effet, les femmes ayant été longtemps privées d'enseignement supérieur, leur insertion dans le marché du travail et leur participation à la vie politique demeurent faibles. Pour preuve, la 1^{re} république ne comptait que 3 femmes Secrétaires d'Etat. A la 2^{ème} république, il n'y avait qu'une femme Ministre de la culture ; pendant la période de transition gouvernementale, le pays comptait une seule femme, Ministre de la culture ; et enfin, la 3^{ème} république a vu au total, 8 femmes participer à la vie politique, dont une femme secrétaire d'Etat à l'Enseignement Supérieur et 7 députés. Par ailleurs, l'élite

⁹ Ce code, comme nous l'avons dit, semblait se soucier de l'équilibre des droits entre hommes et femmes.

nationale qui avait été formée pour prendre la relève de l'administration coloniale avait bien intériorisé la conception occidentale des relations sociales. Actuellement, le gouvernement compte 4 membres de sexe féminin, dont 2 occupant le rang de Ministre et 2 Secrétaires d'Etat.

3.6.2. Evolution du statut juridique de la femme malgache

Le statut juridique de la femme révèle d'une grande importance dans la détermination de son statut en général. Sans trop s'étendre sur ce point, il sera juste question de présenter ici deux aspects essentiels du statut juridique de la femme à savoir le droit de la femme dans la famille et son droit d'accès aux biens.

Si l'on jète un regard sur l'évolution du statut juridique de la femme, on peut noter une amélioration substantielle de sa situation vers la fin du XIX^{ème} siècle. Par rapport au droit de la femme dans la famille, en effet, la femme n'avait aucun choix sur le conjoint dans l'union primitive. A l'époque, la notion de consentement de la femme n'avait aucun sens, car c'est la famille qui décide pour elle. Par ailleurs, la pratique de l'endogamie était courante. Il s'agissait de marier la femme à un membre de la famille ou du groupe afin de sauvegarder la cohésion et l'esprit de la famille. Lorsque son mari décédait, elle devenait l'épouse du frère du défunt (lévirat). La polygamie était également appliquée pour montrer la suprématie de l'homme et l'infériorité de la femme. Enfin, la répudiation (le droit de renvoyer la femme dans sa famille) était du seul pouvoir de l'homme (Andreas, 1990 ; Madagascar EPM, 1993).

A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, des changements se sont opérés. La polygamie est interdite, le consentement de la femme au mariage est également devenu indispensable, le remplacement de l'époux par le père ou le frère est rendu facultatif et la répudiation est désormais interdite, la femme pouvant désormais donner son avis en cas de divorce. L'homme et la femme sont soumis aux mêmes obligations résultant du mariage (cohabitation, fidélité et assistance mutuelle). Le mari est déclaré chef de famille, mais la femme concourt à la direction morale et matérielle de la famille.

Par rapport au droit d'accès aux biens, on peut noter que jadis, une femme avait une incapacité juridique absolue. Elle ne pouvait contracter ni acquérir pour elle-même. On estimait qu'elle n'avait aucun besoin matériel : son père, son mari ou son frère étaient là pour

pourvoir à ses besoins. Elle ne pouvait en aucun cas être propriétaire de biens. La possession des biens par la femme est désormais rendue possible grâce à la liberté absolue accordée au défunt de léguer ses biens à qui il le souhaite. La femme détient également un droit successoral au même titre que les enfants. Par ailleurs, à la dissolution du mariage, le droit d'accès de la femme aux biens par le régime matrimonial de « kitay telo andalana » qui consistait à enlever un tiers des biens à la femme a été remplacé par le régime du partage par moitié des acquis (Madagascar EPM, 1993).

Le droit de la femme à travailler est également un moyen lui permettant d'avoir accès aux biens. Si le consentement du mari pour l'exercice d'un travail par la femme était un préalable, cela n'est plus le cas depuis la constitution de 1975 qui garantit « l'égalité d'accès aux fonctions publiques, professions et emplois dont les seules conditions sont la capacité et l'aptitude ». Le code de travail soumet l'homme et la femme aux mêmes règles. Il existe également des lois protégeant la femme en cas de grossesse et d'accouchement.

Néanmoins, il subsiste des règles juridiques inégalitaires. On peut citer à titre d'exemple la sanction différentielle de l'adultère selon le sexe. Par ailleurs, l'application en vigueur des autres règles juridiques égalitaires et non discriminatoires, et la distorsion entre les règles de droit et la réalité sociale demeurent un réel problème.

3.6.3. Actions mises en œuvre pour la promotion des femmes malgaches

L'évolution récente du statut de la femme résulte de la détermination du gouvernement malgache de réserver une meilleure place aux femmes. La volonté du pays à rendre effective la promotion de la femme s'est traduite non seulement par sa représentation à toutes les conférences mondiales sur les femmes, mais également par des actions concrètes (Madagascar, DCF, 1999 ; Madagascar MPCFE, 2000). On peut évoquer entre autres la création de la Direction de la Condition de la Femme et de l'Enfance (DCFE), la ratification par le gouvernement de différentes conventions, l'organisation de différents ateliers et conférences nationaux en faveur de la femme, la réalisation de différents projets spécifiques aux femmes, la création d'organes de concertation au niveau institutionnel, l'existence des ONG et des associations intervenant pour la promotion de la femme, et l'élaboration de la Politique Nationale de la Promotion de la Femme (PNPF).

a) la création de la Direction de la Condition de la Femme et de l'Enfance (DCFE)

Par le décret n°76-032 du 03/02/76, la direction de la Condition de la Femme et de l'Enfance a été créée au sein du Ministère de la Population et de la Condition Sociale. Cette décision a été prise pour marquer la volonté de l'Etat de mettre en œuvre les résolutions de la conférence de Mexico sur la Femme (1975) et les principes de la Décennie des Nations Unies pour la Femme (1975-1985) auxquels il avait adhéré (Madagascar MPCFE, 2000). Cette direction est chargée de lutter contre les effets de la longue marginalisation dont la femme a souffert et à l'aider à surmonter les différentes contraintes auxquelles elles sont confrontées dans la réalisation de leurs activités.

b) la ratification par le gouvernement des différentes conventions

Madagascar a ratifié en 1988 la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). Il a également adhéré à la convention de l'UNESCO contre la discrimination entre les genres dans le domaine de l'enseignement et à celle de l'OIT sur l'abolition de la discrimination entre homme et femme dans le domaine de l'emploi et de la profession, l'égalité de rémunération entre les salariés des deux sexes pour un travail de valeur égale. Le pays a été également partie prenante d'autres chartes et déclarations internationales qui comptent parmi leurs objectifs la protection et la promotion des femmes dans le processus de développement telles que la déclaration universelle des droits de l'Homme, la déclaration des Nations Unies sur la violence faite aux femmes, la déclaration de Beijing (Madagascar DCF, 1999).

c) l'organisation de différents ateliers et conférences nationaux en faveur de la femme

Le Ministère de la Population, en collaboration avec des organismes internationaux, a organisé des ateliers et de séminaires ayant trait aux femmes. A titre d'illustration, on peut citer un atelier sur l'intégration de la femme au développement tenu en 1989, organisé par le Ministère de la Population (MINPOP) et le FNUAP. En 1992, le thème de l'atelier a été « Femme et Développement ».

d) la réalisation de différents projets spécifiques aux femmes

Différents projets en faveur des femmes, visant particulièrement la satisfaction de leurs besoins immédiats et l'accroissement de leur revenu, ont été développés dans le pays depuis l'année 1985 (voir en annexe III quelques exemples de projets initiés en faveur des femmes). La réalisation de ces différents projets contribue directement ou indirectement à l'amélioration des conditions de vie des femmes malgaches. Certaines d'entre elles ont pu bénéficier de crédits leur permettant de générer de revenus, d'autres ont pu accumuler plus de connaissances (sur leur droit ou dans des domaines divers ayant trait à leur vie quotidienne). D'autres encore ont pu développer des réseaux sociaux qu'elles ont mis à profit pour leur épanouissement. L'exécution de ces projets traduit donc le soutien du gouvernement et des différents partenaires à la promotion de la femme.

e) la création d'organes de concertation au niveau institutionnel

Différents comités, entre autres le comité du 8 mars, le comité de suivi de Beijing et celui de la CEDAW, ont été mis en place pour renforcer le schéma institutionnel existant. La mise en place de ces comités permet de rassembler des représentants de différents ministères, d'organisations non gouvernementales, des associations et des groupements de promotion féminine pouvant œuvrer à la résolution de la problématique de la femme dans le processus de développement économique et social du pays. L'existence de ces comités facilite la réalisation des plans d'actions du gouvernement pour la promotion de la femme. Ces comités travaillent en collaboration étroite avec la Direction de la Condition Féminine. Ils exécutent sur le terrain toute activité développée conjointement par la direction centrale et les directions inter-régionales de la population. Ils organisent des manifestations lors des journées internationales des femmes pour donner à celles-ci l'occasion d'exprimer leurs besoins, pour mettre en exergue leurs potentialités. Les préoccupations exprimées par les femmes elles-mêmes lors de ces manifestations vont permettre aux autorités locales de mieux cibler leurs interventions.

f) l'existence des ONG et des associations intervenant pour la promotion de la femme

Il convient également de mentionner l'existence des ONG et Associations qui interviennent pour la promotion de la femme dans le pays. Elles œuvrent sous la tutelle du

Ministère de la population, de la Condition Féminine et de l'Enfance. En 1999, elles ont été estimées au nombre de 200, avec des tailles variables, des membres d'origines socio-économiques variées et de buts diversifiés (Madagascar DCF, 1999). Par le biais de ces ONG et associations, les femmes arrivent à jouer des rôles plus importants aussi bien dans la sphère publique que dans la sphère privée ; elles arrivent à mieux s'exprimer et à acquérir plus de connaissances concernant notamment leurs droits. Ces groupes sont des lieux privilégiés d'épanouissement sur tous les plans pour leurs membres. Leurs actions bénéficient également aux autres femmes qui ne sont pas membres de ces associations. Entre autres ONG et associations, on peut citer l'ONG « Dinika sy Rindra ho an'ny Vehivavy » (FC3M/DRV), le « Filankevitry ny Fikambanambehivavy eto Madagasikara » (FFVM), la Confédération des associations Femmes et Développement (CAFED), la Fédération d'associations féminines (FIEVIKRI) créée au sein de la Fédération des églises chrétiennes (FFKM), l'Association des Femmes juristes pour la Primauté du droit (AFJPD), l'Association des Femmes Journalistes de Madagascar (AFJM), etc...

g) l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Femme

Après une analyse de la situation de la femme malgache dans des domaines divers (social, économique, juridique, politique, etc), le pays a pris la résolution d'élaborer un document de Politique Nationale de Promotion de la Femme. Cette politique a comme objectif général de mettre à la disposition du gouvernement un cadre stratégique global et consensuel permettant d'orienter de manière coordonnée et efficace la planification et la mise en œuvre des futures actions de promotion de la femme pour une plus grande équité entre les hommes et les femmes dans la perspective d'un développement durable (Madagascar MPCFE, 2000). Elle servirait ainsi de cadre d'orientation et de coordination pour les acteurs impliqués dans la promotion de la femme afin d'apporter un changement social et de contribuer à la construction d'une société qui intègre harmonieusement ses composantes féminines et masculines, en renforçant des valeurs telles que la solidarité, la justice sociale et l'équité.

En somme, de nombreux efforts ont été consentis au niveau du pays pour améliorer la situation des femmes malgaches. Ces efforts n'ont pas été vains. Néanmoins, les femmes malgaches, à l'instar de leurs consœurs africaines, continuent à se heurter à une multitude d'obstacles sur la voie de l'autonomie et de l'égalité (Madagascar MPCFE, 2000).

Pour conclure...

Madagascar est un pays assez riche en ressources naturelles et physiques. Cependant, il est souvent confronté à des aléas climatiques et les populations ne disposent pas d'outils adéquats, ni de connaissances suffisantes pour exploiter cette richesse en faveur de leur santé. Par ailleurs, les conditions économiques et sanitaires qui prévalent dans le pays laissent à désirer. Ainsi, malgré les efforts déployés par le gouvernement malgache à travers les multiples programmes et projets sanitaires, la situation sanitaire de la population, notamment celle des enfants demeure précaire. Cette dernière reste également tributaire de la situation de la femme en général, une situation qui semble théoriquement en nette amélioration, mais en réalité n'est pas toujours évidente. Toutefois, on a noté des efforts du gouvernement en vue de l'amélioration du statut de la femme.

Ce chapitre aidera à mieux comprendre les résultats des analyses qui feront l'objet des chapitres suivants. Mais avant les analyses, il conviendra d'abord de présenter les données à utiliser et d'en faire une évaluation de la qualité, de spécifier les variables et indicateurs à utiliser et enfin d'introduire les méthodes qui serviront aux analyses. Le prochain chapitre sera consacré à ces quatre points.

CHAPITRE IV METHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixée, les hypothèses que nous venons de formuler doivent être soumises à l'épreuve de faits. Ceci requiert des données pour effectuer les analyses. Ce chapitre a pour objet de présenter les données qui vont être utilisées, d'en faire un examen critique, de spécifier les variables et enfin de décrire les méthodes d'analyses à utiliser.

4.1. Source de données

Dans les années 50, le manque de données statistiques fiables a constitué un obstacle majeur à la réalisation d'études des phénomènes démographiques en Afrique, y compris la santé des enfants. Les années 70 ont cependant été marquées par la prolifération des opérations de collectes et, par conséquent, l'enrichissement de la littérature démographique, notamment sur la mortalité, la morbidité et la santé des enfants. Dans le cadre de cette étude, pour les besoins des analyses, nous allons utiliser deux types de données, à savoir des données secondaires¹ et des données primaires².

4.1.1. Les données secondaires

A la suite des enquêtes mondiales de fécondité menées vers la fin des années 70 et le début des années 80, les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) sont réalisées depuis 1985 dans une cinquantaine de pays en développement et constituent actuellement des sources de données sans égales pour les études de fécondité, planification familiale et santé maternelle et infantile. Elles présentent de multiples avantages parmi lesquels on peut citer :

- la possibilité de comparaison entre pays ;
- le caractère récent des données ;
- la relative fiabilité des données ;
- et la représentativité des données au niveau national (Barbieri, 1991).

Pour ce travail, nous allons recourir aux données de l'EDS Madagascar réalisée en 1997. Poursuivant de multiples objectifs dont l'évaluation de la santé de la mère et des enfants,

¹ Il s'agit des données qui ont été collectées à d'autres fins mais qui vont servir à la présente étude

² Les données primaires sont celles qui ont été collectées spécifiquement pour les besoins de cette étude

l'enquête a permis de recueillir des informations détaillées sur la santé des enfants, sur les caractéristiques des mères et de leurs maris et celles des autres membres du ménage, ainsi que des informations concernant les ménages. Ces informations ont été recueillies à l'aide de deux types de questionnaires (questionnaire ménage et questionnaire individuel) administrés respectivement auprès de chefs de 7171 ménages visités, ou le cas échéant, de leurs représentants et d'un échantillon de 7060 femmes âgées de 15-49 ans, réparties dans les six provinces que compte le pays et résidant en milieux urbains et ruraux. Des informations sur les comportements des femmes en matière de santé (comportements préventifs et curatifs) sont également disponibles. Les femmes enquêtées ont été interrogées sur leur histoire génésique et d'autres aspects liés à leur fécondité (par exemple : la pratique contraceptive, la grossesse), sur la morbidité, la mortalité des enfants et l'état nutritionnel des enfants, ainsi que sur leurs pratiques en matière de soins.

4.1.2. Les données primaires

Malgré les informations riches qu'elle contient, l'EDS Madagascar présente quelques défaillances. Ces informations sont pour la plupart de nature quantitative. Elle manque de questions ouvertes qui permettent de saisir notamment des éléments portant sur :

- le processus de la prise de décision relative à la santé des enfants au sein du ménage ;
- l'aspect social et culturel des soins de santé ;
- l'accès aux services de santé et la circulation des informations relatives à la santé.

Pour pallier ces insuffisances, nous avons mené une enquête qualitative dans deux provinces de Madagascar, à savoir Antananarivo et Fianarantsoa. Les données recueillies seront ainsi utilisées en complément à celles de l'EDS. L'enquête s'est déroulée en mai-juin 2001. Ces deux provinces, habitées principalement par deux groupes ethniques (Merina et Betsileo) assez similaires du point de vue culturel, enregistrent respectivement la mortalité des enfants la plus faible et la plus élevée du pays (Rapport EDS Madagascar, 1997). De plus, des analyses préliminaires des comportements sanitaires des femmes à partir des données EDS 1997 semblent montrer que les comportements des femmes de la province de Fianarantsoa sont parmi les plus « défavorables » à la santé des enfants. Les deux milieux, urbain et rural, ont été considérés dans chacune de ces deux provinces.

L'enquête a consisté à recueillir auprès de la population sélectionnée, des informations détaillées sur les comportements sanitaires des parents et sur la situation des femmes dans le ménage et dans la société. Deux méthodes ont été utilisées pour collecter les données. La première consiste à effectuer des interviews individuelles approfondies auprès de 30 couples (quinze (15) à Antananarivo et quinze (15) à Fianarantsoa), répartis respectivement en milieu urbain (six couples) et en milieu rural (neuf couples) dans chacune de ces deux provinces. La deuxième méthode est celle de discussion centrée de groupes (« *focus group discussion* ») : 12 groupes de discussion, constitués par des hommes et/ou des femmes mariées ayant eu au moins un enfant de moins de cinq ans, ont été formés à cet effet.

L'entretien individuel permet de relever la logique d'une action et son principe de fonctionnement, il fait apparaître les processus et les « comment » (Blanchet et Gotman, 1992). Contrairement au questionnaire, l'entretien a l'avantage de donner la possibilité à l'interviewé(e) de parler de son expérience plutôt que de réagir à des questions dont les réponses ont été déjà prévues. L'une de notre préoccupation étant de comprendre le processus de prise de décision au sein du ménage et de savoir ce qui pousse les femmes à adopter tel ou tel comportement, les entretiens individuels des deux membres du couple sont bien adaptés pour recueillir les informations recherchées. Les entretiens menés sont de type semi-directif : une grille d'entretien a été élaborée pour servir de guide³, les questions contenues ont servi d'amorce aux échanges avec les interviewés. Ils ont été menés en langue locale (malgache) pour permettre aux interviewés de bien s'exprimer.

Nous n'avons pas pu disposer d'une base de sondage pour constituer l'échantillon des couples à interviewer. Leur sélection s'est faite par choix raisonné. Les composantes de cet échantillon ne sont pas strictement représentatives, néanmoins le choix a reposé sur le souci d'obtenir un échantillon assez diversifié. Les couples à enquêter ont été choisis à partir des critères d'âge des deux membres du couple (maris et femmes âgés de 15-49 ans ayant au moins un enfant de moins de cinq ans) et de leur niveau de vie (activité économique de la femme ou du mari). L'âge moyen des femmes enquêtées est de 28,3 ans tandis que celui des hommes s'élève à 34,2 ans. Une grande partie (le tiers) des femmes enquêtées exerce le commerce comme activité principale, les salariées sont très minoritaires. Pour les hommes, l'agriculture, le commerce et l'artisanat sont les activités prédominantes⁴.

³ Voir annexe IV pour les grilles d'entretien utilisées.

Les interviews individuelles ont été effectuées dans le ménage. Les deux membres du couple ont été interviewés de façon séparée et parallèle. Nous avons bénéficié de l'aide d'un collaborateur sociologue qui s'est chargé de l'interview du mari parallèlement à l'entretien que nous avons mené auprès de chaque femme. Cette stratégie a été adoptée pour éviter la possibilité d'échanges d'idées entre eux avant l'interview. Avec l'accord de chacun des membres du couple, chaque entretien a été enregistré sur une cassette audio. Ceci permet de disposer de l'entièreté des déclarations des enquêtés sur le sujet.

Les discussions de groupes permettent de recueillir des informations sur les normes et valeurs relatives à la santé, les modes d'organisation sociale au sein de la société ainsi que la place que l'on accorde généralement aux femmes au sein du ménage et de la société. L'interaction des différents intervenants dans les discussions donne l'occasion à chacun d'eux de mieux s'exprimer. L'échantillon est constitué, dans chacun des deux milieux de résidence dans les deux provinces, de trois (3) groupes (groupe masculin, groupe féminin et groupe mixte) composés respectivement de six (6) hommes mariés ayant au moins un enfant âgé de moins de cinq ans, six (6) femmes mariées âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant de moins de cinq ans et enfin, trois (3) hommes et trois (3) femmes répondant au même critère. Les discussions de groupe se sont déroulées dans le bureau administratif de chaque quartier concerné. Comme pour les interviews individuelles, une grille de discussion a été élaborée pour servir de guide⁵, et les discussions ont été menées en langue locale (malgache) et ont également été enregistrées.

Après avoir présenté les données à utiliser, nous allons procéder à un examen critique des types d'informations (leur qualité) pour voir la portée et les limites de l'utilisation de ces données dans le cadre de cette étude.

4.2. Evaluation de la qualité des données quantitatives et leurs limites pour l'étude

Les résultats des études sont tributaires de la qualité des données. Une première tâche à laquelle on doit s'atteler avant d'effectuer une quelconque analyse consiste donc à vérifier la qualité des données à utiliser. Celle-ci permet de connaître les biais pouvant exister et les limites à apporter aux résultats de l'étude.

⁴ Les caractéristiques de tous les individus enquêtés se trouvent en annexe IV (tableau A4.1).

⁵ Voir annexe IV pour les grilles d'entretien utilisées.

Plusieurs précautions ont été prises lors de la réalisation de l'enquête EDS pour essayer de réduire les erreurs. Les enquêteurs chargés de recueillir les informations auprès de la population ont bénéficié d'un encadrement technique aussi bien lors de la formation que pendant la descente sur le terrain. Par ailleurs, les données ont fait l'objet de multiples vérifications. Cependant, quels que soient les efforts fournis pour améliorer la qualité des données, il n'est pas toujours possible d'éviter totalement des erreurs. Les données font toujours l'objet de critiques. L'évaluation de la qualité de données sera effectuée de la manière suivante :

- dans un premier temps, nous allons examiner les erreurs systématiques communes à toutes les opérations de collecte de données. Il s'agit des erreurs liées à la méthodologie de la collecte et à l'observation ou aux enregistrements des données.
- nous allons ensuite examiner les erreurs spécifiques aux informations que nous utilisons pour les besoins de cette étude.

4.2.1. Examen des erreurs systématiques

Quel que soit le type d'enquête, les expériences antérieures ont montré que les données sont entachées de trois types d'erreurs liés respectivement à la méthodologie de la collecte des données ou au mode d'échantillonnage, aux mauvaises datations et au sous-enregistrement d'évènements tels que les naissances et les décès.

a) Erreurs liées à la méthodologie de la collecte des données

On peut distinguer à ce niveau les erreurs de sondage et les erreurs liées à la sélection de l'échantillon. Sans entrer dans les détails, il convient de mentionner ici l'existence des erreurs résultant des méthodes d'échantillonnage utilisées appelées les erreurs de sondage. Elles reflètent l'incertitude de l'assertion selon laquelle si l'enquête avait été effectuée auprès d'un autre échantillon, les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles obtenues ici. Les erreurs de sondage permettent donc de mesurer le degré de variation des réponses d'un échantillon à un autre. Elles se mesurent statistiquement par l'indice de l'erreur type (ET) définie comme la racine carrée de la variance des réponses. Elles reflètent également l'effet du plan de sondage appliqué ou l'effet de grappe (défini par le rapport de l'erreur type observée sur l'erreur type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple

avait été utilisé⁶, le sondage utilisé ici étant aréolaire stratifié avec un tirage à deux degrés (Rapport EDS Madagascar, 1997 : p.26).

Les erreurs liées à la sélection de l'échantillon, quant à elles, reflètent les biais introduits par le choix de l'échantillon. Pour l'enquête EDS, les informations sur la santé des enfants concernent les jeunes enfants nés au cours des trois années précédant l'enquête et ont été recueillies auprès d'un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes qui n'appartiennent pas à cette tranche d'âge (moins de 15 ans et plus de 49 ans) mais qui auraient eu des naissances au cours de cette période de référence ainsi que les femmes qui sont décédées avant la date de l'enquête sont exclues de cet échantillon. Par conséquent, les enfants nés de ces femmes sont exclus du champ d'investigation. Etant donné que les enfants issus de ces femmes sont ceux qui sont les plus exposés à de haut risque en matière de santé, si ces femmes sont numériquement importantes, la non-prise en compte de ces femmes dans l'échantillon peut biaiser les résultats des indicateurs de la santé des enfants et de l'étude différentielle de ce phénomène⁷.

Cependant, vu le niveau de mortalité maternelle à Madagascar⁸ et le nombre d'enfants de l'échantillon, cela ne concernerait qu'un très faible nombre d'enfants et n'influencerait pas les résultats. Les résultats présentés dans la suite du travail ont trait aux enfants des mères survivantes âgées de 15-49 ans.

Enfin, certaines femmes sélectionnées ont refusé de répondre aux questions, d'autres n'ont pas pu donner des réponses pour une raison ou une autre (doute, méconnaissance de la réponse, etc). Cela constitue également une des sources de biais lors d'une enquête. L'importance de ces lacunes peut être mesurée par le taux de non-réponse. Dans le cas de l'EDS Madagascar, ce taux est acceptable. En effet, parmi toutes les femmes ciblées par l'enquête, il y a environ 4% qui n'ont pas pu répondre aux questions et pour chaque question posée à ces femmes, le taux de non-réponse ne dépasse pas 3%.

⁶ Pour avoir plus de détails concernant ce type d'erreurs, voir rapport EDS Madagascar 1997, p. 195-207.

⁷ Généralement, on suppose que l'effectif des jeunes enfants issus des femmes âgées de moins de 15 ans et de plus de 49 ans est négligeable et qu'il existe une indépendance entre la mortalité des femmes et la santé des enfants. Autrement dit, les enfants issus des femmes décédées avant la date de l'enquête courraient les mêmes risques de morbidité/mortalité que ceux qui sont nés des femmes ayant survécu au moment de l'enquête. Cette hypothèse est cependant un peu forte.

⁸ Il convient de noter ici que le niveau de la mortalité maternelle à Madagascar en 1997 est de 550 pour 100.000 naissances vivantes.

b) Mauvaises déclaration des âges et des datations des évènements

b.1) Age des femmes et des hommes de l'échantillon

L'âge a servi de critère pour sélectionner les femmes concernées par l'enquête individuelle. La qualité des déclarations des dates de naissance ou des âges des femmes relève donc d'une importance particulière : la mauvaise déclaration de la date de naissance ou de l'âge des femmes peut conduire à une sous-estimation ou une surestimation de la mortalité des enfants. En effet, les femmes qui, en réalité, appartiennent aux deux groupes d'âges extrêmes (15-19 ans et 45-49 ans) mais qui ont été rajeunies ou vieilles lors de l'enquête sont exclues à tort de l'échantillon. Inversement, d'autres qui n'y appartiennent pas sont incluses à tort. Pourtant, comme nous l'avons dit plus haut, celles-ci font partie des groupes des femmes dont les enfants sont exposés à de hauts risques de mortalité et de morbidité. De plus, les mauvaises déclarations des dates de naissance des femmes ou de leur âge affectent les analyses différentielles de la mortalité et de la santé des enfants. Dans le cadre de cette étude, l'âge de la femme figure parmi les variables utilisées pour mesurer le statut de la femme. La qualité de sa déclaration revêt donc d'une importance capitale.

Le tableau 4.1 montre un manque de données assez important sur les dates de naissance : sur l'ensemble de toutes les femmes enquêtées, seules 64 % ont pu déclarer aussi bien le mois que l'année de naissance et pour environ 3 % d'entre elles, ni le mois ni l'année de naissance n'ont été déclarés. Les mauvaises déclarations des dates de naissance concernent surtout les femmes ayant un faible niveau d'instruction et résidant en milieu rural. La méconnaissance des âges en milieu rural résulterait du bas niveau d'instruction des femmes rurales et/ou de l'absence de pièce d'identité ou d'autres pièces permettant de vérifier leur âge.

Tableau 4.1. Répartition des femmes (en %) selon les déclarations des dates de naissance

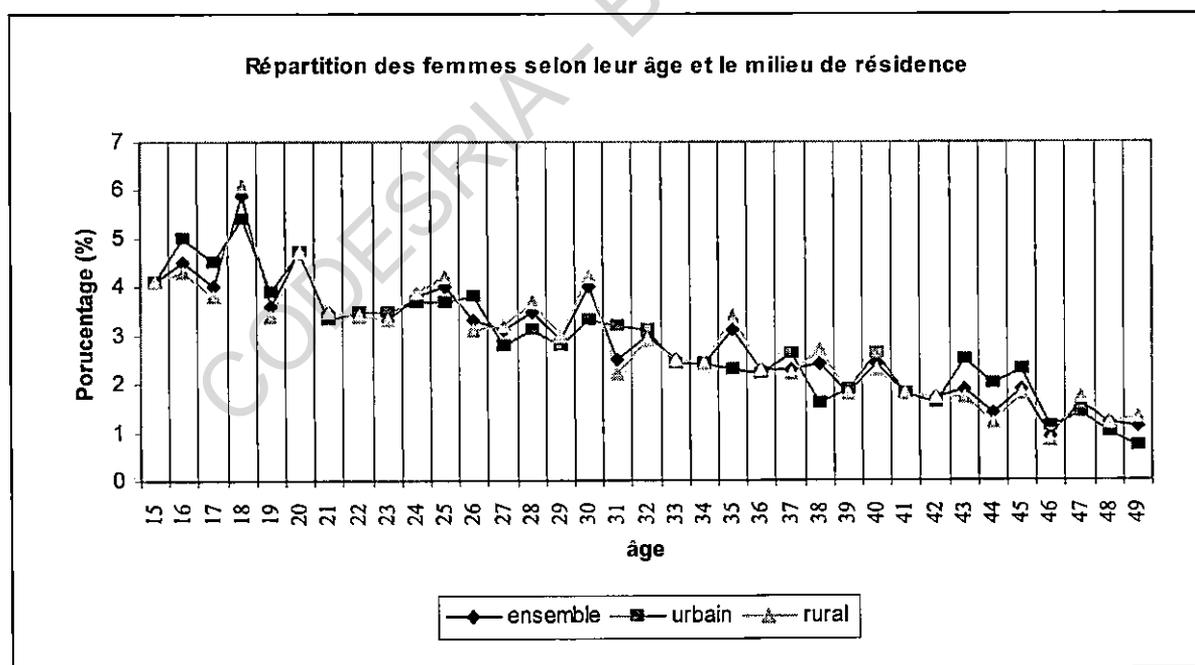
	Mois et année spécifiés	Année et âge spécifiés, mais pas le mois	Ni mois, ni année spécifiés, mais âge déclaré
<u>Niveau instruction de la femme</u>			
Sans niveau	19,1	73,5	7,4
Primaire	66,0	31,7	2,3
Secondaire	96,4	3,4	0,2
<u>Milieu de résidence</u>			
Urbain	82,5	16,5	1,0
Rural	57,0	39,5	3,5
Ensemble des femmes	64,2	33,0	2,8

Source : Exploitation des données EDS 1997 Madagascar

Les dates de naissances ont permis de calculer les âges des femmes. Dans les cas où ces dates ne sont pas disponibles, on a demandé à ces femmes de donner leur âge. Ainsi, ces âges peuvent être entachés d'une erreur de déclaration de la part des enquêtées. Les phénomènes d'attraction des âges pour les chiffres ronds (se terminant par 0 ou 5) et de répulsion des âges se terminant par les autres chiffres sont généralement constatés dans les enquêtes rétrospectives où on demande aux femmes d'essayer de se souvenir des dates des événements passés.

Deux méthodes différentes (graphique et analytique) peuvent être utilisées pour évaluer la qualité de déclaration des âges des femmes. La première méthode consiste à représenter graphiquement la répartition des femmes selon leur âge et à examiner l'allure de la courbe : l'existence des pics ou de creux à certains âges (indiquant respectivement une attraction ou une répulsion pour ces âges) reflète une mauvaise qualité de déclaration des âges. La méthode analytique fait appel aux calculs des indices développés par Whipple et par Myers qui permettent d'apprécier l'ampleur des attractions et des répulsions des différents chiffres.

Graphique 4.1 : Répartition des femmes selon leur âge et le milieu de résidence



En ce qui concerne la première méthode, l'allure irrégulière de la courbe reflète une certaine mauvaise qualité des déclarations des âges. On observe une nette attraction aux âges se terminant par 0 et 5 et à 18 ans (graphique 4.1). La difficulté des femmes de se souvenir de

leur âge peut les amener à faire des approximations par des chiffres ronds. On pourrait tenter d'expliquer la forte préférence de l'âge de 18 ans par le fait que celui-ci correspond à l'âge auquel les adolescents atteignent la majorité (environ 15% d'entre elles déclarent être en union libre et 28% mariées). Par ailleurs, l'attraction pour ces âges a pour corollaire une répulsion pour les chiffres qui les précèdent ou leur succèdent directement, d'où les creux observés aux âges de 17, 19, 31, 39 et 46.

Par une méthode analytique, Whipple a développé une formule permettant de mesurer l'ampleur des préférences aux chiffres se terminant par 0 et 5. La formule qu'il a proposée pour le calcul de l'indice I_w peut être adaptée aux données à notre disposition⁹ en prenant des limites d'âges qui permettent de compenser l'effet dû à la décroissance normale des effectifs dans les groupes d'âges successifs (Gendreau et al, 1985 : p.192). Ainsi, on peut calculer :

$$I_w = \frac{P_{20} + P_{25} + \dots + P_{45}}{\frac{1}{5} \left(\sum_{i=17}^{46} P_i \right)}, \text{ où } P_i \text{ désigne l'effectif des femmes âgées de } i \text{ ans.}$$

La valeur de I_w est comprise entre 0 et 5 : une valeur égale à 1 indique une absence de préférence aux chiffres ronds (âges se terminant par 0 ou 5), une valeur inférieure à 1 indique une répulsion pour ces chiffres tandis qu'une valeur s'approchant de 5 correspond à une nette préférence pour ces âges.

Dans notre cas, I_w est égal à 1,15. Cette valeur, supérieure à 1 et largement inférieure à 5, montre une certaine préférence aux âges se terminant par 0 et 5, mais avec une ampleur relativement faible. Les erreurs de déclaration de dates de naissances et d'âges des femmes ne sont donc pas graves. Ainsi, dans le cadre de cette étude, l'utilisation de l'âge de la femme dans la construction de la variable de mesure du statut de la femme n'introduit donc pas beaucoup de biais.

L'indice de Myers, quant à lui, ne se limite pas à l'appréciation du degré des attractions et des répulsions pour les chiffres 0 et 5 mais pour tous les chiffres allant de 0 à 9. Sa méthode de calcul consiste à estimer un coefficient pour chaque chiffre et à partir de ces coefficients, un indice global pour l'ensemble des chiffres. Un signe négatif du coefficient pour un chiffre donné indique une répulsion aux âges se terminant par ce chiffre et un signe positif indique

⁹ La formule de Whipple se rapporte généralement à la population âgée de 23 à 62 ans. Pourtant, les femmes de notre échantillon sont âgées de 15 à 49 ans révolus. La délimitation de l'âge au dénominateur a été effectuée de telle sorte qu'on obtienne des tranches d'âges d'amplitude 5.

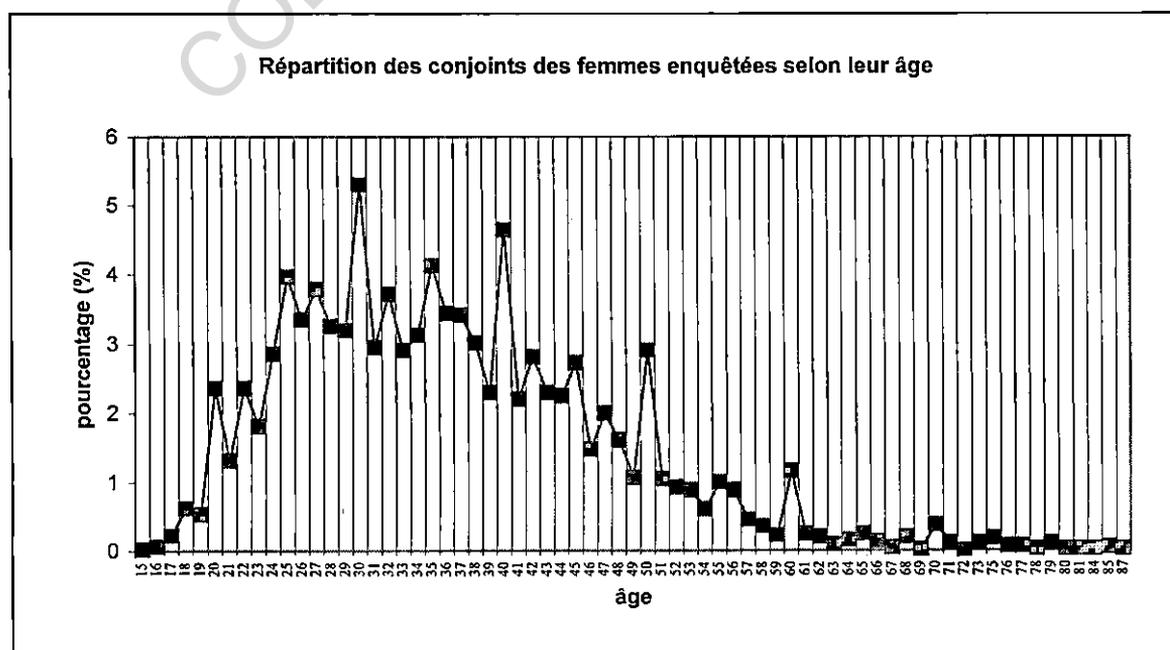
une attraction. Sa valeur absolue renseigne plutôt sur l'ampleur de la répulsion ou de l'attraction. Les indices de Myers calculés confirment les résultats précédents : la mauvaise déclaration des âges des femmes enquêtées n'est pas importante. Il existe des attractions aux chiffres 0, 5, 7 et 8 mais avec une ampleur relativement faible. La valeur de l'indice de Myers calculée est de 10,1, elle est de l'ordre de 15 en Afrique voire 20 ou 30 dans certaines EDS (Tabutin et Schoumaker, 2000).

Tableau 4.2 : Calcul des indices de Myers

Chiffres	I_{Mi}	$ I_{Mi} $
0	1,18	1,18
1	-1,84	1,84
2	-0,64	0,64
3	-0,65	0,65
4	-0,55	0,55
5	2,25	2,25
6	-0,97	0,97
7	0,55	0,55
8	1,06	1,06
9	-0,38	0,38
Indice de Myers		10,08

L'âge des maris des femmes de notre échantillon intervient également dans la mesure du statut de la femme. Tout comme l'âge de ces dernières, il convient aussi d'examiner la qualité de la déclaration de l'âge des hommes. Pour ce faire, nous allons procéder de la même manière que précédemment.

Graphique 4.2 : Répartition des conjoints des femmes enquêtées selon leur âge



Le graphique 4.2 fait ressortir des attractions nettes aux chiffres 30,40, 50 et 60. Il existe d'autres pics observés aux autres chiffres mais beaucoup moins remarquables : 22, 25, 27,32, 35, 42,45. Ces préférences résultent de l'approximation des âges aux chiffres ronds. Il convient de remarquer que les âges se terminant par 2 ou 7 correspondent également à des années des naissances qui se terminent par 0 ou 5, ils sont donc les corollaires de l'arrondi des années de naissances.

En adaptant la formule de Whipple sur la population masculine âgée de 17 à 71 ans, on trouve un indice I_w égal à 1,45. La déclaration des âges des hommes semble ainsi un peu plus de mauvaise qualité que celle des femmes. Il y a plus d'attraction pour les chiffres ronds se terminant par 0 et 5. Ce résultat n'est pas trop surprenant du fait que la question sur l'âge du conjoint (ou du partenaire) a été posée aux femmes elles-mêmes, il y a une forte chance que celles-ci connaissent moins bien l'âge de leur conjoint que leur propre âge. Cependant, l'indice est aussi de loin inférieur à 5, le biais pouvant être introduit par l'utilisation de ces âges n'est pas considérable.

Ainsi, malgré l'existence de quelques erreurs dans la déclaration de l'âge des femmes et de celui de leur conjoint, les indices calculés indiquent une ampleur tolérable de ces erreurs. Il est possible de les utiliser dans cette étude. L'erreur liée à la déclaration des autres âges (18 ans pour les femmes et chiffres se terminant par 2 ou 7 chez les hommes) sera compensée en utilisant les classes d'âges.

b.2) Age des enfants au moment de l'enquête et âge au décès

Comme pour les femmes, les dates de naissance et les âges au décès des enfants peuvent être mal déclarés par leur mère. La méconnaissance des dates des événements (naissances et décès des enfants) a certes des répercussions sur l'étude de la santé des enfants : d'une part, elle affecte les résultats du découpage de l'enfance en périodes infantile et juvénile, et d'autre part, elles peuvent conduire à des calculs erronés de certains indicateurs de la santé (plus précisément les indicateurs de la mortalité et de l'état nutritionnel) qui se mesurent en fonction de l'âge et/ou de l'âge au décès des enfants.

Il ressort des résultats présentés au tableau 4.3 que, lorsqu'on considère l'ensemble des enfants, la proportion des mères qui connaissent aussi bien l'année que le mois de

naissance est de 75,1%. Le mois de naissance des enfants manque dans 24,7% des cas et il existe une infime minorité de femmes (0,2%) qui ne connaissent ni l'année, ni le mois de naissance et même pas l'âge de l'enfant. Les déclarations des dates des naissances sont meilleures pour les naissances survenues au cours des trois dernières années. Ces pourcentages sont respectivement de 93,5% et 6,5% pour ces dernières. Etant donné que les femmes arrivent à mieux déclarer les dates pour les naissances récentes, il y a donc lieu de penser que les mauvaises déclarations de date de naissances sont dues à des déficiences de mémoire. La même observation a été effectuée dans les études antérieures : plus un événement remonte loin dans le passé, plus le risque d'erreurs sur les informations le concernant s'accroît.

Tableau 4.3. Répartition des enfants (en %) selon les types de déclaration de leur date de naissance

Variables	Type de déclaration		
	Mois et années spécifiées	Années et/ou âges spécifiés, mais pas le mois	Ni mois, ni année spécifiés
Ensemble des enfants			
<u>Niveau d'instruction de la femme</u>			
Sans niveau	55,6	44,1	0,3
Primaire	77,6	22,3	0,1
Secondaire	95,1	4,9	0,0
<u>Milieu de résidence</u>			
Urbain	83,1	16,8	0,1
Rural	72,8	27,0	0,2
Ensemble des enfants	75,1	24,7	0,2
Enfants nés au cours des trois années précédant l'enquête			
<u>Niveau d'instruction de la femme</u>			
Sans niveau	84,9	15,2	0,0
Primaire	95,1	4,8	0,0
Secondaire	98,8	1,2	0,0
<u>Milieu de résidence</u>			
Urbain	95,1	4,9	0,0
Rural	93,1	6,9	0,0
Ensemble des enfants	93,5	6,5	0,0

Source : Exploitation des données EDS 1997 Madagascar

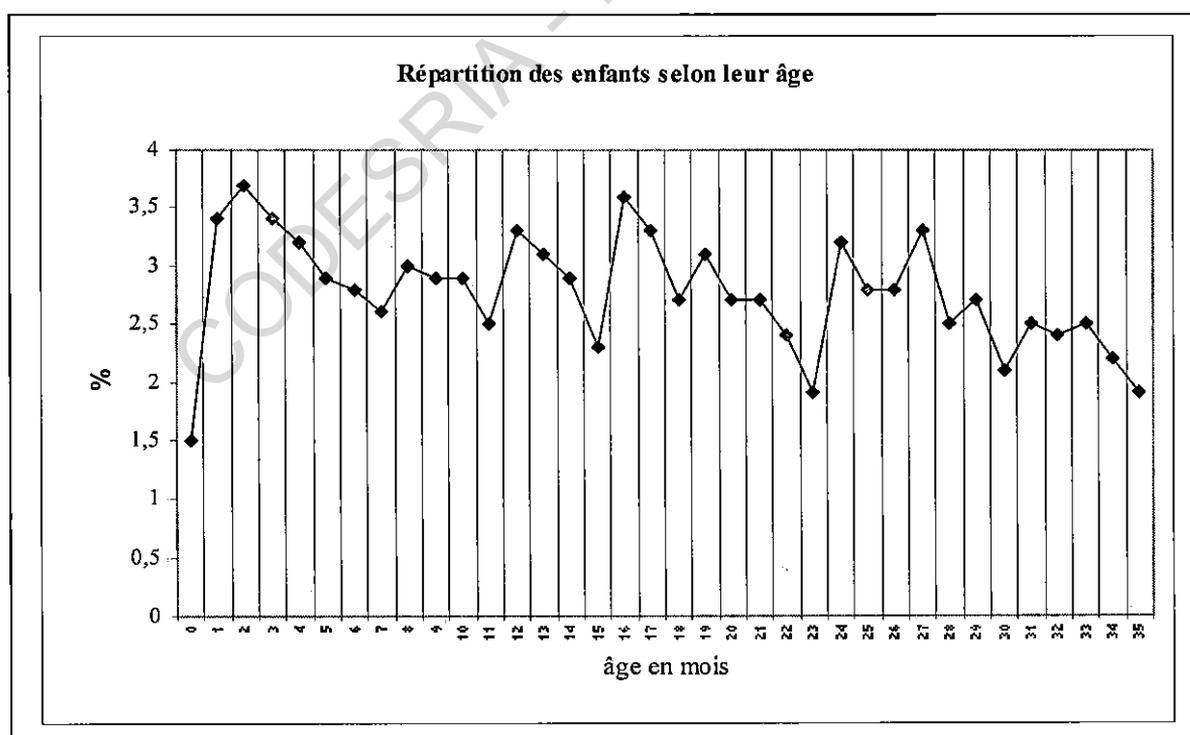
La variation des déclarations qu'on a observée selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence concernant les dates de naissance des femmes est également valable pour les enfants : les données relatives aux dates de naissance sont de meilleure qualité en ville et pour les enfants nés de femmes instruites.

Par ailleurs, les erreurs liées aux dates de naissance des enfants peuvent être imputées aux enquêteurs et non aux seules déclarations des femmes. A ce propos, il est possible d'observer des déplacements des dates de naissances des enfants de la part des enquêteurs,

ceux-ci voulant alléger leur tâche. En effet, les questions qui concernent les naissances ayant lieu au cours des trois années précédant l'enquête (c'est-à-dire entre septembre 1994 et la date de l'enquête) étant beaucoup plus nombreuses et détaillées que pour les naissances ayant eu lieu antérieurement ; les enquêteurs pourraient ainsi être tentés de repousser d'un mois (ou de quelques mois) les dates de naissance d'un enfant né après cette date limite pour éviter de poser les questions supplémentaires le concernant. Les données indiquent d'ailleurs une augmentation assez régulière des nombres annuels des naissances, mais une pique observée à l'année 1993 et un creux correspondant à l'année 1994 (résultant probablement de ce phénomène) est assez frappante.

Lorsqu'on s'intéresse aux âges des enfants (en mois), le graphique 4.3 indique une certaine attraction aux chiffres 2, 12, 16, 19, 24, 27 engendrant une répulsion au niveau des chiffres 11, 15, 18 et 23. En dehors du chiffre 19, l'attraction de ces âges est somme toute classique. En cas de doute ou de difficulté à mémoriser l'âge exact de l'enfant, psychologiquement, les femmes ont généralement tendance à faire des approximations de l'âge avec des chiffres pairs.

Graphique 4.3 : Répartition des enfants selon l'âge (en mois)

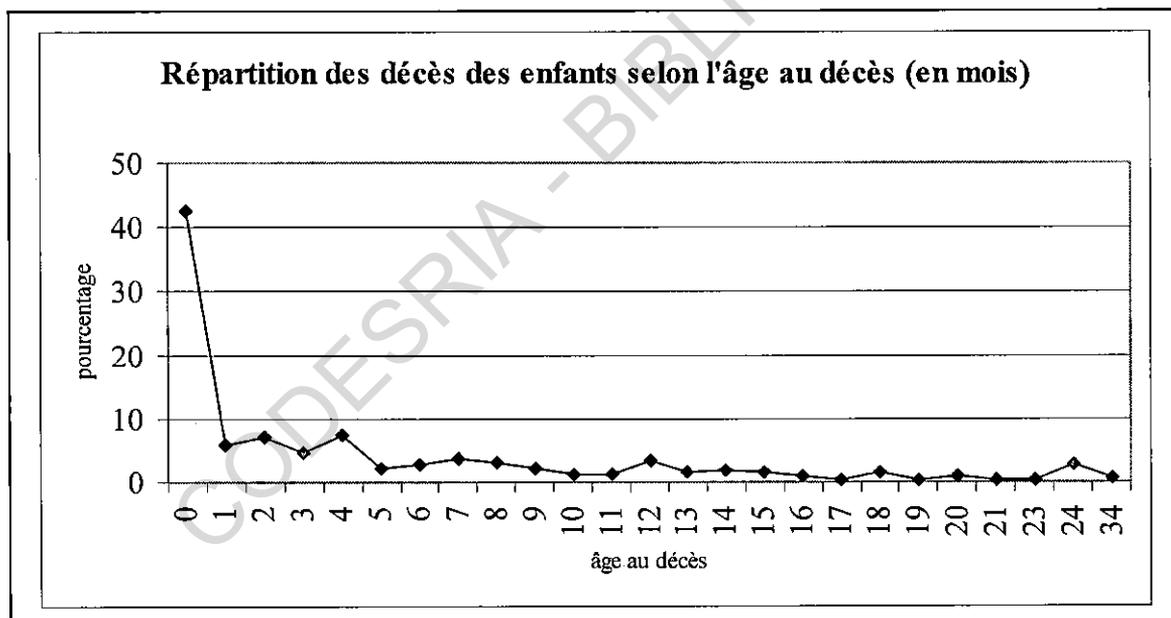


En ce qui concerne les décès, l'enquête n'a pas prévu de question portant sur la date exacte de décès. On a plutôt demandé à la mère l'âge au décès de l'enfant : sa déclaration

devrait être faite en jours si l'enfant est décédé avant l'âge de 1 mois, en mois si l'enfant est décédé à un âge compris entre 1 mois et deux ans et en année si l'âge au décès de l'enfant dépasse deux ans.

Comme la plupart des décès des enfants surviennent au cours des premiers mois de la vie, il est tout à fait normal de trouver une proportion élevée des décès à l'âge de 0 mois. Il ressort du graphique des attractions aux âges 4, 12 et 24 mois. Cela est probablement dû aux déficiences de mémoire des enquêtées. L'attraction sur le chiffre 12 entraîne certainement une sous-estimation de la mortalité infantile. Cependant, étant donné que les décès des enfants se concentrent au cours des premiers mois de la vie, le biais engendré par cette erreur est négligeable. De plus, l'objectif de l'étude n'est pas de déterminer avec exactitude les niveaux de la mortalité des enfants, mais plutôt de voir l'impact du statut de la femme sur cette mortalité.

Graphique 4.4 : Répartition des décès des enfants selon l'âge au décès (en mois)



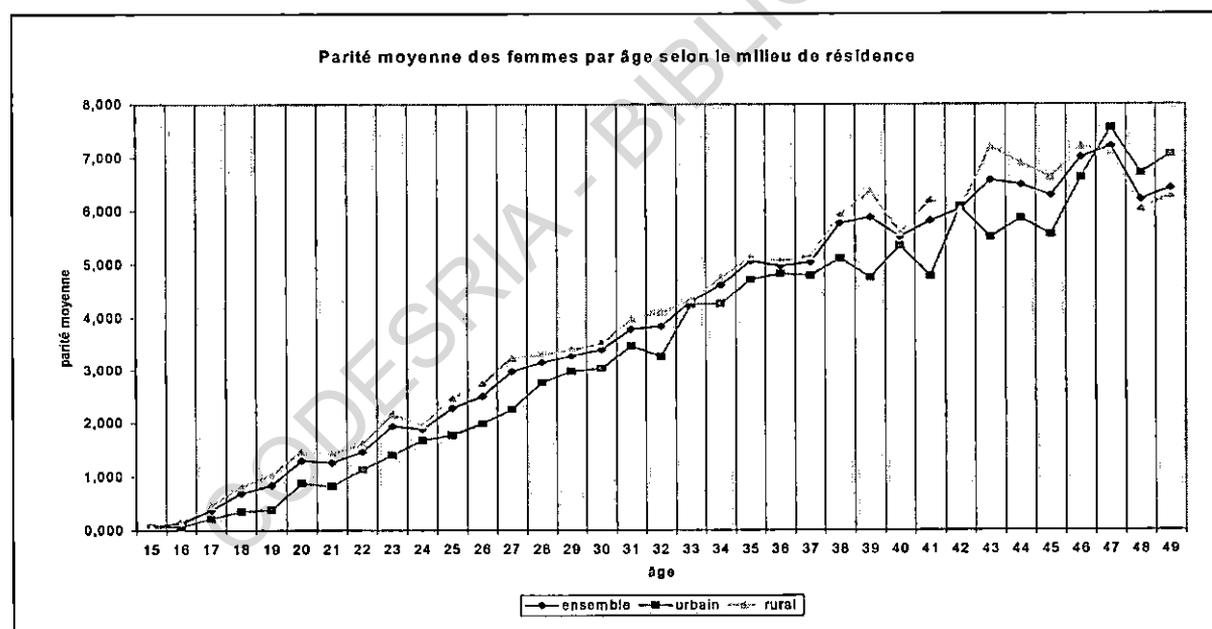
c) Les omissions des évènements

Il peut s'agir ici d'omissions relatives aux naissances ou aux décès d'enfants. Les omissions des naissances concernent surtout les enfants qui vivent éloignés de leur mère ou qui sont déjà décédés. Les omissions peuvent toucher également les enfants décédés peu de temps après leur naissance. Les femmes ont en effet tendance à dissimuler les naissances qui

sont susceptibles de leur évoquer des souvenirs douloureux. Plusieurs questions ont été posées pour saisir les naissances¹⁰ afin de minimiser les risques d'oublis et d'erreurs de déclarations, mais les omissions ne peuvent pas être totalement évitées.

On peut utiliser deux méthodes pour apprécier la qualité de la déclaration des naissances vivantes par les femmes : soit l'examen de la courbe de parités des femmes, soit l'utilisation des méthodes indirectes d'estimation des taux globaux de la fécondité générale (TGFG). D'une manière générale, si toutes les naissances ont été bien déclarées, la courbe des parités des femmes suit une allure régulière et croissante. En effet, plus l'âge de la femme augmente, plus la durée d'exposition au risque d'une nouvelle grossesse augmente et plus elle a la chance d'avoir un nombre élevé d'enfants. Une baisse anormale de la parité dénote ainsi une omission d'enfants si elle n'est pas due à une sous-représentation ou à la mauvaise déclaration des âges des femmes.

Graphique 4.5 : Parité moyenne des femmes par âge selon le milieu de résidence



Le graphique montre une allure assez régulière des courbes jusqu'à l'âge de 38 ans. On peut ainsi dire que quel que soit le milieu de résidence de la femme, les naissances sont relativement bien déclarées pour les femmes âgées de moins de 38 ans. La légère anomalie observée à partir de cet âge peut résulter de la déficience de mémoire chez les femmes plus âgées. Celles-ci ont en effet un nombre d'enfants relativement élevé et par conséquent, il y a

¹⁰ On a posé cinq séries de questions pour saisir toutes les naissances issues d'une femme. Ces questions portent sur le : nombre de fils et de filles qui vivent avec elles, nombre de fils et de filles qui ne vivent pas avec elle, à la

de plus grande chance que certains de ces enfants vivent ailleurs ou soient déjà décédés ; cette situation peut les amener à omettre certains de leurs enfants. Elle peut résulter également d'une mauvaise déclaration des âges des femmes ou d'une faible représentation des femmes aux âges élevés. D'une part, le rajeunissement de certaines femmes, qui se traduit par un déplacement de ces femmes dans le groupe d'âges inférieurs aux leurs, peut conduire à une surestimation de la parité moyenne des femmes à ces âges inférieurs. D'autre part, la baisse de la courbe observée à 48-49 ans peut s'expliquer par une sous-représentation des femmes âgées suite à un vieillissement fictif des femmes. Autrement dit, l'enquêteur peut estimer les âges de ces femmes à un âge supérieur à 49 ans pour éviter de les interroger dans le cadre de l'enquête individuelle. On rappelle que cette enquête concerne les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Par ailleurs, en notant P_2 , P_3 et P_4 les parités moyennes des femmes âgées respectivement de 20-24 ans, 25-29 ans et 30-34 ans, on peut estimer le TGFG de deux manières :

$$TGFG = \frac{(P_3)^2}{P_2} \quad (\text{Coale et Demeny, 1967, cité dans note de cours IFORD 1995}^{11})$$

ou bien

$$TGFG = P_2 \times \left(\frac{P_4}{P_3} \right)^4 \quad (\text{Brass et Rachad, 1979, cité dans note de cours IFORD 1995})$$

Si la valeur minimale du TGF obtenu à partir de ces deux formules est supérieure à la parité moyenne des femmes âgées de 45-49 ans, on peut conclure que les femmes ont probablement omis des enfants dans leurs déclarations.

Ici, la valeur minimale de TGFG, calculé à partir des données reprises au tableau 4.4. selon les deux formules sus-présentées, est de 5,02. Cette valeur est largement inférieure à la parité des femmes âgées de 45-49 ans. On peut ainsi affirmer que la déclaration des naissances pour les enfants nés vivants est relativement bonne.

fin on lui a demandé si elle a donné naissance à un fils ou une fille né vivant mais décédé par la suite.

¹¹ Cours d'évaluation et ajustement des données imparfaites (Wakam (1995), note de cours IFORD)

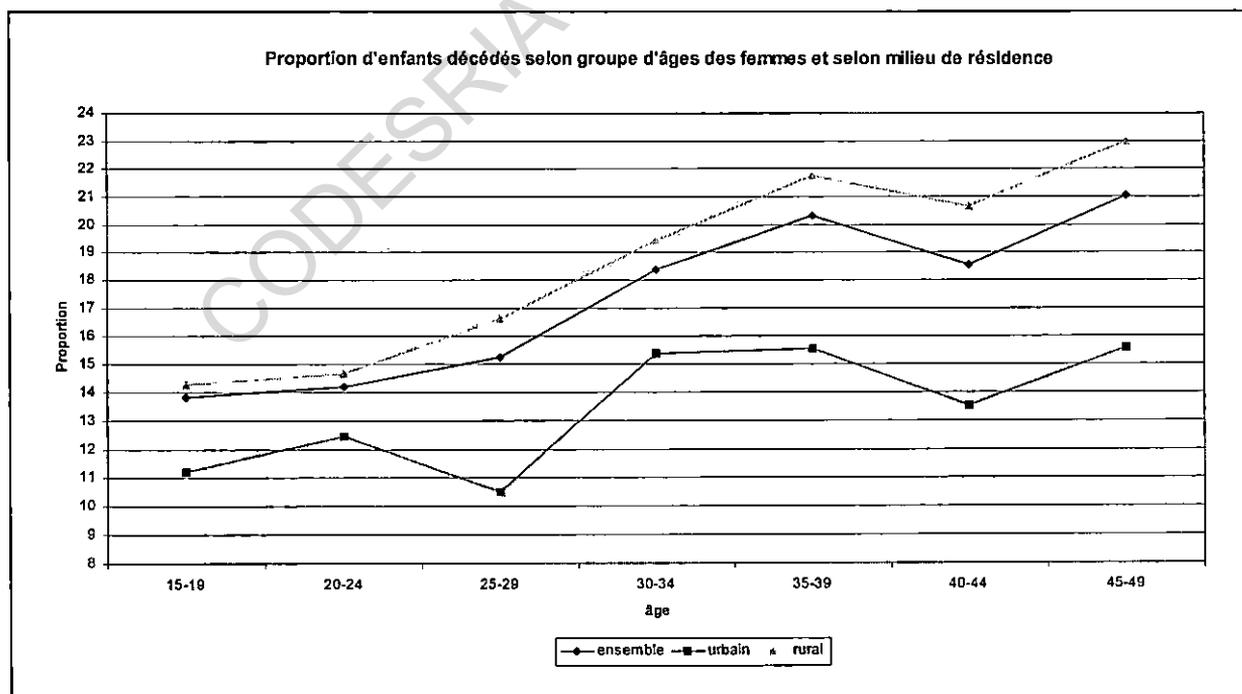
Tableau 4.4. : Répartition des femmes, des enfants nés vivants et des enfants décédés selon le groupe d'âges des femmes

Groupe d'âges	Effectif des femmes	Nombre enfants nés vivants	Nombre enfants décédés	Parité atteinte	Proportion des enfants décédés
15-19	1553	665	92	0,428	13,83
20-24	1325	2062	293	1,556	14,21
25-29	1196	3355	512	2,805	15,26
30-34	1012	3972	730	3,925	18,38
35-39	844	4488	912	5,318	20,32
40-44	652	3946	733	6,052	18,58
45-49	477	3166	666	6,637	21,04

Source : Exploitation des données EDS 1997 Madagascar

En revanche, pour évaluer les omissions des décès, on peut se servir de la courbe représentant l'évolution des proportions des décès d'enfants selon le groupe d'âge des femmes au moment de l'enquête. En l'absence notable de changement de niveau et de schéma de mortalité par âges, cette proportion devrait croître avec l'âge de la femme à partir du deuxième groupe d'âges (elle peut légèrement baisser entre le premier et le deuxième groupe d'âges, compte tenu du risque élevé de décès des enfants nés d'une femme âgée de 15-19 ans). En effet, le temps d'exposition au risque de décès des enfants issus des mères d'âge élevé est plus long que celui des enfants dont les mères sont encore jeunes.

Graphique 4.6 : Evolution des proportions des décès des enfants selon le groupe d'âges des mères et selon le milieu de résidence



On observe une allure assez irrégulière de la courbe des proportions des décès des enfants (graphique 4.6). La baisse de la courbe au niveau de la tranche d'âge 40-44 ans

dénote une mauvaise déclaration de décès, les informations fournies par ces femmes plus âgées présentant probablement des omissions. Ce qui est assez frappant, c'est la baisse notable de la courbe pour les citadines âgées de 25-29 ans. Ceci signifierait soit une sous-estimation des décès d'enfants chez ces femmes soit une mauvaise déclaration d'âges des femmes urbaines, mais cette situation est assez difficile à expliquer.

En conclusion, on peut mentionner que les données sur les décès des enfants souffrent d'une mauvaise déclaration pour les enfants nés d'une femme âgée de 40-44 ans et également pour les enfants dont la mère est âgée de 25-29 ans et réside en milieu urbain.

4.2.2 Limites et biais relatifs aux informations spécifiquement liées à la santé

La qualité et la complétude des informations sont également tributaires de la manière dont celles-ci ont été recueillies. Les résultats des analyses peuvent ainsi être biaisés selon la capacité ou non des enquêtées à comprendre les questions qu'on leur pose et selon la quantité d'informations que l'on peut saisir à partir de ces questions.

a) Par rapport aux variables dépendantes

Pour la mortalité et l'état nutritionnel, nous avons déjà évoqué plus haut les problèmes qui peuvent se poser. A titre de rappel, les omissions des décès et les fausses déclarations d'âges sont les sources d'erreurs susceptibles d'affecter les mesures de ces deux variables dépendantes. En revanche, pour la diarrhée, la principale source de biais vient du fait qu'il n'existe pas de définition claire et précise de cette maladie. L'enquêtée déclarera que l'enfant a eu (ou non) la diarrhée au cours de deux semaines précédant l'enquête selon sa perception de la maladie diarrhéique.

Par ailleurs, il convient de noter que les questions relatives à la maladie diarrhéique et aux mesures anthropométriques ne concernent que les enfants survivants. Les enfants décédés, qui constituent probablement le groupe à risque de morbidité et de malnutrition, ne font pas partie de l'échantillon. Ceci peut avoir des répercussions sur les résultats de l'analyse explicative de ces deux phénomènes¹². Les analyses effectuées dans le cadre de ce travail se limitant aux enfants survivants, cela constitue une limite de ces analyses.

¹² Généralement, on suppose que les enfants décédés courraient le même risque de morbidité et de malnutrition que ceux qui sont survivants, s'ils avaient survécu. Cette hypothèse d'indépendance entre mortalité d'une part, et

b) Par rapport aux variables explicatives

Certaines informations concernant les comportements sanitaires des femmes peuvent également introduire des biais dans les résultats des analyses. On peut mentionner tout particulièrement les limites des informations disponibles concernant les soins prénatals et les soins pendant l'accouchement. En effet, lors de l'enquête, aucune information n'a été collectée tant sur la qualité que sur les contenus de soins reçus par les femmes, ces deux aspects pouvant être cependant important pour l'état de santé de l'enfant à naître. On peut en outre citer, à titre d'exemples, les biais engendrés par le nombre de visites et la qualification de la personne qui a assuré les soins. En effet, une fréquence élevée du recours aux soins prénatals peut être en relation avec les problèmes de santé rencontrés par les femmes enceintes. De même, le recours des femmes enceintes ou des parturientes à un personnel médical ou à un personnel qualifié constitue souvent une réponse aux malaises de la grossesse ou à des complications lors de l'accouchement. Ces deux variables collectées ainsi ne permettent donc pas forcément de qualifier le comportement de la femme.

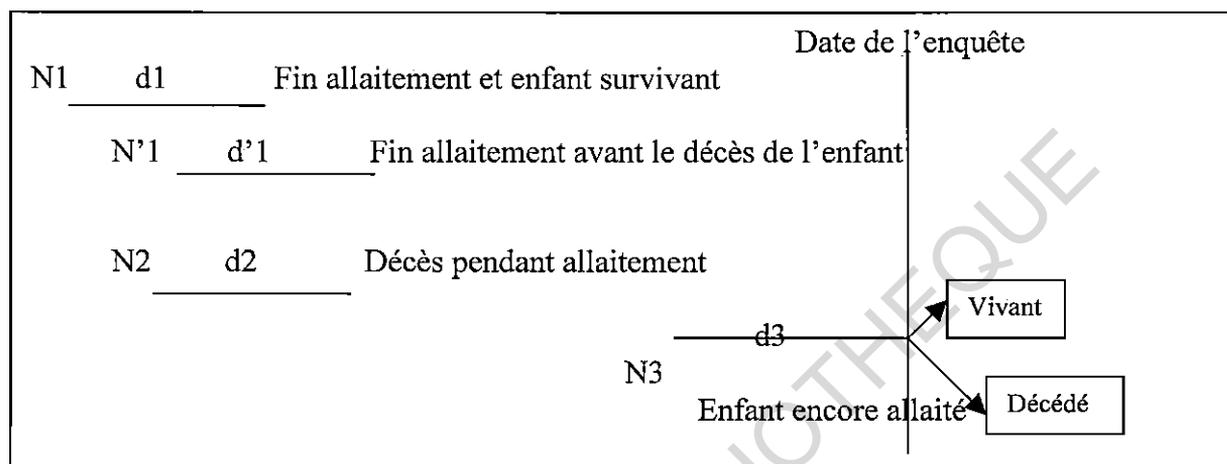
L'utilisation de la variable relative à l'allaitement présente également une certaine limite. Dans les études sur la fécondité et sur la santé des enfants, on s'intéresse souvent à la durée d'allaitement, étant donné l'importance de cette variable sur ces deux phénomènes. Pour saisir l'information, l'enquêtée répondra aux questions :

- « avez-vous allaité (nom) ? »
- si oui, « allaitez-vous encore ? » et au cas où elle n'allaitait plus son enfant, « pendant combien de temps avez-vous allaité (nom) ? ».

Pour les enfants qui sont encore allaités, il est difficile de connaître a priori le moment auquel leur mère va arrêter l'allaitement. Etant donné que ces enfants continuent à être allaités, la durée d'allaitement saisie au moment de l'enquête va correspondre à leur âge actuel. En revanche, pour les enfants qui sont déjà décédés, la question est de savoir si c'est l'arrêt de l'allaitement qui a provoqué le décès de l'enfant (auquel cas l'allaitement est l'un des facteurs explicatifs du décès de l'enfant) ou bien si la mère a été obligée d'arrêter d'allaiter suite au décès de son enfant ou parce que l'enfant était malade. L'utilisation de cette variable peut ainsi introduire un biais dans les résultats des analyses. Vu ces facteurs de

confusion, les interprétations des résultats, lorsque cette variable est utilisée lors des analyses, doivent être effectuées avec une grande réserve.

Tenant compte de ces observations, il faudra effectuer une approximation de la durée moyenne d'allaitement. Le tableau ci-après illustre cinq cas de figures concernant l'allaitement :



La durée moyenne d'allaitement sera la moyenne pondérée des durées d'allaitement des intervalles fermés (d_1), (d'_1), (d_2) et des intervalles ouverts (d_3). Après l'enquête, une partie des naissances N_3 vont décéder avant l'arrêt de l'allaitement tandis que d'autres vont survivre. Une évaluation grossière du nombre des survivants parmi les enfants issus de ces naissances est : $N^3 = N_3 * p$ où $p = N_1 / (N_1 + N'_1 + N_2)$ (probabilité de survivre). On est dans le cas d'un intervalle à cheval fermé, et Henry (1972) a montré que pour les intervalles à cheval fermé, la date de l'enquête se situe au milieu de l'intervalle moyen fermé. Il suffit donc pour les enfants survivants de doubler d_3 pour avoir une bonne estimation de l'intervalle après l'enquête. Finalement, la durée d'allaitement moyenne pour l'ensemble des naissances N_1 et N_3 est de :

$$\text{Dural} = \frac{N_1 * d_1 + N'_1 * d'_1 + N^3 * 2d_3}{N_1 + N'_1 + N^3}$$

Dans notre cas, l'estimation de la durée d'allaitement donne une valeur de 20,12 mois. La durée moyenne de l'allaitement obtenue serait largement sous-estimée si l'on ne tenait pas compte de ce problème de troncature. Etant donné qu'il est impossible de poursuivre cette estimation lors de l'analyse individuelle, il est préférable de ne pas utiliser cette variable.

Par ailleurs, il convient de signaler qu'aucune question n'a été posée lors de la dernière enquête EDS à Madagascar pour recueillir des informations sur l'âge au sevrage partiel (c'est-à-dire l'âge à partir duquel on a commencé à introduire un aliment autre que le lait maternel).

Concernant la vaccination, l'idéal aurait été que chaque enfant possède un carnet de vaccination pour permettre d'enregistrer le type de vaccin effectué et la date de vaccination. Malheureusement, moins de la moitié de l'ensemble des enfants de moins de trois ans (46,3%) ont un carnet de vaccination disponible au moment de l'enquête et pour environ un cinquième des enfants, les mères déclarent avoir un tel carnet sans pour autant pouvoir le montrer. Il est ainsi difficile voire impossible d'utiliser les informations sur le calendrier vaccinal des enfants.

En définitive, on peut relever quelques imperfections des données issues de l'Enquête Démographique et de Santé (1997) réalisée à Madagascar. Ces erreurs ne peuvent pas être évitées totalement quel que soit le type d'enquête. On peut néanmoins conclure à partir de l'évaluation effectuée que ces données sont relativement de bonne qualité, notamment celles relatives aux naissances et aux caractéristiques des mères.

4.3. Spécifications des variables d'analyse et construction des indicateurs

4.3.1. Variables dépendantes

a) Indicateur de mortalité des enfants

Le choix de l'indicateur de mortalité varie selon l'approche utilisée lors de l'analyse. On peut distinguer deux approches principales. La première approche, considérant les femmes (les mères) comme unités d'analyse, est basée sur l'expérience relative des mères en matière de mortalité de leurs enfants. La seconde, quant à elle, considère les enfants comme unités d'analyse et est basée sur l'estimation de l'impact relatif ou spécifique de chaque facteur sur la mortalité (Noumbissi, 1996). Dans la première approche, la mortalité des enfants est mesurée à partir d'un indicateur élaboré par Trussell et Preston (1984) (cité par Noumbissi, 1996) appelé « indice de mortalité par femme » qui mesure le niveau relatif de mortalité des

enfants de chaque mère¹³. L'un des inconvénients de l'utilisation de cet indicateur est que cette méthode suppose que les enfants de chaque mère constituent un groupe homogène. Cette hypothèse est cependant fortement discutée du fait que les caractéristiques propres des enfants constituent des facteurs de différenciation importants de mortalité et, par conséquent, sont sources d'hétérogénéité (Noumbissi, 1996). Elle semble moins appropriée pour la recherche des déterminants individuels de la mortalité des enfants, car elle ne permet pas de tenir compte des comportements différentiels des femmes selon certaines caractéristiques de l'enfant.

Dans la deuxième approche, on peut considérer l'âge au décès ou l'état de survie de l'enfant comme indicateur de mesure de la mortalité. Un des inconvénients de cette approche consiste à figer les caractéristiques de la mère dans le temps. Pour pallier à cela, on doit utiliser une période de référence relativement courte en supposant qu'au cours de cette période, les caractéristiques de la mère varient peu. L'utilisation de l'âge au décès dans le modèle de Cox est conditionnée par la vérification de la proportionnalité des risques : il est nécessaire de vérifier qu'il n'existe pas d'interaction entre l'âge au décès et chaque variable explicative. Cette hypothèse de proportionnalité est assez forte (Bouquier, 1996).

L'approche basée sur l'état de survie de l'enfant, la plus souvent utilisée, le sera dans le cadre de cette étude. Dans ce cas, l'indicateur de mortalité des enfants est une variable dichotomique qui prend comme valeur 1 si l'enfant est survivant au moment de la période considérée et 0 si l'enfant est décédé. On distinguera dans le cadre de cette étude, la mortalité infantile (décès des enfants survenus avant le premier anniversaire) et la mortalité entre le premier mois et le deuxième anniversaire. Le problème de troncature ne permet pas d'analyser la mortalité juvénile et la mortalité infanto-juvénile. Une analyse plus fine considèrera des tranches d'âges plus restreintes des premières années de vie en distinguant la mortalité néonatale (décès survenu entre la naissance et le premier mois de la vie) et la mortalité postnéonatale (entre le premier mois et le premier anniversaire).

b) Indicateur de morbidité des enfants

Il convient de rappeler que nous avons considéré la maladie diarrhéique pour étudier la morbidité des enfants. Ce choix vient du fait que c'est l'une des principales causes de

¹³ Pour avoir de plus amples informations sur la méthode de calcul de cet indice, se référer à Noumbissi (1996).

mortalité et de morbidité des enfants en Afrique en général et à Madagascar en particulier, et que cette maladie a fait l'objet d'un programme de santé spécifique (programme de lutte contre les maladies diarrhéiques). Plusieurs indicateurs peuvent être considérés pour analyser la morbidité par maladie diarrhéique : la prévalence (nombre de cas de diarrhée à un moment donné), l'incidence de la diarrhée (nombre de nouveau cas de diarrhée qui se sont déclarés au cours d'une période donnée) et la létalité (proportion de personnes décédées de la maladie diarrhéique au cours d'une période parmi les malades en début de période). Ces indicateurs se traduisent au niveau individuel par la survenue ou non de la maladie diarrhéique au cours d'une période donnée et le risque de décès du fait de la maladie diarrhéique¹⁴.

Cherchant les déterminants au niveau individuel de la morbidité, nous optons ainsi pour l'indicateur de survenue de la diarrhée au cours des quinze jours précédant l'enquête qui prend la valeur 1 si l'enfant a connu un épisode diarrhéique (ou a eu la diarrhée) au cours de la période et la valeur 0 si ce n'est pas le cas.

c) Indicateur de l'état nutritionnel

Plusieurs variables anthropométriques peuvent être utilisées pour mesurer l'état nutritionnel. On peut citer, entre autres, la taille, le poids, le périmètre brachial (le tour de bras), le périmètre thoracique, le pli cutané, etc. Le choix des meilleurs indicateurs parmi ces variables ne fait pas l'unanimité des chercheurs. A titre d'exemple, Van Loon et al (1989), à l'aide d'une analyse des composantes principales ont identifié la taille, le périmètre brachial et le pli cutané comme les trois mesures anthropométriques à prendre en compte pour évaluer l'état nutritionnel de l'enfant. Briend (1989), quant à lui, a identifié le tour de bras comme l'indice anthropométrique le plus approprié pour estimer le risque de décès. D'autres études effectuées en milieu hospitalier au Bangladesh, par contre, ont suggéré de combiner plusieurs indices.

En pratique, les indices nutritionnels les plus utilisés sont le poids et la taille. Ils permettent de calculer des indicateurs de la malnutrition protéino-énergétique (MPE) qui est la forme de malnutrition la plus répandue. Le périmètre brachial n'est proposé comme un critère de référence que dans le cas où il serait difficile de mesurer le poids avec précision

¹⁴ Aucune information permettant de calculer ce dernier indicateur n'est disponible dans nos données

(Briend, 1998). Connaissant le poids, la taille et l'âge de l'enfant, on peut mesurer son état nutritionnel au moyen de trois indices :

- l'indice poids-âge, qui compare le poids de l'enfant au poids de référence pour son âge (c'est-à-dire au poids d'un enfant en bon état nutritionnel ayant le même âge que lui). Il permet d'apprécier le degré d'insuffisance ou d'excès pondéral ;
- l'indice poids-taille, qui compare le poids de l'enfant au poids de référence pour sa taille, permet d'apprécier le degré de maigreur [ou d'obésité]. Les enfants maigres en comparaison de sa taille souffriraient d'une malnutrition aiguë ;
- l'indice taille-âge, qui compare la taille de l'enfant à la taille de référence pour son âge. Cet indice permet d'identifier les retards [ou les avances] de croissance en taille. Les enfants petits pour leur âge souffriraient d'une malnutrition chronique.

Sur la base de ces indices anthropométriques, on peut se servir de la classification de Waterlow (cité par Hennart, inédit) pour situer un enfant par rapport à son état nutritionnel : on utilise soit le pourcentage par rapport à la médiane, soit le Z-score (Hennart, inédit). Si l'on admet que 80% de la médiane de référence du poids pour taille et 90% de la médiane de référence de la taille pour âge correspondent pratiquement à moins deux écarts types en dessous de ces médianes, on peut utiliser le Z-score qui exprime en « déviations standards, l'écart [du poids ou de la taille] d'un enfant par rapport à la médiane des enfants de référence [de sa taille ou de son âge]. Dans le cadre de cette étude, on considère ainsi que :

- si l'indice P/T de l'enfant se situe en dessous de $-2ET$ de la médiane de la référence, celui-ci présente une émaciation ;
- si l'indice T/A de l'enfant se situe en dessous de $-2ET$ de la médiane de la référence, celui-ci présente un retard de croissance.
- si l'indice P/A de l'enfant se situe en dessous de $-2ET$ de la médiane de la référence, celui-ci présente une insuffisance pondérale.

Comme référence, on utilise généralement les normes recommandées par l'OMS qui émanent du National Center for Health Statistics (NCHS). Son application doit cependant s'effectuer avec réserve, car elle peut introduire un biais potentiel surtout dans les premiers mois de vie des enfants. En effet, les courbes de référence ont été établies en se basant sur les données provenant d'enfants nourris artificiellement dont la croissance diffère de celle des enfants nourris au sein. L'utilisation de référence des enfants américains ayant de morphologie différente des enfants malgaches (ces derniers sont de nature de petite taille et

par corollaire, probablement de faible poids) pourrait introduire un biais assez important. De même la différence de mode d'alimentation des enfants (mode d'allaitement, diversification des types d'aliments introduits après le sevrage) peut biaiser la comparaison des deux groupes du point de vue nutritionnel. Nous risquons de classer des enfants n'ayant pas de problème de malnutrition parmi ceux qui en souffrent. Toutefois, l'objectif n'est pas de déterminer le niveau de l'état nutritionnel mais de comprendre les inégalités en matière de nutrition au sein des différentes classes sociales. Faut de données sur les références locales, nous pouvons nous contenter d'utiliser ces indicateurs tels qu'ils sont calculés pour les besoins de l'analyse.

L'utilisation de ces indices anthropométriques repose sur l'hypothèse que tout écart entre une mesure anthropométrique observée et la norme de référence est attribuable à la malnutrition. Chaque indice étant déterminé par les deux autres, deux d'entre eux pourront à la limite suffire pour rapporter les résultats de l'enquête et il est fréquent de ne retenir que P/T et T/A pour la présentation des caractéristiques anthropométriques de la population (Briend, 1998). A cet effet, une diminution brutale de la ration alimentaire s'accompagne d'une perte de poids rapide et se répercute sur l'indice P/T (elle implique une baisse rapide de cet indice). En revanche, la taille ne diminue pas en cas de malnutrition, le ralentissement de la croissance devra se poursuivre pendant plusieurs mois pour que l'indice T/A commence à fléchir. Ainsi, la baisse de l'indice P/T traduit une malnutrition aiguë et celle de T/A une malnutrition chronique (Briend, 1998). Cependant, compte tenu de l'intérêt de chaque indice, nous considérerons les trois indices à la fois.

4.3.2. Variables indépendantes

a) Indicateur de niveau de vie économique

Le niveau de vie figure parmi les facteurs les plus utilisés dans la recherche explicative des phénomènes démographiques. La littérature révèle cependant la complexité qu'il y a tant à définir qu'à mesurer ce concept : on observe ainsi une diversité de définitions et d'indicateurs de niveau de vie. Par ailleurs, le niveau de vie, déjà difficile à définir et à mesurer, est également utilisé pour appréhender un autre concept complexe - la pauvreté - dans certaines études. On peut néanmoins dégager une définition plus ou moins commune à ces études, qui considère le niveau de vie des ménages comme reflétant « l'accès des ménages aux biens et ressources nécessaires à la vie » (Noumbissi et Sanderson, 1998).

Lorsque les données le permettent, les chercheurs ont habituellement recours aux revenus et aux dépenses (souvent rapportés à la taille du ménage, i.e. revenu par tête ou consommation par tête) pour évaluer cet indicateur. Or, ces données font souvent défaut. Dès lors, les caractéristiques de l'habitat (accès à un logement décent), l'eau et l'assainissement, et la possession de biens et matériels (accès au confort matériel) ont été utilisées dans plusieurs études pour appréhender le niveau de vie des ménages (Wakam et al, 1998 ; Noubissi et Sanderson, 1998 ; Kobiane, 1998).

L'EDS n'a pas prévu de module spécifique permettant de mesurer directement le niveau de vie. Aussi, allons-nous également procéder à une estimation indirecte du niveau de vie à partir de différentes variables précitées. Nous allons créer un indicateur composite qui intègre les caractéristiques des ménages concernant l'habitat, l'eau et l'assainissement et l'équipement des ménages en biens durables (le confort des ménages). Cet indicateur permettra de classer les ménages selon leurs catégories socio-économiques. Des études récentes, entre autres celle de Filmer et Pritchett (1998) portant sur l'impact du statut économique des ménages sur l'éducation, ont d'ailleurs montré qu'il existe une correspondance entre la classification des ménages basée sur des indices calculés à partir de ces variables et celle basée sur les dépenses de consommation des ménages. Les variables utilisées ici pour la construction de l'indicateur de niveau de vie des ménages sont¹⁵ :

- la source d'approvisionnement en eau ;
- le type de toilettes utilisées ;
- la présence d'électricité ;
- la possession de radio ;
- la possession de poste téléviseur ;
- la possession de frigo ;
- la possession de vélo ;
- la nature du sol du logement ;
- le degré de promiscuité, le nombre de personnes dormant dans une même chambre.

Le choix de ces variables pour déterminer le niveau de vie des ménages dans le contexte malgache est justifié par les résultats d'une enquête sur les conditions de vie des femmes réalisée en 1990/1991. Il en ressort que l'aspiration de la population à un niveau de vie meilleur se traduit par une amélioration de son confort matériel et, par conséquent, par l'aisance que cela procure. Aussi, d'après les discussions de groupe réalisées, il est apparu

que « confrontée à la lutte pour la survie, la population aspire à la satisfaction de ses besoins vitaux. Elle veut vivre convenablement : bonne alimentation, meilleur habillement, logement confortable, etc. C'est une aspiration légitime fondée sur la recherche de bien-être matériel » (Disaine et al, 1992).

Pour construire un tel indicateur, on peut recourir à deux procédures principales : la première consiste à utiliser des méthodes statistiques de classification des ménages selon les proximités des variables, et la deuxième utilise une méthode intuitive qui consiste à attribuer aux ménages concernés des scores appropriés qui serviront de base pour leur classification. Les deux méthodes présentent des avantages et des inconvénients, mais leur choix dépend de l'objectif à atteindre.

En ce qui concerne la première procédure, l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) et l'analyse de classification sont les méthodes statistiques classiquement utilisées dans les études antérieures. La première est une technique statistique ayant pour objectif la réduction d'informations abondantes en passant d'un modèle à plusieurs variables à un autre modèle avec un nombre réduit de variables. Elle permet de mettre en évidence les relations qui existent entre les variables, et a l'avantage de ne retenir a priori aucune hypothèse de liaison entre ces variables. La réduction des informations s'effectue par les regroupements des variables retenues sous forme d'axes factoriels, selon l'identité de profil des modalités¹⁵. Autrement dit, cette méthode consiste à regrouper les modalités des variables autour des principaux axes dont elles contribuent à la construction. On retient les facteurs qui permettent de rendre compte de l'essentiel des informations contenues dans les variables initiales, expliquant une grande partie de la variance des variables utilisées.

A partir des facteurs retenus et à l'aide d'une technique d'analyse de classification, on regroupe ensuite les individus en un nombre réduit de classes homogènes de telle sorte que les éléments d'une même classe soient semblables et les classes différentes les unes des autres. L'avantage de l'utilisation d'une telle méthode réside dans le fait que l'outil technique de classification utilisé cherche automatiquement à minimiser la variance intraclasse et de maximiser la variance interclasse. La méthode de classification ascendante hiérarchique est la

¹⁵ La possession de mobylette et de voiture a été écartée compte tenu des très faibles proportions de ménages qui détiennent ces biens (moins de 100 femmes enquêtées vivent dans un ménage disposant de ces deux biens)

¹⁶ Ce profil est défini aussi bien par la proximité entre les modalités des variables que par leurs poids relatifs, c'est-à-dire la proportion d'individus qui possèdent ces caractéristiques (Masuy-Stroobant, note de cours d'Analyse multidimensionnelle, UCL, 2000).

plus souvent utilisée lorsque le nombre d'unités d'analyse n'est pas trop élevé. Cette méthode consiste à produire des partitions d'individus en classes de plus en plus vaste et donc de moins en moins nombreuses. Par contre, lorsque le nombre d'individus est élevé (comme c'est le cas dans le cadre de cette étude, car il existe au total 7060 femmes enquêtées), il est indiqué d'utiliser la méthode de classification non hiérarchique, une méthode de partitionnement, qui produit directement une partition en un nombre fixé de classes différentes constituées d'individus ayant des caractéristiques semblables. L'examen des plans factoriels de l'analyse factorielle effectuée permet de confirmer les résultats de cette classification et facilite, dans certains cas, l'interprétation des groupements par classification obtenus.

En appliquant cette méthode à nos données, les résultats ont révélé que la grande majorité des femmes est classée dans le groupe « pauvre »¹⁷, et il faut considérer un nombre assez élevé de classes pour mieux distinguer le reste des ménages. Cette méthode reflète assez bien la réalité en ce qui concerne les conditions de vie économique des ménages¹⁸. Néanmoins, son utilisation dans une analyse différentielle d'un phénomène assez rare telle que la mortalité des enfants ne donne pas de résultats intéressants, car les effectifs faibles des individus dans les classes qui restent ne permettent pas de voir l'impact du niveau de vie sur le risque de décès des enfants.

Pour éviter d'être confrontés au problème de faible effectif et pour mieux saisir l'impact du niveau de vie des ménages sur les phénomènes démographiques, notamment pour les événements rares, des auteurs ont proposé de calculer un indice qui permette de construire une échelle de niveau de vie et de déterminer des seuils de quintile ou de quartile de « pauvreté ou de richesse », plutôt que de considérer un indicateur reflétant le niveau de vie en tant que tel. L'utilisation des quintiles ou quartiles se traduit aux deux extrêmes des groupes en termes de 20% ou 25% respectivement des femmes les plus pauvres (ayant le niveau de vie le plus faible) et 20% ou 25% les plus riches (ayant le niveau de vie le plus élevé). Cette méthode permettra d'avoir des effectifs suffisants et de voir les différences de mortalité, de morbidité et d'état nutritionnel des enfants ainsi que les différences de comportements des femmes en matière de santé selon leur niveau de vie. Le calcul d'un tel

¹⁷ En considérant quatre classes de femmes selon le niveau de vie de leur ménage, les résultats indiquent que 60,3% des femmes sont incluses dans la catégorie des ménages ayant le plus faible niveau de vie (pauvre) et celles de la catégorie ayant le niveau le plus élevé ne représente que 2,3% de l'ensemble de toutes les femmes.

¹⁸ Le rapport sur le développement humain à Madagascar en 1996 indique que plus de 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

indice se base sur des scores appropriés attribués aux ménages selon les biens qu'ils possèdent et les caractéristiques de l'habitat. C'est cette procédure que nous présentons ci-après.

Dans certaines études, les auteurs procèdent de façon intuitive, c'est-à-dire qu'ils attribuent des scores jugés appropriés aux différentes variables qui contribuent à la construction de l'indicateur de niveau de vie selon leur perception de l'importance (ou du poids) de chaque variable dans la détermination des conditions de vie des ménages. Les critiques adressées à l'utilisation de cette méthode portent sur la part arbitraire du choix des poids attribués à ces variables.

Cependant, la méthode développée par la Banque Mondiale dans l'utilisation de « *asset approach* » pour déterminer le niveau de vie des ménages permet d'éviter le caractère arbitraire du choix des scores à utiliser. Cette méthode, celle que nous allons utiliser dans le cadre de cette étude, consiste à prendre des scores générés par la technique d'analyse en composantes principales comme poids attribués aux différentes variables pour calculer l'indice de niveau de vie (Gwatkin et al, 2000). Cet indice n'est rien d'autre que la somme totale des scores associés à ces variables. Il caractérise le niveau de vie des ménages qui va du niveau le plus bas au plus élevé de l'échelle socio-économique.

Comme l'analyse factorielle de correspondance, l'analyse en composantes principales permet de réduire l'information contenue dans un grand nombre de variables en un nombre restreint de facteurs appelés « composantes principales ». Elle permet de générer une variable composite qui reproduit la variance maximum des variables observées. Par définition, la première composante principale est celle qui rend compte de la plus grande variance de ces variables. Hamilton (1990, p : 266) a montré que les scores factoriels associés à la première composante principale et correspondant à chaque variable constituent des scores raisonnables que l'on peut utiliser pour combiner plusieurs variables en une seule variable composite. Ces scores seront standardisés en les mettant en relation avec une distribution normale centrée réduite ayant une moyenne égale à zéro et un écart type égal à 1.

Le score standardisé attribué à chaque bien possédé par un ménage se calcule par la formule suivante :

$$I_i = \frac{\text{valeur de la variable} - \text{moyenne de la variable}}{\text{Ecart type de la variable}} \times \text{« score factoriel » associé à la variable considérée(*)}$$

(*) : score généré par ACP ; la valeur de la variable est égale à 1 si le ménage possède le bien considéré et 0 si non.

L'indice de niveau de vie d'un ménage donné s'obtient par la formule suivante :

$$I = \sum_{i=1}^{18} I_i$$

Cet indice diffère d'un ménage à un autre selon que celui-ci dispose ou non des biens concernés et selon les caractéristiques de l'habitat. Le tableau 4.5. résume les scores attribués à chaque variable qui contribue à la constitution du niveau de vie¹⁹ :

Tableau 4.5 : Poids ou scores des variables dans la construction de l'indice de niveau de vie

Variable	Moyenne	Ecart type	Score généré par ACP	Score attribué si « Oui »	Score attribué si « Non »
Utilise robinet intérieur	0,092	0,288	0,24730	0,7797	-0,0790
Utilise robinet extérieur	0,182	0,386	0,20023	0,4243	-0,0944
Utilise puits intérieurs	0,081	0,273	0,05433	0,1829	-0,0161
Utilise puits extérieurs	0,128	0,334	-0,07700	-0,2010	0,0295
Utilise eau source naturelle	0,517	0,500	-0,027565	-0,2663	0,2850
Utilise WC avec chasse	0,047	0,211	0,20379	0,9204	-0,0454
Utilise latrines aménagées	0,378	0,485	0,23810	0,3054	-0,1856
Utilise latrines non aménagées	0,039	0,194	0,02230	0,1105	-0,0045
N'a pas de toilettes	0,536	0,499	-0,32646	-0,3036	0,3507
Sol en marbre ou carreau	0,067	0,250	0,19060	0,7113	-0,0511
Sol en bois cirés	0,317	0,465	0,26766	0,3931	-0,1825
Sol en terre	0,615	0,487	-0,35421	-0,2800	0,4473
A électricité	0,198	0,399	0,36721	0,7381	-0,1822
A radio	0,488	0,500	0,26648	0,2729	-0,2601
A poste téléviseur	0,134	0,341	0,33161	0,8422	-0,1303
A frigo	0,025	0,257	0,17359	1,0780	-0,0276
A vélo	0,064	0,247	0,09968	0,3808	-0,0260
Nombre de personne par pièce	4,259	2,136	-0,13881	-(*)	-
Indice de niveau de vie du ménage	Score total = Somme des scores pour toutes les variables				

(*) : pour le nombre de personnes par chambre à coucher, le score est calculé par :

$$S_{18} = \frac{\text{nombre de personnes par chambre à coucher} - 4,259}{2,136} \times (-0,13881)$$

¹⁹ La première composante principale explique 28,6% de la variance totale.

Nous utiliserons l'indice de niveau de vie calculé pour définir les quartiles de niveau de vie des femmes enquêtées selon les scores attribués aux ménages dans lesquels elles vivent.

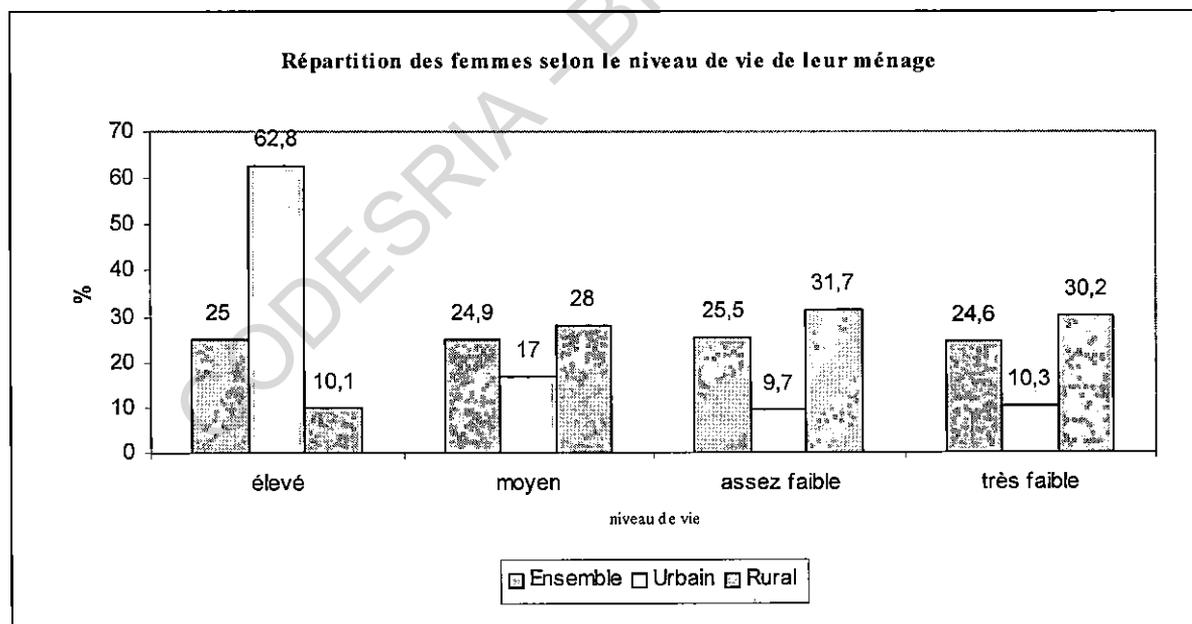
Tableau 4.6 : Détermination des groupes des femmes selon le niveau de vie de leur ménage

Niveau de vie	Scores ou indice de niveau de vie	
	Minimum(*)	Maximum(**)
Niveau de vie très faible	-	-1,964
Niveau de vie faible	-1,964	-1,069
Niveau de vie moyen	-1,069	0,593
Niveau de vie élevé	0,593	-

(*) : il s'agit des valeurs minimales observées dans le groupe défini. Ces valeurs sont incluses dans le groupe considéré, excepté dans le premier quartile ; (**) : il s'agit des valeurs maximales qui définissent les groupes respectifs. Ces valeurs sont exclues du groupe considéré, excepté dans le dernier quartile.

On obtient ainsi quatre groupes avec un nombre quasi-identique de femmes : le groupe des femmes les plus pauvres vivant dans les ménages à un niveau de vie très faible, celui des femmes ayant un niveau de vie assez faible, celui des femmes vivant dans un ménage ayant un niveau de vie moyen et enfin le groupe des femmes les plus riches, dont le ménage a un niveau de vie élevé²⁰.

Graphique 4.7 : Répartition des femmes selon le niveau de vie de leur ménage



Les résultats révèlent que le niveau de vie des femmes en milieu urbain et en milieu rural est totalement différent. D'une manière générale, les conditions de vie des femmes

²⁰ Cet indicateur est calculé au niveau de l'ensemble du pays. On aurait pu créer des indicateurs spécifiques pour chaque milieu de résidence. Toutefois, nous pensons qu'il sera difficile de combiner les deux indicateurs calculés pour effectuer des analyses au niveau national.

rurales sont médiocres comparées à celles des citadines. En milieu urbain, la majorité des femmes (60%) vivent dans un ménage aisé alors qu'en milieu rural, cette proportion atteint à peine 10%. En revanche, les femmes rurales vivant dans un ménage ayant un niveau de vie faible est proportionnellement trois fois plus nombreuses que les femmes urbaines. Les caractéristiques des ménages des femmes dans chaque groupe sont présentées en annexe (tableau A4.2).

1) Caractéristiques des ménages des femmes de niveau de vie élevé

Les ménages des femmes de niveau de vie le plus élevé sont caractérisés par leur accès à l'eau potable, à un logement décent et à des biens durables, et par une faible promiscuité (tableau A4.2 en annexe). Environ 65% de ces ménages utilisent de l'eau courante (eau de robinet et/ou de la borne fontaine publique) pour la boisson, seuls le dixième des ménages s'approvisionnent en eau de source ou en eau de surface. Une minorité de ces ménages a un sol en terre, en natte ou en palmier ; 18% de ces ménages ont un plancher en carreaux ou couvert de moquette et 74% ont un plancher en bois ciré ou en ciment. Un ménage sur cinq utilise soit des toilettes avec chasse d'eau, soit des latrines aménagées. Plus de la moitié d'entre eux ont de l'électricité, et la grande majorité (88%) dispose d'un poste radio. Seuls les ménages de ce groupe ont la possibilité de vivre dans un confort matériel : la possession d'un poste téléviseur et de réfrigérateur est une caractéristique propre à ces ménages. Ceux-ci se caractérisent également par une faible promiscuité : le nombre moyen de personnes par chambre à coucher est de loin inférieur à la moyenne générale (3,4 personnes par chambre à coucher) ; dans 22,5% de ces ménages, le nombre moyen de personnes qui dorment dans une même chambre ne dépasse pas deux.

2) Caractéristiques des ménages ayant un niveau de vie moyen

Dès cette catégorie, on peut déjà observer une baisse de la qualité de vie des ménages. Cette catégorie se démarque surtout de la précédente par la chute considérable des ménages utilisant des toilettes avec chasse d'eau, la possession de l'électricité et des biens durables (tableau A4.2 en annexe). Aucun ménage n'a de réfrigérateur et seuls 0,3% et 0,2% respectivement d'entre eux utilisent de l'électricité et disposent d'un poste téléviseur. La proportion des ménages possédant un poste radio s'est réduite de moitié, passant de 88% à 46%. Les ménages s'approvisionnent généralement rarement en eau du robinet (intérieur ou

extérieur du logement). La majorité de ceux-ci puisent de l'eau pour la boisson dans une source naturelle. Néanmoins, l'utilisation de l'eau de puits à l'intérieur ou à l'extérieur des ménages pour la boisson reste assez courante (dans environ le quart des ménages). Les ménages vivant dans un logement à plancher soit en carreaux, soit couvert de moquette sont quasi absents.

3) Caractéristiques des ménages ayant un niveau de vie faible

Les conditions de vie des ménages de cette catégorie sont médiocres par rapport à celles des ménages de la catégorie précédente et elles sont davantage précaires. L'accès à l'eau potable est difficile pour la grande majorité des ménages. Moins de 5% des ménages utilisent de l'eau courante (eau de robinet ou de la borne fontaine publique) ; les puits à l'extérieur de la résidence et les « eaux de surfaces » constituent les principales sources d'approvisionnement en eau pour la boisson. La majorité de la population n'a pas de sanitaires pour évacuer les excréments, 89% d'entre eux les évacuent dans la nature. La forte promiscuité est davantage présente. La totalité des ménages ne possède ni télévision, ni réfrigérateur, et à peine 0,1% d'entre eux ont de l'électricité. La radio constitue le seul bien possédé par la majorité de ces ménages (42%). La quasi-totalité du sol des logements est fait de terre ou de palmier.

4) Caractéristiques des ménages ayant un niveau de vie très faible

Opposés aux ménages du premier groupe, ceux de ce dernier groupe vivent dans des conditions très précaires. On dénote une absence totale ou quasi totale de confort et de biens matériels (électricité, télévision, vélo, radio, réfrigérateur) dans tous les ménages. Le mode d'approvisionnement en eau et le mode d'évacuation des excréments adoptés sont très défavorables à la santé. La totalité des ménages n'a pas du tout accès à l'eau potable, la grande majorité (96%) s'approvisionne en eau de source ou de surface (peu hygiénique de par l'exposition à l'air libre). Aucun des ménages ne dispose d'un système d'évacuation d'excréments et ils font leurs besoins dans la nature. La promiscuité est très répandue : le nombre moyen de personnes par chambre à coucher (5,3) dépasse de loin la moyenne générale. Tous les ménages vivent dans un logement dont le sol est en terre ou en palmier.

b) Indicateurs de statut de la femme

Comme exposé dans la partie théorique, le statut de la femme comporte deux composantes essentielles : le statut au sein de la société (appelé aussi statut public) et le statut au sein du ménage (ou statut privé). Nous chercherons ainsi à construire deux indicateurs résumés du statut de la femme correspondant respectivement à chacune de ces deux composantes. L'idée ici est de pouvoir regrouper les femmes en fonction de leur statut, en tenant compte de tous les éléments qui, dans notre étude, sont entrés en ligne de compte dans la définition de leur statut. Cependant, les avis des chercheurs sont partagés quant à la pertinence de la construction d'un indicateur synthétique du statut de la femme. C'est ainsi que certains d'entre eux (notamment Assogba, 1991) ont construit un indicateur synthétique tandis que d'autres (Kishor et Neitzel, 1996) ont laissé les variables isolées.

Des auteurs comme Akadli (1997) sont d'avis qu'il n'existe aucun indicateur unique qui puisse résumer les dimensions multiples du statut de la femme. Ainsi, l'utilisation d'un indicateur synthétique du statut de la femme peut être sujette à controverse quant au choix de la méthode à utiliser pour sa construction et/ou la manière de pondérer chacune des variables qui le composent. De plus, cette approche ne permet pas de dégager la contribution de chacune de ces variables dans la détermination de la santé des enfants afin d'arriver à une formulation de stratégies à développer à l'endroit des femmes pour l'amélioration de la santé des enfants.

Toutefois, la construction d'un tel indice n'est pas dépourvue d'intérêt. A partir d'un indicateur résumé, on peut dégager l'effet du statut net de la femme, sachant que cette dernière peut être favorisée pour un 'type de statut' sans nécessairement l'être pour l'autre. On peut également examiner les types de comportements des femmes selon leur statut et décrire la relation éventuelle entre la santé des enfants et le statut de la femme. Dans le cadre de ce travail, nous allons construire deux indices synthétiques de statut de la femme : un pour le statut public et un autre pour le statut privé. Le choix des variables à utiliser et leur opérationnalisation se fait à la fois sur la base non seulement de la littérature (confer le tableau 1.1 dans le chapitre I) mais également de la réalité du pays, en prenant en compte des éléments relatifs au statut de la femme évoqués lors des discussions de groupe et des interviews individuelles. Evidemment, les variables ne sont pas exhaustives, des chercheurs

peuvent enlever certaines d'entre elles ou en ajouter d'autres, mais elles ont été sélectionnées en fonction des données disponibles.

Rappelons que le statut public sera construit à partir des variables niveau d'instruction et activité de la femme et de son conjoint, religion, âge et nombre d'enfants de la femme. Le statut privé, quant à lui, sera composé de la différence du niveau d'instruction des conjoints, la différence d'activité, l'écart d'âge entre époux, l'âge d'entrée de la femme en première union, et la position de la femme dans le ménage.

Lors des interviews individuelles, il est ressorti clairement que dans la société malgache, l'instruction des filles est importante. A quelques exceptions près, tous les enquêtés (maris et femmes) souhaitent que leurs filles fréquentent une école. Leurs opinions divergent cependant quant au niveau d'études à atteindre par les filles. Celui-ci dépend entre autres des moyens disponibles au niveau du ménage pour prendre en charge la scolarisation des enfants. Ainsi, alors que certaines mères souhaitent que leurs filles arrêtent de fréquenter au premier cycle secondaire (parfois même au cycle primaire) pour aller en mariage, d'autres encouragent celles-ci à continuer jusqu'à un niveau beaucoup plus élevé.

Par rapport à l'activité économique, dans un contexte de crise économique, la plupart des personnes interviewées ont déclaré que la contribution des femmes aux ressources économiques du ménage est actuellement plus que nécessaire. Toutefois, la question se pose encore sur le type d'activité à exercer, l'absence de la femme dans le foyer étant nuisible à la santé et à la bonne marche de la vie familiale. Certains hommes restent ainsi réticents à ce que leur femme travaille, surtout en dehors du foyer.

Par ailleurs, la différence d'instruction et d'activité entre les deux conjoints peut jouer sur les relations entre les époux. Une faible différence ou une différence en faveur de la femme offre à celle-ci une possibilité de renégociation de pouvoir auprès de son mari, une plus grande considération de la part de celui-ci. Ce propos extrait du discours d'une femme enquêtée est très éloquent : « *Actuellement, la femme doit également avoir un niveau d'instruction élevé, comme ça son mari ne va plus la mépriser ; elle aura également la possibilité de chercher du travail pour elle-même...* ». De même, comme l'ont affirmé certains enquêtés, un écart d'âge très élevé (plus de dix ans) en faveur de l'homme peut conduire celui-ci à dominer sa femme, empêchant probablement cette dernière de s'épanouir.

D'autres aspects de l'organisation sociale tels que la participation à des associations pouvaient également être intéressants dans la définition du statut de la femme, mais ils n'étaient pas relevés dans les données quantitatives. Si certains hommes sont favorables à ce que leur femme soit membre d'une association, d'autres ne le sont pas du tout. Pourtant, à en croire la déclaration des femmes, l'adhésion à de telles associations les aide dans plusieurs aspects de la vie, telles que leur relation conjugale ou la gestion de la santé de leurs enfants. L'importance des groupements féminins dans la détermination du statut de la femme et son impact sur la santé a d'ailleurs été montrée par Dauby et al (2000).

Quant à la méthode utilisée, nous allons procéder de la même manière que précédemment. En utilisant les scores factoriels générés par la technique d'analyse en composantes principales, nous calculerons des indices qui permettent d'établir des échelles de statut public et de statut privé. Nous déterminerons ensuite les seuils qui servent de critères pour subdiviser les femmes en quatre groupes selon le niveau de leur statut²¹. Les tableaux 4.7. et 4.9. présentent les scores affectés aux différentes variables qui contribuent à la construction des indicateurs de statut public et statut privé de la femme. Dans les tableaux 4.8 et 4.10 figurent les seuils déterminant les différentes catégories de statut.

Tableau 4.7 : Scores des variables prises en compte dans le calcul de l'indice de statut public

Variabes	Moyenne	Ecart type	Score factoriel	Score si "oui"	Score si "non"
Sans niveau	0,232	0,422	0,25513	0,4643	-0,1403
Niveau primaire	0,493	0,500	0,12729	0,1291	-0,1255
Niveau secondaire	0,275	0,446	-0,38337	-0,6232	0,2364
Ne travaille pas/int sans rémun	0,234	0,424	-0,06957	-0,1257	0,0384
Travail hors foyer sans rémun	0,257	0,437	0,19934	0,3389	-0,1172
Travail interieur et payé	0,126	0,331	-0,12262	-0,3238	0,0467
Travail hors foyer et payé	0,350	0,477	-0,02674	-0,0364	0,0196
Protestante	0,325	0,468	-0,07668	-0,1106	0,0533
Catholique	0,392	0,488	-0,19872	-0,2476	0,1596
Autre	0,283	0,451	0,29553	0,4698	-0,1854
Mari sans niveau	0,190	0,392	0,21870	0,4519	-0,1060
Mari primaire	0,475	0,499	0,18941	0,1993	-0,1803
Mari secondaire ou plus	0,314	0,464	-0,38809	-0,5738	0,2626
Mari cadre	0,084	0,277	-0,23288	-0,7701	0,0706
Mari commerçant/artisan	0,243	0,429	-0,30282	-0,5343	0,1715
Mari agriculteur	0,672	0,470	0,41544	0,2899	-0,5940
Nombre d'enfant	4,408	3,038	0,16019	(nbre enfant-4,408)/3,038	
				*0,16019	
Age actuel	31,227	8,467	-0,01349	(age-31,227)/8,467	
				*(-0,01349)	

²¹ Dans les modèles des analyses en composantes principales appliquées aux variables du statut public et du statut privé, les premières composantes expliquent respectivement 21,3% et 16,8% des variances totales.

Tableau 4.8 : Seuils pour la détermination des groupes des femmes selon leur statut public :

Statut public de la femme	Scores ou indice de statut de la femme	
	Minimum (*)	Maximum (**)
Statut public élevé	-	-1,026
Statut public moyen	-1,026	0,739
Statut public faible	0,739	1,592
Statut public très faible	1,592	-

(*) : il s'agit des valeurs minimales observées dans le groupe défini. Ces valeurs sont incluses dans le groupe considéré ; (**): il s'agit des valeurs maximales qui définissent les groupes respectifs. Ces valeurs sont exclues du groupe considéré.

Tableau 4.9 : Poids ou scores des variables dans la construction de l'indice de statut privé de la femme

Variabes	Moyenne	Ecart type	Score factoriel	Score si "oui"	Score si "non"
Deux époux même NI bas	0,537	0,499	-0,48824	-0,4530	0,5254
NI Femme>NI Homme	0,161	0,368	0,20946	0,4775	-0,0916
NI Femme<NI Homme	0,093	0,29	0,09215	0,2882	-0,0296
Deux époux même NI élevé	0,188	0,39	0,34366	0,7155	-0,1657
Différence d'activités favorable à l'homme	0,152	0,359	0,40597	0,6641	-0,2481
Pas de différence	0,26	0,439	-0,49272	-0,3818	0,6362
Différence d'activités favorable à la femme	0,318	0,466	0,19275	0,5783	-0,0643
Femme CM	0,036	0,187	0,04724	0,2435	-0,0091
Epouse nucléaire	0,610	0,488	-0,14629	-0,1169	0,1829
EP. Elargie sans mbre belle-famille	0,221	0,415	0,08303	0,1559	-0,0442
Ep. Elargie avec mbre belle famille	0,071	0,257	0,02659	0,0962	-0,0073
Autre	0,061	0,239	0,08982	0,3529	-0,0229
Ecart d'âge entre époux	5,743	7,147	-0,07881	(écart-5,743)/7,1471 *(-0,11777)	
Age à la première union	17,804	4,088	0,31765	(ageuni-17,804)/4,088 *0,36429	

Tableau 4.10 : Seuils pour la détermination des groupes des femmes selon leur statut privé :

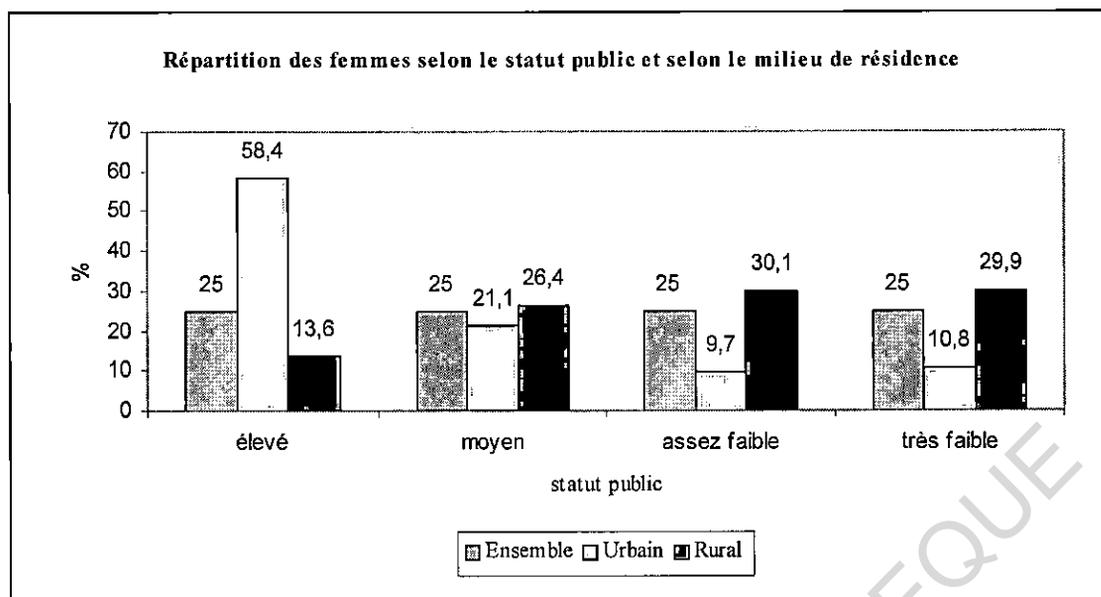
Statut privé de la femme	Scores ou indice de statut de la femme	
	Minimum (*)	Maximum (**)
Statut privé très faible	-	-1,431
Statut privé faible	-1,431	-0,384
Statut privé moyen	-0,384	1,027
Statut privé élevé	1,027	-

(*) : il s'agit des valeurs minimales observées dans le groupe défini. Ces valeurs sont incluses dans le groupe considéré ; (**): il s'agit des valeurs maximales qui définissent les groupes respectifs. Ces valeurs sont exclues du groupe considéré.

b.1) Classification des femmes selon leur statut public

Le premier indice calculé permet d'obtenir un classement des femmes selon le statut public allant d'une meilleure situation vers une situation médiocre. Autrement dit, un faible indice de statut public correspond à un meilleur statut public. En effet, les modalités des variables qui contribuent à une meilleure situation de la femme sont négativement corrélées à la première composante principale des facteurs formés par les variables.

Graphique 4.8 : Répartition (%) des femmes selon le statut public et le milieu de résidence



Une fois de plus, comme ce fut le cas pour le niveau de vie, il existe une différence nette de la situation entre milieu urbain et milieu rural. La situation des femmes urbaines s'avère nettement meilleure que celle des femmes rurales au niveau de la société. La proportion des citadines ayant un statut public élevé est de loin supérieure à celles des femmes rurales ayant le même statut (graphique 4.8).

Caractéristiques des différentes catégories des femmes selon leur statut public

1) Catégorie des femmes ayant un statut public élevé

Cette catégorie se caractérise essentiellement par la prépondérance des femmes ayant un niveau d'instruction élevé (tableau A4.3 en annexe). Environ 76% des femmes ont atteint au moins le niveau secondaire et une infime partie des femmes appartient à la classe sans niveau d'instruction. Leur situation par rapport au travail est meilleure comparativement à celle des autres. On y observe une grande proportion des femmes travaillant en dehors de leur foyer et recevant une rémunération ainsi que la plus forte proportion de femmes ne travaillant pas, bénéficiant ainsi soit d'un avantage financier, soit de davantage de temps pour prendre soins de leurs enfants et de leur ménage. En revanche, la proportion de celles qui travaillent en dehors du foyer sans gagner de revenu est la plus faible dans ce groupe. Elles sont presque toutes de religion chrétienne (39% protestante et 59% catholique) et majoritairement mariées à un homme ayant un niveau d'instruction élevé, travaillant dans le secteur non agricole

(cadre/salarié régulier ou commerçant/artisan). Les femmes de cette catégorie sont un peu plus âgées que les autres et ont un nombre d'enfants relativement faible. A peine 3% d'entre elles sont âgées de moins de 20 ans²². Leur fécondité est relativement faible : elles ont en moyenne 3,4 enfants par femme.

2) Catégorie des femmes ayant un statut public moyen

Cette catégorie se démarque de la précédente par la présence d'un assez grand nombre de femmes ayant un niveau primaire (68% contre 22,5%) (tableau A4.3 en annexe). La proportion de femmes ayant atteint le niveau secondaire ou plus s'est considérablement réduit (presque divisée par trois). De même, par rapport au groupe précédent, on observe un accroissement sensible de la proportion des femmes mariées à un homme de niveau primaire (62%) et une forte diminution de celle des femmes dont le mari a au moins un niveau secondaire (29%). Il y a davantage de femmes qui travaillent hors du foyer sans être payées (leur proportion est multipliée par deux). Elles sont pour les trois quarts mariées à un agriculteur, seules 2% environ d'entre elles sont mariées à un cadre/salarié. Les femmes non chrétiennes (d'une religion autre que protestante et catholique) sont plus nombreuses, mais elles restent minoritaires (12%). La proportion des femmes jeunes est largement supérieure à celle de la catégorie précédente (7,4% contre 2,8%). Le nombre moyen d'enfants par femme y est de 4,1 ; il se situe ainsi presque au même niveau que la moyenne nationale (4,2).

3) Catégorie des femmes ayant un statut public faible

On observe dans cette catégorie une chute considérable des proportions des femmes de niveau d'instruction élevé et une nette augmentation des femmes travaillant hors de leur foyer sans être rémunérées. La majorité des femmes de ce groupe (environ 80%) ont un niveau primaire, les femmes non instruites représentant un peu moins d'un cinquième de l'ensemble. De même, elles sont en majorité mariées à un homme de niveau primaire (80% à peu près), et près de 17% ont des maris non instruits. La quasi-totalité des maris travaillent dans le secteur agricole (presque 99%). En ce qui concerne la religion, parmi les chrétiennes, on compte davantage de protestantes que de catholiques, et 18% des femmes sont d'une religion autre que chrétienne (proportion semblable à celle du groupe précédent). Le groupe de femmes jeunes (moins de 20 ans) ne diffère que très peu de celui de la catégorie

²² Rappelons que les femmes de l'échantillon sont âgées de 15-49 ans, c'est pourquoi il n'y avait pas de différence marquée de l'âge moyen au moment de l'enquête entre les différentes catégories.

précédente. Les femmes de cette catégorie semblent avoir beaucoup plus d'enfants que les femmes des deux premières catégories, le nombre moyen d'enfants par femme étant de 5,2.

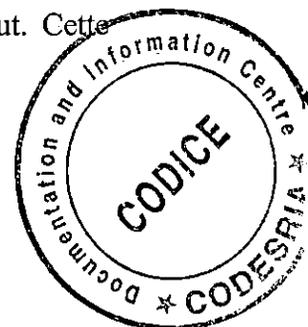
4) Catégorie des femmes ayant un statut public très faible

Opposée à la première catégorie, celle-ci est caractérisée par la prépondérance de femmes sans niveau d'instruction et l'absence quasi totale de femmes ayant au moins le niveau secondaire. La moitié d'entre elles sont mariées à un homme sans niveau d'instruction et l'autre moitié à un homme de niveau primaire. Aucune femme n'est mariée à un homme ayant atteint au moins un niveau secondaire. On y enregistre la plus faible proportion de femmes qui travaillent et gagnent des revenus. Environ la moitié d'entre elles ont déclaré exercer un travail en dehors du foyer sans recevoir de rémunération. Elles sont également dans leur quasi-totalité mariées à un homme qui travaille dans le secteur agricole. La religion prédominante n'est plus la religion chrétienne. La proportion de femmes âgées de moins de 20 ans y est de 11% environ (soit plus nombreuses que dans les autres groupes) et le nombre moyen d'enfants de 5,6.

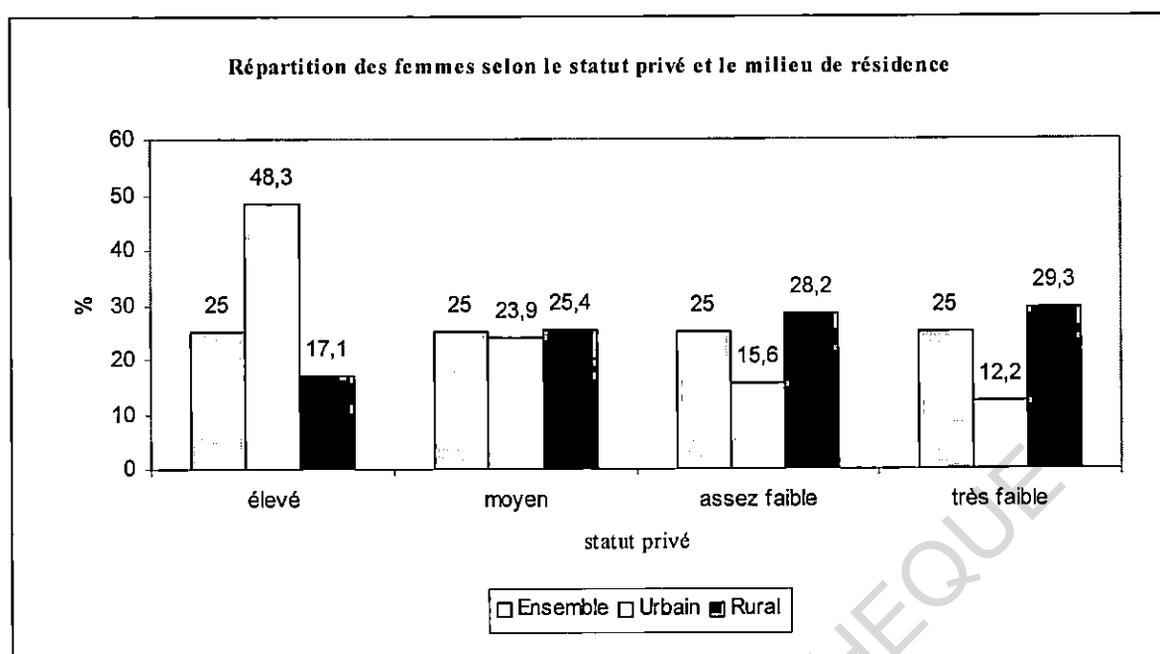
b.2) Classification des femmes selon le statut privé

La même procédure a été adoptée pour catégoriser les femmes selon leur statut privé : contrairement à celui du statut public, l'indice calculé caractérise la situation de la femme qui va du niveau le plus bas au niveau le plus élevé de l'échelle de statut privé. Un faible indice correspond donc à une situation médiocre de la femme au niveau de son ménage.

Comme précédemment, on observe une différence significative entre la situation des femmes urbaines et rurales. La proportion des femmes urbaines ayant un statut privé élevé est largement supérieure (2,8 fois supérieure) à celle des femmes rurales (48,3% contre 17,1%). A l'inverse, la proportion des femmes rurales ayant un statut privé très faible dépasse de loin (plus du double) celle des femmes urbaines ayant le même statut. Cette catégorie constitue même le groupe dominant en milieu rural.



Graphique 4.9 : Répartition (%) des femmes selon le statut privé et le milieu de résidence



Caractéristiques des différentes catégories des femmes selon leur statut privé

1) Catégorie des femmes ayant un statut privé élevé

Cette catégorie se caractérise essentiellement par la prépondérance de femmes ayant tout comme leur conjoint un niveau d'instruction élevé, c'est-à-dire au moins le cycle secondaire complet (45,8%) (tableau A4.4 en annexe). Comme dans les autres catégories, les femmes ont en général un niveau d'instruction faible par rapport aux hommes et exercent une activité considérée comme « moins valorisante » que ces derniers. Toutefois, cette catégorie se distingue des autres par des proportions relativement élevées de femmes ayant un niveau d'instruction supérieur à celui de leurs maris et exerçant une activité favorable à la femme pour la négociation de pouvoir auprès de son mari. En effet, pour plus d'un cinquième des femmes, la différence d'activités des conjoints est en faveur de la femme ; cette proportion est le double de celle enregistrée dans la catégorie des femmes ayant le statut moyen et dépasse le quadruple de celle dans la catégorie des femmes ayant un statut faible.

L'écart d'âge entre les femmes de cette catégorie et leur mari est le plus faible : l'écart moyen d'âge entre les époux dans cette catégorie est égal à 5 ans. De plus, la proportion des femmes plus âgées que leur mari est y la plus élevée (19,1%). Le mariage des femmes de cette catégorie a un caractère « non précoce » (premier mariage après 20 ans pour environ la moitié des femmes) et l'âge moyen au premier mariage y est de 20,1 ans. On y

trouve la plus grande proportion de femmes chefs de ménage. Une assez grande proportion de femmes (35%) ont la position d'épouse dans une famille élargie, mais parmi celles-ci, il y a moins de femmes qui résident avec un membre de la belle-famille (24%) que dans les autres catégories, à l'exception de la catégorie des femmes ayant un statut privé faible.

2) Catégorie des femmes de statut privé moyen

Cette catégorie se démarque de la précédente par la baisse considérable (réduction de moitié) de la proportion des femmes dont les deux membres du couple ont un niveau d'instruction élevé. A l'inverse, les femmes ayant un niveau d'instruction bas comme celui de leurs maris, a nettement augmenté. Sur le plan de l'activité économique, elles sont deux fois moins nombreuses à exercer une activité jugée plus « valorisante » que celle du mari, et on dénote une hausse considérable de femmes appartenant à un couple où les deux membres exercent les mêmes activités (autres que des activités salariées ou des cadres).

L'écart moyen d'âge entre les époux est légèrement plus élevé que celui de la catégorie précédente : il est de 5,4 ans. Le premier mariage est beaucoup plus précoce que dans la catégorie précédente : environ 73% se sont déjà mariées pour la première fois avant l'âge de 20 ans et l'âge moyen au premier mariage est de 17,9 ans. Il existe moins de femmes chefs de ménages et plus d'épouses nucléaires. La co-résidence avec un membre de la belle-famille, parmi les femmes qui habitent dans une famille élargie est légèrement plus importante : environ 34,8% des femmes de cette catégorie sont les épouses du chef de ménage dans une famille élargie dont 27,8% résidant avec un membre de la belle-famille.

3) Catégorie des femmes ayant un statut privé faible

En dehors la position de la femme liée au lien de parenté avec le chef du ménage, la situation des femmes de cette catégorie semble de plus en plus défavorable comparées à celle de leurs maris. La grande majorité des femmes ont un bas niveau d'instruction tout comme leur mari et on dénote l'absence quasi totale de couples ayant un niveau d'instruction élevé. En ce qui concerne l'activité, on enregistre une baisse considérable de femmes exerçant une activité jugée plus « valorisante » que celle de leurs maris (4,8% des femmes dans cette situation).

L'écart d'âges entre les époux est de plus en plus élevé et le mariage précoce (premier mariage à moins de vingt ans) de plus en plus présent. Ainsi, l'écart moyen d'âge entre les époux est de 5,7 ans et l'âge moyen au premier mariage de 17,5 ans. Presque le tiers des femmes (30,8%) se sont mariées pour la première fois avant 15 ans. Il y a un peu plus de femmes chef de ménage que dans la catégorie précédente, mais la proportion (4,2%) reste néanmoins plus faible que celle de la catégorie des femmes ayant un statut privé élevé. La co-résidence avec un membre de la belle-famille pour les femmes ayant un statut d'épouse dans une famille élargie est pourtant relativement faible (22,2%).

4) Catégorie des femmes ayant un statut privé très faible

Tout à fait opposée à la première catégorie, celle-ci est caractérisée par la situation très défavorable des femmes dans le ménage. La totalité des femmes appartiennent à des couples dont les maris ont un niveau d'instruction aussi faible que le leur. De même, on dénote l'absence totale des femmes exerçant une activité plus valorisante que celle de leurs maris, en d'autres termes, toutes les femmes de cette catégorie appartiennent à un couple où les deux membres exercent la même activité (autre qu'une activité salariale ou celle d'un cadre). Les femmes sont beaucoup plus jeunes que leurs maris. Les femmes plus âgées que leurs maris sont de plus en plus rares (9,5%), l'écart d'âge moyen entre les époux est relativement élevé (7,3 ans). Le mariage précoce est de règle : on y enregistre un premier mariage avant 20 ans dans 98,4% des cas. L'âge moyen au premier mariage des femmes est de 15,2 ans dans cette catégorie. Rares sont les femmes qui ont un statut d'épouse vivant dans une famille élargie mais parmi celles-ci, presque le tiers réside avec un membre de la belle-famille.

c) Indicateur de culture sanitaire

La culture sanitaire a fait l'objet d'une étude spécifique de Godin I. et Lagasse R.(1996) pour montrer sa pertinence dans la recherche en matière de santé. Ces auteurs la considèrent comme un cas particulier du concept de représentation sociale se référant à la santé, à la maladie ainsi qu'aux modes de gestion et de prévention y afférents. La culture sanitaire est définie par Lagasse (1995) comme « un ensemble structuré de règles, implicites ou explicites, qui déterminent les conduites des sujets sociaux en rapport avec leur santé » (cité par Godin et Lagasse, 1996). Elle est basée sur l'ensemble de connaissances acquises par un individu en matière de santé et est en rapport direct avec les comportements sanitaires.

Etant donné la difficulté de disposer d'un indicateur précis de culture sanitaire, nous allons considérer dans le cadre de cette étude le niveau de connaissances en matière de santé comme un indicateur approximatif (un proxy) de ce concept. En effet, certaines questions offrent la possibilité d'approcher les connaissances acquises par les femmes en matière de santé, et qui vont déterminer d'une manière ou d'une autre leurs comportements sanitaires. Nous allons donc appréhender la culture sanitaire à travers les réponses aux questions relatives aux connaissances sur le cycle d'ovulation d'une femme, les méthodes contraceptives, l'effet de l'allaitement sur la survenue d'une nouvelle grossesse, les moyens de prévenir et de traiter rapidement la diarrhée (SRO), les règles diététiques (quantité de boisson et d'aliments) pour un enfant diarrhéique. Pour chaque thème, nous avons créé une variable dichotomique prenant la valeur 1 si la femme a une bonne connaissance sur le thème et la valeur 0 dans le cas inverse (c'est-à-dire ne connaît pas ou a une mauvaise connaissance).

Le proxy de la culture sanitaire que nous allons considérer est un indicateur composite qui rend compte du niveau de connaissances de la femme. Sa valeur, pour une femme donnée, est égale au nombre de thèmes pour lesquels elle a une connaissance exacte. Elle varie de 0 à 6. Nous avons regroupé les femmes en trois catégories selon leur niveau de connaissance (tableau A4.5 en annexe).

Le premier groupe est constitué des femmes ayant un niveau de connaissance élevé, avec un score supérieur ou égal à 5. Il représente 37,2% de l'ensemble des femmes mariées (tableau A4.5 en annexe). Le deuxième groupe comprend les femmes dont le niveau de connaissance est intermédiaire (niveau moyen), avec une valeur égale à 3 ou 4 (46,2%). Enfin, le troisième groupe, de faible niveau de connaissances, regroupe les femmes ayant les scores les plus bas (0 à 2) (groupe minoritaire représentant 16,5% des femmes mariées). Les femmes urbaines ont en général un niveau de connaissance plus élevé que les femmes rurales. La proportion des femmes rurales ayant une culture sanitaire faible est plus de deux fois supérieure à celle des femmes urbaines. A l'inverse, la proportion des femmes urbaines ayant un niveau de connaissances élevé est plus que le double de celle des femmes rurales.

d) Indicateurs de comportements sanitaires des femmes

Les comportements sanitaires des femmes sont de deux types : les comportements préventifs et les comportements curatifs. En ce qui concerne le premier type, nous nous intéressons aux variables relatives aux :

- comportements prénatals : prise en charge médicale de la grossesse, précocité de la première visite prénatale, fréquence des visites médicales et vaccination antitétanique de la mère
- comportements lors de l'accouchement : assistance médicale à l'accouchement et lieu de l'accouchement
- et enfin, le comportement vis-à-vis de la vaccination des enfants : vaccination au moins une fois et complétude des vaccins.

Le comportement curatif sera appréhendé à travers le comportement de la mère vis-à-vis de la maladie diarrhéique. Un premier indicateur rend compte du recours effectif de la mère (ou non) aux soins en cas de maladie diarrhéique. Cet indicateur mesure simplement le fait que la mère ait fait (ou non) quelque chose pour soigner l'enfant. Les deux autres indicateurs considérés rendent compte du choix thérapeutique et de l'utilisation de la thérapie par réhydratation orale en cas de diarrhée.

Nous aurions dû également nous intéresser aux comportements nutritionnels des femmes vis-à-vis de leurs enfants dans les analyses. Mais compte tenu de la remarque que nous avons formulée lors de l'examen des limites des données relatives aux informations sur l'allaitement des enfants au sein (p.158), nous nous abstenons d'utiliser la variable durée d'allaitement malgré son importance.

4.4. Méthodes statistiques d'analyse

La démarche à suivre doit permettre de mettre en exergue l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants et de rechercher ses mécanismes d'action. Nous chercherons également à comprendre les comportements sanitaires des femmes, et à expliquer les variations de l'état de santé des enfants. Les méthodes d'analyse à utiliser sont de deux ordres :

- une méthode descriptive qui consiste à examiner les associations entre les variables dépendantes et les variables indépendantes (les variables dépendantes principales sont celles relatives à la santé des enfants et les variables relatives aux comportements des femmes constituent des variables dépendantes secondaires). Ces associations sont mesurées à l'aide du test statistique du χ^2 consistant à croiser chacune des variables indépendantes avec les variables dépendantes et à voir la significativité des associations pour un seuil de 5% que nous avons retenu. Nous pouvons également dégager les cotes de chaque modalité des différentes variables qui mesurent les effets bruts des variables indépendantes sur les variables dépendantes.

- une méthode explicative en utilisant une technique d'analyse multivariée (caractérisée par l'introduction de plusieurs variables dans un même modèle). Cette technique permet de mesurer l'effet net de chaque variable (effet en tenant compte de la présence des autres variables). Elle permet ainsi de vérifier les hypothèses et de voir par quels mécanismes le statut de la femme agit sur la santé des enfants.

Les techniques statistiques d'analyse sont nombreuses et leur choix dépend essentiellement de la nature de la variable à expliquer. Nous optons pour la régression logistique qui est appropriée lorsque la variable dépendante est dichotomique. Le modèle logistique permet d'estimer la probabilité d'occurrence d'un événement par la relation suivante :

$$Z = \text{logit}(p) = \log\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

$$Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k$$

et

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

où p représente la probabilité d'occurrence de l'événement Y étudié, c'est-à-dire

$$\text{Proba}(Y=1)=p \text{ et } \text{Proba}(Y=0)=1-p$$

β_i sont les coefficients de régression estimés à partir des données mesurant l'effet net de la variable X_i (ou de modalité d'une variable)

X_j désignent les variables indépendantes ou variables explicatives

Le signe de β_i indique le sens de relation entre la variable i et la variable dépendante. L'interprétation de ces résultats se base sur les « odds ratios » (ou les rapports de cotes), calculés par e^{β_i} . Le « odd » est défini comme le rapport de la probabilité pour que l'événement se réalise sur la probabilité pour que l'événement ne se réalise pas. Lorsque le risque de l'événement est faible, « l'odd ratio » est assimilé au rapport de risque.

Ainsi, si β_i est positif, e^{β_i} est supérieur à 1, et il y a $(e^{\beta_i} - 1)$ pour que l'événement se produise ($Y=1$). Mais si β_i est négatif, e^{β_i} est inférieur à 1 et il y a $(1 - e^{\beta_i})$ moins de chance que l'événement se réalise. Ces coefficients sont calculés par la méthode du maximum de vraisemblance.

Il y a plusieurs manières d'apprécier l'adéquation du modèle. Nous pouvons nous référer à la statistique « Model chi-square » qui permet de rejeter ou non l'hypothèse selon laquelle tous les coefficients β_i dans le modèle sont nuls. Si la probabilité associée à ce « Model chi-square » est supérieure au seuil critique retenu (5%), on accepte l'hypothèse nulle et cela signifie que le modèle est inadéquat, sinon on accepte le modèle. Nous pouvons également nous référer à la table de classification du modèle qui permet de comparer les valeurs prédites par le modèle aux valeurs réellement observées. Cette table donne « le pouvoir prédictif » du modèle qui indique la proportion des individus qui ont pu être correctement classifiés (prédits) par le modèle. L'appréciation peut enfin se baser sur le « likelihood », qui indique la probabilité pour que les résultats observés soient donnés par les paramètres estimés. Un modèle adéquat correspond à un « likelihood » élevée (s'il est égal à 1, le modèle est parfait). Etant donné que « likelihood » est généralement un nombre largement inférieur à 1, il est courant d'utiliser -2Log Likelihood ($-2LL$). Plus la valeur de $-2LL$ s'approche de 0, plus la qualité du modèle s'améliore.

A partir de $-2LL$, nous pouvons ainsi calculer la contribution totale des variables explicatives utilisées à l'ajustement du modèle par la formule :

$$C = \frac{(-2LL_0) - (-2LL)}{-2LL_0}$$

où $-2LL_0$ correspond au -2Log likelihood du modèle initial (où il n'y a que la constante dans le modèle) et $-2LL$ désigne celui du modèle contenant les variables utilisées pour expliquer le phénomène. Si les variables sont introduites pas à pas (comme c'est le cas de

cette étude²³), la contribution de la nouvelle variable dans l'amélioration du modèle (c'est-à-dire par rapport au modèle qui le précède) peut s'exprimer par la formule :

$$C_x = \frac{(-2LL_{x-1}) - (-2LL_x)}{-2LL_0}$$

où $-2LL_0$ correspond au -2Log likelihood du modèle initial, $-2LL_x$ désigne celui du modèle qui contient la nouvelle variable introduite, et $-2LL_{x-1}$ indique le -2Log Likelihood du modèle précédent.

Enfin, le logiciel SPSS sous windows que nous utilisons donne une valeur approximative de R^2 qui désigne la part de la variance du phénomène expliquée par les variables utilisées.

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, nous avons essayé d'une part d'évaluer la qualité des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) qui constituent notre source de données principale, et d'autre part, de décrire la construction des indicateurs que nous allons utiliser pour vérifier notre théorie. Les informations recueillies sont relativement de bonne qualité, malgré l'existence de quelques imperfections. Néanmoins, certaines d'entre elles présentent quelques limites : soit parce que les questions telles qu'elles sont posées ne permettent pas de saisir effectivement les informations voulues (concernant la qualité des soins prénataux par exemple), soit parce qu'il se pose un problème de troncature (limite d'une enquête rétrospective). Elles seront complétées par les données qualitatives qui permettront de bien comprendre les comportements des femmes. Ces données ont été collectées à partir des entretiens individuelles et de discussions centrées de groupe (focus group).

Nous avons ensuite construit, à partir des informations disponibles, les indicateurs qui vont servir à vérifier les hypothèses. Il s'agit des indicateurs composites qui résument les différents aspects des concepts de niveau de vie, statut de la femme et culture sanitaire. L'indicateur de niveau de vie a été construit à partir des données relatives aux caractéristiques des ménages (habitat, source d'approvisionnement en eau et type d'aisance) et à l'équipement des ménages en biens durables (le confort des ménages). La méthode utilisée a été celle de « asset approach », développée par la Banque Mondiale, qui consiste à

²³ Nous y revenons plus loin

calculer un indice de niveau de vie à partir des scores générés par la technique d'analyse en composantes principales. C'est également la méthode utilisée pour la construction des indicateurs de statut public et de statut privé de la femme²⁴. Enfin, le niveau de connaissances en matière de santé a été considéré comme un indicateur approximatif de la culture sanitaire. Il n'est rien d'autres que le nombre de thèmes sur la santé retenus pour lesquels la femme a une connaissance exacte. La présentation des méthodes d'analyse a clôturé ce chapitre.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

²⁴ Voir premier chapitre pour la liste des variables utilisées pour construire ces deux indicateurs.

TROISIEME PARTIE

ANALYSES ET RESULTATS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Après avoir construit les indicateurs pour mesurer les différents concepts présentés dans le chapitre 3 et choisi au préalable les méthodes d'analyse appropriées à nos données, nous allons à présent entrer dans les analyses proprement dites. A cet effet, à l'aide des outils statistiques (logiciel SPSS sous Windows), nous allons confronter la théorie développée aux données.

Cette dernière étape a pour objet de vérifier empiriquement les hypothèses émises. Les résultats obtenus vont permettre par la suite de formuler des suggestions concrètes que ce soit au niveau de la perspective de recherche ou au niveau de la formulation des stratégies en matière de santé.

CHAPITRE V

IMPACT DU STATUT DE LA FEMME SUR LA SANTE DES ENFANTS : RECHERCHE DES MECANISMES D'ACTION

Nous avons montré dans le chapitre II que le statut de la femme constitue, depuis longtemps, une variable d'intérêt pour l'étude de la santé des enfants. Nous y avons proposé un cadre analytique qui essaie d'explicitier les mécanismes d'action de cette variable sur ce phénomène. Ce cadre, résultat d'une réflexion théorique, doit être maintenant confronté à des données empiriques pour confirmer ou infirmer les hypothèses formulées.

Malgré quelques imperfections, les données de l'EDS de Madagascar permettent de procéder à l'analyse statistique de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants et de mieux étudier ses mécanismes d'action sur ce phénomène. Ce chapitre traite essentiellement des variations de l'état de santé des enfants malgaches en fonction du statut de leur mère ; il tente de chercher des premiers éléments explicatifs de ces variations. Ces éléments seront approfondis dans le chapitre 6.

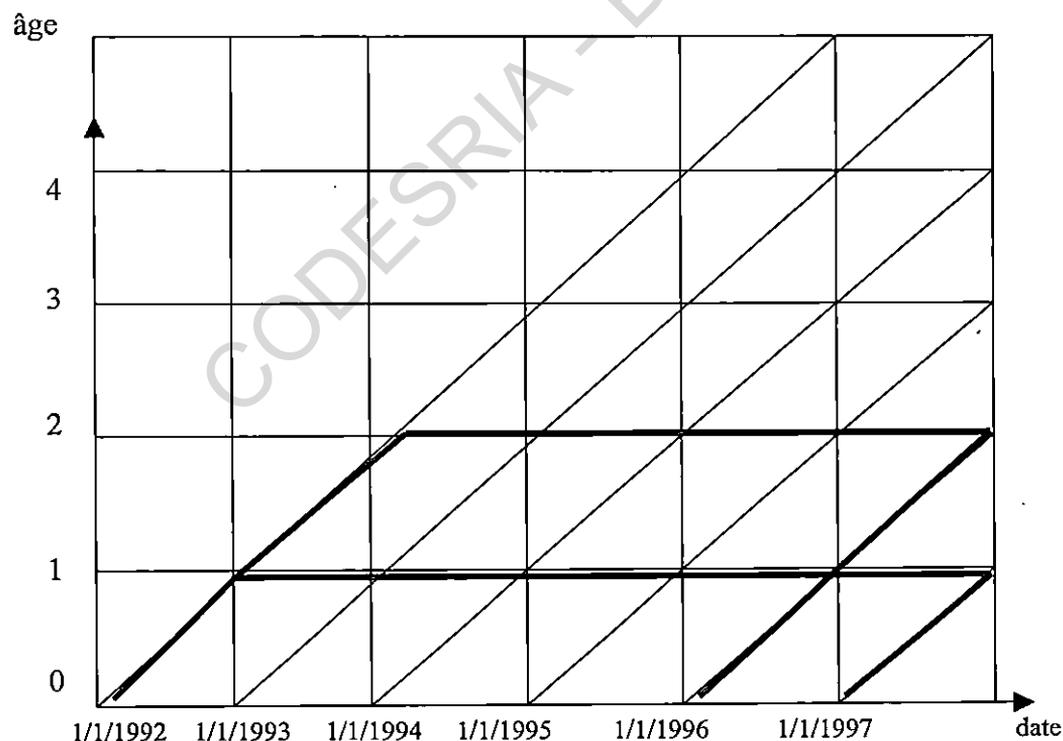
Dans la partie relative au contexte de l'étude, nous avons présenté la situation sanitaire des enfants malgaches. Cependant, les valeurs des indicateurs de santé sont susceptibles de subir une légère fluctuation en fonction de l'échantillon considéré. Rappelons que dans le cadre de cette étude, *seuls les enfants nés d'une femme mariée au moment de l'enquête sont concernés par les analyses*¹. Par ailleurs, compte tenu des informations disponibles, l'échantillon à utiliser pour l'analyse de la santé des enfants diffère selon le phénomène étudié : mortalité, morbidité ou état nutritionnel des enfants. Ainsi, avant d'effectuer les analyses en tant que telles, nous avons jugé nécessaire de présenter brièvement l'estimation de ces indicateurs à partir de notre échantillon, comparés à ceux observés pour l'ensemble des enfants.

¹ En effet, les variables prises en compte dans la définition du statut de la femme comprennent des caractéristiques des conjoints des femmes enquêtées. Le statut matrimonial est celui qui a été déclaré par l'enquêtée. Une femme est considérée comme mariée si elle se déclare vivre en union avec son partenaire (union libre) ou bien être mariée traditionnellement, légalement (à l'état civil) ou religieusement. Il s'agit de son statut matrimonial au moment de l'enquête. Ainsi, il y a une possibilité de biais lié au décalage entre le statut matrimonial de la femme au moment de l'enquête et celui qu'elle avait au moment du décès de l'enfant. Mais étant donné que les naissances sont survenues au cours des trois dernières années, ce décalage, même s'il existe, est faible.

5.1. Niveaux de mortalité, de morbidité et d'état nutritionnel des enfants

5.1.1. Mortalité des enfants

A titre de rappel, pour mieux appréhender l'impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants, quatre périodes de l'enfance seront considérées dans les analyses : néonatale, postnéonatale, infantile et enfin la période comprise entre le premier mois et le deuxième anniversaire². Afin d'obtenir une exposition complète des enfants au risque de décès et avoir un effectif suffisant, l'analyse de la mortalité néonatale et infantile portera sur l'échantillon des enfants de la génération 1992-1996 (c'est-à-dire nés au cours d'une période de cinq ans avant l'enquête, entre janvier 1992 et décembre 1996). Ils sont au nombre de 6404 dont 5273 nés de femmes mariées au moment de l'enquête. Par définition, cet échantillon sera évidemment réduit à ceux qui ont survécu à l'âge d'un mois (avec un effectif de 6137 pour l'ensemble et 5060 pour ceux qui sont nés d'une femme mariée) pour analyser la mortalité postnéonatale. Enfin, pour la mortalité entre 1 mois et deux ans, seules les naissances survenues entre janvier 1992 et décembre 1995 ayant survécu à 1 mois (4825 au total et 4009 si l'on ne considère que celles dont la mère est dans la catégorie des femmes mariées au moment de l'enquête) seront concernées pour éviter le problème de troncature imposée par la date de l'enquête. C'est d'ailleurs en partie pour cette raison que nous ne pouvons pas aller au-delà de l'âge de deux ans.



² Ne pas prendre en compte la période néonatale (de la naissance à 1 mois) ici permet de mettre à l'écart la forte influence des facteurs endogènes sur la mortalité des enfants au cours de cette période.

Le niveau de la mortalité néonatale s'élève à 42‰ pour l'ensemble des enfants. Autrement dit, parmi 1000 naissances vivantes, 42 meurent avant l'âge de 1 mois. Le quotient de mortalité postnéonatale (le risque de décès entre le premier mois et le premier anniversaire) est de 58‰. Ces chiffres confirment la forte concentration des décès des enfants au cours du premier mois de la vie, qui se traduit par un effectif relativement important de décès survenus au cours d'une courte période (un mois). Les quotients de mortalité infantile et entre 1 mois et 2 ans, quant à eux, s'élèvent respectivement à 97‰ et 92‰ pour l'ensemble des enfants.

Que l'on se réfère aux intervalles de confiance des risques de décès³ ou au test de χ^2 , il ressort des résultats que les niveaux de mortalité néonatale et postnéonatale entre les enfants nés d'une femme non mariée (célibataires, divorcées/séparées ou veuves) et ceux dont la mère l'est au moment de l'enquête ne sont pas statistiquement différents, à l'exception de la mortalité néonatale en milieu urbain (tableau 5.1.).

Tableau 5.1 : Niveau de mortalité des enfants selon les tranches d'âges et le milieu d'habitat
(a)

Groupes	Mortalité néonatale			Mortalité postnéonatale		
	Effec.	Quot. en ‰	I.C.(1)	Effec.	Quot. En ‰	I.C.(1)
National						
Ensemble des enfants	6404	42	± 4,9	6137	58	± 5,9
Enfants issus d'une femme mariée	5273	40	± 5,3	5060	56	± 6,3
Enfants nés d'une femme non mariée	1131	48	± 12,5	1076	65	± 18,2
P(chi2) entre mariée/non mariée	n.s.			n.s.		
Urbain						
Ensemble des enfants	1332	39	± 10,4	1280	42	± 11,0
Enfants issus d'une femme mariée	1103	33	± 10,5	1067	40	± 11,6
Enfants nés d'une femme non mariée	228	64	± 31,8	214	48	± 28,6
P(chi2) entre mariée/non mariée	**			n.s.		
Rural						
Ensemble des enfants	5073	43	± 5,6	4857	62	± 6,8
Enfants issus d'une femme mariée	4170	42	± 6,1	3994	60	± 7,4
Enfants nés d'une femme non mariée	903	44	± 13,4	863	69	± 16,9
P(chi2) entre mariée/non mariée	n.s.			n.s.		

³ L'intervalle de confiance se calcule par la formule : $I.C. = p \pm Z_{\alpha} \cdot \sqrt{p \cdot q / n}$ où p désigne la proportion des enfants décédés (le risque de décès), $q = 1 - p$ désigne la probabilité de survie, $Z_{\alpha} = 1,96$ si $\alpha = 0,05$ et $Z_{\alpha} = 1,64$ si $\alpha = 0,10$, et n la taille de l'échantillon. Il peut servir pour voir la différence entre deux proportions (risques de décès). Si les deux intervalles de confiance sont nettement séparés ou distants l'un de l'autre, la différence est statistiquement significative. Si l'un des intervalles de confiance est inclus dans l'autre, elle ne l'est pas. Mais le cas où les deux intervalles se chevauchent présente une situation beaucoup plus ambiguë et la conclusion est plus difficile à tirer. Plus la partie commune aux deux intervalles y est importante, moins le seuil de confiance associée à la différence entre les deux proportions est important, donc moins cette différence est significative. Avec un risque de se tromper, on pourra conclure que la différence est statistiquement significative si l'intervalle de confiance de l'une des proportions ne contient pas la valeur réelle de l'autre (pour plus de détails, voir Biaye, 1994 ; pp110-112).

(b)

Groupes	Mortalité infantile			Mortalité entre 1 mois et 2 ans		
	Effec.	Quot. en %	I.C.(1)	Effec.	Quot. en %	I.C.(1)
National						
Ensemble des enfants	6404	97	± 6,3	4825	92	± 6,8
Enfants issus d'une femme mariée	5273	94	± 6,6	4009	89	± 7,4
Enfants issus d'une femme non mariée	1131	110	± 15,3	816	108	± 17,8
P(chi2) entre mariée/non mariée	*			*		
Urbain						
Ensemble des enfants	1332	79	± 12,1	1004	69	± 13,1
Enfants issus d'une femme mariée	1103	72	± 12,8	845	68	± 14,2
Enfants issus d'une femme non mariée	228	109	± 33,8	159	71	± 33,4
P(chi2) entre mariée/non mariée	*			n.s.		
Rural						
Ensemble des enfants	5073	102	± 7,0	3821	99	± 7,9
Enfants issus d'une femme mariée	4170	100	± 7,6	3163	95	± 8,6
Enfants issus d'une femme non mariée	903	110	± 17,1	658	116	± 20,5
P(chi2) entre mariée/non mariée	n.s.			*		

Source : Exploitation de EDS Madagascar 1997

** : significative à 5% ; * : significative à 10% (1) : Intervalle de confiance

Pour la mortalité infantile et celle entre 1 mois et deux ans, les différences observées entre ces deux groupes s'avèrent significatives, mais au seuil de 10%⁴. La mortalité infantile pour les enfants nés d'une femme non mariée est de 17% plus élevée que celle enregistrée chez les enfants dont la mère est mariée au moment de l'enquête. L'écart correspondant est de 21% pour la mortalité entre 1 mois et 2 ans au détriment des premiers.

Dans chacun des milieux d'habitat, excepté pour la mortalité néonatale, les différences de mortalité observée entre les enfants nés d'une femme mariée et ceux dont la mère ne l'est pas, lorsqu'elles existent, ne sont guère significatives au seuil de 5% (tableau 5.1). En dehors de la mortalité néonatale en milieu urbain, quels que soient le milieu et l'âge des enfants, les différences de mortalité des enfants selon la situation matrimoniale de la mère sont donc faibles du point de vue statistique. En revanche, en ville, les enfants nés d'une femme non mariée courent un risque de décès néonatal presque double de celui enregistré chez leurs congénères issus d'une femme mariée.

⁴ L'intervalle de confiance a ainsi été calculé en prenant $Z_{\alpha} = 1,64$ correspondant à $\alpha=0,10$

A partir des données de l'enquête EDS, à l'exception de la mortalité néonatale en milieu urbain, la mortalité des enfants issus de femmes non mariées ne diffère statistiquement pas (au seuil de 5%) de celle des enfants des femmes mariées. Le biais résultant de la sélection de l'échantillon dans la présente étude aux seuls enfants nés de femmes mariées, même s'il existe, est donc faible.

5.1.2. Morbidité des enfants

Les informations concernant la morbidité des enfants, notamment la morbidité diarrhéique étudiée ici, ne sont disponibles que pour les enfants survivants nés au cours des trois années précédant l'enquête. Ces enfants sont au nombre de 3537 dont 2874 issus d'une femme mariée. Parmi l'ensemble des enfants, 957 ont été déclarés ayant souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête ; ce qui correspond à une prévalence diarrhéique de 27%. Toutefois, la morbidité en milieu urbain paraît légèrement plus élevée qu'en milieu rural. En effet, la prévalence diarrhéique enregistrée chez les enfants vivant en ville est de 12% supérieure à celle observée chez leurs homologues ruraux.

Tableau 5.2 : Niveau de morbidité diarrhéique des enfants

Groupes	Morbidité diarrhéique		
	Effec.	Tx de prévalence (en %)	I.C.(1)
National			
Ensemble des enfants	3537	27,1	± 1,5
Enfants dont la mère est mariée	2874	26,5	± 1,6
Enfants nés d'une femme non mariée	664	29,3	± 3,5
P(chi2) entre mariée/non mariée	n.s.		
Urbain			
Ensemble des enfants	704	30	± 3,4
Enfants dont la mère est mariée	579	26,6	± 3,6
Enfants nés d'une femme non mariée	126	45,7	± 8,7
P(chi2) entre mariée/non mariée	***		
Rural			
Ensemble des enfants	2833	26,3	± 1,6
Enfants dont la mère est mariée	2295	26,5	± 1,8
Enfants nés d'une femme non mariée	538	25,4	± 3,7
P(chi2) entre mariée/non mariée	n.s.		

Source : Exploitation de EDS Madagascar 1997

*** : significative à 1% ; n.s. : non significative (1) : Intervalle de confiance

La prévalence de la diarrhée plus élevée en milieu urbain par rapport à celle enregistrée en milieu rural peut s'expliquer soit par l'insalubrité de l'environnement en milieu urbain comparé à celui du milieu rural (les enfants étant très sensibles à son environnement immédiat) ; soit par le sevrage relativement précoce des enfants citadins comparé à celui de leurs homologues ruraux (les mères résidant en ville n'ayant pas assez de temps pour s'occuper d'eux) ; soit tout simplement par une meilleure déclaration des maladies de la part des femmes citadines (les citadines sont beaucoup plus sensibles aux symptômes de maladies et ont tendance à mieux déclarer la diarrhée).

Du point de vue statistique, aussi bien dans l'ensemble du pays qu'en milieu rural, la morbidité diarrhéique semble toucher indifféremment les enfants issus d'une femme mariée et ceux nés d'une femme non mariée. En effet, il ressort des intervalles de confiances calculés et du test de chi² effectué que la différence entre les prévalences diarrhéiques enregistrées dans les deux échantillons, même si elle existe, n'est pas statistiquement significative. Toutefois, ce constat n'est pas valable en milieu urbain. La prévalence diarrhéique chez les enfants issus d'une femme non mariée y est très élevée. Elle est de 71% supérieure à celle des enfants nés d'une femme mariée. Il y a donc lieu de ne pas perdre de vue ce résultat dans les actions à entreprendre pour réduire la morbidité diarrhéique.

5.1.3. Etat nutritionnel des enfants

Comme pour la diarrhée, l'échantillon pour l'analyse de l'état nutritionnel des enfants est constitué des enfants survivants parmi ceux qui sont nés au cours des trois dernières années précédant la période de la collecte des données. De plus, un enfant ne peut être inclus dans cet échantillon que si l'on a pu mesurer aussi bien son poids que sa taille au moment de l'enquête. Au total, l'échantillon compte 3080 enfants de moins de trois ans dont 2524 issus d'une femme mariée au moment de l'enquête.

Les taux de malnutrition enregistrés pour l'ensemble des enfants malgaches sont de 48% pour le retard de croissance, 36% pour l'insuffisance pondérale et 7% pour l'émaciation. Le problème de malnutrition, notamment celui de l'amaigrissement, touche beaucoup plus les enfants ruraux que les enfants citadins. Le taux d'émaciation en milieu rural dépasse de 49% celui du milieu urbain. La différence est moins importante pour le retard de croissance et

l'insuffisance pondérale, les taux correspondants enregistrés en milieu rural sont respectivement de 10% et 15% supérieurs à ceux du milieu urbain.

Ces indicateurs placent Madagascar parmi les pays où l'état nutritionnel des enfants est très critique. Cependant, comme souligné dans le chapitre précédent, l'utilisation de la référence relative à des enfants américains ayant des morphologies différentes des enfants malgaches (ces derniers sont de nature de petite taille et par corollaire, probablement de faible poids) pourrait introduire un biais assez important. De même la différence de mode d'alimentation des enfants (mode d'allaitement, diversification des types d'aliments introduits après le sevrage) peut biaiser la comparaison des deux groupes du point de vue nutritionnel. L'objectif de cette étude étant plutôt la recherche des facteurs explicatifs des inégalités en matière de nutrition au sein des différentes classes sociales que la détermination du niveau, nous nous contenterons d'utiliser, pour les besoins de l'analyse, ces indicateurs tels qu'ils sont calculés.

Tableau 5.3 : Etat nutritionnel des enfants malgaches

Groupes	Effec.	Retard de croissance		Insuffisance pondérale		Emaciation	
		%	I.C. (1)	%	I.C. (1)	%	I.C. (1)
National							
Ensemble des enfants	3080	48,3	± 1,8	35,6	± 1,7	7,4	± 0,9
Enfants dont la mère est mariée	2524	48,4	± 1,9	34,5	± 1,9	7,3	± 1,0
Enfants nés d'une femme non mariée	556	48,8	± 4,2	41,7	± 4,1	7,7	± 2,2
P(chi2) entre mariée/non mariée		n.s.		**		n.s.	
Urbain							
Ensemble des enfants	600	44,6	± 3,9	35,6	± 3,8	5,3	± 1,8
Enfants dont la mère est mariée	495	43,1	± 4,4	34,5	± 4,2	5,1	± 1,9
Enfants nés d'une femme non mariée	105	51,8	± 9,6	40,5	± 9,4	6,6	± 4,7
P(chi2) entre mariée/non mariée		n.s.		n.s.		n.s.	
Rural							
Ensemble des enfants	2481	49,2	± 2,0	41,0	± 1,9	7,9	± 1,1
Enfants dont la mère est mariée	2030	49,5	± 2,2	40,8	± 2,1	7,9	± 1,2
Enfants nés d'une femme non mariée	451	48,1	± 4,6	42,0	± 4,6	7,9	± 2,5
P(chi2) entre mariée/non mariée		n.s.		n.s.		n.s.	

Source : Exploitation de EDS Madagascar 1997

** : significative à 5% ; n.s. : non significative (1) : Intervalle de confiance

Il ressort également de ces résultats qu'il n'existe pas de différence significative entre l'état nutritionnel des enfants issus d'une femme mariée au moment de l'enquête et celui des

enfants dont la mère ne l'est pas, quel que soit l'indicateur considéré et quel que soit le milieu de résidence, à l'exception de l'insuffisance pondérale. Pour ce dernier indicateur, les enfants nés d'une femme non mariée courent un risque de 21% supérieur à celui des enfants dont la mère est mariée de présenter un poids insuffisant par rapport à leur âge. Toutefois, on peut dire que d'une manière générale, le désavantage nutritionnel des enfants issus d'une femme non mariée par rapport à ceux nés d'une femme mariée est négligeable.

En résumé, quel que soit l'indicateur considéré et quel que soit le milieu de résidence, les enfants malgaches ont un problème sanitaire important. Ce problème touche aussi bien les enfants des femmes mariées que ceux des femmes non mariées. A quelques rares exceptions près, les différences observées entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatives. Dans le cadre de cette étude, il apparaît donc possible de se limiter aux enfants des femmes mariées pour examiner l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants sans pour autant introduire de biais important.

5.1.4. Particularités dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa

L'enquête qualitative a été menée dans deux des six provinces que compte Madagascar. L'idéal aurait été de mener une enquête dans l'ensemble du territoire malgache. Cependant, faute de temps et surtout de moyens pour la réaliser, nous avons dû ne retenir que deux provinces pour les interviews individuelles et les discussions de groupe. Nous présentons très brièvement les niveaux de morbidité, mortalité et malnutrition selon les provinces, et relevons les particularités de ces deux provinces⁵, particularités qui justifient notre choix.

Comme le montrent les résultats (tableau 5.4), Antananarivo et Fianarantsoa présentent des situations particulièrement intéressantes pour l'étude de la santé des enfants. En effet, les problèmes observés dans les deux provinces sont diamétralement opposés au niveau de la survie et de la morbidité des enfants tandis qu'ils sont presque similaires du point de vue nutrition. Excepté pour la mortalité néonatale, Antananarivo est l'une des provinces qui enregistre le niveau de mortalité le plus bas et à l'inverse, Fianarantsoa figure

⁵ Nous nous contentons de présenter les niveaux des indicateurs de santé dans ces provinces et n'entrerons pas en détail dans l'explication des différences observées. Cela fera l'objet d'une autre étude. Tel n'est d'ailleurs pas l'objet de cette thèse.

parmi les provinces les plus touchées par les décès d'enfants. Un enfant de Fianarantsoa court un risque de décès plus de deux fois supérieur à celui d'un enfant Tananarivien pendant la période postnéonatale, et de 64% et 50% supérieur pendant les périodes infantile et entre 1 mois et 2 ans respectivement. La prévalence de la diarrhée à Fianarantsoa, la plus élevée de toutes les provinces, dépasse d'environ 30% celle enregistrée à Antananarivo.

Tableau 5.4. : Mortalité des enfants selon la province de résidence

(a)

Groupes	Néonatale		Postnéonatale		Infantile		1 mois-2ans	
	Effec.	Quot. (%o)	Effec.	Quot. (%o)	Effec.	Quot. (%o)	Effec.	Quot. (%o)
Ensemble des enfants	n.s.		***		***		***	
Antananarivo	1869	40	1794	35	1869	74	1436	109
Fianarantsoa	1518	42	1454	82	1518	121	1206	164
Toamasina	860	42	824	58	860	98	678	137
Mahajanga	876	40	841	80	876	117	707	145
Toliary	880	52	834	52	880	101	701	129
Antsiranana	400	28	389	32	400	59	317	78
Enfants des femmes mariées	n.s.		***		***		***	
Antananarivo	1702	40	1634	36	1702	74	1304	108
Fianarantsoa	1178	36	1135	82	1178	115	948	156
Toamasina	679	42	650	62	679	102	546	139
Mahajanga	705	43	674	76	705	115	571	144
Toliary	712	51	675	49	712	98	578	121
Antsiranana	298	24	291	26	298	49	239	69

(b)

Groupes	Morbidité diarrhéique		Effec.	Retard de croiss.	Insuffis. Pondér.	Emaciati on
	Effec.	Tx prév (%)		Quot. (%o)	Effec.	Quot. (%o)
Ensemble des enfants	***			***	***	*
Antananarivo	1064	24,6	968	57,0	43,8	7,8
Fianarantsoa	810	34,7	613	51,6	44,1	7,3
Toamasina	480	23,8	431	47,8	40,2	9,2
Mahajanga	477	26,8	431	41,0	34,2	7,2
Toliary	474	27,2	396	36,5	34,3	9,2
Antsiranana	233	18,5	211	37,1	31,8	4,2
Enfants des femmes mariées	***			***	***	*
Antananarivo	957	24,3	875	57,3	44,4	8,2
Fianarantsoa	628	34,5	502	50,0	42,1	5,1
Toamasina	364	23,5	330	46,5	38,7	9,4
Mahajanga	377	25,1	345	41,4	34,7	6,9
Toliary	373	26,0	310	35,5	32,5	8,3
Antsiranana	174	21,0	163	36,8	31,4	4,3

Source : Exploitation de EDS Madagascar 1997

*** : significative à 1% ; n.s. : non significative (1) : Intervalle de confiance

Cependant, la situation est tout à fait différente en ce qui concerne l'état nutritionnel. Les enfants vivant dans ces deux provinces paraissent les plus défavorisés de tous. Le retard de croissance et l'insuffisance pondérale touchent avec un gradient élevé Antananarivo et Fianarantsoa comparativement aux autres provinces (tableau 5.4b). La disparité de l'émaciation selon les provinces de résidence n'apparaît pas significative au seuil de 5%, elle l'est pourtant si l'on considère le retard de croissance et l'insuffisance pondérale.

Concernant la morbidité diarrhéique, la situation de Fianarantsoa semble être la plus médiocre. La proportion des enfants ayant souffert de cette maladie au cours des deux semaines précédant l'enquête est la plus élevée à Fianarantsoa ; celle d'Antananarivo est intermédiaire, se situant en dessous de la moyenne nationale.

5.2. Impact du statut de la femme sur la santé des enfants

L'hypothèse principale de cette étude repose sur l'existence d'une variation importante de la santé des enfants selon le statut de la femme. Nous cherchons à comprendre les mécanismes d'action de cette variable sur le phénomène étudié. Rappelons qu'une femme peut avoir un statut élevé pour une dimension donnée et un statut faible pour une autre dimension. Dans cette étude, nous examinons l'impact du statut résultant de toutes les caractéristiques de la femme sur la santé des enfants. Il s'agit ici de vérifier si le statut de la femme, tel que nous l'avons appréhendé, influence effectivement la santé des enfants.

5.2.1. Une variation importante de la mortalité des enfants selon le statut de la femme

Comme le montrent les analyses qui suivent, cela est vraie aussi bien pour le statut public que pour le statut privé.

a) Inégalités des enfants devant la mort selon le statut public de leur mère

Plusieurs études ont montré que les décès survenus pendant la période néonatale sont dus en grande partie à des causes endogènes plutôt qu'à des causes exogènes. Il n'est donc pas surprenant de constater une absence de relation entre le statut public de la femme et le risque de décès des enfants. En revanche, cette variable s'avère être *un facteur de différenciation importante de la mortalité des enfants pendant la période postnéonatale, infantile et entre 1 mois et 2 ans* (tableau 5.5).

Tableau 5.5. : Effet brut du statut public de la femme sur la mortalité des enfants

Statut de la femme	Mortalité néonatale			Mortalité postnéonatale		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. pays	Urbain	Rural
Statut public	n.s.	n.s.	n.s.	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	1,134	1,117	1,136	0,748*	0,4603*	n.s.
Moyen	0,819	0,816	0,841	0,500***	0,3131***	0,5397***
Elevé	0,803	0,981	0,794	0,357***	0,1700***	0,5085***
Model Chi square	4,410	0,343	2,975	35,814	19,063	15,786
Adéquation du modèle	n.s.	n.s.	n.s.	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	96,0	96,7	95,8	94,4	96,0	94,0
R ² (%)	0,3	0,1	0,2	2,0	6,2	1,1
Statut de la femme	Mortalité infantile			Mortalité entre 1 mois et 2 ans		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. pays	Urbain	Rural
Statut public	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	0,876	0,608	0,913	0,905	0,490*	0,974
Moyen	0,601***	0,424**	0,639***	0,688***	0,384**	0,758*
Elevé	0,500***	0,350***	0,602***	0,406***	0,239***	0,497***
Model Chi square	31,797	11,851	15,415	29,705	15,866	12,087
Adéquation du modèle	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	90,6	92,8	90,0	91,1	93,2	90,5
R ² (%)	1,3	2,6	0,8	1,6	4,7	0,8

En dehors de la période néonatale, quel que soit l'âge au décès, le statut public de la femme exerce une influence fortement significative sur la mortalité des enfants. Comme attendu, le risque de décès des enfants diminue sensiblement au fur et à mesure que le statut public de la mère s'améliore. Naître d'une femme de statut élevé est associé à un risque de décès infantile de 50% inférieur à celui d'un enfant né d'une femme de statut très faible. Pour la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et 2 ans, le statut élevé contribue à réduire le risque de décès des enfants de 64% et 59% respectivement. Il apparaît donc que le statut public n'agit pas sur la mortalité des enfants avec une même intensité. En se référant aux statistiques de la qualité d'ajustement du modèle et à l'importance des écarts de risque de décès entre les différentes modalités (les écarts des odds ratios, plus précisément), *l'influence du statut public semble être plus intense pendant la période postnéonatale que pendant les autres périodes.*

L'avantage des enfants nés de femmes de statut public moyen du point de vue survie est moins important que celui des enfants dont la mère a un statut élevé, mais le risque de décès qui lui est associé reste significativement inférieur à celui du statut très faible. En revanche, la différence de risque entre les statuts faible et très faible, bien qu'il soit au détriment de ce dernier, ne s'avère pas statistiquement significative au seuil de 5%. Autrement

dit, *il faudrait une nette amélioration du statut public de la femme pour que son impact sur la mortalité des enfants se fasse sentir, et ceci, quel que soit l'âge au décès.*

Les différences de risque de mortalité observées selon le statut public résultent des caractéristiques différentes des femmes dans les diverses catégories de statut. Il convient de rappeler qu'il existe un contraste considérable entre les femmes de statut élevé et celles de statut très faible, du point de vue caractéristique. En effet, la majorité des femmes de statut public élevé ont un niveau d'instruction élevé ainsi que leurs conjoints. Elles sont pour la plupart chrétiennes et mariées à un homme qui travaille dans le secteur non agricole (voir chapitre 4). Leurs caractéristiques paraissent toutes associées à un faible risque de décès des enfants. A l'opposé, les femmes de statut public très faible ont généralement des caractéristiques associées à des hauts risques de décès des enfants telles que l'analphabétisme, le mariage avec un homme non instruit, l'activité agricole et un nombre élevé d'enfants (tableau 5.1A en annexe).

L'absence de la différence de risque entre le statut faible et le statut très faible, quant à elle, résulte du fait que la plupart des femmes de cette première catégorie ont un niveau d'instruction qui ne dépasse pas le cycle primaire. Elles sont également majoritairement mariées à un homme ayant au maximum le niveau primaire et ont déclaré travailler en dehors du foyer sans rémunération. Or, comme le montrent les résultats présentés dans le tableau 5.1A en annexe, un niveau primaire ne suffit pas pour améliorer la chance de survie des enfants. La différence de risque de décès observée entre les enfants nés d'une femme de niveau primaire et celui des enfants issus d'une femme non instruite, bien qu'elle soit au détriment de ces derniers, n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, un travail exercé en dehors du foyer ne générant pas de revenu s'avère être associé à un haut risque de décès.

b) Inégalités selon le statut privé de la mère

Les résultats relatifs à l'impact du statut privé sur la mortalité des enfants font également ressortir l'importance du statut privé dans la détermination de la mortalité des enfants, en dehors de la période néonatale. *La variation importante des risques de décès des enfants dans les différentes catégories des femmes selon leur statut privé fait de celui-ci une variable importante de discrimination de la mortalité.*

Le risque de décès infantile des enfants nés d'une femme de statut privé élevé est de 42% inférieur à celui des enfants d'une femme de statut très faible. La réduction du risque de décès associée à un statut privé élevé est respectivement de 55% et 51% au cours des périodes postnéonatale et entre 1 mois et deux ans. Les écarts de risques observés entre les statuts privés moyen et très faible, quant à eux, s'élèvent à 52% et 47% au cours de ces deux périodes et de 42% au cours de la période infantile (tableau 5.6). En revanche, le statut faible ne semble guère procurer un avantage aux enfants sur le plan de survie par rapport au statut très faible, au cours de la période comprise entre 1 mois et deux ans. Au cours de la période postnéonatale et infantile, cet avantage est significatif au seuil de 5% , mais il est relativement peu important comparé à celui associé aux statuts élevé et moyen. Comme pour le statut public, l'impact du statut privé sur la mortalité des enfants est beaucoup plus prépondérant au cours de la période postnéonatale que pendant les autres périodes. Néanmoins, cette influence semble relativement plus faible que celle exercée par le statut public.

Tableau 5.6. : Effet brut du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants

Statut de la femme	Mortalité néonatale			Mortalité postnéonatale		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. Pays	Urbain	Rural
Statut privé	n.s.	n.s.	n.s.	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	0,993	2,729	0,924	0,676**	0,619	0,683**
Moyen	0,775	2,498	0,697	0,479***	0,218***	0,549***
Elevé	0,835	2,299	0,809	0,450***	0,206***	0,623***
Model Chi square	2,450	2,649	3,230	28,825	19,296	13,314
Adéquation du modèle	n.s.	n.s.	n.s.	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	96,0	96,7	95,8	94,4	96,0	94,0
R ² (%)	0,2	0,9	0,3	1,6	6,3	0,9
Statut de la femme	Mortalité infantile			Mortalité entre 1mois et 2 ans		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. Pays	Urbain	Rural
Statut privé	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	0,781**	0,902	0,767**	0,817	0,889	0,802
Moyen	0,575***	0,513***	0,597***	0,526***	0,369***	0,563***
Elevé	0,577***	0,476***	0,686***	0,492***	0,268***	0,655**
Model Chi square	25,254	7,992	15,056	28,409	17,651	13,386
Adéquation du modèle	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	90,6	92,8	90,0	91,1	93,2	90,5
R ² (%)	1,0	1,8	0,8	1,6	5,3	0,9

On peut également, pour comprendre ces résultats, se référer aux associations entre chacune des variables ayant servi à la construction de l'indicateur du statut privé et la mortalité des enfants. En effet, un statut privé élevé se caractérise essentiellement, du fait de

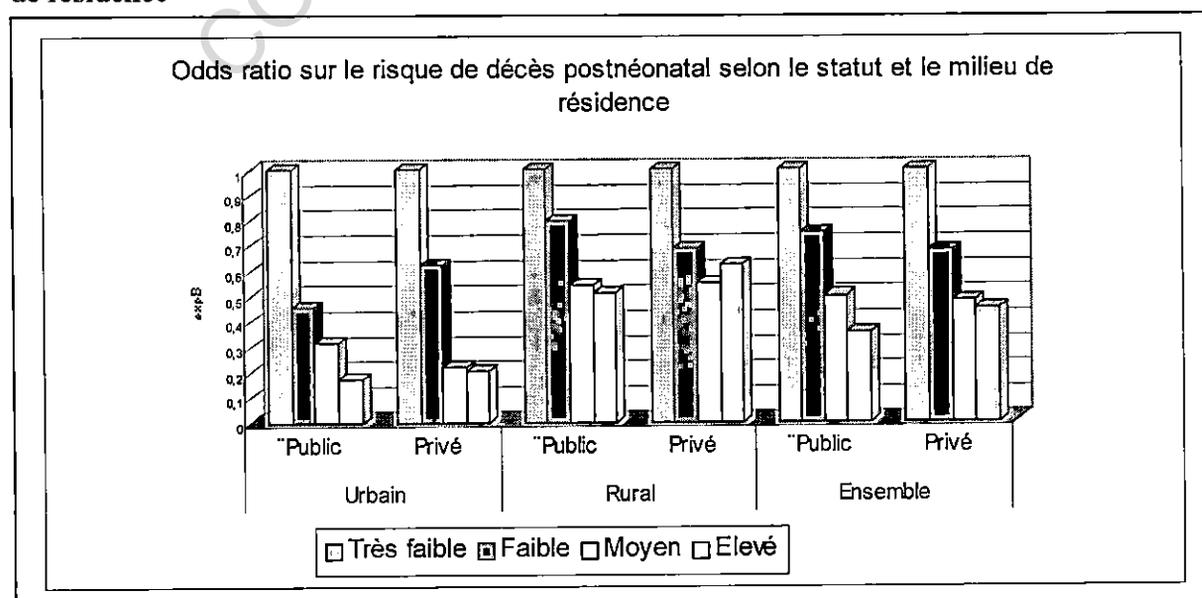
notre définition, par un niveau d'instruction du couple élevé, un mariage non précoce de la femme, un écart d'âge relativement faible entre les conjoints, toutes situations qui sont associées à de faible risque de décès. En revanche, les caractéristiques des femmes de statut privé faible sont généralement associées à de hauts risques de décès.

c) Influence du statut public et privé selon le milieu de résidence

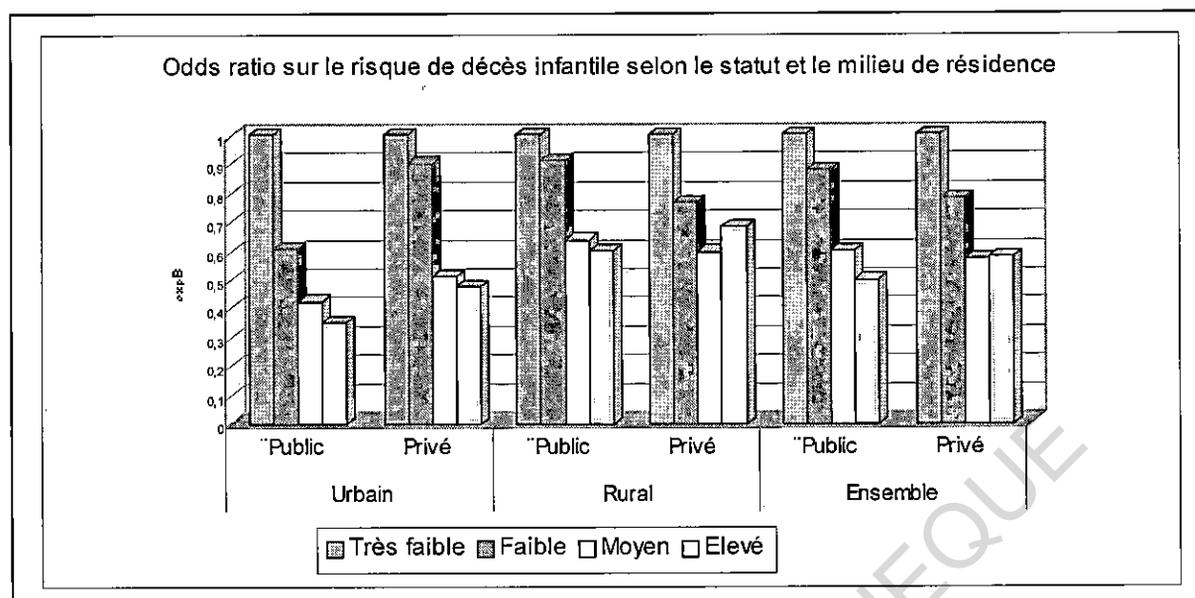
L'impact du statut public et privé de la femme demeure significatif quel que soit le milieu considéré. Cependant, l'intensité de la différence de risque entre les différentes catégories de statut varie selon le milieu de résidence. L'impact de ces deux composantes du statut de la mère sur la mortalité des enfants semble nettement plus important chez les citadines que chez les femmes rurales.

Quel que soit l'âge au décès, naître d'une femme de statut élevé est beaucoup plus avantageux en milieu urbain qu'en milieu rural, qu'il s'agisse du statut public ou du statut privé (graphique 5.1 à 5.3). A titre d'exemple, le statut public (y compris le statut privé) élevé contribue à réduire d'environ 83% (77% pour le privé) le risque de décès postnéonatal chez les enfants vivant en milieu urbain (tableau 5.5), contre environ 49% (50% pour le privé) en milieu rural. La disponibilité des infrastructures et de meilleures conditions de vie, caractéristiques générales qui différencient une ville d'une campagne, profiteraient donc mieux aux femmes de statut élevé qui résident en milieu urbain qu'à celles ayant le même niveau de statut mais résidant en milieu rural.

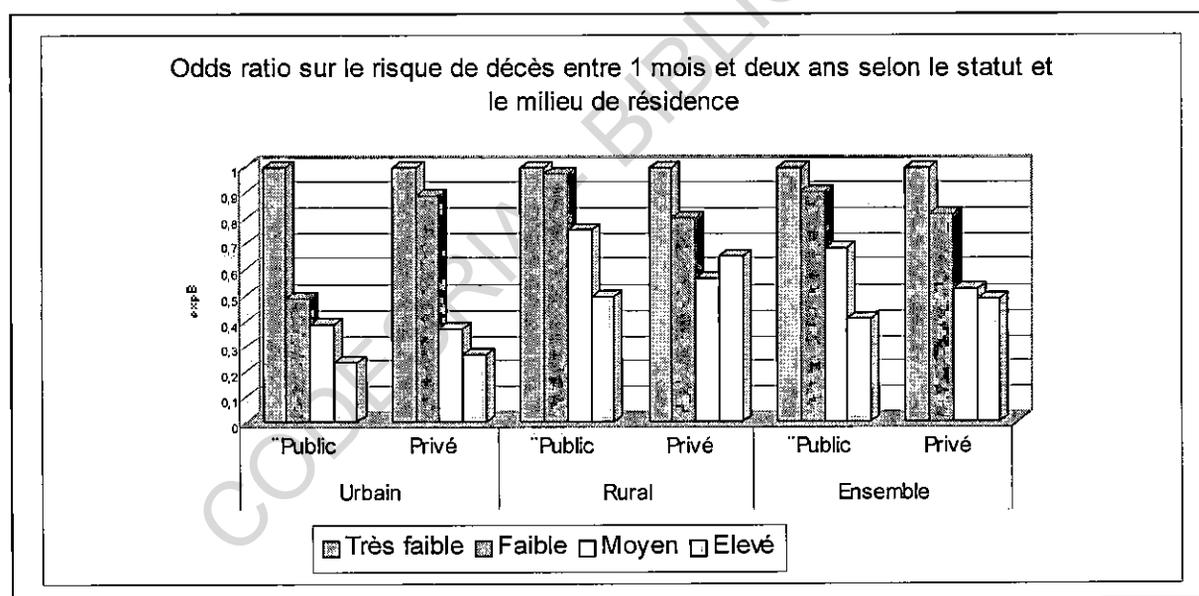
Graphique 5.1 : Effet brut du statut de la femme sur la mortalité postnéonatale selon le milieu de résidence



Graphique 5.2 : Effet brut du statut de la femme sur la mortalité infantile selon le milieu de résidence



Graphique 5.3 : Effet brut du statut de la femme sur la mortalité entre 1 mois et deux ans selon le milieu de résidence



5.2.2 Un impact mitigé du statut de la femme sur l'état nutritionnel des enfants

a) Statut public et état nutritionnel

Les résultats font également ressortir que le statut public de la femme constitue un facteur important de différenciation de l'état nutritionnel des enfants (tableau 5.7). Quel que soit l'indicateur utilisé, il se dégage une relation significative entre le statut public et la

malnutrition des enfants. Toutefois, contrairement à la mortalité, le sens de la relation entre le statut public de la femme et l'état nutritionnel des enfants n'est pas aussi clair.

Tableau 5.7. : Effet brut du statut public de la femme sur l'état nutritionnel des enfants

Statut de la femme	Retard de croissance			Insuffisance pondérale		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. Pays	Urbain	Rural
Statut public	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	2,018***	3,278***	1,925***	1,427***	1,906*	1,387***
Moyen	1,334***	1,762*	1,290**	1,030	1,435	0,987
Elevé	0,459	0,954	1,056	0,685***	0,777	0,744*
Model Chi square	58,484	22,020	35,606	37,127	13,007	19,943
Adéquation du modèle	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	56,8	60,9	55,8	60,4	65,5	59,2
R ² (%)	3,1	5,8	2,3	2,0	3,6	1,3
Statut de la femme	Emaciation					
	Ens. Pays	Urbain	Rural			
Statut public	***	n.s.	*			
Très faible	®	®	®			
Faible	1,040	0,919	1,043			
Moyen	1,079	3,504	0,990			
Elevé	0,494***	1,560	0,441*			
Model Chi square	11,898	5,495	8,128			
Adéquation du modèle	***	n.s.	**			
Pouvoir prédictif (%)	97,1	94,9	92,1			
R ² (%)	1,2	3,3	0,9			

Le sens de relation observée entre le statut public et la malnutrition ne va pas toujours dans le sens attendu. En ce qui concerne le retard de croissance, contrairement aux attentes, les enfants nés d'une femme de statut faible ou de statut moyen sont significativement plus sujets à un retard de croissance que ceux dont la mère a un statut très faible (tableau 5.7). Naître d'une femme de statut public faible ou moyen est associé respectivement à des risques de retard de croissance 2 fois et 1,3 fois supérieurs à celui des enfants des femmes de statut très faible. La différence de risque entre les enfants nés d'une femme de statut élevé et ceux d'un statut très faible, quant à elle, n'est pas significative.

Ce résultat, somme toute paradoxal, ne l'est pas en réalité car les analyses bivariées montrent qu'un niveau d'instruction faible, une activité économique exercée en dehors du foyer non génératrice de revenu et l'appartenance à la religion chrétienne, variables qui caractérisent essentiellement les femmes de statut faible ou moyen, sont associées à un risque de retard de croissance un peu plus élevé que l'absence d'instruction et la situation

d'inactivité et/ou l'exercice d'une activité à domicile, caractéristiques des femmes de statut très faible (tableau 5A.2).

Par rapport à l'insuffisance pondérale, trois points se dégagent. L'écart relatif de risque est significatif entre le statut très faible et faible (au détriment de ce dernier). Il l'est également entre « très faible » et « élevé » (cette fois-ci au détriment du premier) ; il ne l'est pas du tout entre très faible et moyen. Un statut public élevé favorise donc les enfants au niveau de l'insuffisance pondérale par rapport au statut très faible ; par contre, un statut faible les défavorise. A cet effet, les enfants nés d'une femme de statut faible courent un risque de 43% plus élevé que ceux dont la mère a un statut très faible de présenter un poids insuffisant par rapport à leur âge. En revanche, le statut élevé de la femme contribue à réduire de 31% le risque d'insuffisance pondérale. Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les statuts moyen et très faible.

Concernant l'émaciation des enfants, seule la différence de risque entre le statut public très faible et le statut élevé s'avère significative. Ce dernier contribue à réduire sensiblement le risque d'émaciation des enfants : ce risque va du simple au double, en passant d'un statut très faible au statut élevé. Apparemment, une nette amélioration du statut public de la femme est indispensable pour augmenter la chance des enfants de présenter de poids suffisant par rapport à leur taille.

Par ailleurs, il convient de mentionner que le retard de croissance est beaucoup plus associé au statut public de la femme que l'insuffisance pondérale et l'émaciation. Ces résultats peuvent être liés à la nature des indicateurs considérés. En effet, la malnutrition mesurée par le premier indicateur est de nature chronique et dépend largement de la manière dont la mère prend soin de ses enfants depuis leur naissance (donc du statut de la femme). En revanche, la malnutrition mesurée par les deux derniers indicateurs est de nature plutôt conjoncturelle, dépendant ainsi beaucoup plus des circonstances du moment (apparition des maladies, disponibilité des aliments, etc.) que de l'habitude de la mère dans l'administration des soins aux enfants.

b) Statut privé et état nutritionnel

Les résultats obtenus concernant l'impact du statut privé sur l'état nutritionnel diffèrent de loin de ceux relatifs au statut public. Il se dégage clairement ici une relation négative entre le retard de croissance et d'insuffisance pondérale des enfants d'une part, et le statut privé, d'autre part. En effet, on note une réduction sensible du risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale au fur et à mesure que le statut s'améliore (tableau 5.8). Cependant, l'écart de risque entre le statut faible et très faible n'est pas du tout significatif.

Tableau 5.8. : Effet brut du statut privé de la femme sur l'état nutritionnel des enfants

Statut de la femme	Retard de croissance			Insuffisance pondérale		
	Ens. Pays	Urbain	Rural	Ens. pays	Urbain	Rural
Statut privé	***	**	**	***	**	**
Très faible	®	®	®	®	®	®
Faible	0,913	1,270	0,878	0,859	1,040	0,844
Moyen	0,826*	1,109	0,796*	0,756***	1,099	0,717***
Elevé	0,619***	0,641	0,697***	0,616***	0,613*	0,707**
Model Chi square	19,204	10,065	7,969	18,353	8,165	9,991
Adéquation du modèle	***	**	**	***	**	**
Pouvoir prédictif (%)	51,8	57,8	52,6	60,4	65,5	59,2
R ² (%)	1,0	2,7	0,5	1,0	2,3	0,7
Statut de la femme	Emaciation					
	Ens. Pays	Urbain	Rural			
Statut privé	n.s.	n.s.	n.s.			
Très faible	®	®	®			
Faible	0,894	2,640	0,855			
Moyen	0,788	2,554	0,754			
Elevé	0,591**	2,221	0,562**			
Model Chi square	5,853	1,499	5,058			
Adéquation du modèle	n.s.	n.s.	n.s.			
Pouvoir prédictif (%)	92,7	94,9	92,1			
R ² (%)	0,6	0,9	0,6			

Comparé au statut privé très faible, le statut moyen contribue à réduire de 17% et 24% respectivement le risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale, mais sa contribution n'est significative qu'au seuil de 10% pour le premier type de malnutrition. Enfin, les enfants nés d'une femme de statut élevé sont nettement moins sujet à un retard de croissance et à une insuffisance pondérale que ceux dont la mère a un statut très faible. Les écarts de risque entre les deux groupes sont fortement significatifs et s'élèvent à environ 38%. Une position favorable de la femme pour prendre part à la prise de décision au sein du

ménage semble donc d'une grande importance pour assurer une bonne croissance en taille et en poids aux enfants.

Enfin, en ce qui concerne l'émaciation (l'amaigrissement), de façon globale, le statut privé n'exerce pas d'influence significative sur l'émaciation. Toutefois, comparés aux enfants nés d'une femme de statut très faible, ceux dont la mère a un statut élevé courent 41% moins de risque de présenter un poids faible par rapport à leur taille. La différence de risque observée entre ces deux statuts est significative au seuil de 5%.

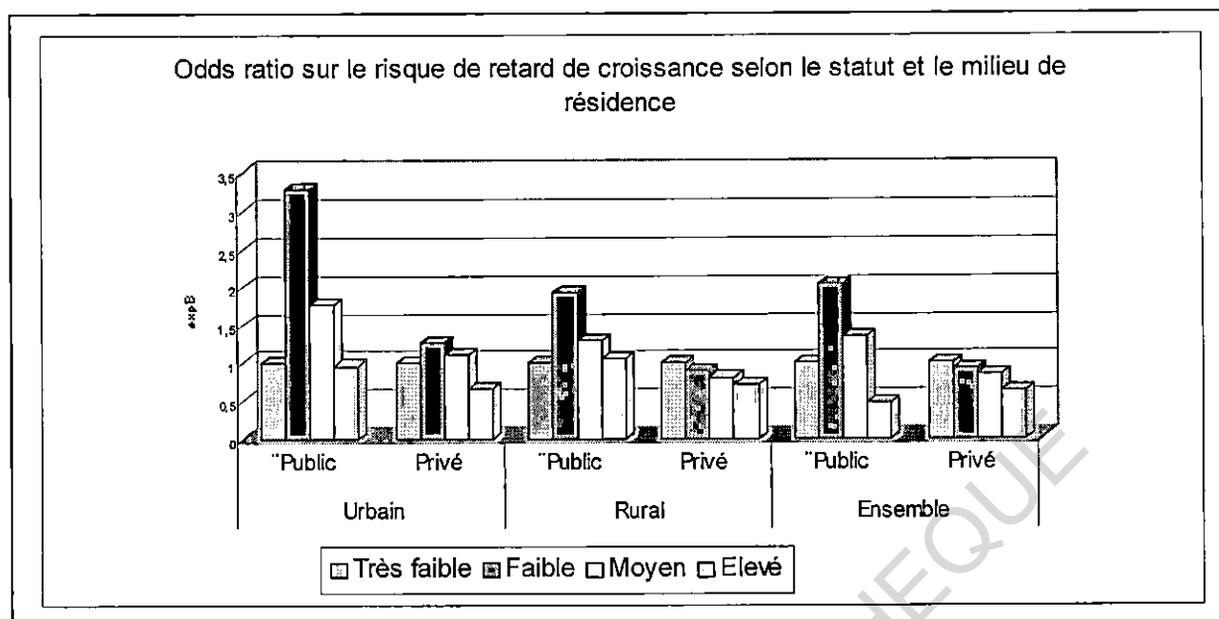
c) Impact du statut public et statut privé selon le milieu de résidence

Excepté pour l'émaciation, le statut public et le statut privé gardent, d'une manière générale, leur effet significatif sur l'état nutritionnel des enfants, quel que soit le milieu de résidence.

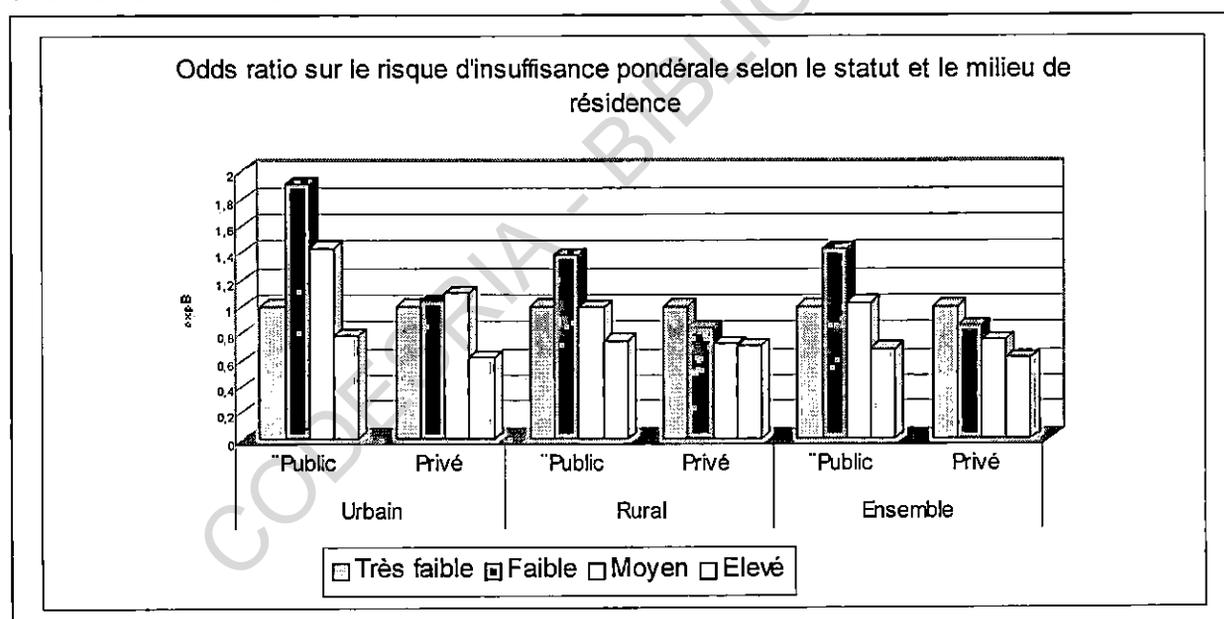
De même que pour la mortalité, l'intensité de l'impact du statut public sur l'état nutritionnel est beaucoup plus marquée en milieu urbain qu'en milieu rural. Les écarts de risque de souffrir d'un retard de croissance ou d'une insuffisance pondérale observés entre les différentes modalités du statut sont nettement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. Comparé au risque de retard de croissance couru par les enfants de mères ayant un statut public très faible, celui enregistré chez les enfants nés d'une femme de statut faible en milieu urbain, par exemple, est de 3,3 fois plus élevé, contre 1,9 fois en milieu rural. En ce qui concerne l'émaciation, l'effet fortement significatif du statut public dans l'ensemble du pays ne se maintient plus après la prise en compte du type de milieu d'habitat. En milieu rural, il exerce une influence significative ; on note toutefois que son impact n'est significatif qu'au seuil de 10%.

Contrairement au statut public, au regard des écarts des risques observés entre les modalités, l'effet qu'exerce le statut privé sur l'état nutritionnel semble beaucoup plus perceptible en milieu rural qu'en ville (tableau 5.8). En milieu urbain, seule la différence de risque d'insuffisance pondérale observée entre statuts élevé et très faible s'avère significative (au seuil de 10%) ; aucune différence n'est significative entre statuts moyen (ou faible) et très faible, quel que soit l'indicateur considéré. En revanche, en milieu rural, les différences de risque s'avèrent significatives pour les trois indicateurs nutritionnels entre statut très faible et élevé.

Graphique 5.4 : Effet brut du statut de la femme sur le retard de croissance des enfants et selon le milieu de résidence



Graphique 5.5 : Effet brut du statut de la femme sur l'insuffisance pondérale des enfants et selon le milieu de résidence



5.2.3. Une absence de l'impact du statut de la femme sur la morbidité diarrhéique

On s'attendrait à observer une diminution de risque de diarrhée avec l'élévation du statut de la femme, les femmes de statut élevé étant plus disposées que les autres à prendre les mesures nécessaires d'hygiène ou de prévention. Abondant dans ce sens, des études sur la morbidité diarrhéique menées dans certains pays comme le Sénégal (Biaye, 1994) et le

Mexique (Echarris Canovas, 1994) ont montré qu'il existe un effet significatif de l'instruction et du statut de la femme sur le risque de la maladie.

Cependant, les résultats sur les déterminants de la morbidité diarrhéique sont controversés. Certains auteurs, par exemple, ont montré que la morbidité diarrhéique n'est pas liée à l'instruction de la mère et ils ont attribué ces résultats au fait que les mères instruites ont tendance à mieux déclarer la maladie comparées à celles qui ne le sont pas, les premières étant plus sensibles au symptôme de la maladie des enfants que ces dernières (confer chapitre 2). A Madagascar, les résultats montrent une absence totale de l'influence du statut de la femme sur la morbidité diarrhéique, et ceci quel que soit le milieu de résidence (tableau 5A.9).

Par ailleurs, la mortalité et l'état nutritionnel constituent des phénomènes qui sont l'aboutissement d'un processus dépendant aussi bien du statut de la femme que de l'environnement physique et naturel des enfants. Pour la morbidité diarrhéique, ce qui paraît plus important à étudier dans le cadre de notre problématique est le comportement de la femme face à la maladie : qu'est-ce que la mère a fait quand son enfant a eu la diarrhée ? Les analyses explicatives effectuées ayant trait à la morbidité diarrhéique ne concerneront ainsi que le recours ou non aux services de soins de santé en cas de diarrhée.

5.2.4. Effets des variables statuts public et privé mis ensemble dans le même modèle

Les deux composantes du statut de la femme sont des variables confondantes qui peuvent avoir de l'influence l'une sur l'autre et doivent ainsi être contrôlées l'une par rapport à l'autre. Mettre ces deux variables dans un même modèle permet de voir l'effet intrinsèque de chacune d'elle sur la santé des enfants, c'est-à-dire l'influence en tenant compte de l'autre type de statut.

Les résultats montrent que l'impact du statut public sur la mortalité des enfants demeure significatif au seuil de 5%, quel que soit l'âge au décès. Par contre, l'effet du statut privé devient statistiquement moins net (significatif au seuil de 10%) pour la mortalité postnéonatale et la mortalité entre 1 mois et 2 ans. D'une manière générale, les deux composantes du statut de la femme voient, toutes les deux, leur effet baisser, mais la baisse est beaucoup plus marquée pour le statut privé (tableau 5.9 et 5.10).

Tableau 5.9. : Effet du statut public et du statut privé de la femme pris ensemble sur la mortalité des enfants

Statut de la femme	Mortalité postnéonatale			Mortalité infantile			Mortalité 1mois-2ans		
	Brut	Net	Variation de l'écart de risque (%) ⁽¹⁾	Brut	Net	Variation de l'écart de risque (%) ⁽¹⁾	Brut	Net	Variation de l'écart de risque (%) ⁽¹⁾
Statut public	***	***		***	***		***	**	
Très faible	®	®		®	®		®	®	
Faible	0,748*	0,773*	-11,5	0,876	0,895	-	0,905	0,924	-
Moyen	0,500***	0,560***	-12,0	0,601***	0,652***	-12,5	0,688***	0,785	n.s. ⁽²⁾
Elevé	0,357***	0,404***	- 6,3	0,500***	0,541***	- 8,0	0,406***	0,492***	-15,0
Statut privé	***	*		***	**		***	*	
Très faible	®	®		®	®		®	®	
Faible	0,676**	0,744*	-18,8	0,781**	0,840	-27,3	0,817	0,858	-
Moyen	0,479***	0,634**	-28,8	0,575***	0,714**	-30,9	0,526***	0,626***	-21,3
Elevé	0,450***	0,804	n.s. ⁽²⁾	0,577***	0,877	n.s. ⁽²⁾	0,492***	0,762 *	-52,9 ⁽³⁾
Model Chi square		43,692			38,409			37,736	
Adéquation	-	***	-	-	***	-	-	***	
Pouv.prédict.		94,41			90,59			91,10	
R ² (%)		2,5			1,6			2,1	

(1) : il s'agit de la baisse relative des écarts de risques observés entre la modalité en question et la modalité de référence. (2) : l'écart n'est plus significatif du tout. (3) : l'écart devient statistiquement moins net

En l'absence du statut public dans le modèle, le statut privé élevé de la femme contribuerait à réduire le risque de décès postnéonatale et infantile de 55% et de 42% respectivement. Après la prise en compte de cette variable, les différences observées entre statut privé élevé et très faible ne sont plus significatives. S'il n'y avait donc pas de différence de statut public, il n'y aurait plus de différence de risque de décès postnéonatale et infantile entre les statuts privé élevé et très faible (tableau 5.9). Autrement dit, l'élément important qui explique la différence entre ces deux statuts est surtout le statut public et il y a un lien quelquepart entre le statut public et le statut privé. Comme le montrent les résultats, les femmes qui ont un statut privé élevé sont également celles qui ont un statut public élevé (tableau 5.11). Par contre, le contrôle du statut public a affecté, mais de façon moins considérable, les différences de risque observées entre statuts privé moyen et très faible. Ces différences persistent après contrôle du statut public, quel que soit l'indicateur considéré, peut-être parce que une proportion relativement élevée (presque 40%) des femmes de statut privé moyen ont un statut public faible ou très faible.

Par contre, le contrôle du statut privé de la femme a moins affecté l'influence du statut public sur la mortalité des enfants. La baisse des écarts de risques observés est nettement plus réduite. Si l'on considère l'écart de risque de décès des enfants entre statut public élevé et très

faible, sa valeur passe de 64% à 60% pour la mortalité postnéonatale, de 50% à 46% pour la mortalité infantile et de 59% à 51% pour la mortalité entre 1 mois et deux ans.

Tableau 5.10. : Effet du statut public et du statut privé de la femme pris ensemble sur l'état nutritionnel des enfants

Statut de la femme	Retard de croissance			Insuffisance pondérale			Emaciation		
	Brut	Net	Variation de l'écart risque (%)	Brut	Net	Variation de l'écart risque (%)	Brut	Net	Variation de l'écart risque (%)
Statut public	***	***		***	***		***	**	
Très faible	®	®		®	®		®	®	
Faible	2,018***	2,075***	+5,6	1,427***	1,444***	+4,0	1,040	1,064	-
Moyen	1,334***	1,541***	+61,9	1,030	1,126	-	1,079	1,186	-
Elevé	0,459	0,197	-	0,685***	0,782	n.s. (2)	0,494***	0,576*	-17,6 (3)
Statut privé	***	*		***	n.s.		n.s.	*	
Très faible	®	®		®	®		®	®	
Faible	0,913	0,851	-	0,859	0,850	-	0,894	0,881	-
Moyen	0,826*	0,793*	+23,5	0,756***	0,817	n.s. (2)	0,788	0,821	-
Elevé	0,619***	0,657***	-10,3	0,616***	0,795	n.s. (2)	0,591*	0,782	n.s. (2)
Model Chi square		64,877			39,273			12,894	
Adéquation		***			***			***	
Pouv. prédic. R² (%)		56,27			60,52			92,7	
		3,4			2,1			1,3	

(1) : il s'agit de la baisse (l'augmentation) relative des écarts de risques observés entre la modalité en question et la modalité de référence (2) : l'écart n'est plus significatif du tout. (3) : l'écart devient statistiquement moins net

En ce qui concerne l'état nutritionnel, il se dégage également que l'effet significatif du statut public pour les trois indicateurs nutritionnels se maintient en présence du statut privé dans le modèle. En revanche, l'impact du statut privé devient statistiquement moins net (significatif au seuil de 10%) pour le retard de croissance, il n'est plus significatif du tout pour l'insuffisance pondérale (tableau 5.10). Son effet non significatif au niveau brut sur l'émaciation l'est toujours en présence du statut public. Il convient cependant de noter qu'en se référant aux variations des écarts de risque observés entre les modalités, contrairement à la mortalité des enfants, le statut privé semble influencer beaucoup plus l'impact du statut public sur le retard de croissance. L'introduction du statut privé dans le modèle a fait beaucoup plus augmenter l'écart de risque de retard de croissance observé entre les statuts « moyen/très faible ». Ce n'est pas le cas pour l'insuffisance pondérale et l'émaciation.

Au vu de ces résultats, notre sixième hypothèse semble être infirmée : *en matière de santé des enfants, c'est le statut public qui influence beaucoup plus que le statut privé*. Les résultats indiquent qu'une grande partie de l'effet du statut privé de la femme sur la santé des enfants peut s'expliquer par le statut public dont elle jouit. Inversement, excepté pour le retard

de croissance, le statut privé contribue à expliquer une partie de l'influence du statut public sur la santé des enfants, mais d'une façon plus modérée.

0

Tableau 5.11 : Répartition (%) des femmes selon le statut public et le statut privé

		Statut public de la femme				
		Très faible	Faible	Moyen	Elevé	Effec. total
Statut privé de la femme	Très faible	50,8	31,2	16,0	1,9	1511
	Faible	42,5	34,2	18,0	4,4	1326
	Moyen	11,4	25,9	37,1	25,6	1279
	Elevé	1,5	4,2	26,8	67,5	1144
	Total	100	100	100	100	100
	Effec. Total	1483	1383	1338	1056	5260

Signific. P (Khi2)=0,0000

5.3. Mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants

Par une approche multivariée, nous cherchons dans cette section à mieux comprendre comment le statut de la femme agit sur la santé des enfants. Pour ce faire, pour chaque variable dépendante, nous appliquons des modèles de régressions logistiques aux différentes variables indépendantes, c'est-à-dire le statut de la femme et les autres facteurs présentés dans le cadre conceptuel, susceptibles d'influencer l'impact de ce premier sur la santé des enfants. Nous utilisons la procédure pas à pas qui consiste à ajuster des modèles de régression logistique par différentes équations en ajoutant au fur et à mesure dans le modèle, après le statut de la femme, les autres variables. L'effet net du statut de la femme est son effet résiduel lorsque toutes les autres variables sont introduites dans le modèle.

Nous avons vu qu'en l'absence de contrôle des autres variables, le statut de la femme apparaît comme un facteur très discriminant de la santé des enfants. Si son effet net ne s'avère pas significatif, on peut déduire que le statut de la femme n'exerce pas d'effet direct sur la santé des enfants. Son impact passe par les variables qui contribuent à réduire les différences de risque observé entre ses modalités au moment où on les introduit dans le modèle. En revanche, si le statut de la femme persiste à être une variable de discrimination de la santé en présence de toutes les variables, il constitue un facteur crucial dans la détermination de la

santé des enfants. La persistance de son effet signifierait qu'il existe peut-être d'autres variables « intermédiaires »⁶ qui n'ont pas pu être prises en compte dans notre modèle.

Pour établir l'ordre d'introduction des variables dans le modèle, nous nous sommes référée au cadre conceptuel proposé dans la partie théorique. La procédure suivie se présente alors comme suit :

- Dans un premier temps, nous introduisons dans le modèle la seule variable « statut de la femme » (évidemment avec la variable dépendante). Les résultats sont présentés dans la colonne n°1 intitulé modèle 1 des tableaux 5.12 à 5.23.
- Dans un deuxième temps, nous introduisons dans le modèle, l'une après l'autre, les variables qui déterminent le contexte socio-économique et culturel du milieu dans lequel la femme et son enfant vivent. Il s'agit des variables « province » et « milieu de résidence ». Nous pouvons ainsi vérifier la persistance de l'impact du statut de la femme en tenant compte des différences contextuelles du milieu de vie. Il se pourrait en effet que la variation de la santé des enfants selon le statut de leur mère s'explique tout simplement par ces différences de contexte. Les effets de chaque variable contenue dans le modèle se trouvent dans les colonnes n°2 et n°3 (modèle 2 et modèle 3) des tableaux sus-cités.
- Ensuite, nous ajoutons une à une dans le modèle (modèle 4 et modèle 5) les variables « niveau de vie » et « culture sanitaire » qui, d'après nos hypothèses, sont supposées contribuer à l'explication de l'impact du statut sur la santé des enfants⁷. La conclusion à retenir ici s'effectue par l'examen de la modification de l'effet du statut de la femme sur la variable dépendante. Chaque contribution des variables dans l'explication de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants se traduirait par une diminution, voire une disparition des écarts relatifs de risque entre les différentes modalités du statut.
- Nous introduisons, enfin, les variables proches de la santé des enfants qui sont également susceptibles de médiatiser l'influence du statut de la femme sur ce phénomène (modèle 6 à 8). Les conclusions que nous en dégagerons seront de la même nature que précédemment⁸.

⁶ Ce terme est généralement réservé aux variables proches de la santé telles que le sexe de l'enfant, l'âge à l'accouchement, l'intervalle intergénéral, etc. Nous l'utilisons également ici pour indiquer toute autre variables qui contribuent à médiatiser l'influence du statut de la femme sur la santé des enfants.

⁷ L'ordre d'introduction de ces variables dans les modèles importe peu. Il a une influence négligeable sur les effets partiels et les effets nets de chacune d'elles.

⁸ Idem

Pour chaque modèle obtenu, nous allons examiner sa qualité d'ajustement (l'adéquation du modèle ou le Goodness of Fit) et l'apport de chaque variable dans l'amélioration de la qualité du modèle. Comme souligné dans le chapitre précédent, cet apport peut se mesurer à partir de la variation du pouvoir prédictif du modèle, l'amélioration du « Modèle Chi square » (Improvement), l'augmentation de C et de R^2 (voir chapitre 4, p. 188). Dans l'interprétation des résultats, nous nous référons d'abord aux résultats des modèles globaux (contenant toutes les variables) pour dégager les facteurs explicatifs de la santé des enfants avant d'examiner les résultats à chaque étape des régressions pour essayer de comprendre les mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants.

Afin de mettre en exergue la façon dont chaque composante de statut exerce son action sur la santé des enfants, nous présentons ici des modèles globaux qui comprennent séparément les variables statut public et le statut privé de la femme. Pour terminer les analyses, nous présentons des modèles globaux contenant les deux statuts à la fois, en présence de toutes les autres variables.

5.3.1. Mécanismes d'action sur la mortalité des enfants

Les résultats concernant les statistiques de l'ajustement des modèles font ressortir que les pouvoirs prédictifs des différents modèles ne changent point après l'introduction d'une nouvelle variable, quelle que soit la nature de la mortalité considérée (postnéonatale, infantile ou entre 1 mois et deux ans) (tableaux 5.12 à 5.14). Néanmoins, les modèles restent toujours bien ajustés aux données. Les variations progressives du « Model chi square », de C et de R^2 , quant à elles, dénotent des apports faibles et différentiels des variables dans l'amélioration de la qualité d'ajustement des modèles. Quel que soit l'âge considéré, le statut de la femme, l'intervalle intergénéral, la province de résidence et la culture sanitaire sont les variables qui contribuent le plus à améliorer les modèles et à expliquer la mortalité des enfants. Malgré le très faible apport de certaines des variables considérées, compte tenu de l'objectif de notre étude et en référence à notre cadre conceptuel, nous ne les avons pas éliminés du modèle⁹.

⁹ Les effets bruts de chacune des variables introduites dans le modèle sur les différentes composantes de la mortalité des enfants sont présentés en annexe (tableau SA.7).

a) Statut public et mortalité des enfants

Lorsque la variable statut public de la femme est seule dans le modèle, nous obtenons les effets bruts de la variable sur les différentes composantes de la mortalité des enfants¹⁰. Elle exerce un effet brut fortement significatif sur le phénomène, avec une intensité plus forte pendant la période postnéonatale. Son influence se réduit au fur et à mesure qu'une variable supplémentaire est introduite dans le modèle et finit par disparaître après le contrôle de toutes les autres variables. Autrement dit, les décès des enfants ne dépend pas du statut public de la femme lorsque les effets des autres variables sont contrôlés. La mortalité des enfants sont déterminés par la province, l'intervalle intergénésiq, et dans une moindre mesure, du niveau de vie et de la culture sanitaire, au cours de la période postnéonatale. La mortalité infantile, quant à elle, est principalement expliquée par la province, la culture sanitaire, l'âge à l'accouchement, l'intervalle gènesique, et dans un degré moindre, le sexe de l'enfant. Enfin, les facteurs explicatifs de la mortalité entre 1 mois et 2 ans ressortis des résultats sont la province, la culture sanitaire et l'intervalle intergènesique.

¹⁰ La légère différence observée doit être due à la présence des autres variables qui seront introduites pas à pas dans le modèle.

Tableau 5.12 : Résultats de la régression logistique de la mortalité postnéonatale sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,746*	0,792	0,794	0,810	0,851	0,851	0,852	0,903
Moyen	0,509***	0,550***	0,5629***	0,622***	0,679**	0,669**	0,670**	0,706*
Elevé	0,363***	0,422***	0,454***	0,669***	0,863	0,870	0,880	0,923
Province		***	***	**	***	***	***	***
Antananarivo		0,484***	0,481***	0,572***	0,600***	0,611***	0,612***	0,608***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,792	0,787	0,892	0,949	0,941	0,936	0,921
Mahajanga		0,848	0,842	0,877	0,929	0,907	0,910	0,912
Toliary		0,541***	0,546***	0,560***	0,558***	0,545***	0,550***	0,534***
Antsiranana		0,320***	0,316***	0,382**	0,411**	0,400**	0,400**	0,420**
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,824	0,946	0,965	0,952	0,955	0,947
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				**	*	*	*	*
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,983	0,996	1,001	0,995	1,000
Moyen				0,714*	0,732	0,731	0,730	0,742
Elevé				0,407***	0,423**	0,424**	0,422**	0,435**
Culture sanitaire					**	**	**	*
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,863	0,886	0,885	0,881
Elevé					0,525**	0,539**	0,536**	0,556**
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.	n.s.
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,745*	0,745	0,806
35 ans ou plus						0,802	0,806	0,938
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,198	1,187
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								***
1 ^{ère} naissance								0,699*
<24 mois								®
24-47 mois								0,535***
48 mois et plus								0,290***
Modél Chi square	34,044	61,643	62,802	71,745	78,854	82,373	84,470	115,379
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5
C (%)	1,6	2,9	2,9	3,3	3,6	3,8	3,9	5,3
R ² (%)	1,9	3,5	3,6	4,1	4,5	4,6	4,8	6,5

Tableau 5.13. : Résultats de la régression logistique de la mortalité infantile sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,875	0,934	0,937	0,949	0,987	0,985	0,988	1,051
Moyen	0,608***	0,653***	0,668***	0,694***	0,750**	0,738**	0,737**	0,786**
Elevé	0,505***	0,560***	0,605***	0,658***	0,832	0,847	0,855	0,920
Province		***	***	**	**	**	**	**
Antananarivo		0,687***	0,682***	0,718**	0,748**	0,768**	0,768**	0,762*
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,911	0,907	0,946	0,999	0,991	0,985	0,979
Mahajanga		0,974	0,970	0,978	1,026	0,998	0,999	1,001
Toliary		0,810	0,818	0,820	0,816	0,792	0,796	0,777
Antsiranana		0,420***	0,416***	0,443***	0,471***	0,457***	0,457***	0,481**
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,826	0,845	0,856	0,847	0,849	0,844
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,019	1,031	1,034	1,029	1,035
Moyen				0,863	0,882	0,875	0,873	0,885
Elevé				0,865	0,905	0,899	0,896	0,907
Culture sanitaire					***	***	***	**
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,8862	0,916	0,916	0,919
Elevé					0,5426***	0,561***	0,559***	0,581***
Age à l'accouchement						***	***	**
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,689***	0,689***	0,727**
35 ans ou plus						0,786	0,789	0,888
Sexe de l'enfant							*	*
Masculin							1,187*	1,174*
Féminin							®	®
Intervalle intergén.								***
1 ^{ère} naissance								0,618***
<24 mois								®
24-47 mois								0,457***
48 mois et plus								0,361***
Model Chi-square	30,424	48,344	50,347	51,855	63,783	73,449	76,661	136,896
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6
C (%)	0,9	1,5	1,5	1,6	2,0	2,2	2,3	4,2
R ² (%)	1,2	2,0	2,1	2,1	2,6	3,0	3,1	5,5

Tableau 5.14 : Résultats de la régression logistique de la mortalité entre 1 mois et 2 ans sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,899	0,913	0,915	0,923	0,986	0,986	0,984	1,070
Moyen	0,696**	0,715**	0,725**	0,773	0,865	0,875	0,874	0,952
Elevé	0,410***	0,441***	0,463***	0,596**	0,796	0,821	0,824	0,915
Province		***	***	**	***	**	**	**
Antananarivo		0,614***	0,611***	0,680***	0,721**	0,732*	0,732*	0,732*
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,848	0,845	0,918	0,992	0,986	0,982	0,986
Mahajanga		0,868	0,864	0,891	0,954	0,951	0,951	0,957
Toliary		0,560***	0,563***	0,578***	0,577***	0,573***	0,576***	0,565***
Antsiranana		0,391***	0,387***	0,437**	0,473**	0,470**	0,470**	0,495**
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,885	0,958	0,968	0,964	0,969	0,965
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,903	0,915	0,917	0,912	0,918
Moyen				0,812	0,836	0,826	0,828	0,835
Elevé				0,561**	0,590*	0,579**	0,577**	0,596*
Culture sanitaire					***	***	***	**
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,804*	0,815	0,815	0,810
Elevé					0,477***	0,487***	0,486***	0,509***
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.	n.s.
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,830	0,831	0,806
35 ans ou plus						1,026	1,030	1,057
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,175	1,173
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								***
1 ^{ère} naissance								1,691***
<24 mois								®
24-47 mois								1,017
48 mois et plus								0,396***
Modél Chi square	28,638	49,189	50,409	55,136	67,080	69,929	71,972	111,969
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1
C (%)	1,2	2,1	2,1	2,3	2,8	2,9	3,0	4,7
R ² (%)	1,6	2,7	2,8	3,0	3,7	3,8	4,0	6,1

En introduisant la province et le milieu de résidence dans le modèle, la variable statut de la femme exerce toujours une influence significative sur la mortalité des enfants. *Quels que soient le milieu et la province de résidence des femmes, leur statut demeure ainsi un facteur discriminant du risque de décès de leurs enfants, et ceci, quel que soit l'âge au décès.* Cependant, en présence de ces deux variables, l'effet du statut public sur la mortalité des enfants se réduit de façon importante.

Le contrôle par la province réduit l'effet du statut de la femme sur la mortalité des enfants. Celui-ci reste significatif au seuil de 1% mais l'écart de risque relatif de décès des enfants entre les statuts « élevé » et « très faible » diminue, passant de 64% à 58% pour la mortalité néonatale, de 50% à 44% pour la mortalité infantile, et de 59% à 56% pour la mortalité entre 1 mois et 2 ans, au détriment chaque fois du « très faible ». On enregistre également une réduction des différences de risque de décès entre les statuts « moyen » et « très faible ». Le désavantage des enfants nés d'une femme de statut très faible par rapport aux autres se réduit donc en contrôlant leur province de résidence. Autrement dit, comparées aux autres femmes, les femmes de statut très faible ont tendance à se concentrer dans les provinces à haut risque de mortalité. Il s'agit notamment de la province de Fianarantsoa, et dans une moindre mesure, de Toamasina et de Mahajanga.

En outre, la province constitue un facteur important dans la détermination de la mortalité des enfants. Tant au niveau brut qu'au niveau net, elle exerce un effet fortement significatif sur la mortalité des enfants. Les chances de survie des enfants résidant à Antsiranana dépassent le double de celles des enfants qui vivent à Fianarantsoa. Les écarts de risque de décès observés entre la province d'Antananarivo et celle de Fianarantsoa sont de l'ordre de 25 à 40%. La province peut être le reflet du contexte économique et culturel dans lequel les femmes et les enfants vivent. Le climat dominant, la disponibilité des infrastructures sociales, les ressources alimentaires, les activités prédominantes, le modèle culturel véhiculé, et bien d'autres éléments, diffèrent d'une province à une autre. D'une manière directe ou indirecte (à travers les comportements des mères), les enfants sont ainsi inégalement exposés au risque de décès selon le contexte prévalant dans leur milieu de vie.

Le milieu de résidence affecte également, mais avec une intensité un peu plus faible, l'influence du statut public de la femme sur la mortalité des enfants. Si tous les enfants résidaient dans un même contexte environnemental, économique et culturel, les risques de décès postnéonatale des enfants nés d'une femme de statut public élevé aurait été de 55% inférieur (au lieu de 58%) à celui des enfants issus d'une femme de statut très faible. L'écart de risque relatif passerait juste de 44% à 40% pendant la période infantile et de 56% à 54% entre 1 mois et 2 ans. Dans les mêmes conditions, la réduction des avantages des enfants nés d'une femme de statut moyen par rapport à leurs congénères issus d'une femme de statut très faible serait même beaucoup moins perceptible.

Ces résultats proviennent du fait qu'une grande proportion d'enfants nés de femmes de statut élevé vit en milieu urbain où se concentrent une grande partie des infrastructures sociales et notamment les infrastructures sanitaires et où les conditions de vie sont plus favorables à la santé des enfants. En revanche, ceux issus de femmes de statut très faible vivent dans la plupart du temps en milieu rural, souvent considéré comme l'opposé du milieu urbain.

Une analyse effectuée par milieu de résidence ou par province contribuerait à mieux appréhender le statut de la femme dans chaque contexte économique et culturel, mais les faibles effectifs des naissances et surtout des décès ne nous permettent pas de le faire. Néanmoins, comme souligné plus haut, une amélioration du statut public de la femme en ville est plus favorable à la survie des enfants qu'en milieu rural.

Par ailleurs, on constate que l'impact de la province sur la mortalité des enfants diminue en présence du statut de la femme et l'effet du milieu de résidence qui a été observé au niveau brut disparaît totalement. Il y a ainsi lieu de penser que le statut de la femme est non seulement un facteur explicatif important de la mortalité des enfants mais aussi un facteur médiatisant l'action du milieu de résidence et de la province sur la mortalité infantile. La disparition de l'effet du milieu de résidence indique que même s'il peut y avoir d'autres variables qui interviennent pour expliquer la mortalité différentielle des enfants selon cette variable, les différences de statut des mères entre urbain et rural expliquent une grande part de cette disparité. Pour la province, les éléments comme les facteurs climatiques qui n'ont pas pu être pris en compte ici, pourraient expliquer la variation de la mortalité selon ses modalités. Mais tel n'est pas l'objectif de cette étude.

La troisième variable de contrôle prise en compte dans le modèle est le niveau de vie des ménages. Il convient d'abord de noter qu'au niveau brut, le niveau de vie de la mère exerce un impact significatif au seuil de 1% sur la mortalité des enfants, quel que soit l'âge au décès. Le risque de décès diminue fortement au fur et à mesure que le niveau de vie augmente. *Un niveau de vie élevé procure aux enfants des privilèges sanitaires à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif*¹¹. Aussi, au niveau brut, le fait de vivre dans un ménage économiquement aisé contribue-t-il à réduire de 75% le risque de décès postnéonatal, de 48%

¹¹ On peut citer à titre d'exemples des avantages liés à la quantité et /ou à la qualité des aliments, aux fréquences des recours à la médecine moderne et à la qualité des soins offerts.

celui de la mortalité infantile et de 48% et de 66% celui du risque entre 1 mois et 2 ans (tableau 5A.7). L'écart de risque de décès entre niveau de vie faible et très faible, bien qu'il soit au détriment de ce dernier, ne s'avère pas statistiquement significatif. Autrement dit, l'impact du niveau de vie du ménage sur les chances de survie des enfants à Madagascar ne se fait sentir qu'à partir du niveau moyen.

Dans l'analyse multivariée, la présence de la variable « niveau de vie » dans le modèle atténue considérablement l'avantage des enfants nés d'une femme de statut élevé ou moyen, comparés aux enfants dont la mère a un statut très faible, surtout pendant la période postnéonatale. S'il n'y avait pas de différence de niveau de vie des ménages, l'écart de risque de décès postnéonatal « statut élevé/très faible » aurait été moins important, passant 55% à 33%. Pour la période infantile et entre 1 mois et 2 ans, cet écart serait réduit de 5 points et de 14 points respectivement. La présence de cette variable réduit également l'avantage des enfants d'une femme de statut moyen sur le plan de survie, mais avec une ampleur plus faible ; elle le fait disparaître au cours de la période 1 mois et deux ans. La différence de risque entre statut faible et statut très faible, quant à elle, demeure non significative. Autrement dit, le niveau de vie des ménages des femmes de statut public élevé et, dans une moindre mesure, celui des femmes de statut moyen favorisent leurs enfants par rapport à ceux dont la mère a un statut très faible. Les données montrent effectivement que les femmes de statut public élevé ont pour la plupart un niveau de vie élevé. *Le désavantage des enfants nés de femmes de statut très faible par rapport à ceux issus de mères de statut élevé s'expliquerait donc en partie par la précarité de leurs conditions de vie économique.*

Il y a lieu de noter qu'en présence de toutes les autres variables, le niveau de vie perd son caractère discriminant de la mortalité infantile et entre 1 mois et 2 ans. Il reste statistiquement significatif au seuil de 10% pour la mortalité postnéonatale. La différence de risque de décès postnéonatal observée entre les enfants vivant dans un ménage économiquement aisé et ceux qui résident dans un ménage très pauvre, significative au seuil de 5%, est de l'ordre de 57%, au détriment des derniers. Cette différence existe, mais elle est statistiquement moins nette, pour la mortalité entre 1 mois et 2 ans. *Une nette amélioration du niveau de vie des ménages est indispensable si l'on veut assurer une meilleure survie aux enfants pendant la période postnéonatale et entre 1 mois et 2 ans.* En effet, la survie des enfants au-delà de l'âge de 1 mois dépend plus de l'aptitude des mères de prendre soin d'eux qu'avant cet âge, car pendant la période néonatale, ce sont surtout les aspects biologiques de

la mère et de l'enfant qui jouent un rôle crucial dans la survie de ce dernier. Accroître cette aptitude nécessite des moyens financiers pour faciliter l'accès aux centres de soins de santé et aux ressources alimentaires, surtout dans le contexte malgache où le coût de la vie ne cesse d'augmenter et où la plupart des soins offerts dans les centres de santé sont payants.

La culture sanitaire est la quatrième variable introduite dans le modèle après le niveau de vie. Tant en l'absence qu'en présence des autres variables, elle joue toujours un rôle important dans la détermination de la mortalité des enfants. Le risque de décès des enfants diminue fortement lorsque le niveau de connaissances de leur mère en matière de santé est élevé. Toutes choses égales par ailleurs, une meilleure connaissance de la mère en matière de santé fait baisser considérablement (de l'ordre de 42 à 50%) le risque de décès des enfants. En revanche, l'avantage des enfants dont la mère a un niveau moyen de connaissances sanitaires sur le plan de survie disparaît en présence des autres variables. L'ignorance des femmes les place sous l'emprise de coutumes, croyances et certains tabous sur des comportements en matière de santé, pourtant néfastes à la santé de leurs enfants. Il est donc nécessaire que les connaissances sanitaires des femmes soient suffisantes pour qu'il y ait rupture avec les éléments nuisibles à la survie des enfants dans le modèle culturel traditionnel à travers l'entremise de nouveaux comportements.

La présence de la variable « culture sanitaire » dans le modèle fait disparaître l'effet du statut public de la femme et diminue de façon considérable la vulnérabilité des enfants issus d'une femme de statut public très faible par rapport aux autres. N'eût été la différence de connaissances sanitaires des mères en matière de santé, les différences de province, de milieu de résidence et de niveau de vie, les risques de décès pendant les périodes postnéonatale, infantile et entre 1 mois et 2 ans enregistrés chez les enfants nés d'une femme de statut élevé n'auraient pas été statistiquement différents de ceux des enfants nés d'une femme de statut très faible (au lieu de 33%, 34% et 40% inférieurs).

Dans un contexte environnemental, économique et culturel similaire et à des conditions de vie égales, l'avantage des enfants nés d'une femme de statut élevé par rapport à leurs congénères issus de femmes de statut très faible s'expliquerait donc par l'aptitude de leurs mères à s'occuper d'eux, aptitude forgée entre autres à partir de leurs connaissances en matière de santé. Mieux informées sur des questions relatives à la santé, les mères deviennent très sensibles aux problèmes sanitaires des enfants et seraient promptes à prendre les mesures

nécessaires pour la prévention des maladies et pour assurer les traitements adéquats en cas de maladie. Comme souligné plus haut, la variable culture sanitaire présente un effet net significatif sur la mortalité des enfants quel que soit l'âge au décès. Les connaissances sanitaires sont donc d'une grande importance dans la détermination de la chance de survie des enfants.

Ces résultats ont donc permis de confirmer en partie nos deuxième et troisième hypothèses qui postulent que *la variation de la mortalité des enfants selon le statut de la femme s'expliquerait par les différences de niveau de vie des ménages et encore davantage par les inégalités relatives aux connaissances sanitaires des mères.*

Les dernières variables introduites dans le modèle sont l'âge de la mère à l'accouchement, le sexe de l'enfant et l'intervalle intergénéral. Les effets bruts de l'« âge à l'accouchement » et l'« intervalle intergénéral » sont fortement significatifs quel que soit l'âge au décès. L'impact de ces variables va dans le sens attendu.

L'accouchement à un âge très jeune (<20 ans) et à un âge élevé (≥ 35 ans) augmenterait le risque de décès des enfants. En revanche, 20-34 ans apparaît comme la tranche d'âge la plus favorable de l'accouchement pour assurer une meilleure survie à l'enfant. Naître d'une mère âgée de 20 à 34 ans diminuerait le risque de décès infantile de 36%, comparé à une naissance chez une mère âgées de moins de 20 ans. Toutefois, il convient de noter l'absence d'effet net de cette variable sur la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et deux ans. Ces résultats ne sont pas étonnants du fait qu'au-delà de 1 mois, les décès des enfants dépendent plus des facteurs exogènes, notamment du comportement des femmes en matière de santé.

L'introduction de l'âge à l'accouchement modifie très peu les différences de risque relatif observées entre les enfants d'une femme de statut très faible et les autres. Autrement dit, le contrôle de cette variable n'atténue que très légèrement l'avantage des enfants dont la mère jouit d'un statut autre que très faible. Pour la mortalité infantile et postnéonatale, il semble même renforcer l'avantage des enfants d'une mère de statut moyen. Les femmes de statut élevé et de statut moyen n'auraient donc pas de comportement procréateur (par rapport à l'âge à l'accouchement) plus favorable à la survie des enfants que celles ayant un statut très faible.

Le sexe de l'enfant est, dans une moindre mesure, une variable de différenciation de la mortalité infantile, puisqu'en présence de toutes les variables et avec un risque de se tromper de 10%, les garçons courent un risque de décès infantile de 17% supérieur à celui des filles. Cette différence est surtout marquée en période néonatale car elle n'est plus observée pour la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et 2 ans. Cette surmortalité masculine observée au cours de la période infantile confirme la plus grande vulnérabilité des garçons pendant la période de prime enfance. Biaye (1994) a écrit à ce propos : « *Pendant la période néonatale, la surmortalité des petits garçons est principalement due au taux supérieur du syndrome de détresse respiratoire, résultant du développement moindre de leurs poumons à la naissance, en dépit de leur poids en moyenne plus élevé* » (p. 43).

L'introduction de la variable sexe de l'enfant ne semble avoir d'influence sur l'impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants quel que soit l'âge au décès. Dans le contexte malgache, le sexe ne constituerait donc pas une variable qui médiatise l'impact du statut de la femme sur la mortalité infantile. Autrement dit, *il n'y aurait pas de comportement différentiel des mères favorisant l'un ou l'autre sexe sur le plan de survie selon leur statut*. D'ailleurs, tant l'effet brut que l'effet net de cette variable sur la mortalité infantile, bien qu'ils soient statistiquement moins précis, sont en défaveur des garçons. Or, dans les pays où il existe une discrimination sexuelle, celle-ci est souvent en faveur des garçons et non des filles, surtout au cours de la période postnéonatale ou juvénile.

L'intervalle intergénéral, quant à lui, est fortement associé au risque de décès des enfants. Un espacement de naissance de moins de 24 mois correspond à un très haut risque de décès. Le risque enregistré chez les enfants premiers-nés est généralement élevé, mais il s'avère encore de loin inférieur à celui des enfants nés au cours d'un intervalle de moins de deux ans après les naissances qui les précèdent. Non seulement l'intervalle intergénéral modifie considérablement l'impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants, mais il exerce également un effet net fortement significatif sur ce phénomène. Après contrôle de toutes les autres variables, naître dans un intervalle de temps de plus de 24 mois (davantage après 48 mois) contribue à réduire sensiblement le risque de décès des enfants. *L'intervalle génésique semble ainsi jouer un rôle clé dans l'explication de la mortalité des enfants à Madagascar.*

La présence de la variable « intervalle intergénéésique » atténue largement l'avantage des enfants dont la mère a un statut moyen. Après contrôle de cette variable, l'écart de risque de décès postnéonatal observé entre statuts moyen et très faible n'est plus significatif au seuil de 5% ; cet écart diminue en passant de 26% à 21% pour la mortalité infantile, au détriment du très faible. Autrement dit, *les femmes ayant un statut très faible ont tendance à pratiquer des espacements de naissance à risque (trop court) pour la survie des enfants que les autres femmes* même si on peut penser que certaines d'entre elles pourraient avoir eu des décès fœtaux entre les naissances vivantes augmentant ainsi artificiellement l'intervalle intergénéésique.

Une meilleure connaissance des sujets relatifs à la procréation (cycle ovulatoire et méthodes contraceptives) et l'utilisation effective d'une méthode contraceptive permettrait de réduire les espacements de naissance et d'améliorer ainsi la chance de survie des enfants. Pourtant, les données disponibles montrent qu'à Madagascar, la proportion des femmes qui n'en sont pas informées reste encore relativement élevée (30% environ) et celle des femmes qui utilisent effectivement une méthode contraceptive demeure relativement faible (27%). Malgré les efforts déjà déployés par le Gouvernement et les différents organismes en vue d'élargir les sources d'informations sur les méthodes contraceptives et de vulgariser l'utilisation de ces méthodes, beaucoup reste à faire.

En résumé, *le statut public de la femme constitue un facteur de différenciation de la mortalité des enfants quel que soit le contexte économique et culturel dans lequel ces derniers vivent. Après contrôle de toutes les autres variables, son effet intrinsèque sur le phénomène n'est plus perceptible mais la différence de mortalité entre le statut public moyen et le statut très faible persiste. Les résultats confirment nos hypothèses relatives à l'importance du niveau de vie et surtout de la culture sanitaire dans l'explication de la mortalité différentielle des enfants selon le statut public de leur mère, quel que soit l'âge au décès. Son impact, passe également par l'intervalle intergénéésique.*

b) Statut privé et mortalité des enfants

A l'instar du statut public, le statut privé de la femme a un effet brut fortement significatif. Après l'introduction de toutes les variables, le statut privé de la femme voit son effet baisser considérablement, mais il reste toujours significatif (au seuil de 10% pour la

mortalité infantile et entre 1 mois et 2 ans). *Toutes choses égales par ailleurs, le statut privé reste donc un facteur de différenciation important de la mortalité des enfants.*

Tableau 5.15. : Résultats de la régression logistique de la mortalité postnéonatale sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	**	**	**	**	**
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,694**	0,693**	0,695**	0,705**	0,733**	0,736*	0,729*	0,740*
Moyen	0,494***	0,496***	0,503***	0,552***	0,578***	0,589***	0,586***	0,602***
Elevé	0,463***	0,473***	0,509***	0,648**	0,734	0,747	0,743	0,736
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		0,413***	0,415***	0,522***	0,552***	0,564***	0,565***	0,563***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,816	0,808	0,923	0,963	0,957	0,950	0,931
Mahajanga		0,853	0,847	0,886	0,927	0,914	0,916	0,905
Toliary		0,586**	0,593**	0,601**	0,586**	0,577***	0,581***	0,559***
Antsiranana		0,317***	0,313***	0,388**	0,410**	0,402**	0,402**	0,417**
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,757	0,913	0,939	0,929	0,933	0,930
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				**	**	**	**	**
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,011	1,028	1,030	1,024	1,026
Moyen				0,688**	0,728*	0,725*	0,725*	0,740
Elevé				0,417***	0,475**	0,472**	0,473**	0,491**
Culture sanitaire					**	**	**	*
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,853	0,869	0,868	0,876
Elevé					0,539**	0,551**	0,549**	0,581**
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.	n.s.
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,774*	0,776	0,849
35 ans ou plus						0,875	0,881	1,029
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,223	1,210
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								***
1 ^{ère} naissance								1,385
<24 mois								®
24-47 mois								0,747
48 mois et plus								0,415***
Model Chi square	26,270	62,654	65,207	76,427	83,579	86,358	88,944	118,468
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5	94,5
C (%)	1,2	2,9	3,0	3,6	3,9	4,0	4,1	5,5
R ²	1,5	3,6	3,7	4,3	4,7	4,9	5,0	6,7

Tableau 5.16. : Résultats de la régression logistique de la mortalité infantile sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	***	**	**	**	*
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,794*	0,795*	0,799*	0,803*	0,833	0,837	0,831	0,846
Moyen	0,586***	0,591***	0,602***	0,620***	0,652***	0,668***	0,666***	0,688***
Elevé	0,586***	0,597***	0,642***	0,690**	0,781	0,798	0,795	0,805
Province		***	***	**	**	**	**	**
Antananarivo		0,618***	0,622***	0,679***	0,716**	0,736**	0,735**	0,734**
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,923	0,916	0,970	1,009	1,004	0,996	0,986
Mahajanga		0,954	0,951	0,961	1,002	0,986	0,986	0,974
Toliary		0,834	0,851	0,848	0,830	0,812	0,815	0,786
Antsiranana		0,412***	0,407***	0,446***	0,468***	0,457***	0,456***	0,476**
Milieu de résidence			*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,773*	0,815	0,836	0,828	0,831	0,831
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,030	1,047	1,046	1,042	1,043
Moyen				0,822	0,865	0,857	0,855	0,873
Elevé				0,813	0,924	0,915	0,916	0,937
Culture sanitaire					***	***	***	**
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,881	0,905	0,905	0,920
Elevé					0,543***	0,561***	0,559***	0,593***
Age à l'accouchement						**	***	**
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,711***	0,712***	0,758**
35 ans ou plus						0,845	0,849	0,955
Sexe de l'enfant							*	*
Masculin							1,187*	1,182*
Féminin							®	®
Intervalle intergén.								***
1 ^{ère} naissance								0,637***
<24 mois								®
24-47 mois								0,462***
48 mois et plus								0,370***
Model chi square	23,479	48,230	52,111	55,247	68,035	76,510	80,041	138,084
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6	90,6
C (%)	0,7	1,5	1,6	1,7	2,1	2,3	2,5	4,2
R ² (%)	1,0	2,0	2,1	2,3	2,8	3,1	3,3	5,6

Tableau 5.17. : Résultats de la régression logistique de la mortalité entre 1 mois et deux ans sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	**	**	**	**	**
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,831	0,833	0,836	0,850	0,891	0,884	0,876	0,900
Moyen	0,538***	0,534***	0,540***	0,581***	0,618***	0,626***	0,623***	0,651***
Elevé	0,501***	0,504***	0,534***	0,642**	0,741	0,753	0,749	0,769
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		0,537***	0,539***	0,630***	0,676**	0,688**	0,686**	0,696**
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,864	0,858	0,940	0,992	0,985	0,980	0,974
Mahajanga		0,831	0,826	0,862	0,909	0,909	0,909	0,900
Toliary		0,578***	0,585***	0,597***	0,580***	0,577***	0,580***	0,558***
Antsiranana		0,381***	0,378***	0,437**	0,465**	0,462**	0,462**	0,481**
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,811	0,924	0,948	0,947	0,957	0,956
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,926	0,941	0,943	0,937	0,941
Moyen				0,791	0,844	0,838	0,841	0,858
Elevé				0,532**	0,615*	0,607*	0,607*	0,639*
Culture sanitaire					***	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					0,811*	0,822	0,821	0,830
Elevé					0,483***	0,495***	0,495***	0,529***
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.	n.s.
<20 ans						®	®	®
20-34 ans						0,848	0,850	0,834
35 ans ou plus						1,848	1,070	1,102
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,193	1,190
Féminin							®	®
Intervalle intergén.								***
1 ^{ère} naissance								1,626***
<24 mois								®
24-47 mois								0,998
48 mois et plus								0,392***
Model Chi square	26,752	53,018	54,864	61,547	74,017	76,784	79,214	116,904
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1	91,1
C (%)	1,1	2,2	2,3	2,6	3,1	3,2	3,3	4,9
R ² (%)	1,5	2,9	3,0	3,4	4,1	4,2	4,4	6,4

D'une manière générale, l'introduction progressive des variables dans le modèle donne des résultats presque similaires à ceux obtenus dans le cas du statut public de la femme. A chaque étape, la présence d'une nouvelle variable réduit (d'une intensité variable selon la variable introduite) l'avantage des enfants d'une femme de statut élevé ou de statut moyen, et dans une moindre mesure, ceux d'une femme de statut faible, comparés aux enfants nés d'une femme de statut très faible. Néanmoins, on peut noter que seules les variables niveau de vie, culture sanitaire qui affectent de façon remarquable l'impact du statut privé sur la mortalité des enfants. Le milieu de résidence et l'intervalle génésique interviennent, dans une moindre mesure, dans la modification de son influence.

Le contrôle de niveau de vie affecte beaucoup plus l'impact du statut privé de la femme sur la mortalité au-delà de 1 mois (mortalité postnéonatale et celle entre 1 mois et 2 ans) que sur la mortalité infantile. En effet, lorsqu'on introduit cette variable dans le modèle, l'avantage des enfants d'une mère de statut élevé, comparés à ceux dont la mère a un statut très faible, est réduit de 28% (l'écart de risque étant passé de 50% à 36%, au détriment de ces derniers) pour la mortalité postnéonatale et de 23% (avec un écart de risque de 36% au lieu de 47%) pour la mortalité entre le premier mois et le deuxième anniversaire. La réduction de l'avantage des premiers comparés à ces derniers après contrôle de niveau de vie des ménages n'est que de 11% (écart de risque de 31% au lieu de 36%) pour la mortalité infantile.

S'il n'y avait pas de différence de niveau de vie, la vulnérabilité des enfants nés d'une femme de statut privé très faible comparativement aux autres serait moindre pendant la première année de vie. Elle le serait davantage si ces enfants ont déjà atteint l'âge de un mois. L'intervention du niveau de vie dans l'explication de l'impact du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants est donc plus importante lorsque ces derniers ont pu survivre jusqu'à l'âge d'un mois. Après cet âge, le risque de décès des enfants diminue sensiblement, et leur survie dépendrait beaucoup plus de niveau de vie des ménages que lors du premier mois de vie. En effet, l'introduction de nouveaux aliments pendant la période de sevrage partielle et le respect de l'équilibre nutritif des enfants totalement sevrés impliquent la disponibilité de moyens financiers.

Le contrôle de la culture sanitaire, quant à lui, atténue de façon considérable l'avantage des enfants nés de femme de statut privé élevé par rapport à ceux des mères de statut très faible, quelle que soit la période considérée. Si toutes les femmes avaient le même niveau de connaissances en matière de santé, les différences de risque de décès observés entre les enfants dont la mère jouit d'un statut privé élevé et ceux nés de femmes de statut très faible n'auraient pas été statistiquement différentes, quel que soit l'âge au décès (au lieu de 36%, 31% et 36% inférieurs au cours de chacune des périodes postnéonatale, infantile et entre 1 mois et 2 ans). Les écarts de risque entre les statuts moyen et très faible restent significatifs même s'ils diminuent légèrement. Les connaissances dont détiennent les femmes ayant un statut privé élevé, et dans une moindre mesure, celles des femmes ayant un statut moyen, favoriseraient ainsi leurs enfants sur le plan de survie comparés aux enfants des femmes de statut très faible.

On peut donc retenir que *le niveau de vie et la culture sanitaire expliquent une grande partie de l'effet du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants, surtout au-delà d'un mois*. La contribution du niveau de vie dans l'explication de l'influence de ce facteur sur la mortalité infantile est relativement moins importante. En revanche, la culture sanitaire demeure une variable cruciale qui contribue à expliquer l'impact du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants, quel que soit l'âge au décès.

Les résultats après le contrôle de l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénérisique, ne permettent de constater qu'une modification très légère de l'effet du statut privé de la femme. Alors que l'intervalle intergénérisique constitue l'une des variables importantes médiatisant l'impact du statut public sur la mortalité des enfants, il n'a que peu d'effet pour le statut privé. La présence du sexe, quant à elle, n'a presque aucun effet sur l'impact du statut privé de la femme sur la mortalité des enfants, quel que soit l'âge au décès. L'impact du statut privé passerait ainsi faiblement par l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénérisique et presque pas du tout par le sexe.

Après la prise en compte des variables proches de la santé, des variables contextuelles (province et milieu de résidence), du niveau de vie économique des ménages et des connaissances sanitaires des mères, cette persistance de l'effet de la variable statut privé de la femme sur la mortalité des enfants indique qu'il existerait une (ou plusieurs) autre(s) variables intermédiaires médiatisant mais qui n'ont pas pu être prises en considération dans notre modèle. Par définition du concept, on peut penser que *si l'on pouvait mesurer la participation de la femme à la prise de décision au sein du ménage, on arriverait à mieux expliquer l'effet du statut privé sur la mortalité des enfants*. Nous pouvons donc conforter notre hypothèse quant à l'importance de la prise de décision de la femme dans la détermination de la mortalité infantile, sans pour autant pouvoir la vérifier totalement, faute de données adéquates.

En définitive, alors que le statut public n'exerce plus d'influence significative sur la mortalité des enfants, le statut privé constitue un facteur explicatif important de ce phénomène après contrôle des autres variables. Au niveau brut, le statut public a semblé influencer beaucoup plus la mortalité que le statut privé, mais il apparaît en dernier ressort que *c'est plutôt le statut privé qui a une influence plus élevée sur le phénomène, notamment sur la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et 2 ans*. Pour le confirmer, nous avons pris en compte

les deux composantes du statut dans un même modèle, en contrôlant les autres variables. Il ressort des résultats que l'effet du statut privé demeure significatif au seuil de 10% pour la mortalité postnéonatale et entre 1 mois et deux ans tandis que celui du statut public ne l'est pas du tout (tableau 5A.10 en annexe).

5.3.2. Mécanisme d'actions sur l'état nutritionnel des enfants

Nous suivons la même démarche que précédemment pour examiner les mécanismes d'action du statut de la femme sur l'état nutritionnel des enfants. Contrairement aux résultats obtenus dans le cas de la mortalité, on observe d'une manière générale une amélioration de la qualité d'ajustement des modèles aux données après l'introduction d'une nouvelle variable. Celle-ci se traduit par une augmentation du pouvoir prédictif du modèle et un accroissement significatif du Model Chi square, de C et de R². Eu égard à l'apport de chaque variable dans l'amélioration du modèle, l'âge de l'enfant apparaît comme une variable cruciale pour la détermination de l'état nutritionnel des enfants. Quel que soit l'indicateur choisi, le modèle reste bien ajusté aux données à chaque étape de la régression.

Comme pour l'analyse de la mortalité, malgré le faible apport de certaines variables (notamment le milieu de résidence et le niveau de vie) dans l'explication de l'état nutritionnel, nous ne les excluons pas du modèle afin de tester nos hypothèses.

a) Statut public de la femme et état nutritionnel des enfants

Conformément aux résultats obtenus plus haut (§4.22), le statut public de la femme a un effet brut fortement significatif quel que soit l'indicateur considéré. Pour le retard de croissance, son impact demeure perceptible du premier modèle (modèle 1) au modèle global (modèle 8) (tableau 5.18). Ainsi, en présence de toutes les autres variables, les enfants nés d'une mère de statut faible courent un risque de mesurer moins que la norme par rapport à son âge de 64% supérieur à que celui de ceux dont la mère a un statut très faible. Le statut élevé diminue ce risque de l'ordre de 30% comparé au statut très faible (cet écart est significatif au seuil de 10%). En revanche, l'impact du statut public sur l'insuffisance pondérale n'est que peu significatif après l'introduction de la dernière variable (intervalle intergénéral) et il n'existe pas du tout de différence significative de risque observée entre les modalités (tableau

5.19). L'influence qu'elle exerce sur l'émaciation disparaît dès l'introduction de la culture sanitaire (tableau 5.20).

Ces résultats confirment l'importance du statut public de la femme sur le retard de croissance, ce qui n'est pas le cas pour l'insuffisance pondérale et l'émaciation. Comme nous l'avons évoqué plus haut, cela pourrait être dû au caractère chronique de la malnutrition mesurée par le premier indicateur et le caractère conjoncturel de la malnutrition mesurée par les deux derniers.

Tableau 5.18. : Résultats de la régression logistique du retard de croissance sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,042***	1,578***	1,579***	1,572***	1,525***	1,602***	1,643***	1,639***
Moyen	1,330**	1,067	1,074	1,061	1,015	1,081	1,081	1,079
Elevé	0,920	0,702***	0,721**	0,715**	0,702**	0,691**	0,704*	0,708*
Province		***	***	***	***	**	***	***
Antananarivo		1,434***	1,432***	1,415***	1,358**	0,403**	1,400**	1,404***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,920	0,917	0,906	0,869	0,812	0,799	0,800
Mahajanga		0,786	0,787	0,786	0,761	0,762	0,762*	0,756*
Toliary		0,610***	0,612***	0,612***	0,603***	0,580	0,581***	0,577***
Antsiranana		0,617***	0,615***	0,604***	0,574***	0,503	0,496***	0,503***
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,935	0,939	0,937	0,889	0,881	0,887
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,018	1,009	0,966	0,961	0,957
Moyen				1,067	1,050	1,008	0,985	0,989
Elevé				1,013	1,010	0,909	0,896	0,910
Culture sanitaire					**	n.s.	n.s.	n.s.
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,263**	1,004	1,019	1,006
Elevé					1,087	0,836	0,835	0,829
Age de l'enfant						***	***	***
0-5 mois						0,251***	0,250***	0,252***
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						3,514	3,531***	3,538***
24-35 mois						3,037	3,062***	3,090***
Sexe de l'enfant							***	***
Masculin							1,508***	1,507**
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								n.s.
1 ^{ère} naissance								0,864
<24mois								®
24-47 mois								0,972
48 mois ou plus								0,781
Model Chi square	59,565	111,910	112,273	112,621	118,526	566,805	587,612	591,013
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	56,9	59,4	59,4	59,4	59,5	69,5	69,7	70,2
C (%)	1,7	3,2	3,2	3,2	3,4	16,3	16,9	17,0
R ² (%)	3,1	5,8	5,8	5,8	6,1	26,9	27,8	27,9

Tableau 5.19 : Résultats de la régression logistique de l'insuffisance pondérale sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	***	**	**	**	*
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,435***	1,179	1,180	1,175	1,153	1,139	1,155	1,176
Moyen	1,024	0,868	0,872	0,901	0,889	0,926	0,926	0,946
Elevé	0,686***	0,567***	0,578***	0,647***	0,695**	0,704*	0,714*	0,755
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		1,194***	1,193***	1,260**	1,224	1,270*	1,267*	1,299*
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,911	0,909	0,962	0,939	0,919	0,912	0,933
Mahajanga		0,757*	0,757*	0,776*	0,762*	0,780	0,780	0,786
Toliary		0,681**	0,683**	0,706**	0,692**	0,696**	0,697**	0,703**
Antsiranana		0,654**	0,652**	0,701*	0,675**	0,641**	0,636**	0,650**
Milieu de résidence			*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,952	0,979	0,987	0,959	0,954	0,968
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				**	**	***	***	***
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,752***	0,745***	0,671***	0,670***	0,659***
Moyen				0,817*	0,809*	0,730**	0,717**	0,722**
Elevé				0,724*	0,743*	0,624**	0,616**	0,618**
Culture sanitaire					**	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,206*	0,959	0,967	0,925
Elevé					0,873	0,658***	0,657***	0,622***
Age de l'enfant						***	***	***
0-5 mois						0,096***	0,096***	0,096***
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						2,656***	2,656***	2,685***
24-35 mois						2,086***	2,089***	2,150***
Sexe de l'enfant							***	***
Masculin							1,289***	1,300***
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								**
1 ^{ère} naissance								0,623***
<24mois								®
24-47 mois								0,864
48 mois ou plus								0,872
Model Chi square	37,590	61,933	62,115	70,145	79,189	528,109	535,963	546,170
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	60,5	60,6	60,6	61,5	61,4	67,8	68,4	69,2
C (%)	1,1	1,8	1,8	2,1	2,3	15,6	15,9	16,2
R ² (%)	2,0	3,3	3,3	3,7	4,2	25,6	26,0	26,4

Tableau 5.20: Résultats de la régression logistique de l'émaciation des enfants sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	**	**	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,040	1,016	1,021	1,051	1,019	0,996	1,014	1,026
Moyen	1,025	1,011	1,035	1,207	1,134	1,162	1,168	1,178
Elevé	0,493***	0,456***	0,499**	0,695	0,618	0,623	0,638	0,654
Province		*	*	**	**	**	**	**
Antananarivo		1,758**	1,743**	2,144***	2,053***	2,102***	2,117***	2,144***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		2,049***	2,026**	2,428***	2,314***	2,472***	2,462***	2,506***
Mahajanga		1,422	1,422	1,476	1,423	1,593	1,604	1,630
Toliary		1,739 *	1,739 *	1,802**	1,807**	1,909**	1,917**	1,935**
Antsiranana		0,853	0,853	1,111	1,053	1,120	1,123	1,130
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,800	0,845	0,833	0,832	0,823	0,835
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				** *	** *	** *	** *	** *
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,742	0,736	0,709*	0,712*	0,709*
Moyen				0,458***	0,450***	0,415***	0,408***	0,406***
Elevé				0,517**	0,496**	0,463**	0,463**	0,458**
Culture sanitaire					n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,216	1,118	1,116	1,088
Elevé					1,377	1,325	1,303	1,268
Age de l'enfant						***	***	***
0-5 mois						0,481***	0,481**	0,479**
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						2,388***	2,375***	2,408***
24-35 mois						0,834	0,834	0,837
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,294	1,304
Féminin							®	®
Intervalle intergénés.								n.s.
1 ^{ère} naissance								0,717
<24mois								®
24-47 mois								0,787
48 mois ou plus								1,939
Model Chi square	11,228	22,548	23,474	36,135	37,823	93,524	96,161	97,429
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8
C (%)	0,9	1,7	1,8	2,8	2,9	7,2	7,4	7,5
R ² (%)	1,1	2,2	2,3	3,5	3,7	9,0	9,3	9,4

Contrairement au milieu de résidence, la province de résidence apparaît comme un facteur important dans l'explication de l'état nutritionnel des enfants. En effet, en présence de toutes les variables, il existe des différences fortement significatives de retard de croissance, d'insuffisance pondérale et d'émaciation selon la province. Antananarivo figure parmi les provinces à haut risque pour les enfants sur le plan nutritionnel.

Les résultats montrent que l'introduction de la province et du milieu de résidence a modifié de façon considérable l'influence du statut public de la femme sur l'état nutritionnel

des enfants, notamment sur le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. De plus, en leur présence, ce dernier maintient son caractère discriminant pour ces trois formes de malnutrition. Ce qui signifie que même s'il n'y avait pas de différence de contexte dans le milieu de vie des femmes, leur statut demeurerait un facteur de différenciation de l'état nutritionnel de leurs enfants.

Lorsque la province est introduite dans le modèle avec le statut de la femme, le désavantage du point de vue retard de croissance et insuffisance pondérale des enfants d'une femme de statut faible ou moyen comparativement à ceux d'une femme de statut très faible se réduit sensiblement. Après contrôle de cette variable, le statut faible est associé à un risque de retard de croissance des enfants de 58% supérieur (au lieu de 2 fois) à celui du statut très faible ; la différence significative entre le statut moyen et très faible, qui était de 33% au désavantage du premier, disparaît. De même, la différence de risque d'insuffisance pondérale observée entre les statuts faible et très faible n'est plus significative.

En revanche, la présence de cette variable fait apparaître/renforce l'avantage lié au statut élevé comparé au statut très faible. Le statut élevé, contribue cette fois-ci à réduire de 30% le risque de retard de croissance des enfants alors qu'il n'y avait pas de différence significative. Par rapport à l'insuffisance pondérale, l'avantage de ceux qui sont nés de femmes statut élevé s'accroît de 65%, l'écart de risque « élevé/très faible » étant passé de 31% à 43%. Autrement dit, *le contexte dans lequel les femmes de statut élevé vivent serait défavorable à leurs enfants (du point de vue état nutritionnel) par rapport à ceux nés d'une femme de statut très faible*. Ce sont les femmes de statut élevé qui semblent les plus défavorisées par rapport aux femmes de statut très faible, car elles ont tendance à résider dans la province d'Antananarivo où le risque (notamment le risque de retard de croissance) est élevé. Par contre, celles qui ont un statut faible ou moyen ont tendance à résider à Toliary ou à Antsiranana.

Dans certaines provinces comme celle d'Antananarivo, l'exposition de la population à la modernisation et la prolifération des activités dans le secteur informel (pour ne prendre que ces deux éléments) pourraient défavoriser nettement les enfants sur le plan nutritionnel par le biais des comportements des femmes en matière de nutrition. A titre d'exemple, l'abandon de l'allaitement exclusif résultant du manque de temps pour s'occuper des enfants à cause de l'exercice d'une activité économique a un impact significatif sur l'état nutritionnel de l'enfant.

Dans un tel contexte, la situation des mères ayant un statut élevé expose ainsi leurs enfants à un haut risque de malnutrition comparativement à celle des mères ayant un statut très faible. Cependant, le désavantage résultant d'une telle situation aurait pu être compensé notamment par les avantages économiques procurés par les revenus engendrés par ces activités chez les femmes de statut élevé.

En revanche, non seulement, la variable milieu de résidence n'est pas significative, mais la distinction urbain/rural de la résidence des femmes affecte très peu l'action du statut de la femme dans la détermination de l'état nutritionnel des enfants (retard de croissance, insuffisance pondérale et émaciation).

Même au niveau brut, le risque de retard de croissance était peu sensible à la variation du niveau de vie. En effet, il faut que le ménage atteigne un niveau de vie élevé pour que son effet sur le retard de croissance soit perceptible. Après le contrôle des autres variables, les différences de risque chez les enfants de mesurer moins que la norme par rapport à leur âge, du fait des différences de niveaux de vie des ménages, disparaît.

Par contre, tant au niveau brut qu'au niveau net, le niveau de vie apparaît comme un facteur de différenciation de l'insuffisance pondérale et de l'amaigrissement. Le risque de connaître ces deux types de malnutrition diminue fortement au fur et à mesure que le niveau de vie augmente. Toutes choses égales par ailleurs, les enfants vivant dans un ménage économiquement aisé courent un risque d'insuffisance pondérale de 38% plus faible et un risque d'émaciation de 53% plus faible que ceux enregistrés chez les enfants résidant dans un ménage de niveau de vie très faible. Les écarts de risque d'insuffisance pondérale observés entre «moyen/très faible» et entre «faible/très faible» sont de l'ordre de 28% et de 34%, au détriment du «très faible». Ces écarts sont respectivement de 60% et 30% pour l'émaciation.

De plus, contrairement à l'insuffisance pondérale et l'émaciation, le contrôle de niveau de vie affecte très peu l'influence du statut de la femme sur le retard de croissance. Pour les deux premiers indicateurs, il réduit sensiblement les écarts de risque observés entre les statuts élevé et très faible. Aussi, si tous les enfants vivaient dans les mêmes conditions de vie économique, ceux dont la mère a un statut élevé courraient un risque d'insuffisance pondérale de 35% inférieur (au lieu de 42%) à celui des enfants issus d'une mère de statut très faible. Dans les mêmes conditions, il n'y aurait plus de différence significative de risque

d'émaciation entre ces deux statuts, alors que le risque associé au statut élevé était de 50% inférieur à celui associé au statut très faible avant l'introduction du niveau de vie. L'écart relatif de risque d'amaigrissement entre statut moyen et faible, quant à lui, demeure statistiquement non significatif. Autrement dit, l'avantage des enfants nés d'une femme de statut élevé provient en partie du niveau de vie élevé de leur ménage.

Il importe de rappeler que le retard de croissance est une malnutrition chronique ; il nécessite une période assez longue pour qu'en cas de problème de sous-nutrition, le ralentissement de la croissance se répercute sur la mesure taille-âge. En revanche, l'émaciation (malnutrition aiguë) et l'insuffisance pondérale sont sensibles à un problème d'alimentation du moment et à l'apparition de maladies infectieuses, qui sont à l'origine d'une perte brusque de poids. Face à tout danger susceptible de provoquer une malnutrition, les femmes de statut élevé ou moyen, vivant généralement dans un ménage économiquement aisé ou de niveau de vie moyen peuvent immédiatement mobiliser des ressources financières pour accéder à de meilleurs soins. Elles peuvent ainsi épargner à leurs enfants une perte de poids, contrairement aux autres. En revanche, quel que soit le niveau de vie du ménage, la taille des enfants ne serait pas affectée à court terme par des problèmes nutritionnels. *Les conditions de vie actuelles des ménages auraient ainsi un impact perceptible sur l'émaciation et l'insuffisance pondérale et pas forcément sur le retard de croissance.*

La culture sanitaire, quant à elle, exerce un effet brut significatif sur le retard de croissance et sur l'insuffisance pondérale et pas sur l'émaciation. Son effet sur le retard de croissance disparaît tandis que celui qu'elle exerce sur l'insuffisance pondérale demeure en présence des autres variables. La culture sanitaire s'avère donc un facteur de discrimination très important de l'insuffisance pondérale. Une meilleure connaissance en matière de santé réduit de 38% le risque pour un enfant de peser moins que la norme par rapport à son âge.

L'introduction de la culture sanitaire induit une modification de l'influence du statut public de la femme aussi bien sur le retard de croissance que sur l'insuffisance pondérale. En présence de cette variable, l'écart de risque de retard de croissance observé entre « faible/très faible » est de 53% (au lieu de 57%), ceci au détriment du premier ; cet écart passe de 28% à 30% entre « élevé/très faible », cette fois-ci au détriment du dernier. En revanche, le risque d'insuffisance pondérale enregistré chez les enfants nés d'une femme de statut élevé est de

30% inférieur (au lieu de 35%) à celui leurs congénères dont la mère a un statut très faible en sa présence.

Les différences de risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale observées entre ces enfants résulteraient donc des différences de connaissances de leur mère en matière de santé. Sur le plan nutritionnel, les femmes de statut élevé font profiter à leurs enfants les avantages en termes de connaissances sanitaires lié à leur statut. En revanche, les femmes ayant un statut faible seraient insuffisamment informées en la matière et exposeraient ainsi leurs enfants à un plus grand risque de retard de croissance.

L'âge et le sexe de l'enfant s'avèrent des variables discriminantes de l'état nutritionnel des enfants. Toutes choses égales par ailleurs, le risque de malnutrition des enfants âgés de moins de six mois est nettement inférieur à celui de ceux âgés de six à 11 mois : 75% inférieur pour le retard de croissance, 90% et 52% moins élevé pour l'insuffisance pondérale et l'émaciation. La vulnérabilité des enfants âgés de 6 à 11 mois comparés aux enfants de moins de six mois résulte en grande partie de leur susceptibilité pendant la période de sevrage. L'âge compris entre 6 et 11 mois correspond à la période de sevrage partiel, période pendant laquelle l'introduction des aliments supplémentaires rend les enfants plus sujets à de hauts risques de malnutrition comparativement à l'âge de moins de six mois.

Le risque de malnutrition, quelle que soit la nature de celle-ci, va plus que du simple au double selon que l'enfant est âgé de 6 à 11 mois ou qu'il dépasse l'âge de 12 mois. Les besoins nutritionnels des enfants varient selon leur âge. Plus un enfant grandit, plus son état nutritionnel dépend de la quantité et de la qualité d'aliments qui lui sont offerts et donc de l'aptitude de la mère à assurer l'équilibre nutritif, alors qu'avant l'âge de six mois, il suffit que la mère respecte l'allaitement maternel pour satisfaire aux besoins de l'enfant. Après cet âge, et notamment au-delà de 12 mois, elle aura à veiller à la qualité et la quantité d'aliments à donner son enfant. Le risque de malnutrition est donc nettement plus élevé au cours de cette dernière période.

Par rapport au sexe, il apparaît que les garçons sont plus touchés par le retard de croissance et l'insuffisance pondérale que les filles. Cependant, les différences sexuelles quant à l'émaciation ne s'avèrent pas significatives. La plus grande vulnérabilité des garçons par rapport aux filles du point de vue nutrition a été démontrée dans des pays comme le Sénégal

et le Mali (Biaye, 1994), mais l'explication de ce phénomène n'est pas tout à fait claire. Selon Waldron (1987) (cité par Biaye, 1994, p. 183), cela s'explique par la différence des taux masculins et féminins de maladies infectieuses et parasitaires ou peut-être aussi par une plus grande sensibilité masculine à un niveau donné de carence nutritionnelle.

Enfin, nous nous attendions à ce qu'un intervalle court joue sur l'état nutritionnel des enfants : soit de l'enfant précédent (du fait du sevrage brusque), soit de l'enfant suivant (du fait d'un allaitement insuffisant résultant de l'épuisement de la mère). Cependant, l'intervalle intergénéral n'apparaît comme un facteur discriminant de l'état nutritionnel des enfants que pour l'insuffisance pondérale. De plus, seule la différence de risque d'insuffisance pondérale entre les enfants de premier rang et ceux qui sont nés au cours d'une période de moins de deux ans après les enfants qui les précèdent s'avère significative. Toutes choses égales par ailleurs, les enfants de rang un ont un risque d'insuffisance pondérale de l'ordre de 38% inférieur à celui de ces derniers. La longueur de l'intervalle ne semblerait donc exercer aucun effet sur l'état nutritionnel des enfants.

Seul le contrôle de l'âge affecte de façon notable l'impact du statut de la femme sur le retard de croissance et l'insuffisance pondérale des enfants. Le contrôle de l'âge des enfants augmente le désavantage des enfants nés d'une femme de statut faible comparativement à ceux nés d'une mère de statut très faible. A l'inverse, il diminue l'avantage des enfants nés d'une femme de statut élevé. S'il n'y avait pas de risques différentiels de malnutrition selon l'âge des enfants, les femmes de statut faible exposeraient leurs enfants à un risque de retard de croissance de 60% supérieur (au lieu de 53%) à celui enregistré chez les enfants nés d'une femme de statut très faible. Alors que les enfants dont la mère jouit d'un statut élevé couraient 30% plus de risque d'être sujets à une insuffisance pondérale, comparés à leurs congénères nés de femme de statut très faible avant le contrôle de leur âge, la différence n'est plus significative qu'au seuil de 10% après le contrôle de cette variable. La différence de risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale des enfants selon le statut de leur mère s'expliquerait donc en partie par les différences d'âge de ces enfants. Autrement dit, les femmes ayant des statuts différents n'ont pas les mêmes comportements vis-à-vis des enfants ; ceux-ci varient en fonction de l'âge.

Quant à l'émaciation, la présence de ces variables dans le modèle affecte très peu les différences de risques des enfants selon le statut de leur mère.

En résumé, chaque variable a contribué certes, tant peu soit-il, à modifier l'effet du statut de la femme sur ces trois composantes de l'état nutritionnel concernées dans cette étude. Cependant, il ressort des résultats que l'introduction de la province, de la culture sanitaire et l'âge des enfants, a beaucoup plus affecté l'impact du statut sur le retard de croissance. *Ces variables expliquent donc une grande partie de l'impact du statut de la femme sur le retard de croissance des enfants. Pour l'insuffisance pondérale, il faudrait, d'après les résultats, ajouter à cette liste le niveau de vie.*

Pour l'émaciation, l'impact du statut public de la femme s'estompe dès la prise en compte du niveau de vie, et seule cette dernière variable a modifié sensiblement les différences de risques entre les différentes modalités du statut de la femme. Autrement dit, *l'impact du statut public de la femme sur l'émaciation (amaigrissement) des enfants s'explique en grande partie par les différences de niveau de vie des ménages. La différence du milieu de résidence interviendrait dans une moindre mesure.*

b) Statut privé et état nutritionnel des enfants

Comme pour le statut public, quel que soit l'indicateur utilisé, l'introduction d'une nouvelle variable dans l'analyse contribue d'une manière générale à améliorer la qualité d'ajustement des modèles aux données. Le milieu de résidence constitue, de nouveau, la variable qui a le plus faible apport explicatif et l'âge de l'enfant, celle qui en a le plus élevé.

Lorsque le statut privé de la femme est introduit seul dans le modèle, il constitue une variable de discrimination importante du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale des enfants. Ce n'est pas le cas pour l'émaciation. Contrairement aux relations observées avec le statut public, le risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale des enfants diminue au fur et à mesure que le statut privé de la femme s'améliore.

Toutes choses égales par ailleurs, le statut privé de la femme n'a plus d'effet significatif que sur le retard de croissance. Ce résultat révèle donc une plus grande importance du statut privé dans la détermination du retard de croissance que sur les autres types de malnutrition. Après contrôle de toutes les variables, le risque de retard de croissance des enfants nés d'une femme de statut privé élevé est de 34% inférieur à celui des enfants dont la mère a un statut très faible ; celui des enfants de statut moyen est de 22% moins élevé et

statistiquement moins précis. Les risques d'insuffisance pondérale ou d'émaciation des enfants dans les catégories des mères selon leur statut ne sont pas statistiquement différents.

Tableau 5.21. : Résultats de la régression logistique du retard de croissance sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut prive femme	***	***	***	**	**	*	**	**
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,912	0,889	0,894	0,897	0,879	0,831	0,816	0,824
Moyen	0,817*	0,794**	0,804*	0,821*	0,805*	0,785*	0,781*	0,783*
Elevé	0,619***	0,596***	0,625***	0,659***	0,650***	0,668***	0,665***	0,657***
Province		***	***	***	***	**	***	***
Antananarivo		1,343***	1,351***	1,396***	1,330**	1,381***	1,373***	1,377***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,919	0,912	0,923	0,883	0,818	0,802	0,803
Mahajanga		0,665***	0,667***	0,676***	0,660***	0,649***	0,643***	0,637***
Toliary		0,545***	0,548***	0,553***	0,548***	0,519***	0,515***	0,512***
Antsiranana		0,588***	0,585***	0,595***	0,561***	0,494***	0,484***	0,491***
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,867	0,917	0,920	0,866	0,859	0,866
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,001	0,995	0,949	0,946	0,941
Moyen				1,029	1,012	0,965	0,944	0,949
Elevé				0,836	0,855	0,740	0,735*	0,751
Culture sanitaire					**	*	*	*
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,310***	1,055	1,071	1,057
Elevé					1,050	0,799	0,802	0,796
Age de l'enfant						***	***	** *
0-5 mois						0,252***	0,251***	0,253***
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						3,440***	3,461***	3,467***
24-35 mois						2,963***	3,987***	3,019***
Sexe de l'enfant							***	***
Masculin							1,498***	1,497***
Féminin							®	®
Intervalle intergénés.								n.s.
1 ^{ère} naissance								0,848
<24mois								®
24-47 mois								0,967
48 mois ou plus								0,761
Modél Chi square	19,264*	87,093	88,832	90,946	100,055	541,148	561,474	567,617
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	53,5	59,3	59,2	59,3	59,8	68,6	69,4	69,4
C (%)	0,6	2,5	2,6	2,6	2,9	15,6	16,2	16,3
R ²	1,0	4,5	4,6	5,2	5,2	25,9	26,7	26,9

Tableau 5.22 : Résultats de la régression logistique de l'insuffisance pondérale sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,856	0,839	0,844	0,859	0,862	0,812*	0,803*	0,817
Moyen	0,747**	0,729***	0,738***	0,803*	0,811*	0,800*	0,798*	0,809
Elevé	0,614***	0,597***	0,629***	0,728**	0,761**	0,812	0,807	0,828
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		1,097	1,103	1,245*	1,214	1,272*	1,268*	1,305**
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,925	0,917	0,998	0,975	0,948	0,938	0,958
Mahajanga		0,698**	0,700**	0,731**	0,726**	0,745*	0,741*	0,744*
Toliary		0,656***	0,661***	0,686**	0,672**	0,672**	0,670**	0,672**
Antsiranana		0,644**	0,640***	0,718*	0,688*	0,660*	0,653**	0,664*
Milieu de résidence			*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,855	0,941	0,961	0,927	0,923	0,940
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	**	***	***	***
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,741***	0,738***	0,663***	0,662***	0,651***
Moyen				0,770**	0,772**	0,693***	0,681***	0,690***
Elevé				0,594***	0,645***	0,527***	0,523***	0,534***
Culture sanitaire					**	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,206**	0,961	0,970	0,928
Elevé					0,823	0,611***	0,612***	0,584***
Age de l'enfant						***	***	***
0-5 mois						0,095***	0,095***	0,095***
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						2,637***	2,639***	2,673***
24-35 mois						2,072***	2,076***	2,143***
Sexe de l'enfant							***	***
Masculin							1,290***	1,300***
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								**
1 ^{ère} naissance								0,615***
<24mois								®
24-47 mois								0,869
48 mois ou plus								0,882
Model Chi-square	18,752	44,391	46,393	60,054	72,318	520,266	528,172	539,160
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	60,4	60,5	60,5	60,9	61,7	68,1	67,4	67,6
C (%)	0,6	1,3	1,4	1,8	2,1	15,4	15,7	16,0
R ² (%)	1,0	2,4	2,5	3,2	3,8	25,3	25,7	26,2

Tableau 5.23: Résultats de la régression logistique de l'émaciation des enfants sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,889	0,892	0,904	0,932	0,899	0,901	0,898	0,895
Moyen	0,734	0,721	0,741	0,862	0,827	0,841	0,842	0,848
Elevé	0,588**	0,561**	0,623*	0,816	0,761	0,822	0,818	0,824
Province		*	*	**	**	**	**	**
Antananarivo		1,588*	1,599**	2,112***	2,006***	2,058***	2,071***	2,098***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		2,066***	2,031**	2,465***	2,362***	2,498***	2,477***	2,522***
Mahajanga		1,315	1,318	1,383	1,346	1,520	1,518	1,538
Toliary		1,691*	1,717*	1,759**	1,782**	1,885**	1,882**	1,891**
Antsiranana		0,897	0,847	1,133	1,076	1,161	1,156	1,160
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			0,713	0,830	0,816	0,809	0,801	0,815
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,735	0,729	0,702*	0,706*	0,702*
Moyen				0,456***	0,443***	0,409***	0,402***	0,400***
Elevé				0,435**	0,411***	0,383***	0,385***	0,385***
Culture sanitaire					n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Faible					®	®	®	®
Moyen					1,246	1,147	1,149	1,120
Elevé					1,329	1,259	1,247	1,213
Age de l'enfant						***	***	***
0-5 mois						0,479**	0,478**	0,476**
6-11 mois						®	®	®
12-23 mois						2,348***	2,339***	2,372***
24-35 mois						0,827	0,829	0,832
Sexe de l'enfant							*	n.s.
Masculin							1,310*	1,320
Féminin							®	®
Intervalle intergéné.								n.s.
1 ^{ère} naissance								0,706
<24mois								®
24-47 mois								0,782
48 mois ou plus								1,938
Model Chi square	6,332	16,656	18,933	33,526	35,188	89,899	92,809	95,180
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8	92,8
C (%)	0,5	1,3	1,5	2,6	2,7	6,9	7,1	7,3
R ² (%)	0,6	1,6	1,9	3,3	3,4	8,7	9,0	9,2

Les résultats permettent de constater une certaine stabilité de l'impact du statut privé sur l'état nutritionnel, les écarts de risque ne variant que légèrement à chaque étape des régressions. Chaque nouvelle variable introduite dans le modèle contribue modestement à diminuer l'impact du statut privé tant sur le retard de croissance que sur l'insuffisance pondérale. Néanmoins, on relève une modification beaucoup plus marquée des différences de risque de retard de croissance lors de l'introduction de la province, du milieu de résidence, du niveau de vie comparativement aux autres variables. L'introduction de ces trois variables contribue à modifier d'au moins 3 points les écarts de risque entre statut élevé ou moyen et statut très faible (la modification ne dépasse guère 2 points après l'introduction des autres

variables). *La province, le milieu de résidence et le niveau de vie des ménages sont donc les variables qui contribuent les plus à expliquer la variation des risques de retard de croissance des enfants selon le statut privé de leur mère.* Les autres variables (culture sanitaire, âge et sexe de l'enfant, intervalle intergénéral) interviennent, dans une moindre mesure, dans l'explication de l'impact du statut privé sur le retard de croissance des enfants.

En revanche, *le statut privé agit sur l'insuffisance pondérale à travers essentiellement le niveau de vie des ménages, la culture sanitaire ainsi que l'âge de l'enfant.* La province, le sexe de l'enfant et l'intervalle intergénéral contribuent mais faiblement à l'explication de l'impact de ce facteur sur l'insuffisance pondérale.

Par ailleurs, les résultats confirment l'importance de l'âge de l'enfant dans la détermination de l'état nutritionnel, notamment du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale. En d'autres termes, l'état nutritionnel des enfants malgaches dépend plus de l'âge de l'enfant que des autres variables, y compris le statut de la femme.

Pour terminer, les analyses ont montré que tant le statut public que le statut privé de la femme constituent des facteurs explicatifs importants du retard de croissance, et non sur l'insuffisance pondérale et l'émaciation. Lorsqu'on les met ensemble dans le même modèle avec les variables de contrôle, l'influence significative du statut public sur le retard de croissance persiste, contrairement à celle du statut privé (tableau A5.11 en annexe). Ce résultat confirme donc que le fait que le statut public influence beaucoup plus l'état nutritionnel des enfants (plus précisément, le retard de croissance) que le statut privé.

En guise de conclusion ...

Ce chapitre a été consacré à l'analyse de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants et à la recherche de ses mécanismes d'action. Les analyses ont montré que les deux statuts ont des effets bruts fortement significatifs sur la mortalité des enfants (exceptée la mortalité néonatale) et sur l'état nutritionnel des enfants (excepté l'émaciation pour le statut privé). Comme attendus, ils constituent donc des facteurs de différenciation importants de la mortalité et de l'état nutritionnel des enfants, et ceci, quel que soit le contexte. Toutefois, contrairement aux attentes, le statut public très faible n'est pas toujours associé à un haut risque sur le plan nutritionnel. Cependant, l'importance de chacune des deux composantes du

statut varie selon les indicateurs de la santé des enfants considérés. Tant le statut public que le statut privé, par exemple, n'exercent aucun effet significatif sur la mortalité néonatal. Il en résulte qu'ils ont des effets plus importants sur la mortalité lorsque les enfants ont déjà survécu au décès néonatal. Après le contrôle des autres variables, le statut public ne s'avère plus un déterminant significatif de la mortalité des enfants au-delà de 1 mois alors que le statut privé constitue un facteur explicatif important de ce phénomène. Pour l'état nutritionnel, seul le retard de croissance est déterminé significativement par les deux statuts.

Par ailleurs, les résultats n'ont permis de confirmer qu'en partie notre sixième hypothèse. Le statut privé influence beaucoup plus la mortalité des enfants que le statut public. Toutefois, malgré l'importance du statut privé de la femme sur la santé des enfants, l'influence du statut public sur l'état nutritionnel (le retard de croissance) s'avère prépondérante sur celle du statut privé.

Les analyses multivariées ont permis de chercher les voies par lesquelles le statut de la femme agit sur la santé des enfants. Les mécanismes d'action de ces variables varient également selon le phénomène considéré. Néanmoins, les résultats confortent la thèse relative à l'importance du niveau de vie et de la culture sanitaire dans l'explication de leur impact sur la santé des enfants. Les hypothèses avancées souvent dans la littérature au sujet des avantages économiques et culturels procurés par un statut (public ou privé) élevé de la femme ont pu être vérifiées. Bien que les données n'aient pas pu le vérifier empiriquement, les résultats ont également fait pressentir l'importance de la prise de décision dans la détermination de la santé des enfants. En effet, comme on le verra dans le chapitre suivant, à ces deux types d'avantages, s'ajoute également un avantage social, notamment celui lié à la possibilité pour la mère de participer à la prise de décision au sein du ménage pour expliquer l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants.

Ces résultats révèlent ainsi que des stratégies isolées cherchant tout simplement à améliorer le statut de la femme ne porteront pas toujours des fruits, si elles ne sont pas accompagnées de mesures visant à améliorer tant le niveau de vie des ménages que celui de la culture sanitaire des femmes, et de stratégies de mobilisation sociale amenant les femmes à adopter des comportements sanitaires adéquats. Les stratégies de lutte contre la pauvreté et l'ignorance devraient ainsi aller de paire avec les stratégies visant à améliorer le statut de la femme afin d'optimiser les résultats sur l'amélioration de la santé des enfants.

CHAPITRE VI

EXAMEN DE L'IMPACT DU STATUT DE LA FEMME SUR LA SANTE DES ENFANTS A TRAVERS LES RECOURS AUX SOINS

Dans la partie théorique, nous avons mis en exergue l'importance du rôle des soins de santé maternels et infantiles dans l'étude de la santé des enfants. Dans les recherches explicatives relatives à la santé des enfants, les comportements des mères sont souvent décrits comme des variables intermédiaires, c'est-à-dire des variables qui médiatisent l'influence des facteurs socio-économiques et culturels sur ce phénomène. Ainsi, dans la plupart des études, les auteurs expliquent les variations de la santé des enfants observées par les différences de comportements des mères selon leur catégorie sociale.

Pour des raisons liées aux données disponibles, nous n'avons pas pu considérer les variables relatives aux comportements sanitaires des mères dans les analyses précédentes. Pour la mortalité, par exemple, ces types d'informations n'ont été recueillis que pour les enfants nés au cours des trois années précédant l'enquête¹ et les données sur la vaccination pour les enfants décédés ne sont pas disponibles.

Toutefois, les éléments relevant de ces comportements dans l'explication de la variation de l'état de santé des enfants et en particulier, celle de la mortalité des enfants, sont plus souvent mentionnés que réellement étudiés. A notre connaissance, peu d'études considèrent les variables comportementales comme des variables à expliquer. Or, le poids considérable des comportements des femmes en matière de santé dans la détermination de la santé des enfants fait appel à une analyse beaucoup plus approfondie pour essayer de mieux comprendre les logiques qui les sous-tendent. Une telle analyse pourrait permettre de valider (ou d'infirmer) les explications souvent avancées sur les inégalités des enfants devant la santé. Il y a donc lieu de se poser des questions sur les raisons qui motivent l'adoption par les femmes de tel ou tel comportement, et si le statut de la femme constitue un facteur qui influence les comportements des mères vis-à-vis de la santé de leurs enfants. Répondre à cette question constitue l'objet de ce chapitre.

¹ Cependant, les analyses sur la mortalité portaient sur les naissances survenues au cours de la période de 5 ans (1992-1996).

Il convient de préciser que les analyses qui suivent portent sur les recours aux deux types de soins, à savoir les soins préventifs et les soins curatifs. Parmi les soins préventifs, nous examinons particulièrement les soins prénataux, les soins relatifs à l'accouchement et la vaccination des enfants. Quant aux soins curatifs, nous nous intéresserons aux soins apportés par les femmes aux enfants en cas de diarrhée.

6.1. Analyse des comportements prénataux (recours aux soins médicaux pour le suivi de la grossesse)

6.1.1. Importance de la prise en charge médicale de la grossesse et des soins prénataux adéquats

Comme souligné dans la partie théorique, le suivi prénatal, surtout auprès du personnel de santé qualifié est particulièrement recommandé aux femmes pour prévenir les risques de maladies et de complications lors de l'accouchement. Cependant, cette pratique n'est pas forcément ancrée dans les habitudes des mères, d'autant qu'elle peut engendrer un coût financier du fait du prix de la consultation. Qu'en est-il à Madagascar ?

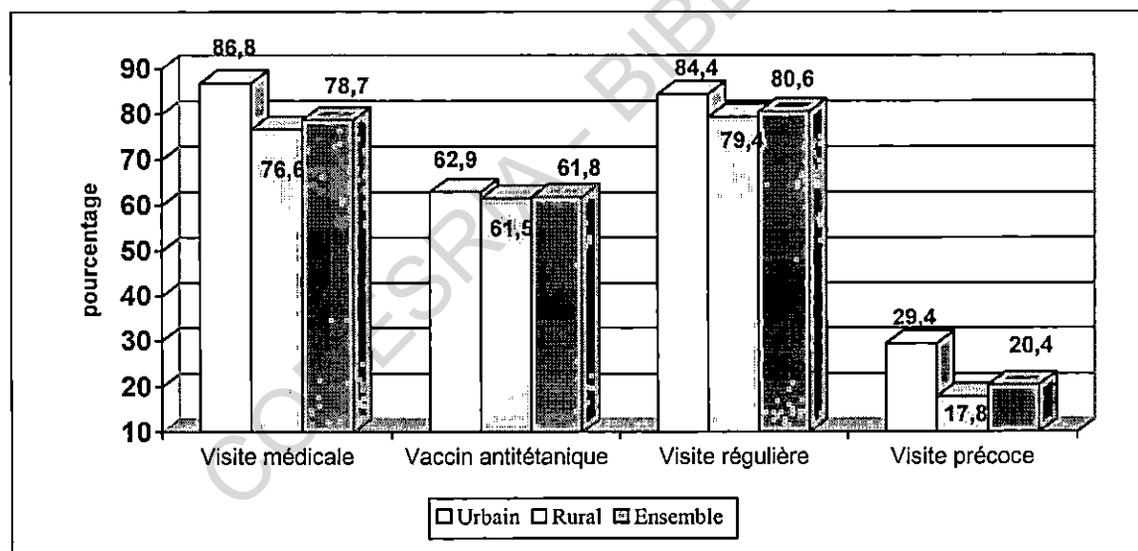
Au niveau global, les résultats montrent une prévalence de suivi médical de la grossesse relativement élevée chez les femmes malgaches : environ quatre cinquièmes (78%) des femmes ayant eu au moins une naissance survenue au cours des trois années précédant l'enquête ont effectué au moins une consultation prénatale. Néanmoins, l'absence de suivi médical de la grossesse ou le recours au système traditionnel n'est pas non plus négligeable. Environ une femme sur cinq n'a pas eu du tout recours aux soins médicaux pendant la période de gestation, ou s'est plutôt dirigée vers les accoucheuses traditionnelles (ou autres personnes) pour suivre sa grossesse. La persistance de ce comportement traditionnel chez certaines femmes a été confirmée lors des entretiens et des discussions de groupe. Onze femmes parmi les trente interviewées ont consulté une « reninjaza »² (matrones ou accoucheuses traditionnelles) au cours de leurs grossesses. Comme l'a affirmé l'un des intervenants dans un groupe à Fianarantsoa rural :

« Beaucoup de femmes vont consulter les 'reninjaza' quand elles sont enceintes. Il n'y a pas longtemps, nous avons entendu parler d'une femme qui avait un enfant mal placé dans

l'utérus. La sage-femme ne savait pas que faire, elle a dit simplement qu'un tel cas nécessite une opération...cette femme est vite allée voir une 'reninjaza'. Les femmes vont voir les 'reninjaza' pour vérifier la position de leur enfant et pour se faire masser. Celles-ci savent redresser l'enfant au cas où il y a un problème...Même en ville, beaucoup de femmes ont conservé cette habitude»³.

Lorsqu'on considère le milieu de résidence, il existe une certaine disparité entre urbain et rural quant à l'utilisation des services de soins prénataux, et ceci, au détriment du dernier (graphique 6.1). La négligence du suivi médical de la grossesse est beaucoup plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain. La proportion des femmes rurales ayant eu recours à la prise en charge médicale de la grossesse est de 76,6%, contre 86,7% en milieu urbain. Autrement dit, la fréquence du non-recours aux soins médicaux en milieu rural est presque le double de celle du milieu urbain (23,4% contre 13,2%).

Graphique 6.1. : Répartition des femmes selon la complianc aux recommandations relatives aux soins prénataux et selon le milieu de résidence



Par ailleurs, il convient de rappeler ici qu'en dehors de la prise en charge médicale de la grossesse, il existe trois recommandations relatives aux suivis prénataux adéquats (confer chapitre2) : la précocité de la première visite prénatale (première visite avant la fin du premier trimestre de la grossesse), la régularité des visites prénatales (au moins trois consultations

² Il s'agit des femmes qui ont reçu un don particulier (ou qui le prétendent) pour s'occuper des femmes enceintes. Comme nous le verrons, elles veillent particulièrement sur la position de l'enfant dans l'utérus et aide la femme à se soulager de toute sorte de fatigue par le biais de massage.

³ Notre traduction en français (de même pour toutes les citations tirées des interviews).

prénatales tout au long de la période de la grossesse) et l'administration du vaccin antitétanique à la mère. Il se dégage des résultats que le respect de l'ensemble des recommandations est faible chez les femmes malgaches. A peine 10% des femmes ont respecté dans leur intégralité ces recommandations. Même si l'on ne considère que celles qui ont effectué des consultations prénatales dans un centre de santé moderne, à peine 13% d'entre elles ont rempli les critères du recours aux soins prénataux adéquats énoncés ci-dessus.

Le problème se situe surtout au niveau du non-respect du calendrier du début des visites prénatales. Comme dans le cas du Cameroun (Beninguisse, 2002), la compliance⁴ à la vaccination antitétanique et au nombre de visites prénatales préconisé est relativement satisfaisante contrairement au calendrier du début des visites prénatales. Les femmes ayant reçu au moins un vaccin antitétanique représentent 62% de l'ensemble des femmes qui ont eu recours à des visites médicales pendant la grossesse (tableau 6.1). De même, des visites médicales régulières (plus de trois fois pendant toute la période de gestation) ont concerné un peu plus de 80% des femmes, le nombre moyen de visites prénatales par femme étant de 3,8. En revanche, une première visite au cours du premier trimestre de la grossesse n'a été respectée que par une femme sur cinq environ (environ 20%). Il convient même de noter que plus du tiers des femmes n'ont eu leur première consultation prénatale qu'à partir du sixième mois de la grossesse (tableau 6.1).

Tableau 6.1. Répartition (%) des femmes ayant respecté les recommandations relatives aux soins prénataux adéquats selon le milieu de résidence

Recommandations	Urbain	Rural	Ensemble
Visites médicales	86,8	76,6	78,7
Vaccins antitétaniques*	62,9	61,5	61,8
Régularité des visites*	84,4	79,4	80,6
<i>Nombre moyen de visites</i>	<i>4,4</i>	<i>3,6</i>	<i>3,8</i>
Précocité première visite*	29,4	17,8	20,4
<i>Après 6^{ème} mois</i>	<i>26,9</i>	<i>43,5</i>	<i>36,1</i>
Ensemble de toutes les recommandations	15,2	8,5	9,8

(*) : Parmi les femmes qui ont eu recours à la prise en charge médicale de la grossesse

Source : Exploitation des données EDS 1997

Bien que l'échantillon de l'enquête qualitative ne soit pas représentatif, il semble également confirmer l'importance du recours tardif à une première consultation prénatale.

⁴ Ce terme, d'origine anglo-saxonne, a été utilisé pour désigner un comportement conforme à une prescription. Il s'agit d'un terme technique très utilisé en sciences biomédicales (Gervais, 2002).

Celui-ci a concerné la moitié des femmes interrogées lors de l'enquête qualitative. A Fianarantsoa, dix femmes sur quinze (soit les deux tiers) ont déclaré avoir commencé le suivi prénatal après le troisième mois de grossesse. A Antananarivo, le problème est moins grave. Néanmoins, six femmes sur quinze (soit 2/5) n'ont pas effectué une visite prénatale au cours des trois premiers mois de la grossesse. Quatre femmes ont même attendu le sixième mois de la grossesse avant d'aller consulter.

Comme attendu, les normes relatives au suivi de grossesse sont plus respectées en milieu urbain qu'en milieu rural. D'une manière générale, la proportion des citadines ayant suivi toutes les recommandations en vigueur est presque le double de celle des femmes rurales (15% contre 8,5%). Quel que soit le milieu considéré, le non-respect des recommandations concerne surtout le calendrier du début des premières visites prénatales. Les femmes rurales ayant effectué une première visite au cours du premier trimestre de grossesse sont proportionnellement moins nombreuses que les femmes urbaines (18% contre 29%). En revanche, la différence de la compliance à la vaccination antitétanique observée entre ces deux milieux est négligeable.

Compte tenu de l'importance de la prise en charge médicale de la grossesse et du problème qui se pose particulièrement au non-respect du calendrier de début des visites prénatales, ces deux points font l'objet des analyses qui suivent.

6.1.2. Statut de la femme et comportements prénataux

Avant d'analyser l'impact du statut de la femme sur les comportements prénataux, nous allons d'abord examiner les informations recueillies lors des discussions centrées de groupe ; celles-ci sont en effet susceptibles d'aider à mieux comprendre les comportements prénataux des mères. Nous avons demandé à nos informateurs de nous expliquer les motifs qui font que les femmes enceintes choisiront soit de consulter une sage-femme (ou un membre du personnel médical) soit une matrone pour le suivi de leur grossesse.

Il ressort de leurs déclarations que les femmes sont généralement conscientes de la nécessité des consultations prénatales auprès d'une sage-femme (ou d'un personnel médical) pendant la grossesse. Les motifs évoqués justifiant les visites prénatales dans un centre de santé sont conformes à la littérature. Les femmes y vont pour suivre la croissance du fœtus,

détecter les éventuelles maladies et, le cas échéant, recevoir les prescriptions médicales nécessaires, se faire vacciner, prendre la tension artérielle, etc. En d'autres termes, elles savent qu'il est préférable de suivre des consultations prénatales pour assurer un bon déroulement de la grossesse et bénéficier des actes médicaux qui permettront d'éviter les complications de l'accouchement. De plus, en y recourant, elles ont l'avantage de connaître la date probable de l'accouchement. Une autre raison citée, non liée au caractère préventif des consultations prénatales, est simplement de pouvoir accoucher à l'hôpital au terme de la grossesse. En effet, il semble que parfois, les sages-femmes exigent les carnets de consultation prénatale avant d'assister une femme à l'accouchement.

Toutefois, en dépit de leur reconnaissance des avantages du recours au système moderne, certaines femmes vont quand même consulter une matrone. Selon nos informateurs, les recours aux deux systèmes (moderne et traditionnel) des soins prénataux ne se font pas toujours de façon antagoniste. Il se dégage de leurs discours que le choix du recours au système traditionnel (consultations des matrones) relève principalement du culturel. Les femmes cherchent à se conformer à leur culture d'origine. A cet effet, selon les informateurs, certaines femmes vont voir les matrones parce qu'elles éprouvent le besoin de se faire masser, de vérifier la position de l'enfant dans l'utérus ou bien de se protéger contre la sorcellerie, toutes choses qu'une sage-femme ne semble pas réaliser. Par ailleurs, les contraintes économiques empêchent certaines femmes de consulter dans un centre médical malgré leur souhait. Le problème financier ou le manque d'argent, bien qu'il n'ait pas été cité dans tous les groupes, semble donc figurer parmi les facteurs qui déterminent les comportements prénataux des femmes.

Enfin, à en croire les déclarations de nos enquêtés, d'une manière générale, aller à des consultations prénatales ne nécessite pas de discussion au sein du couple. Dans tous les groupes de discussion, il ressort qu'à Madagascar, les maris sont généralement d'accord pour que leur femme bénéficient de consultations prénatales et ils les encouragent même à le faire.

Plusieurs facteurs entrent donc en jeu pour déterminer les comportements prénataux des femmes. On peut retenir de ces éléments qualitatifs que *les comportements prénataux des femmes dépendraient, non seulement, de leur perception du système traditionnel de soins, mais également de leur capacité de se détacher des rites ou des habitudes traditionnelles ainsi que de leur situation économique. En revanche, ils ne seraient guère dépendants du*

pouvoir de décision des femmes. On peut ainsi présumer que le statut public de la femme va fortement influencer les comportements prénataux des femmes contrairement au statut privé. Toutefois, faute de représentativité, ces résultats sont loin d'être généralisables. De ce fait, nous allons examiner l'impact des deux composantes du statut de la femme sur les comportements prénataux à partir des données quantitatives. La procédure à suivre est identique à celle qui a été utilisée pour analyser l'impact et rechercher les mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants.

a) Statut public de la femme et recours aux soins prénataux

Il ressort des résultats (tableaux 6.2 et 6.3) que le statut public de la femme a un effet brut fortement significatif, tant sur le recours à la prise en charge médicale de la grossesse que sur la précocité de la première visite médicale. Son influence persiste même après le contrôle de toutes les autres variables. *Le statut public de la femme constitue ainsi un facteur explicatif important des comportements prénataux des mères*. Un statut public élevé réduit sensiblement le risque de ne pas effectuer de visite prénatale et accroît la chance relative d'une précocité des visites prénatales. Toutes choses égales par ailleurs, comparées aux femmes de statut très faible, celles qui ont un statut élevé ont 2 fois plus de chance d'effectuer des visites médicales pendant la période de gestation et de respecter la recommandation relative au calendrier de début de visite médicale de grossesse. Les écarts entre statuts « moyen » et « très faible » d'une part, et entre « faible » et « très faible », d'autre part, sont légèrement plus réduits. Ces derniers écarts ne sont pas significatifs au seuil de 5% lorsqu'on considère la précocité de la première visite. Le statut moyen et le statut faible contribuent à augmenter respectivement de 93% et de 73% la chance de la prise en charge médicale de la grossesse, et non celle du respect de la précocité de la consultation prénatale.

Tableau 6.2 : Résultats de la régression logistique du recours à la prise en charge médicale de la grossesse sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut public femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,815***	2,078***	2,073***	2,027***	1,765***	1,789***	1,734***
Moyen	3,439***	2,746***	2,676***	2,427***	1,938***	1,992***	1,927***
Elevé	9,436***	6,346***	5,821***	3,848***	2,172***	2,249***	2,138***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		8,828***	8,875***	7,591***	6,702***	6,806***	6,681***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,832***	1,843***	1,645***	1,383**	1,377*	1,355*
Mahajanga		1,603***	1,607***	1,555***	1,352**	1,347**	1,361**
Toliary		1,620***	1,597***	1,573***	1,570***	1,562***	1,566***
Antsiranana		2,520***	2,553***	2,110***	1,757**	1,701**	1,652**
Milieu de résidence			*	n.s.	n.s.		
Urbain			1,288*	1,124	1,053	1,051	1,051
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	**	**	**
Très faible				®	®	®	®
Faible				0,988	0,965	0,967	0,963
Moyen				1,329*	1,220	1,225	1,192
Elevé				2,932***	2,484***	2,468***	2,324***
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,776***	1,827***	1,895***
Elevé					4,403***	4,530***	4,602***
Age à l'accouchement						**	n.s.
<20 ans						®	®
20-34 ans						0,736**	0,943
35 ans ou plus						0,945	1,198
Intervalle intergén.							***
1 ^{ère} naissance							2,265***
<24 mois							®
24-47 mois							1,257*
48 mois et plus							1,504**
Model chi square	265,349	486,830	490,082	507,471	575,289	583,017	603,935
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	78,7	79,4	79,1	79,3	79,1	79,6	79,8
C (%)	8,2	15,1	15,2	15,7	17,8	18,1	18,7
R ² (%)	12,7	22,4	22,6	26,2	26,2	26,5	27,3

Tableau 6.3 : Résultats de la régression logistique de la précocité de la consultation prénatale sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut privé femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	0,942	0,836	0,833	0,842	0,838	0,845	0,850
Moyen	1,311*	1,173	1,142	1,111	1,100	1,115	1,132
Elevé	3,174 ***	2,795***	2,496***	2,102***	2,033***	2,067***	2,107***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		1,747***	1,730***	1,621***	1,621***	1,626***	1,668***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,633**	1,628**	1,536**	1,529**	1,534**	1,546**
Mahajanga		1,402	1,368	1,291	1,289	1,299	1,316
Toliary		0,913	0,883	0,830	0,832	0,840	0,860
Antsiranana		3,029***	3,040***	2,852***	2,850***	2,863***	2,888***
Milieu de résidence			*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,286*	1,173	1,169	1,170	1,171
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,470**	1,470**	1,466**	1,455**
Moyen				1,124	1,123	1,120	1,108
Elevé				1,692**	1,681**	1,670**	1,665**
Culture sanitaire					n.s.	n.s.	n.s.
Faible					®	®	®
Moyen					1,005	1,001	1,008
Elevé					1,075	1,070	1,069
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.
<20 ans						®	®
20-34 ans						1,003	0,975
35 ans ou plus						1,065	1,034
Intervalle intergéné.							n.s.
1 ^{ère} naissance							1,291
<24 mois							®
24-47 mois							1,450**
48 mois et plus							1,259
Model chi square	98,34	133,160	136,911	148,670	148,944	149,098	155,485
Adequation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	79,6	79,1	79,3	79,2	79,2	79,2	79,2
C (%)	4,1	5,5	5,6	6,1	6,1	6,1	6,4
R ² (%)	6,3	8,5	8,7	9,4	9,5	9,5	9,9

Pour contrôler le contexte dans lequel ces femmes vivent, nous avons introduit, en premier lieu, dans les modèles la province et le milieu de résidence. Après ce contrôle, le statut public maintient ses effets significatifs sur les deux variables dépendantes. Autrement dit, *quel que soit le contexte dans lequel les femmes vivent, le statut public demeure un facteur de différenciation de la fréquentation des centres de santé et de la précocité de l'utilisation des services de ces centres pour le suivi de la grossesse*. On notera néanmoins que le contrôle de ces deux variables (surtout la province) diminue les avantages des femmes qui ont un statut élevé et un statut moyen comparées à celles qui ont un statut très faible. Après contrôle de ces deux variables, les femmes de statut élevé ont 5,8 et 2,5 fois plus de chance d'effectuer au moins une consultation prénatale et d'y aller précocement (au lieu de 9,4 et 3,2 fois plus au niveau brut). Celles qui ont un statut moyen, quant à elles, ont 2,7 fois et 14% plus de chance

de les faire (au lieu de 3,4 fois et 31% plus). Les comportements différentiels des femmes s'expliqueraient donc en partie par les différences de contexte de leur milieu de vie. En d'autres termes, comparées aux femmes de statut très faible, si les autres recourent plus aux services de soins prénataux et vont plus tôt en consultation prénatale, c'est parce qu'elles tirent mieux profit des avantages liés au contexte dans lequel elles vivent. En effet, les femmes de statut élevé résident beaucoup plus en ville ou dans une province où les centres de santé sont plus disponibles et accessibles. Elles bénéficient ainsi des avantages économiques (meilleures conditions de vie), culturels (accès à l'instruction et ouverture à la modernisation) et sociaux (disponibilité des infrastructures sociales telles que les écoles, les centres de santé, etc, et facilité d'y accéder) offerts par la ville ou par leur province de résidence, toutes choses qui favorisent l'utilisation des centres de santé moderne. De plus, elles sont probablement plus exposées aux médias et mieux informées sur les services existants là où elles vivent.

L'introduction successive des deux variables 'niveau de vie' et 'culture sanitaire' se traduit par une diminution sensible des écarts de risque observés entre le statut « très faible » et les autres statuts sur les deux variables dépendantes. Comparées aux femmes de statut très faible, les autres (notamment celles qui ont un statut élevé) voient l'odds ratio associé à leur statut baissé quant à l'utilisation effective et précoce des services de santé pour les soins prénataux. Une partie de leur avantage serait donc lié à un niveau de vie plus élevé et à leur meilleure connaissance en matière de santé qui leur permettent d'utiliser précocement les services de santé. Autrement dit, s'il n'y avait pas eu de différence de niveau de vie entre les femmes et si celles-ci avaient le même niveau de connaissances en matière de santé, les écarts de risque observés entre les femmes de statut très faible et les autres auraient été beaucoup moins importants.

Deux explications sont possibles quant au rôle médiateur du niveau de vie. D'une part, le niveau de vie élevé des femmes de statut élevé, en favorisant leur accès aux ressources financières, augmenterait leurs aptitudes non seulement à utiliser effectivement les services de santé existants, mais également à les utiliser précocement pour le suivi prénatal. Les femmes vivant dans un ménage pauvre sont souvent obligées de travailler durement (bien que leurs travaux ne génèrent pas des revenus suffisants) et sont souvent beaucoup plus préoccupées par la recherche d'argent que par leur propre santé. Elles sont amenées à aller voir une matrone pour se faire masser, afin d'apaiser la fatigue résultant de leur activité épuisante. Et puis, comme l'a si bien affirmé un intervenant dans une discussion de groupe, elles n'ont pas assez

de temps pour aller consulter à l'hôpital. Cela implique que soit ces femmes n'effectuent pas de consultations prénatales, soit qu'elles le font mais tardivement. Les exemples de deux femmes résidant à Antananarivo et à Fianarantsoa illustrent bien ces cas.

« Moi, je fais toujours des consultations prénatales chez une sage-femme. Pour mon premier enfant, je suis allée au cinquième mois de ma grossesse. Pour le second, c'était seulement au 7^{ème} mois, quand l'enfant commençait à bouger. Pour les autres, et même pour le dernier, j'ai attendu cinq mois avant d'aller à l'hôpital... en fait, je dois simplement y aller avant d'accoucher, sinon la sage-femme n'accepte pas que j'accouche à la maternité... Mon mari n'est pas souvent là... Avant, je n'avais pas l'habitude de voir une 'reninjaza', mais comme je travaille beaucoup, je transporte des briques de terre pour avoir un peu d'argent, ça me fatigue beaucoup et je suis obligée d'aller voir une 'reninjaza' pour me masser ». (Femme, 41 ans, de niveau primaire, agricultrice mariée à un maçon, Antananarivo rural)

« Dès que je suis tombée enceinte, j'ai informé mon mari et je suis allée voir une 'reninjaza' pour me masser. On s'est entendu là-dessus (mon mari et moi), étant donné que je travaille dur aux champs. De plus, il y a beaucoup de gens qui peuvent me faire du mal... Il faut par ailleurs s'assurer de la place de l'enfant avant d'aller à l'hôpital. Au 7^{ème} mois de la grossesse, je suis allée à l'hôpital pour la consultation prénatale. Là-bas, on s'assure juste de la santé de l'enfant à naître » (Femme, 22 ans, sans emploi, mariée à un agriculteur, Fianarantsoa rural).

D'autre part, nombre de femmes de statut élevé sont mariées à des hommes cadres/salariés. En dehors des avantages liés à la disponibilité des moyens financiers, le statut lié à l'activité de ces derniers leur permet, à eux et à leurs familles, de bénéficier d'une prise en charge des différents actes médicaux. Cette prise en charge motive leurs femmes à aller consulter et y aller dès le début de la grossesse, comme en témoigne le propos suivant, extrait du discours d'une femme à Fianarantsoa :

« Avant, mon mari travaillait dans une usine qui produit du thé. Dès le troisième mois de grossesse, je devais aller me faire consulter à la PMI. Je percevais de l'argent pour ma grossesse si je faisais des consultations prénatales et ça m'a motivé pour y aller tôt. Mais après, il a été licencié, je n'arrivais plus à respecter ce rendez-vous dès le troisième mois... Pour mon troisième enfant, je ne suis allée consulter que cinq mois après le début de la

grossesse. J'ai commencé à avoir la paresse d'y aller tôt. Et ça dépend aussi de l'état de santé ». (Femme, 32 ans, niveau secondaire 1^{er} cycle, mariée à un ancien salarié, Fianarantsoa rural)

On notera également que les activités économiques exercées par les femmes de statut faible sont souvent précaires. Certaines d'entre elles travaillent dans de petites entreprises (en zones franches), et n'osent pas s'absenter au début de leur grossesse de peur de dévoiler leur état et par conséquent, d'être licenciées. De même, elles n'osent pas effectuer des visites régulières. D'autres exercent dans de petits commerces qui nécessitent leur présence permanente. Ces situations sont toutes défavorables à l'adoption de comportements prénataux adéquats. Aussi, une femme interviewée a-t-elle affirmé :

« Avant, je suis allée consulter dès le troisième mois de grossesse. Mais depuis que je travaille, j'ai toujours des problèmes à mon lieu de travail chaque fois que je m'absente. Quand je vais à l'OSTIE, cela me prend beaucoup de temps. Je n'ai pas osé y aller tôt pour ne pas me créer d'ennui, je n'y suis allée qu'après le quatrième mois de la grossesse... » (Femme, 25 ans, ancienne travailleuse dans une entreprise de zone franche, mariée à un ramasseur d'herbe, Antananarivo rural)

Examinons maintenant comment la culture sanitaire peut médiatiser l'impact du statut public de la femme sur ses comportements sanitaires. Avec une plus grande ouverture culturelle, les femmes d'un statut relativement élevé (autre que très faible) détiendraient de meilleures connaissances en matière de santé. Ces connaissances faciliteraient la rupture avec les traditions et modifieraient leur perception du système traditionnel de soins. Elles favoriseraient par la suite l'adoption de comportements prénataux adéquats. Les femmes de statut faible, quant à elles, sont parfois dans l'ignorance des recommandations relatives aux consultations prénatales. Elles peuvent également agir sous l'emprise d'une influence sociale. C'est le cas par exemple d'une femme à Antananarivo qui a déclaré :

« Moi, chaque fois que je suis enceinte, je vais voir le médecin au sixième mois de la grossesse. C'est à ce moment qu'il faut aller se faire consulter, et il faut également se faire masser à partir de ce moment, c'est là qu'on peut voir si tu es en bonne santé et prête pour l'accouchement, on voit également si l'enfant est bien placé dans l'utérus. C'est ma mère qui m'a dit de faire comme ça, elle a trois enfants et sait bien ce qu'il faut faire. C'est toujours

elle qui me donne du conseil » (Femme, 19 ans, secondaire 1^{er} cycle, commerçante, Antananarivo urbain).

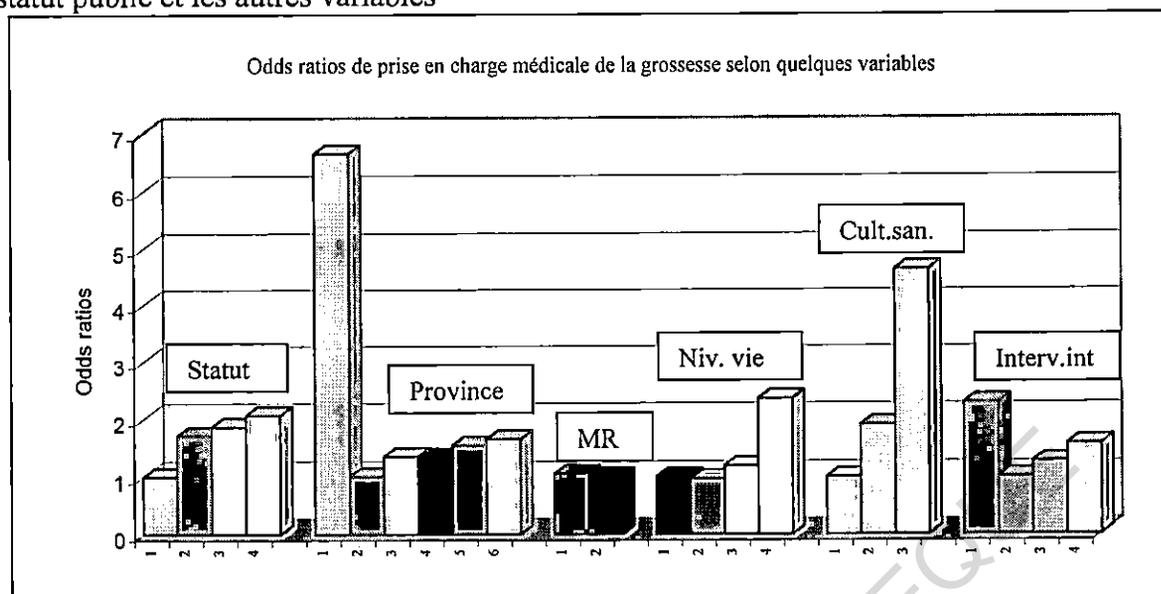
De plus, ne bénéficiant d'aucune information précise (ou d'informations insuffisantes) sur les consultations prénatales, certaines femmes (jeune, de niveau d'instruction faible ou ne travaillant pas hors du foyer ; autrement dit, généralement celles qui ont un statut faible) sont difficilement convaincues de la nécessité de partir tôt chez une sage-femme pour le suivi de la grossesse :

« J'étais enceinte de 5 mois quand mon mari m'a demandé d'aller me faire consulter mais je n'ai pas accepté. Moi, j'avais peur, trop peur, je ne sais pas ce qu'on fait pendant les consultations et en plus, j'ai peur d'injections. C'est pourquoi, j'ai attendu longtemps avant d'y aller... » (Femme, 23 ans, secondaire 2nd cycle, fournisseur de bureau, Fianarantsoa urbain).

A partir de ce qui précède, nous arrivons à mieux comprendre comment *les effets du statut public de la femme sur le recours à la prise en charge médicale de la grossesse et sur la précocité des visites prénatales sont médiatisés par le niveau de vie et la culture sanitaire*. Ces résultats confortent les propositions souvent formulées dans la littérature pour expliquer l'utilisation effective des services de soins par les femmes de niveau d'instruction élevé, exerçant une activité rémunératrice ; ces variables étant celles qu'on utilise le plus souvent pour appréhender le statut de la femme (Fournier et Haddad, 1994 ; Joshi, 1994).

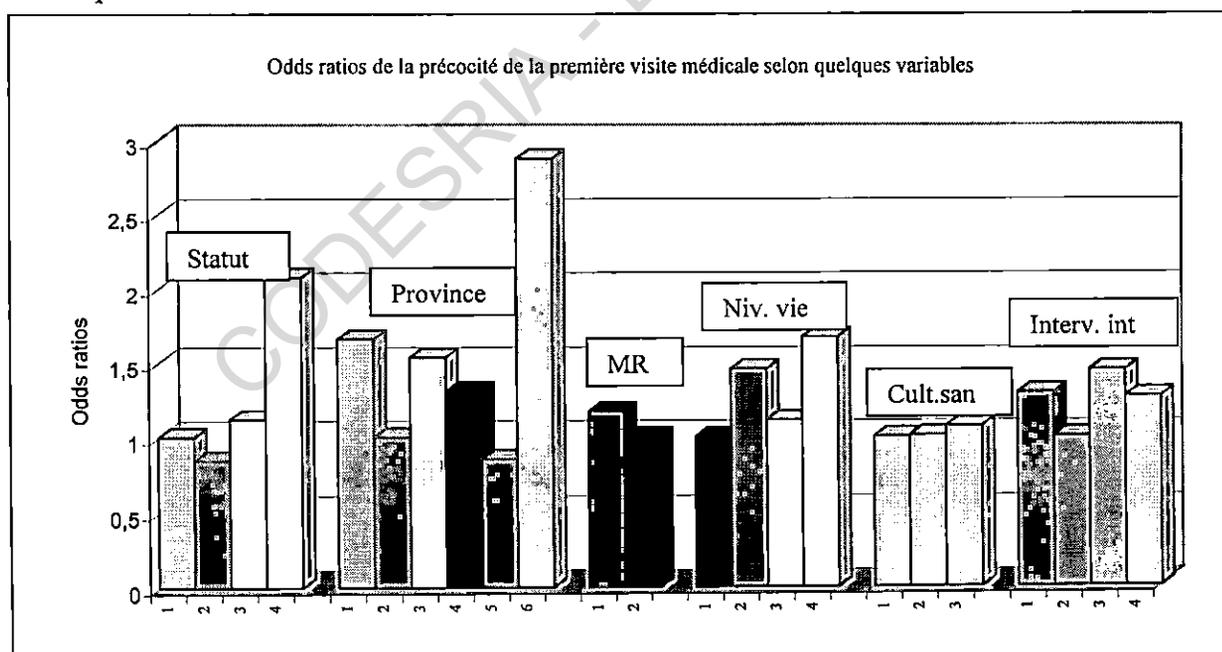
Il convient de noter ici que l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénésiq ue contribuent également à modifier légèrement l'effet du statut public de la femme sur la prise en charge médicale de la grossesse et non sur la précocité de la consultation. Autrement dit, son effet sur la première variable passerait également, dans une faible mesure, par l'âge à l'accouchement et l'intervalle g énésiq ue de la femme. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, les femmes de statut public très faible ont tendance à pratiquer un espacement de naissance à risque (intervalle court) et l'intervalle intergénésiq ue a un effet propre significatif sur le recours à une consultation prénatale. En revanche, aucune de ces deux variables (âge à l'accouchement et intervalle intergénésiq ue) n'exerce aucune influence sur la précocité de la visite prénatale.

Graphique 6.2. Odds ratios du recours aux visites médicales pour le suivi de la grossesse selon statut public et les autres variables



Statut et Niveau de vie : 1. Très faible, 2. Faible, 3. Moyen, 4. Elevé ;
Province : 1. Antananarivo, 2. Fianarantsoa, 3. Toamasina, 4. Mahajanga, 5. Toliary, 6. Antsiranana ;
Milieu de résidence (MR) : 1. Urbain, 2. rural ;
Culture sanitaire (cult.san.) : 1. Faible, 2. Moyen, 3. Elevé ;
Intervalle intergénérisique (Interv. Int.) : 1. 1^{ère} naissance, 2 : <24 mois, 3. 24-47 mois, 4. 48 mois et plus.

Graphique 6.3. Odds ratios de la précocité de la première visite médicale de la grossesse selon statut public et les autres variables



Statut et Niveau de vie : 1. Très faible, 2. Faible, 3. Moyen, 4. Elevé ;
Province : 1. Antananarivo, 2. Fianarantsoa, 3. Toamasina, 4. Mahajanga, 5. Toliary, 6. Antsiranana ;
Milieu de résidence (MR) : 1. Urbain, 2. rural ;
Culture sanitaire (cult.san.) : 1. Faible, 2. Moyen, 3. Elevé ;
Intervalle intergénérisique (Interv. Int.) : 1. 1^{ère} naissance, 2 : <24 mois, 3. 24-47 mois, 4. 48 mois et plus.

On soulignera ici que le statut public de la femme est loin d'être le seul facteur explicatif important de la prise en charge médicale de la grossesse. En dehors de ce facteur, la province, le niveau de vie, la culture sanitaire et, dans une moindre mesure, l'intervalle intergénésiq ue constituent également des déterminants de la prise en charge médicale de la grossesse. Ce qui signifie que non seulement *ces variables contribuent à expliquer l'effet du statut de la femme sur la prise en charge médicale de la grossesse mais elles constituent également des variables explicatives importantes, exerçant des effets propres sur cette dernière. Quant à la précocité des visites prénatales, en dehors du statut public de la femme, la province de résidence et le niveau de vie exercent également des effets propres. La culture sanitaire joue plutôt comme variable intermédiaire que comme facteur explicatif en tant que tel.* Les deux dernières variables (âge à l'accouchement et intervalle génésique) n'ont aucun effet significatif en présence de toutes les variables et leurs contributions à l'explication de l'influence du statut public de la femme sur le recours précoce à la consultation prénatale sont négligeables.

b) Statut privé et recours aux soins prénataux

Au niveau brut, les effets du statut privé sur les deux variables dépendantes sont fortement significatifs. En présence de toutes les variables, l'effet exercé par le statut privé de la femme sur la prise en charge médicale n'est plus significatif qu'au seuil de 10% (tableau 6.4). Toutefois, l'écart de risque entre statuts élevé et très faible s'avère significatif au seuil de 5% ; celui observé entre moyen et très faible l'est au seuil de 10%. Comparées aux femmes de statut très faible, les femmes de statut privé élevé ont 53% plus de chance d'effectuer au moins une visite médicale et celles qui ont un statut moyen ont 28% plus de chance de le faire.

En revanche, toutes choses égales par ailleurs, l'effet du statut privé sur la précocité de la première visite médicale reste fortement significatif (tableau 6.5). Les statuts privés élevé et moyen contribuent à augmenter respectivement de 76% et de 41% la probabilité pour une femme de commencer les visites prénatales au cours du premier trimestre de la grossesse. Que ce soit pour le recours à la prise en charge médicale ou la précocité de la première visite prénatale, l'écart de risque entre faible et très faible n'est pas statistiquement significatif. Ainsi donc, *l'effet de cette variable sur le comportement prénatal ne se fait sentir que lorsque la femme a au moins un statut privé moyen.*

Comme nous l'avons présumé, le statut privé de la femme et donc, sa participation à la prise de décision au sein du ménage joue peu sur la prise en charge médicale de la grossesse. Par contre, il apparaît très important dans le calendrier de début des visites médicales.

Tableau 6.4 : Résultats de la régression logistique du recours à la prise en charge médicale de la grossesse sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut public femme	***	***	***	***	**	**	*
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,372***	1,428***	1,411***	1,385***	1,205	1,206	1,160
Moyen	1,583***	1,678***	1,646***	1,469***	1,288*	1,320**	1,279*
Elevé	3,071***	3,243***	2,916***	2,124***	1,562***	1,580**	1,534**
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		11,636***	11,567***	8,781***	7,533***	7,689***	7,498***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,859***	1,875***	1,572***	1,344*	1,335*	1,312*
Mahajanga		1,395**	1,390**	1,320**	1,176	1,159	1,179
Toliary		1,301*	1,269*	1,266*	1,348**	1,325**	1,343**
Antsiranana		2,488***	2,523***	1,884***	1,614**	1,552*	1,513*
Milieu de résidence			***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,548***	1,188	1,085	1,083	1,083
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	**	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,010	0,973	0,976	0,971
Moyen				1,622***	1,352**	1,359**	1,311*
Elevé				4,172***	2,734***	2,739***	2,538***
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,958***	2,026***	2,094***
Elevé					5,084***	5,282***	5,347***
Age à l'accouchement						**	n.s.
<20 ans						®	®
20-34 ans						0,726**	0,953
35 ans ou plus						0,836	1,096
Intervalle intergéné.							***
1 ^{ère} naissance							2,357***
<24 mois							®
24-47 mois							1,249*
48 mois et plus							1,479**
Model chi square	71,436	409,110	419,762	459,745	552,365	559,250	582,090
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	78,7	78,7	78,7	78,7	78,7	79,3	79,2
C (%)	2,2	12,7	13,1	14,3	17,2	17,4	18,1
R ² (%)	3,5	19,2	19,6	21,4	25,3	25,6	26,5

Tableau 6.5 : Résultats de la régression logistique de la précocité de la consultation prénatale sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut privé femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,030	1,042	1,013	0,973	0,956	0,957	0,950
Moyen	1,715***	1,768***	1,685***	1,451**	1,416**	1,419**	1,413**
Elevé	2,668***	2,753***	2,346***	1,848***	1,759***	1,763***	1,764***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		2,113***	2,028***	1,732***	1,721***	1,724***	1,760***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,656**	1,660**	1,503**	1,490*	1,492*	1,496*
Mahajanga		1,621**	1,545**	1,408	1,402	1,403	1,416
Toliary		0,970	0,923	0,866	0,875	0,875	0,893
Antsiranana		3,233***	3,259***	2,858***	2,865***	2,863***	2,872***
Milieu de résidence			***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,521***	1,247	1,227	1,227	1,230
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,472**	1,471**	1,470**	1,462**
Moyen				1,226	1,206	1,206	1,196
Elevé				2,135***	2,031***	2,227***	2,028***
Culture sanitaire					n.s.	n.s.	n.s.
Faible					®	®	®
Moyen					1,017	1,018	1,030
Elevé					1,211	1,213	1,220
Age à l'accouchement						n.s.	n.s.
<20 ans						®	®
20-34 ans						0,983	0,969
35 ans ou plus						1,009	0,997
Intervalle intergén.							n.s.
1 ^{ère} naissance							1,313
<24 mois							®
24-47 mois							1,424**
48 mois et plus							1,241
Model chi square	64,782	110,822	122,177	141,979	143,976	144,013	149,867
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	79,6	79,6	79,4	79,1	79,3	79,3	79,2
C (%)	2,7	4,6	5,0	5,9	5,9	5,9	6,2
R ² (%)	4,2	7,1	7,8	9,1	9,2	9,2	9,5

Après contrôle de la province et du milieu de résidence, le statut privé maintient son effet significatif sur les deux variables dépendantes. *La prise en compte des différences de contexte où vivent les femmes n'élimine pas l'effet de différenciation du statut privé dans les comportements prénataux.* Toutefois, contrairement à ce qui a été observé pour le statut public, le contrôle de la province augmente légèrement les écarts de risques observés entre le statut privé très faible et les autres statuts. Autrement dit, si toutes les femmes habitaient dans une même province, les différences de comportements selon le statut privé auraient été beaucoup plus importantes.

Ce résultat signifie qu'il existe une proportion relativement élevée de femmes de statut privé très faible résidant dans la province d'Antananarivo. Compte tenu de leur statut privé

très faible, celles-ci ne peuvent pas bénéficier des avantages associés à la disponibilité d'infrastructures et à la modernisation. En revanche, la résidence dans la province de Fianarantsoa est associée à une faible chance d'adopter des comportements prénataux appropriés ; on y trouve une proportion relativement importante de femmes de statut privé élevé mais ne pouvant pas jouir du privilège procuré par leur statut compte tenu du contexte ambiant. Le contrôle du milieu de résidence, à son tour, fait perdre aux femmes de statut élevé une partie de leurs avantages. La résidence en ville est l'un des facteurs qui favorisent l'adoption de bons comportements prénataux chez les femmes de statut privé élevé ; celles-ci sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à y résider.

En revanche, l'introduction des variables 'niveau de vie' et 'culture sanitaire' diminue de façon drastique l'avantage des femmes de statut privé élevé comparées à celles de statut très faible. En présence du niveau de vie, les femmes de statut privé élevé ont environ 2 fois plus (au lieu de 3 fois environ) de chance d'effectuer au moins une visite médicale et 1,8 fois plus (au lieu de 2,3 fois) de chance d'aller précocement en consultation prénatale (tableau 6.4 et 6.5). Le niveau de vie explique ainsi une grande partie de l'impact du statut privé aussi bien sur la prise en charge médicale de la grossesse que sur le respect du calendrier de la première visite. En revanche, la culture sanitaire intervient largement dans l'explication de l'impact du statut privé sur la prise en charge médicale de la grossesse mais beaucoup moins dans celle de la précocité des visites. En effet, l'écart de « risque » de la prise en charge médicale entre les statuts élevé et très faible diminue, passant de 2,1 à 1,6 après le contrôle de la culture sanitaire ; cet écart reste relativement stable pour la précocité de la consultation prénatale. Comment ces deux variables expliquent-elles l'impact du statut privé sur les comportements prénataux ?

D'après ce qui vient d'être dit, si les femmes de statut privé élevé sont plus enclines à effectuer des visites médicales pour le suivi de la grossesse, c'est en partie parce qu'elles ont un niveau de vie élevé leur procurant des ressources financières. En outre, leur situation favorable par rapport à la prise de décision augmenterait leurs capacités de mobiliser ces ressources financières pour une utilisation optimum des centres de santé. Si le problème financier constitue l'un des obstacles à la consultation prénatale, les femmes de statut privé élevé disposent des moyens pour le faire et peuvent décider elles-mêmes d'aller voir une sage-femme ou un personnel médical pour le suivi de leur grossesse, sans autorisation préalable du mari. Mais comme le signale un mari interviewé à Fianarantsoa, il peut exister de

femmes qui, disposant ou non des moyens suffisants, n'adoptent pas de comportements prénataux adéquats parce qu'elles n'ont pas la possibilité de décider seules d'aller se faire consulter dans un centre de santé :

« Moi, je n'ai aucun problème à ce que ma femme aille se faire consulter chez une sage-femme. Mais il y a des hommes qui s'opposent à ce que sa femme aille voir le médecin par jalousie. Il ne la laisse pas partir, mais moi, ça ne m'arrive pas » (Homme, 34 ans, Fianarantsoa urbain).

C'est à des cas semblables qu'ont fait allusion Ottong (1993) et Delcroix et al (1993) dans leurs études au Nigéria et en Côte d'Ivoire lorsqu'ils ont souligné que, même dans le domaine de la santé, les mères ne sont pas toujours maîtresses des décisions à prendre. En Tunisie, les femmes ne fréquentent pas les services de soins préventifs de gynécologie par peur d'être indexée comme à la recherche d'un amant parmi le personnel du centre (Mohamed Mebtoul, 1993, cité par Harouna, 1998).

Par définition, un statut privé élevé permettra à la femme de discuter avec son mari sur différents aspects de leur vie de couple, notamment sur des sujets relatifs à la santé pendant la période de grossesse. Cette discussion est d'une grande importance, surtout lorsque le mari et la femme ne partagent pas les mêmes points de vue. Par contre, certains maris laissent à leur femme la responsabilité de décider de ce qu'il faut faire pour surveiller sa propre santé et celle de son enfant.

Si les femmes de statut privé élevé adoptent de bons comportements prénataux, c'est donc non seulement parce qu'elles ont la possibilité de prendre une décision personnelle ou de discuter avec leurs conjoints, mais également parce qu'elles détiennent suffisamment de connaissances en matière de santé relatives à la nécessité des visites prénatales et à l'avantage des visites précoces. Celles qui doivent discuter avec leur mari ont des arguments valables leur permettant de les convaincre. En d'autres termes, les avantages liés à la culture sanitaire, se traduisant en termes de connaissances en matière de santé, augmentent sensiblement la propension des femmes qui ont la possibilité de participer à la prise de décision au sein du ménage, à utiliser effectivement les centres de soins prénataux et de respecter le calendrier de début de visites médicales appropriées.

Comme précédemment, la prise en compte de l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénéral dans les modèles modifie peu l'impact du statut privé sur la prise en charge médicale et presque pas sur la précocité de la visite prénatale. Ces variables expliquent donc une infime partie de l'effet du statut privé de la femme sur les comportements prénataux.

En définitive, nous retenons donc que le statut public de la femme constitue un facteur explicatif important aussi bien de la prise en charge médicale de la grossesse que de la précocité de la première visite prénatale. L'importance du statut privé, quant à lui, se fait surtout sentir sur la précocité de la visite prénatale. Les disparités du taux d'utilisation des services de santé observées dans les différentes provinces et le milieu de résidence selon le statut public de la femme s'expliquent en partie par l'absence de centres de santé et de la difficulté d'y accéder dans certains milieux. Cependant, *même si les centres de santé existent, les inégalités socio-économiques des ménages et les différences de niveau de connaissances des femmes en matière de santé seraient à l'origine de l'utilisation différentielle des femmes des services de soins prénataux et le respect différentiel du calendrier de la première visite prénatale selon leur statut*. En outre, la prise en compte des deux statuts dans le même modèle avec les autres variables de contrôle ont fait ressortir que *l'influence du statut public sur les comportements prénataux prime sur celle du statut privé, quel que soit l'indicateur utilisé* (tableau A6.1).

6.2. Analyse de comportements lors de l'accouchement

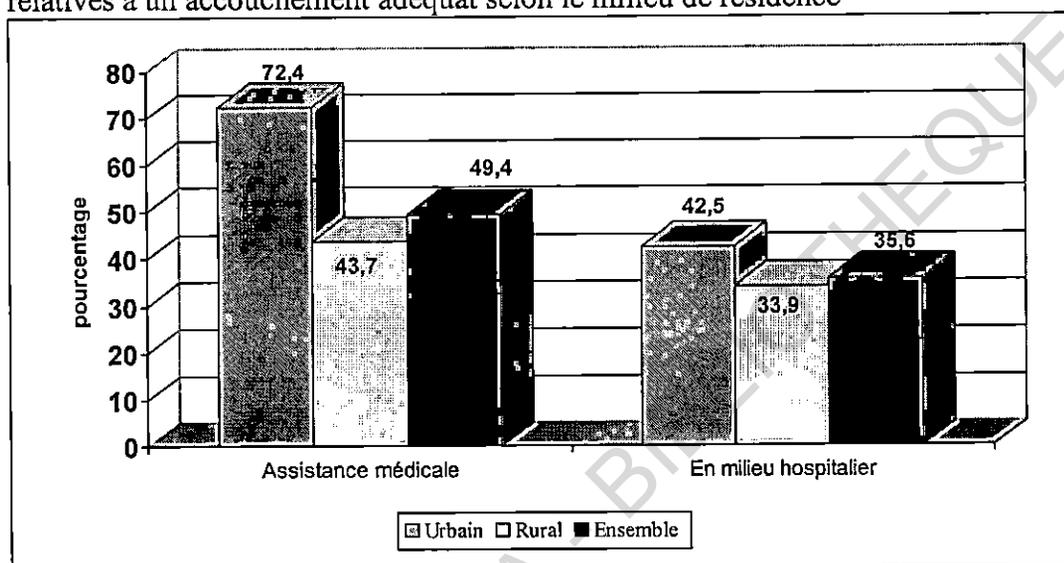
6.2.1. Importance de la prise en charge médicale de l'accouchement

Par prise en charge médicale de l'accouchement, nous entendons ici le fait que la parturiente soit assistée par un personnel médical qualifié et que l'accouchement ait lieu dans un milieu hospitalier.

Les complications lors de l'accouchement sont non seulement l'une des principales causes de décès maternels, mais elles compromettent également l'état sanitaire des enfants survivants. Une prise en charge de l'accouchement par un personnel de santé qualifié et un accouchement qui se déroule en milieu hospitalier sont recommandés pour diminuer les risques liés à l'accouchement.

La fréquence de la prise en charge médicale de l'accouchement à Madagascar s'élève à 49%. Ce niveau se situe au-dessus de la moyenne africaine, estimée à environ 37% pour la période 1995-2000 (Unicef, 2001), mais il reste néanmoins relativement faible. Plus de la moitié des femmes n'a pas bénéficié de l'assistance d'un personnel sanitaire qualifié (médecin, infirmier(e) ou sage-femme) pendant l'accouchement, avec tout le risque y associé. Elles ont fait appel à des accoucheuses traditionnelles (38%) ou bien se sont contentées de l'assistance d'un ami, d'une connaissance ou d'un membre de la famille (12% environ).

Graphique 6.4. : Répartition (%) des femmes selon le respect des recommandations relatives à un accouchement adéquat selon le milieu de résidence



Le problème de prise en charge médicale se pose avec plus d'acuité en milieu rural qu'en zones urbaines. En effet, l'assistance médicale pendant l'accouchement ne concerne que 44% des femmes rurales, contre 72% en milieu urbain (graphique 6.4). Etant donné le faible statut des femmes rurales par rapport aux citadines, aussi bien au niveau de la société qu'au niveau du ménage, on s'attendrait donc à ce qu'un statut élevé de la femme favorise un comportement adéquat de la femme, le recours à une assistance médicale pendant l'accouchement.

Tableau 6.6. Répartition (%) des femmes selon les conditions d'accouchement et selon le milieu de résidence

Critères	Urbain	Rural	Ensemble
Assistance médicale à l'accouchement	72,4	43,7	49,4
Accouchement dans un milieu hospitalier	42,5	33,9	35,6
Accouchement en dehors du milieu hospitalier (*)	41,7	22,7	29,0

(*) : Parmi les femmes ayant bénéficié d'une prise en charge médicale de l'accouchement
Source : Exploitation des données EDS 1997

Malgré les défaillances du système moderne en matière de qualité des services de soins de santé (Beninguisse, 2002), celui-ci peut être considéré comme favorable à la santé. Grâce aux surveillances permanentes du personnel de santé, aux avantages matériels et à l'asepsie des outils utilisés, une femme qui accouche en milieu hospitalier, expose son enfant à un moindre risque de décès ou de maladie. Au total, moins de deux femmes sur cinq ont déclaré avoir accouché dans un centre médical (hôpital ou centre sanitaire, public ou privé). Parmi celles qui ont bénéficié d'un encadrement médical pendant l'accouchement, plus du quart a accouché en dehors d'un milieu hospitalier.

Comme attendu, les citadines sont proportionnellement plus nombreuses à être assistées par un personnel médical et à accoucher dans un centre de santé. Toutefois, malgré la grande disponibilité des infrastructures sanitaires en milieu urbain, on constate de façon surprenante que la majorité des femmes citadines n'accouchent pas en milieu hospitalier. Ce résultat montre que *la disponibilité des centres médicaux n'implique pas toujours leur utilisation*. Pour une raison ou une autre⁵, les femmes peuvent faire appel à un personnel médical ou paramédical à domicile pour les assister lors de l'accouchement. Ces comportements dépendraient probablement de leur statut. Les analyses qui suivent permettront de connaître davantage l'impact du statut de la femme sur les comportements des femmes en matière d'accouchement. Elles porteront à la fois sur l'assistance médicale de l'accouchement et sur le lieu de l'accouchement.

6.2.2. Impact du statut de la femme sur les comportements lors de l'accouchement

Les informations recueillies lors des discussions de groupe ont permis de relever les motifs du recours des femmes à l'assistance médicale ou à celle d'une matrone lors de l'accouchement (tableau 6.7). Il convient de souligner ici que lors des discussions de groupe, les intervenants confondent souvent l'assistance à l'accouchement et le lieu d'accouchement, bien que dans la réalité, il ressorte des interviews individuelles que l'appel à une assistance médicale lors de l'accouchement n'implique pas toujours un accouchement en milieu hospitalier.

Les motivations du recours à une assistance médicale lors de l'accouchement et/ou à l'accouchement dans un centre médical sont principalement liées à l'efficacité du système

⁵ Nous y reviendrons plus loin.

moderne : l'existence des équipements nécessaires, la prise en charge des cas de complication, la possibilité d'interventions chirurgicales, la surveillance des parturientes. Une dernière motivation évoquée, mais rarement, est la facilité pour la déclaration de l'enfant à l'état civil après l'accouchement.

Le recours à une assistance traditionnelle, quant à lui, est dicté par le manque de moyen financier, la mauvaise qualité d'accueil et de services dans les hôpitaux et, quelques fois aussi, l'éloignement des centres de santé. Parmi tous ces facteurs, le manque de moyen financier semble le plus important. Il a été le plus souvent cité dans les discussions de groupe. Le problème financier concerne le paiement de frais de soins (frais d'hôpital journalier, frais de médicaments, etc). A tous ces frais s'ajoutent les dépenses relatives à la layette. De plus, selon nos informateurs, on déplore dans les hôpitaux parfois une mauvaise qualité d'accueil du personnel de santé, l'incompétence de certains de ses membres et la lourdeur des procédures administratives à suivre avant que l'un d'entre eux ne vienne s'occuper de la parturiente. Il arrive parfois que celle-ci soit obligée de payer de frais supplémentaires auprès du personnel pour pouvoir bénéficier de soins adéquats. En dehors de ces trois facteurs, il est intéressant de noter que le manque d'assistance familiale à l'hôpital et la disponibilité permanente des matrones figurent également parmi les raisons évoquées lors des interviews individuelles effectuées auprès des femmes pour justifier le recours au système traditionnel lors de l'accouchement.

Tableau 6.7 : Raisons évoquées pour justifier le recours à une assistance médicale ou à une matrone lors de l'accouchement

Accouchement à l'hôpital ou assistance médicale	Accouchement à domicile ou recours à une matrone
<ul style="list-style-type: none"> -Équipements nécessaires pour assister les femmes à l'accouchement -Traitements des cas de complication lors de de l'accouchement : possibilité d'une intervention chirurgicale ou surveillance à cause d'une perte excessive de sang lors de l'accouchement -Surveillance des femmes ayant accouché -Habitue -Facilité pour la déclaration de l'enfant à l'état civil 	<ul style="list-style-type: none"> -Problème financier -Disponibilité permanente de la matrone -Mauvaises conditions d'accouchement à l'hôpital -Mauvais accueil et mauvaise qualité de services du personnel de santé -Problème d'éloignement

Assurer un bon déroulement de l'accouchement tel que recommandé nécessite de moyens financiers importants. Le conjoint/mari constitue généralement la première personne

qui prend en charge les dépenses effectuées à cet effet. Est-ce pour autant une raison pour que les hommes soient, comme l'ont déclaré certains d'entre eux lors des discussions de groupe, les « maîtres de décisions » pour les modalités d'accouchement ?

On ne peut donc pas ignorer le rôle joué par l'offre de soins de santé dans la détermination des comportements des femmes lors de l'accouchement. Cependant, ceux-ci sont également tributaires des caractéristiques individuelles des femmes. De même que pour la prise en charge médicale de la grossesse, notre hypothèse ici repose sur des pratiques différentielles des femmes lors de l'accouchement en fonction de leur statut. Dans la littérature, on admet souvent que l'amélioration du statut de la femme⁶ favorise le recours à l'assistance médicale lors de l'accouchement et l'accouchement en milieu hospitalier, sans que ces assertions ne fassent toujours l'objet de vérifications empiriques.

a) Statut public et comportements à l'accouchement

Les résultats indiquent une influence fortement significative du statut public de la femme aussi bien sur la prise en charge médicale de l'accouchement que sur le lieu d'accouchement (tableaux 6.8 et 6.9). Après contrôle des autres variables, le pouvoir explicatif du statut public de la femme demeure significatif, malgré une diminution considérable des écarts de risque observés. *Tant au niveau brut qu'au niveau net, un statut public élevé est associé à une forte propension des mères à recourir à une assistance médicale lors de l'accouchement et à accoucher en milieu sanitaire.* Cependant, son effet est beaucoup plus intense sur le recours à la prise en charge médicale que sur le lieu de l'accouchement.

Toutes choses égales par ailleurs, une femme ayant un statut élevé a environ quatre fois plus de chance d'être assistée par un personnel médical à l'accouchement qu'une femme ayant un statut très faible. Ce statut élevé multiplierait par 1,6 environ la propension pour une femme d'accoucher en milieu hospitalier. Comme mentionné plus haut, l'influence relativement faible du statut public sur le lieu d'accouchement, comparée à celle sur l'assistance médicale, peut provenir des défaillances des systèmes de santé modernes en terme de qualité d'accueil, de conditions d'accouchement et de qualité des services offerts aux

⁶ Ce statut a été mesuré différemment dans les études : soit par le niveau d'instruction, l'activité économique exercée par la femme ou encore la position qu'elle occupe dans le ménage.

clients. Ces défaillances expliquent parfois la réticence des femmes d'aller accoucher en milieu hospitalier même si elles disposent des moyens suffisants pour y aller. Ainsi, elles font appel à un personnel médical pour les assister à accoucher à domicile. Par contre, comme le témoigne une femme de Fianarantsoa ayant accouché dans un centre de santé moderne, si la qualité de l'accueil est assurée, les femmes peuvent être amenées à utiliser les formations sanitaires [quel que soit le prix à payer] :

« Quand j'ai accouché de mon premier enfant, il y a eu une complication et j'étais obligée d'accoucher par césarienne. J'ai été satisfaite de tous les soins prodigués par la sage-femme pendant l'accouchement. Depuis ce moment, je ne pense plus aller ailleurs, j'ai l'habitude de voir cette sage-femme » (Femme, 32 ans, artisane, Fianarantsoa urbain).

Tableau 6.8 : Résultats de la régression logistique du recours à une assistance médicale lors de l'accouchement sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β
Statut public femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,257***	2,095***	2,089***	2,053***	1,865***	1,942***	1,892***
Moyen	3,077***	2,931***	2,735***	2,276***	1,893***	2,014***	1,970***
Elevé	14,924***	13,367***	10,550***	5,931***	4,022***	4,371***	4,161***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		3,454***	3,532***	2,647***	2,390***	2,445***	2,408***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,505***	1,538***	1,181	1,026	1,035	1,006
Mahajanga		2,492***	2,501***	2,379***	2,182***	2,235***	2,294***
Toliary		1,853***	1,755***	1,708***	1,756***	1,792***	1,827***
Antsiranana		2,468***	2,578***	1,761***	1,551**	1,536**	1,481**
Milieu de résidence			**	**	**	***	***
Urbain			2,073***	1,724***	1,664***	1,676***	1,683***
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,161	1,139	1,129	1,132
Moyen				2,060***	1,952***	1,943***	1,895***
Elevé				3,910***	3,492***	3,398***	3,236***
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,742***	1,760***	1,851***
Elevé					2,819***	2,850***	2,944***
Age à l'accouchement						***	***
<15 ans						®	®
15-34 ans						0,775**	1,021
35 ans ou plus						1,138	1,483**
Intervalle intergéné.							***
1 ^{ère} naissance							2,286***
<24 mois							®
24-47 mois							1,220*
48 mois et plus							1,695***
Model Chi square	523,887	665,590	707,372	782,743	843,547	856,539	893,790
Adéquation du modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	65,2	68,8	69,3	69,9	70,5	70,6	71,3
C (%)	12,1	15,4	16,4	18,1	19,5	19,9	20,7
R ² (%)	20,7	25,7	27,1	29,6	31,7	32,1	33,3

Tableau 6.9 : Résultats de la régression logistique de l'accouchement en milieu hospitalier sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut public femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,483***	1,964***	1,962***	1,913***	1,724***	1,757***	1,715***
Moyen	2,322***	1,917***	1,894***	1,759***	1,442***	1,467***	1,439***
Elevé	3,652***	2,729***	2,603***	2,506***	1,675***	1,735***	1,620***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		2,751***	2,750***	2,581***	2,342***	2,391***	2,431***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,311*	1,314*	1,229	1,062	1,064	1,036
Mahajanga		1,191	1,186	1,174	1,067	1,059	1,074
Toliary		1,366**	1,353**	1,353**	1,371**	1,356**	1,389**
Antsiranana		1,425**	1,430**	1,283	1,131	1,098	1,071
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,121	1,165	1,114	1,112	1,100
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,052	1,028	1,031	1,035
Moyen				1,473***	1,381***	1,380***	1,347**
Elevé				1,010	0,889	0,880	0,838
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,783***	1,833***	1,912***
Elevé					2,825***	2,945***	3,045***
Age à l'accouchement						***	n.s.
<15 ans						®	®
15-34 ans						0,708***	0,912
35 ans ou plus						0,847	1,108
Intervalle intergén.							***
1 ^{ère} naissance							2,027***
<24 mois							®
24-47 mois							1,160
48 mois et plus							1,422***
Model chi square	138,286	247,591	248,793	264,856	327,781	338,739	368,867
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	64,4	65,2	65,5	65,6	66,6	67,0	67,1
C (%)	3,4	6,1	6,1	6,5	8,1	8,4	9,1
R ² (%)	6,0	10,5	10,6	11,2	13,7	14,2	15,4

L'impact du statut public de la femme sur l'assistance médicale lors de l'accouchement est particulièrement sensible au milieu de résidence, au niveau de vie des ménages et à la culture sanitaire. Les différences de comportements des femmes selon leur statut public en ce qui concerne l'assistance à l'accouchement s'expliquent donc en grande partie par les différences de milieu de résidence, les disparités des conditions économiques des ménages ainsi que par les différences des connaissances en matière de santé des femmes selon leur statut.

Le contrôle du niveau de vie des ménages réduit d'environ 44% l'avantage des femmes de statut élevé par rapport à celles de statut très faible du point de vue assistance médicale à l'accouchement. Les contrôles du milieu de résidence et de la culture sanitaire,

quant à eux, ont induit une réduction de cet avantage de 21% et de 32% respectivement. En d'autres termes, si les femmes de statut public élevé sont beaucoup plus assistées par le personnel de santé à l'accouchement, c'est en grande partie parce qu'elles résident plus en ville, ont un niveau de vie élevé et aussi parce qu'elles ont une meilleure connaissance en matière de santé. En revanche, l'effet du statut public sur le lieu d'accouchement est beaucoup plus influencé par la province de résidence et la culture sanitaire. Le niveau de vie intervient mais avec une faible ampleur dans la modification de l'impact du statut public sur le lieu d'accouchement.

Le milieu de résidence s'avère ici un déterminant important de l'assistance médicale lors de l'accouchement et non de l'accouchement en milieu hospitalier. Après le contrôle de toutes les variables, la propension des femmes citadines à recourir à une assistance médicale lors de l'accouchement est significativement plus élevée (1,7 fois supérieure) que celle des femmes rurales. Cela dénote ainsi le rôle primordial joué par l'offre en personnel de santé et de l'exposition à la modernisation dans le recours à un personnel de santé pour assister à l'accouchement.

Les femmes de statut très faible, généralement rurales, restent attachées au modèle traditionnel et tendent à recourir plutôt à la prise en charge traditionnelle de l'accouchement (ou à « l'obstétrique traditionnelle »), en faisant appel aux accoucheuses traditionnelles pour les assister. Enfin, le niveau de vie élevé des femmes de statut élevé, quant à lui, augmente leurs capacités de mobilisation des ressources financières pour faire face aux dépenses nécessaires au recours au personnel de santé.

Toutefois, la présence des infrastructures sanitaires et le niveau de vie élevé ne favorisent pas toujours l'utilisation des centres de santé pour l'accouchement chez les femmes de statut élevé. C'est pourquoi le milieu de résidence et le niveau de vie modifient peu l'effet du statut public sur le lieu d'accouchement. Les femmes de statut public élevé, malgré leur niveau de vie élevé, peuvent décider de ne pas accoucher en milieu hospitalier et de faire appel au personnel de santé pour les assister à l'accouchement à leur domicile. Cette procédure, parfois onéreuse, permet à la fois de bénéficier de l'assistance médicale et d'éviter les conditions d'accouchement peu confortables dans les centres de santé (utilisation communautaire du matériel, vétusté des bâtiments ou manque de matériel, promiscuité, manque d'intimité, etc). Aussi, certaines femmes sont-elles prêtes parfois à laisser tomber le

privilège de la prise en charge des frais d'accouchement en milieu hospitalier pour accoucher à domicile en supportant elles-mêmes les dépenses nécessaires. Ainsi, une femme ayant fait appel à une sage-femme pour l'assistance à l'accouchement et ayant accouché à domicile a-t-elle déclaré :

« Si j'accouche à l'hôpital Girard et Robic, c'est gratuit mais moi, j'ai préféré accoucher à domicile. Je n'aime pas accoucher à l'hôpital parce que je crie quand je suis en travail, et j'ai honte. Je fais appel à une sage-femme même si je dois lui payer. Au moins, j'accouche chez moi... Certes, je ne suis pas surveillée autant que si je suis à l'hôpital. Mais ici, je bénéficie de l'assistance permanente de mon mari, il n'est pas obligé de venir à l'hôpital pour m'apporter de quoi manger ou pour récupérer les linges sales, etc. Et même s'il n'est pas là, il y a toujours quelqu'un qui peut m'aider » (Femme, 25 ans, secondaire 1^{er} cycle, commerçante, Antananarivo rural).

Cette faible intervention du niveau de vie dans l'explication de l'effet du statut public sur le lieu d'accouchement peut également résulter du fait que l'analyse ici ne permet pas de tenir compte de l'hétérogénéité des infrastructures sanitaires utilisées pour l'accouchement. Les femmes de statut élevé, ayant des moyens suffisants, préféreraient accoucher dans des centres de santé munis d'équipements plus modernes et pouvant assurer une meilleure qualité de services.

En revanche, la culture sanitaire intervient fortement dans l'explication de l'effet du statut public aussi bien sur l'assistance à l'accouchement que sur le lieu d'accouchement. Détenant de meilleures connaissances sanitaires, les femmes de statut public élevé sont beaucoup plus conscientes des risques liés à un accouchement sans assistance médicale et d'autres avantages de l'utilisation des services de santé pour l'accouchement. Elles ont la possibilité de bien peser les avantages et les inconvénients d'accoucher sans l'assistance d'un personnel médical et/ou en milieu hospitalier. Leur ouverture culturelle constitue également un facteur susceptible d'améliorer leur rapport avec le personnel de santé et de se détacher plus facilement des pratiques traditionnelles. Tous ces éléments stimulent donc la fréquentation des services obstétricaux modernes.

Pour terminer, on notera que l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénéscique constituent également des déterminants du recours à un encadrement médical à

l'accouchement ; la seconde variable constitue en plus un facteur discriminant du lieu de l'accouchement. Plus l'intervalle entre les naissances est grand, plus la femme a une chance d'être assistée par un personnel médical et d'accoucher à l'hôpital. En outre, on soulignera que c'est surtout la première naissance et l'âge avancé à l'accouchement qui est associée à l'assistance par un personnel médicale au moment de l'accouchement. Le premier accouchement étant généralement plus douloureux et plus risqué (Lalou, 1990 cité par Banza, 1993), la crainte chez les femmes primipares augmenterait leur propension à recourir à un personnel médical qualifié pour les assister à l'accouchement. En outre, plus l'âge avance, plus le risque lié à l'accouchement est élevé. Par ailleurs, ces deux variables médiatisent l'effet du statut public sur ces deux variables de comportements lors de l'accouchement.

b) Statut privé et prise en charge médicale de l'accouchement

Au niveau brut, le statut privé exerce une influence fortement significative aussi bien sur le recours à une assistance médicale au moment de l'accouchement que sur le choix du lieu d'accouchement (tableaux 6.10 et 6.11). Son effet sur la première variable dépendante persiste en présence de toutes les autres variables (modèle global) même si les écarts de risque diminuent considérablement. Par contre, son effet sur le lieu d'accouchement disparaît dès la prise en compte de la culture sanitaire dans le modèle. *Contrairement au statut public, le statut privé n'exerce donc un effet propre que sur le recours à une assistance médicale, son impact propre sur le choix du lieu d'accouchement étant non significatif.* Toutes choses égales par ailleurs, un statut privé élevé augmente de 73% la propension pour une femme à recourir à un encadrement médical lors de l'accouchement. Son effet sur cette variable passe probablement par d'autres facteurs qui n'ont pas pu être pris en compte dans cette étude. Toutefois, cet effet du statut privé est relativement faible comparé à celui du statut public.

Comme précédemment, l'effet du statut sur chacune des deux variables dépendantes se maintient après le contrôle de la province et du milieu de résidence. *Quel que soit le contexte dans lequel les femmes vivent, le statut privé de la femme reste donc un facteur de différenciation important de leurs comportements lors de l'accouchement.*

Tableau 6.10 : Résultats de la régression logistique du recours à une assistance médicale lors de l'accouchement sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut privé femme	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,496***	1,588***	1,522***	1,442***	1,258**	1,258**	1,204*
Moyen	1,933***	2,166***	2,027***	1,571***	1,377***	1,403***	1,357***
Elevé	4,293***	5,022***	3,911***	2,336***	1,759***	1,798***	1,729***
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		4,815***	4,759***	2,971***	2,556***	2,612***	2,539***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,514***	1,558***	1,103	0,948	0,948	0,921
Mahajanga		2,238***	2,212***	2,008***	1,840***	1,844***	1,899***
Toliary		1,496***	1,398***	1,373***	1,462***	1,461***	1,501***
Antsiranana		2,481***	2,588***	1,574**	1,384*	1,356	1,312
Milieu de résidence			***	***	***	***	***
Urbain			2,667***	1,837***	1,722***	1,731***	1,737***
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,187*	1,154	1,151	1,158
Moyen				2,479***	2,207***	2,215***	2,153***
Elevé				6,393***	4,867***	4,833***	4,533***
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,884***	1,922***	2,023***
Elevé					3,491***	3,587***	3,711***
Age à l'accouchement						**	n.s.
<15 ans						®	®
15-34 ans						0,782**	1,058
35 ans ou plus						1,000	1,354
Intervalle intergén.							***
1 ^{er} naissance							2,365***
<24 mois							®
24-47 mois							1,180
48 mois et plus							1,658***
Modél chi square	196,471	450,550	537,766	695,790	788,387	796,129	837,348
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	60,1	65,6	67,0	69,9	70,4	71,0	70,6
C (%)	4,6	10,5	12,5	16,2	18,3	18,5	19,5
R ² (%)	8,2	18,0	21,2	26,8	29,9	30,2	31,5

Le contrôle du milieu de résidence, quant à lui, a fait perdre essentiellement aux femmes de statut élevé leur avantage au point de vue des comportements prénataux. Autrement dit, si les femmes de statut privé élevé adoptent de bons comportements, c'est en partie parce qu'elles résident beaucoup plus en ville.

L'examen de l'évolution de l'effet du statut privé de la femme permet de déduire que cette variable agirait sur l'assistance médicale lors de l'accouchement essentiellement à travers la province, le milieu de résidence, le niveau de vie et la culture sanitaire et, dans une moindre mesure, par l'âge à l'accouchement et l'intervalle intergénéral. En revanche, son effet sur le lieu d'accouchement est médiatisé principalement par le milieu de résidence, la

culture sanitaire et le niveau de vie ; toutes les autres variables interviennent dans une moindre mesure dans la médiatisation de cet effet.

Tableau 6.11 : Résultats de la régression logistique de l'accouchement en milieu hospitalier sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7
	Exp β						
Statut privé femme	***	***	***	***	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,385***	1,410***	1,395***	1,374***	1,214 *	1,215*	1,169
Moyen	1,304**	1,319***	1,294 **	1,274 **	1,079	1,094	1,061
Elevé	1,789***	1,805***	1,688***	1,560***	1,199	1,216	1,154
Province		***	***	***	***	***	***
Antananarivo		3,205***	3,165***	2,788***	2,433***	2,483***	2,413***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,317**	1,323**	1,177	1,039	1,040	1,015
Mahajanga		1,050	1,040	1,024	0,936	0,924	0,938
Toliary		1,155	1,137	1,148	1,196	1,177	1,211
Antsiranana		1,419 *	1,427 *	1,208	1,070	1,037	1,017
Milieu de résidence			**	*	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,221**	1,201*	1,121	1,118	1,104
Rural			®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®
Faible				1,048	1,018	1,022	1,027
Moyen				1,607***	1,423***	1,424***	1,383***
Elevé				1,218	0,943	0,940	0,880
Culture sanitaire					***	***	***
Faible					®	®	®
Moyen					1,854***	1,910***	1,993***
Elevé					2,080***	3,118***	3,202***
Age à l'accouchement						***	***
<15 ans						®	®
15-34 ans						0,721 ***	0,934
35 ans ou plus						0,812	1,073
Intervalle intergén.							***
1 ^{ère} naissance							2,044***
<24 mois							®
24-47 mois							1,148
48 mois et plus							1,418***
Model chi square	29,808	207,335	211,293	232,612	306,665	315,918	347,211
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	64,4	65,9	65,9	65,6	66,8	66,7	67,1
C (%)	0,7	5,1	5,2	5,8	7,6	7,8	8,6
R ² (%)	1,3	8,9	9,0	9,9	12,9	13,3	14,5

L'introduction du niveau de vie dans le modèle a contribué à réduire de 54% l'écart de risque de bénéficier d'un encadrement médical à l'accouchement entre statuts élevé et très faible, et de 44,4% entre moyen et très faible ; les écarts observés toujours au désavantage des premiers. S'il n'y avait pas de différence de niveau de vie entre les ménages, les femmes de statut privé élevé auraient couru un risque de ne pas être assistées médicalement lors de l'accouchement beaucoup plus proche de celui des femmes de statut très faible. En d'autres termes, la participation de la femme à la décision concernant les conditions d'accouchement est d'autant plus importante dans la détermination des conditions d'accouchement lorsque

celle-ci dispose de suffisamment de moyens financiers. Plutôt que d'accepter que l'homme décide seul, comme l'ont affirmé certains hommes, son statut privé élevé lui permet de négocier, de convaincre son mari de faire appel à un personnel médical pour l'assister à l'accouchement (si celui-ci n'est pas de cet avis) ou de décider elle-même de le faire ; elle a d'ailleurs la capacité de faire face elles-mêmes aux dépenses relatives aux soins à l'accouchement.

Le niveau de vie modifie mais plus légèrement l'effet du statut privé sur le choix du lieu d'accouchement. De plus, seul l'écart de chance observé entre niveau de vie moyen et très faible s'avère significatif. Comparé au niveau de vie très faible, le niveau moyen est associé à une augmentation de 38% de la chance d'accoucher dans un centre de santé. Le contrôle de cette variable a néanmoins réduit de 18,6% l'écart de chance d'accoucher à l'hôpital entre le statut élevé et le statut très faible en faveur de ce dernier, mais cette réduction est presque quatre fois moins élevée que celle résultant de l'introduction de la culture sanitaire. Pour un statut donné, accoucher à domicile ou en milieu hospitalier dépend donc moins du niveau de vie de la femme que de sa culture sanitaire. Autrement dit, *les facteurs culturels priment sur les facteurs économiques dans la détermination du choix du lieu d'accouchement.*

Chez les femmes de statut privé élevé, connaissant tous les risques de contamination dans un lieu insalubre, c'est surtout à cause des problèmes de « l'insécurité sanitaire » dans les formations sanitaires publiques (manque d'hygiène, outils à usage collectif souvent non stérilisés, etc) et de la qualité d'accueil du personnel médical qu'elles choisissent d'accoucher chez elles, malgré leur capacité à faire face aux dépenses encourues. Par contre, chez les femmes de statut privé très faible, l'attachement à la culture traditionnelle et l'ignorance des questions relatives à la santé sont principalement à l'origine de leur comportement inadéquat en matière d'accouchement ; cela, en dehors de leur faible capacité de débloquer les ressources financières indispensables pour aller accoucher dans un milieu sanitaire.

En définitive, les résultats des analyses confirment le pouvoir discriminant des statuts public et privé de la femme sur les comportements des femmes lors de l'accouchement. Alors que le statut public est un facteur explicatif important aussi bien du type d'assistance à l'accouchement que du lieu d'accouchement, le statut privé, quant à lui, l'est uniquement sur la première variable. Les résultats obtenus après la prise en compte des deux statuts dans le

même modèle montrent que l'influence du statut public sur les comportements lors de l'accouchement est toujours plus prépondérante, quel que soit l'indicateur considéré (tableau A6.1). La culture sanitaire joue un rôle crucial dans la médiatisation de l'effet des deux types de statuts aussi bien sur le recours à l'encadrement médical lors de l'accouchement que sur le lieu où celui-ci se déroule. En revanche, le niveau de vie intervient beaucoup plus dans l'explication de leur effet sur les comportements des femmes relatifs à l'assistance à l'accouchement. Pour convaincre les femmes d'adopter de bons comportements lors de l'accouchement, des stratégies pour assurer un meilleur accès à l'information, une éducation sanitaire intense, surtout à l'endroit des femmes de statut très faible, devraient être envisagées. Une amélioration des conditions de vie de la population est également indispensable, mais des efforts devraient être déployés en même temps pour renouveler la confiance de la population vis-à-vis des services de santé modernes.

6.3. Analyses du recours à la vaccination des enfants

Il est reconnu que la vaccination n'est pas la seule responsable du recul de mortalité. Néanmoins, elle joue un rôle important, surtout en Afrique où une part très importante des décès d'enfants de moins de cinq ans est attribuable à des maladies infectieuses évitables par la vaccination (Vallin et al, 1999). L'enregistrement des vaccins des enfants dans le cadre de l'enquête EDS a été effectué de deux manières différentes. Si l'enfant possède un carnet de vaccination, on recopie les types de vaccins reçus par l'enfant et la date de l'administration de chaque vaccin. Par contre, si l'enfant ne possède pas de carnet, on demande à la mère si l'enfant a déjà eu un vaccin et le type de vaccin qu'il a reçu. Le calendrier des vaccins est important pour assurer leur efficacité. Cependant, compte tenu du nombre élevé d'enfants pour lesquels nous ne disposons pas d'informations sur les dates de vaccins⁷, nous nous intéressons qu'aux deux aspects suivants de la vaccination : l'enfant est-il vacciné, c'est-à-dire a-t-il reçu au moins un vaccin ? si oui, a-t-il reçu l'ensemble de tous les vaccins (les vaccins reçus sont-ils complets) ? De plus, il convient de préciser ici que l'analyse sur la vaccination des enfants ne concerne que ceux qui sont survivants et âgés d'au moins 1 an, les enfants de cet âge devant en principe recevoir tous les vaccins prescrits.

⁷ Les pourcentages des âges à la vaccination non déterminés dépassent largement 20% quel que soit le vaccin : 33,5% pour BCG, 31,3% pour DPT1, 29% pour DPT2, 23,1% pour DPT3, 40,1% pour Polio1, 33,1% pour Polio2, 20,8% pour Polio3 et enfin 33,8% pour la rougeole.

6.3.1. Accès des enfants à la vaccination

Parmi les 1811 enfants survivants âgés de plus d'un an et pour lesquels on a obtenu les informations concernant les vaccins, 1508 ont reçu au moins un vaccin, soit un taux d'accès à la vaccination de 83%. Ce taux est donc relativement élevé à Madagascar. Il l'est davantage en milieu urbain qu'en milieu rural. Environ 90% des enfants vivant en ville ont été vaccinés contre au moins une maladie, contre 81% en milieu rural. Il convient ainsi de reconnaître que le lancement des campagnes de vaccination organisées dans le pays, depuis le début des années 90, a porté des fruits.

Lors de l'enquête qualitative, aussi bien les hommes que les femmes interrogés dans les discussions de groupe ou individuellement ont signalé l'importance et la réussite de ces campagnes de vaccination. La plupart d'entre eux ont profité des séances de vaccination organisées dans leur quartier de résidence ou dans les centres de santé proches pour faire vacciner leurs enfants. Le milieu rural où l'accessibilité des formations sanitaires constitue un problème, semble même être au centre des préoccupations des acteurs sanitaires dans ce programme⁸. Les deux extraits des discours des intervenants dans les discussions de groupe ci-après illustrent bien ces faits.

« Il y a des journées de vaccination dans notre quartier...Les autorités sanitaires locales envoient des gens qui sensibilisent les femmes et les appellent à l'aide d'un mégaphone, à venir nombreuses au bureau administratif du quartier pour faire vacciner leurs enfants. Parfois, ils passent même de maison en maison pour donner les vaccins (par voie orale) aux enfants...je ne connais pas exactement les dates mais je sais que ça se passe au moins une fois par an... » (Homme marié, dans un groupe mixte en milieu urbain, Antananarivo).

« Il y a un moment où les responsables administratifs dans notre quartier ont décidé de sanctionner (payer une amende de 5000 Fmg) toute femme ayant des enfants de moins de cinq ans et qui ne les emmène pas dans un centre de santé pour la vaccination. Cette décision a poussé (ou plutôt obligé) un grand nombre de femmes de notre quartier à faire vacciner leurs enfants. Actuellement, il y a des volontaires qui accompagnent les médecins qui descendent

⁸ Des dispositions ont été prises pour mettre toute la population, surtout la population rurale, au courant de ces programmes de vaccination. Non seulement, on en parle dans les médias mais il y a également des campagnes de sensibilisation organisées par des volontaires ou des acteurs sanitaires. Ces taux seraient plus élevés actuellement

sur place pour attendre les femmes avec leurs enfants pour les vacciner. Ils informent en même temps les femmes qu'il est important d'administrer tous les rappels de vaccins tels que prescrits dans le carnet...» (Homme marié, dans un groupe d'hommes en milieu rural, Fianarantsoa).

Grâce à ces efforts, même en milieu rural, le taux d'accès à la vaccination est relativement élevé. Environ huit enfants ruraux sur dix ont été vaccinés au moins une fois. Il reste tout de même que la proportion des enfants ruraux n'ayant pas du tout été vaccinés est le double de celle enregistrée en milieu urbain.

La première dose du vaccin contre la Poliomyélite a touché le plus grand nombre d'enfants. Environ huit enfants sur dix ont reçu au moins la première dose de ce vaccin. Il est suivi du vaccin contre la coqueluche (DTCOQ, première dose), puis de celui contre le BCG, avec des taux d'accès respectifs de 79% et 70%. Toutefois, si l'on tient compte de la complétude des vaccins contre la Polio et contre la coqueluche, ces deux vaccins enregistrent respectivement un taux d'accès de 53% et de 51%. Les taux de déperdition⁹ (entre la première dose et la troisième dose) correspondants sont respectivement de 36% et de 25%. La déperdition relative à ces deux vaccins est plus importante entre la deuxième et la troisième dose. L'accès à la vaccination contre la rougeole est, en revanche, relativement faible. Près de la moitié des enfants ayant au moins un an n'ont pas encore reçu ce vaccin. Or, étant bénigne dans les pays développés, la rougeole demeure fortement létale en Afrique. D'aucuns suggèrent même de discuter de ce que l'on peut attendre d'une meilleure couverture vaccinale à partir de l'exemple de la rougeole (Aaby P, 1987 ; Désgrées du Loû, 1994 ; Vallin J. et al, 1999).

Par ailleurs, lorsqu'on se réfère à la proportion des enfants qui n'ont pas reçu l'ensemble de tous les vaccins, les résultats ne sont pas satisfaisants. En effet, moins de la moitié (49%) des enfants ayant été vaccinés au moins une fois ont pu recevoir l'ensemble de tous les vaccins prescrits. Il n'y a pas de grande différence entre milieu urbain et milieu rural. Quel que soit le milieu, la non-compliance de vaccins touche environ la moitié des enfants.

du fait que depuis 1999, pour encourager la participation de la population, des attestations ont été distribuées aux enfants qui ont reçu l'ensemble de tous les vaccins avant l'âge de 1 an.

⁹ Il s'agit de la proportion des enfants ayant reçu la première dose du vaccin mais qui n'ont plus reçu la troisième dose.

Tableau 6.12. Répartition (%) des enfants selon la vaccination et selon le milieu de résidence

Recommandations sur la vaccination	Urbain	Rural	Ensemble
Au moins un vaccin	90,2	81,4	83,3
Ensemble de tous les vaccins (*)	53,9	47,3	48,9

(*) : Parmi les enfants qui ont reçu au moins un vaccin

En dépit des améliorations, les inégalités des enfants en matière de vaccination existent bel et bien. Dans les analyses qui suivent, nous cherchons particulièrement à faire ressortir l'effet du statut de la femme sur l'accès à la vaccination et sur la compliance des vaccins.

6.3.2. Impact du statut de la femme sur les comportements des mères en matière de vaccination des enfants

A quelques exceptions près, la vaccination a toujours été citée par nos informateurs comme un moyen efficace de protection des enfants contre les maladies. Malgré la reconnaissance de l'importance des vaccins, il ressort de leurs discours qu'il existe encore des femmes qui ne font pas vacciner leurs enfants. D'autres le font, mais les doses sont incomplètes. Un intervenant dans une discussion de groupe en milieu rural a même déclaré ouvertement qu'en milieu rural, aucune mesure de protection n'est prise pour prévenir les maladies chez les enfants. D'une manière générale, a-t-il dit, les paysans agissent lorsque survient la maladie. La résidence d'une femme en ville ou en campagne est donc un facteur susceptible d'expliquer le comportement des femmes en matière de vaccination. Certes, il existe une disparité énorme dans l'offre de soins de santé entre milieu urbain et milieu rural, rendant plus difficile le recours à la vaccination en campagne. Mais les données ont montré que les raisons justifiant la non-vaccination des enfants vont bien au-delà de ce problème.

Avant d'effectuer l'analyse sur la vaccination des enfants, il convient de relever, qu'à partir des informations recueillies auprès de nos informateurs dans les discussions de groupe, les obstacles empêchant les femmes d'emmener leurs enfants pour la vaccination sont de deux ordres : économique et culturel. Le manque d'argent et la pauvreté sont parmi les motifs avancés pour justifier le comportement inadéquat de certaines femmes en matière de vaccination. D'autres femmes, par contre, semblent être fortement attachées à la culture traditionnelle et ne voient pas la nécessité des vaccins :

« Il y a également les femmes qui se conforment aux pratiques traditionnelles de nos ancêtres. Elles se disent comme leurs parents : 'avant, il n'y avait pas de vaccins mais les enfants se portaient toujours bien, ils n'étaient pas malades' » (Discussion de groupe, féminin, Antananarivo urbain).

En dehors de ces aspects, le simple fait que le mari et la femme ne partagent pas les mêmes points de vue concernant la vaccination des enfants pourraient également constituer un obstacle pour faire vacciner les enfants. D'une manière générale, les informateurs dans les discussions de groupe ont mentionné que la vaccination des enfants est une affaire des femmes ; pourtant, certains hommes interviewés ont clairement déclaré qu'ils ne sont pas du tout d'avis à ce que leurs enfants soient vaccinés. De tels cas nécessiteraient que la femme puisse convaincre son mari ou qu'elle ait la latitude de prendre personnellement la décision pour faire vacciner ses enfants, comme c'est le cas dans l'exemple ci-après :

« Il y a deux ou trois ans, on a systématiquement fait vacciner les enfants, ceux qui sont nés ont été vaccinés et après on leur donne une attestation. C'est une politique pour le commerce des vaccins, aussi pour leur vulgarisation. Moi, je vois ça en terme de politique sanitaire, quand il y a quelque chose à lancer, tout le monde le fait...moi, on ne peut pas m'avoir dans ces politiques. Je ne suis pas personnellement convaincu de l'utilité des vaccins, mais ma femme, elle est médecin et c'est elle qui fait vacciner mes enfants... » (Homme, 51 ans, niveau supérieur, professeur, marié à une femme médecin).

Bref, on pourrait s'attendre à ce que aussi bien le statut public que le statut privé aient un impact important sur la vaccination des enfants.

a) Statut public et vaccination des enfants

Comme attendu, au niveau brut, le recours à la vaccination et la complétude des vaccins des enfants sont fortement liés au statut public de la femme : plus le statut public de la mère est élevé, plus les enfants ont une chance d'être vaccinés et de recevoir l'ensemble de tous les vaccins. En l'absence des autres variables, comparé au statut très faible, le statut élevé de la mère multiplie par 9 environ la chance pour que son enfant reçoive au moins un vaccin et par 7 celle pour que les vaccins soient complets (tableaux 6.13 et 6.14). Les impacts bruts du statut public sur ces deux variables liées à la vaccination sont également perceptibles pour

le statut moyen et le statut faible, avec toutefois des écarts par rapport au statut très faible relativement moins importants (environ 3 fois de chance plus élevée aussi bien pour le statut moyen que pour le statut faible). Cependant, alors que son impact sur le recours à la vaccination s'estompe dès la prise en compte de la variable culture sanitaire, celui sur la complétude de vaccins demeure fortement significatif en présence de toutes les variables. *Le statut public de la femme ne constitue donc pas en soi un facteur explicatif de l'accès à la vaccination des enfants. Il n'exerce pas un effet propre sur cette variable dépendante. Par contre, il figure parmi les déterminants importants de la complétude des vaccins.*

Tableau 6.13 : Résultats de la régression logistique de l'accès des enfants à la vaccination sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,673***	1,538**	1,524**	1,501**	1,250	1,293	1,284	1,253
Moyen	3,102***	1,953***	1,871***	1,658***	1,138	1,162	1,165	1,128
Elevé	8,842***	5,356***	4,592***	2,819***	1,337	1,342	1,297	1,232
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		3,504***	3,591***	2,959***	2,300***	2,369***	2,361***	2,211***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,358	1,393	1,200	0,862	0,857	0,861	0,804
Mahajanga		0,501***	0,505***	0,484***	0,370***	0,359***	0,355***	0,334***
Toliary		0,695*	0,680*	0,658**	0,633**	0,640**	0,626**	0,604**
Antsiranana		3,061***	3,159***	2,499**	1,783	1,729	1,756	1,669
Milieu de résidence			**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,528**	1,293	1,265	1,231	1,236	1,196
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				**	**	**	**	**
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,049	0,995	0,989	0,991	1,001
Moyen				1,470*	1,376	1,410	1,450	1,478
Elevé				3,753***	3,266***	3,381***	3,456***	3,445***
Culture sanitaire					***	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					2,476***	2,480***	2,501***	2,646***
Elevé					5,733***	5,640***	5,771***	6,299***
Age de l'enfant						***	**	**
12-23 mois						®	®	®
24-35 mois						1,646***	1,638**	1,603**
Sexe de l'enfant							**	**
Masculin							0,720**	0,728**
Féminin							®	®
Rang de naissance								**
1 ^{ère} naissance								®
Rang 2 ou 3								0,604**
Rang 4 ou 5								0,495***
Rang 6 ou plus								0,670*
Model Chi square	119,692	213,197	217,902	230,511	285,350	297,819	303,361	312,290
Adéquation modèle	***	***	**	***	***	**	***	***
Pouvoir prédictif (%)	83,3	83,3	83,3	83,3	84,2	83,9	84,3	84,3
C (%)	7,3	13,1	13,4	14,1	17,5	18,3	18,6	19,1
R ² (%)	10,8	18,7	19,1	20,2	24,6	25,6	26,0	26,7

Tableau 6.14 : Résultats de la régression logistique de la compliance des vaccins des enfants sur le statut public de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut public femme	***	***	***	***	***	***	***	***
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	2,956***	1,975***	1,987***	1,913***	1,675***	1,681***	1,689***	1,704***
Moyen	3,331***	2,371***	2,422***	2,120***	1,605**	1,605**	1,608**	1,651**
Elevé	7,286***	4,930***	5,350***	4,053***	2,271***	2,267***	2,277***	2,328***
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		4,237***	4,222***	3,640***	3,264***	3,361***	3,346***	3,405***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,988***	1,979***	1,740***	1,363	1,374	1,365	1,390
Mahajanga		1,438	1,450	1,375	1,157	1,148	1,147	1,166
Toliary		0,648*	0,654*	0,622**	0,604**	0,612**	0,613**	0,620*
Antsiranana		0,801	0,792	0,642*	0,512**	0,509**	0,508**	0,514**
Milieu de résidence			n.s.	*	**	**	*	*
Urbain			0,823	0,749*	0,724**	0,728**	0,726**	0,737**
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				**	**	**	**	**
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,064	1,039	1,027	1,032	1,022
Moyen				1,602***	1,537**	1,551***	1,544**	1,546**
Elevé				1,705**	1,533*	1,522*	1,522*	1,520*
Culture sanitaire					***	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					2,228***	2,211***	2,213***	2,166***
Elevé					4,535***	4,488***	4,489***	4,453***
Age de l'enfant						**	**	**
12-23 mois						1,309**	1,309**	1,321**
24-35 mois						®	®	®
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,072	1,066
Féminin							®	®
Rang de naissance								n.s.
1 ^{ère} naissance								®
Rang 2 ou 3								0,941
Rang 4 ou 5								1,235
Rang 6 ou plus								1,061
Model Chi square	145,894	302,128	303,851	314,668	369,650	374,808	375,154	377,894
Adéquation modèle	***	***	**	***	***	**	***	***
Pouvoir prédictif (%)	60,9	69,5	69,3	70,8	71,5	70,4	70,6	70,9
C (%)	7,0	14,5	14,6	15,1	17,7	18,0	18,0	18,1
R ² (%)	12,3	24,3	24,4	25,2	29,1	29,4	29,5	29,6

Les effets de cette variable sur les deux variables dépendantes se maintiennent quel que soit le contexte dans lequel vivent les femmes. De plus, il convient de remarquer que l'introduction de la province a fait baisser sensiblement les écarts aussi bien pour l'accès à la vaccination que pour la complétude des vaccins entre les différentes catégories de statut. Autrement dit, si toutes les femmes résidaient dans une même province, ces écarts de risque auraient été beaucoup moins importants. Ceci résulterait peut-être de la variabilité de l'intensité et des stratégies de mise en œuvre des programmes de vaccination dans chacune des provinces. Malgré les efforts déployés pour toucher l'ensemble de toute la population, les femmes de statut élevé sauraient toujours mieux profiter de ces programmes et il y aurait de

changement des comportements en matière de vaccination plus remarquable chez ces femmes surtout dans les provinces où les programmes sont beaucoup mieux vulgarisés. A Majunga et à Tuléar où les enfants courent encore un haut risque de ne pas être vacciné ou de recevoir des vaccins complets que les autres, des efforts sans cesse accrus devraient ainsi être déployés pour que les enfants des femmes « marginalisées » profitent autant que les autres des programmes de vaccination.

Il est à noter qu'en présence de toutes les variables, les enfants résidant en ville ont moins de chance de recevoir l'ensemble de tous les vaccins que les enfants ruraux. Cela n'a pas été le cas au niveau brut. L'avantage des enfants citadins, comparés à leurs homologues ruraux, observé au niveau brut proviendrait donc du statut élevé des mères, du niveau de vie élevé des ménages urbains et des connaissances sanitaires des femmes qui y résident. N'eussent été ces caractéristiques des femmes, malgré la disponibilité des infrastructures sanitaires, les enfants citadins auraient moins de chance de recevoir des vaccins complets.

En dehors de la province, le milieu de résidence, le niveau de vie et la culture sanitaire contribuent tous à modifier considérablement l'effet du statut public sur l'accès à la vaccination et de la compliance de la vaccination. Il s'agit là des variables qui expliquent essentiellement les comportements différentiels des femmes selon leur statut au niveau du recours à la vaccination des enfants et de la complétude des vaccins de ces derniers. Alors comment ces variables médiatisent-elles l'effet du statut public de la femme ?

Affirmer que le niveau de vie médiatise l'effet du statut public sur les comportements des femmes en matière de vaccination signifie que la non-vaccination et la non-compliance des vaccins des enfants issus d'une femme de statut très faible, comparés aux autres, s'explique particulièrement par des contraintes financières liées au niveau de vie faible de son ménage. Or, d'après les enquêtés, les vaccins sont généralement administrés gratuitement¹⁰, ces contraintes financières ne seraient pas toujours liées au coût de vaccination. Le manque de moyen peut également entraîner une négligence de la part de la mère en matière de soins à accorder aux enfants. Chercher les moyens financiers pour subvenir aux besoins de la famille constitue la première préoccupation de la mère ; cela l'empêche de bien s'occuper de ses

¹⁰ Sinon, on demande une somme modique pour la participation de la population (le montant s'élève à 100 Fmg, qui équivaut à moins de 0,02 euro actuellement).

enfants et d'aller le faire vacciner. Les propos suivants, extraits des discours de deux femmes interviewées à Fianarantsoa et à Antananarivo, en constituent une bonne illustration :

« Moi, je suis consciente que les vaccins font du bien aux enfants, même si j'ai eu à les négliger. Je reconnais que je n'ai pas bien fait de ne pas emmener certains de mes enfants à la vaccination... Le problème était qu'au début, j'ignorais s'il fallait payer un peu d'argent pour faire vacciner les enfants. Après avoir fait vacciner mon premier enfant, je me disais que si chaque fois que j'emmène un enfant, je dois donner de l'argent, alors, moi je n'y vais plus » (Femme, 28 ans, sans emploi, mariée à un agriculteur, Fianarantsoa rural).

« Moi, j'ai fait vacciner mes enfants pour les protéger contre les maladies, mais malheureusement, je n'ai pas pu continuer... ce dernier en a reçu trois (si je ne me trompe pas) et je n'ai pas pu faire le reste... Je n'ai pas pu le faire parce que je me débrouille pour trouver de l'argent par-ci et par-là, je sors tout le temps, et même mes trois enfants, je les laisse comme ça ici et je leur dis simplement de ne pas bouger... » (Femme, 25 ans, niveau primaire, sans emploi mais débrouillarde, Antananarivo rural).

Ce problème confirme le propos de Bazzi-Veil L. (2000) qui mentionne le coût d'opportunité comme l'un des principaux obstacles à l'utilisation des services de santé par les femmes. A ce sujet, elle a souligné : *« compte tenu des charges qui pèsent sur elles et de la durée excessive de leur journée de travail, les femmes ont peu de temps et de ressources à consacrer à leur santé [et à celle de leurs enfants] »* (p. 186).

Les problèmes liés à la vaccination des enfants nés d'une femme de statut très faible s'expliqueraient également par le faible niveau, voire le manque, de connaissances de leur mère en matière de santé. Celle-ci n'est pas suffisamment consciente de la vertu des vaccins et est difficilement convaincue de la nécessité de faire vacciner ses enfants et de leur administrer des vaccins complets. Il ressort des interviews que nous avons menées, que la plupart des femmes pensent que les effets secondaires des vaccins (ou le fait que ça fait mal aux enfants) constituent les raisons principales qui empêchent certaines femmes d'aller faire vacciner leurs enfants. Nous avons pu rencontrer quelques cas concrets où la simple observation d'effets secondaires des vaccins chez un enfant d'autrui ou chez l'un de ses propres enfants a amené la mère à ne pas faire vacciner ses enfants ou à ne pas respecter les doses des vaccins.

« Parmi tous mes enfants [elle en a 11], ceux qui sont vaccinés n'ont reçu les vaccins qu'à l'âge de 6-7 ans, lors des visites médicales effectuées à l'école...c'est parce que j'ai vu de mes propres yeux, l'enfant de ma tante devenir handicapé après avoir reçu un vaccin alors qu'il était petit ; une de ses jambes a été paralysée. Moi, je ne veux pas que mes enfants soient handicapés, c'est pourquoi, quand ils étaient petits, je ne les ai pas fait vacciner... » (Femme 39 ans, niveau secondaire 1^{er} cycle, commerçante, ayant 11 enfants, mariée à un homme sans emploi, Antananarivo urbain).

« Cet enfant, quand on l'a fait vacciner, son vaccin s'est infecté et s'est enflé considérablement, l'enfant n'a pu ni s'asseoir ni ramper. On l'a emmené chez la sage-femme qui l'a vacciné, elle a dit que c'est un manque d'hygiène qui a causé l'infection. Non... je lui ai dit clairement que j'ai lavé mon enfant tous les jours...mon mari et moi, nous pensons que c'est une seringue non stérilisée qui a fait ça...mon mari aussi ne voulait plus qu'on revienne pour les prochains vaccins...»(Femme, 20 ans, primaire, sans emploi, marié à un agriculteur, Fianarantsoa rural).

Ce dernier discours montre également combien les relations interpersonnelles entre le personnel médical et les patients sont importantes dans l'utilisation des services de santé, notamment pour la vaccination des enfants. Généralement, comme l'ont montré certains auteurs, le rejet par les femmes non instruites ou ne travaillant pas (ou d'une manière générale de statut faible) des structures modernes de santé résulte de « la distance sociale » qui les sépare du personnel médical. Cet exemple concret montre que si la sage-femme avait un peu plus d'empathie avec sa cliente, si au lieu d'adopter un comportement « accusateur » envers cette femme « ignorante », elle lui expliquait les effets secondaires des vaccins, traitait efficacement l'enfant et essayait de la convaincre de continuer les vaccins, l'enfant aurait reçu tous les vaccins. Par contre, si la femme est réellement convaincue de l'utilité des vaccins, sa conviction prime sur la peur des effets secondaires des vaccins et elle va administrer les vaccins à ses enfants :

« Oui, il y a beaucoup d'enfants qui ne sont pas vaccinés parce que leur mère a vu dans son entourage certains enfants tombés malades après avoir été vaccinés. Certaines personnes disent que ce sont les enfants vaccinés qui sont malades, les autres se portent bien...c'est le cas de ma belle-sœur, elle m'a dit que l'enfant de sa sœur a été vacciné, et après le vaccin, il était tombé malade ; cela a même entraîné sa mort. Elle n'a plus fait

vacciner ses enfants... moi, je n'ai pas eu peur ; car je sais que l'enfant a besoin du vaccin pour le protéger contre la maladie. Au contraire, j'ai vu les enfants non vaccinés qui toussent beaucoup...je m e d isais, i l faut q ue j e fasse vacciner m on enfant q uand j 'aurai un p eu d e temps... » (Femme, 22 ans, niveau secondaire premier cycle, sans emploi, mariée à un instituteur, Fianarantsoa urbain).

Cette ignorance ne permet pas non plus à une femme de statut très faible de contrecarrer le poids des traditions dans ses comportements quotidiens, notamment en matière de vaccination de l'enfant. C'est probablement le cas de certaines femmes évoquées par un participant dans une discussion de groupe (voir supra, p. 283).

Il convient de souligner le rôle significatif joué par le rang de naissance de l'enfant dans la détermination du recours à la vaccination et non celle de la complaisance des vaccins. Les résultats indiquent que parmi tous les enfants, ceux de premier rang ont le plus de chance d'être vaccinés. La prise en compte de cette variable diminue le risque de ne pas du tout être vacciné chez les enfants issus d'une femme de statut très faible comparativement aux autres. Une explication possible réside dans l'accumulation d'expériences maternelles au fur et à mesure que le rang de naissance augmente. Si les premiers enfants ont souffert d'un effet secondaire, les parents peuvent être amenés à arrêter de vacciner les autres enfants ou à ne pas les faire du tout. Les femmes sont donc plus susceptibles d'adopter des comportements différentiels en matière de vaccination vis-à-vis de leurs enfants selon le rang de ces derniers. Ces comportements différentiels résulteraient non seulement des contraintes économiques et du manque de connaissances, mais également de l'expérience qu'elles ont vécue avec leurs premiers enfants, comme le témoigne le propos suivant :

« Avant, mes enfants n'ont pas été vaccinés car mes parents nous ont interdit de le faire en disant que les enfants vaccinés sont encore plus malades. Après, nous avons constaté que les enfants des autres qui ont été vaccinés se portent bien, et j'ai été motivée pour faire vacciner aussi mes enfants. Mais après, il y a eu de problème entre mon mari et moi...trois de mes enfants ont eu la rougeole « noire » (kitrotro mainty), les deux qui ont été vaccinés sont décédés mais celui qui n'a pas été vacciné a résisté...Mon mari m'a interdit de faire vacciner encore ses enfants. On a les avis divergents sur la vaccination. Voilà pourquoi celui-là ne l'a pas été» (Femme, 40 ans, niveau primaire, sans emploi, marié à un agriculteur).

Cependant, ces femmes auraient pu bien se demander si c'est effectivement le vaccin administré à l'enfant qui a entraîné la mort de leur enfant ou bien cet enfant vacciné a souffert d'une maladie ou d'une malnutrition grave l'ayant conduit à la mort.

Avant de terminer, soulignons que l'âge et le sexe de l'enfant ne modifient que très peu l'effet du statut de la femme sur l'accès à la vaccination et la complétude des vaccins. En revanche, ces deux variables constituent des facteurs importants dans la détermination de l'accès à la vaccination ; la première détermine en plus la compléance des vaccins. Il ressort que plus l'âge de l'enfant augmente, plus l'enfant a la chance d'être vacciné et de recevoir tous les vaccins. Cependant, ces résultats peuvent refléter le retard accusé par les femmes dans le calendrier de vaccination des enfants, mais les données ne permettaient pas de l'attester.

b) Statut privé de la femme et vaccination des enfants

Ayant un effet brut très significatif sur l'accès à la vaccination et sur la complétude des vaccins des enfants, le statut privé de la femme ne s'avère plus significatif en présence d'autres variables. Contrairement à nos attentes, il n'exerce pas d'effet propre sur ces deux variables dépendantes. Il importe cependant de noter la persistance de la différence de l'accès à la vaccination (bien qu'elle soit peu significative) entre les enfants nés de femme de statut privé moyen et ceux dont la mère a un statut très faible. Toutes choses égales par ailleurs, les premiers ont 45% plus de chance d'être vaccinés au moins une fois que ces derniers.

Après contrôle de la province et du milieu de résidence, l'effet du statut privé de la femme aussi bien sur le recours à la vaccination que sur la complétude des vaccins des enfants demeure très important. *Quel que soit le contexte, le statut privé de la femme garde ses effets sur la vaccination des enfants.* Comme précédemment, le contrôle du contexte a contribué à faire baisser les écarts de risques liés à la vaccination des enfants observés entre les modalités du statut privé de la femme.

Que ce soit sur le simple recours à la vaccination ou sur la complétude des vaccins, l'effet du statut privé de la femme disparaît dès la prise en compte de la culture sanitaire. En dehors de la province et du milieu de résidence, seules les variables niveau de vie et culture sanitaire ont induit une modification substantielle de l'influence du statut privé de la femme

sur les deux variables dépendantes. L'impact de ce statut sur les comportements des femmes en matière de vaccination passerait donc essentiellement par ces variables. En revanche, l'âge, le sexe et le rang de l'enfant affectent très peu l'impact du statut privé sur l'accès à la vaccination des enfants et la complétude des vaccins.

Tableau 6.15 : Résultats de la régression logistique de l'accès des enfants à la vaccination sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,372**	1,327*	1,317	1,282	1,114	1,113	1,118	1,102
Moyen	2,221***	2,144***	2,078***	1,823***	1,490**	1,482**	1,478**	1,449*
Elevé	4,093***	3,749***	3,253***	2,272***	1,478	1,440	1,434	1,413
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		4,401***	4,423***	3,383***	2,558***	2,630***	2,618***	2,440***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,344	1,376	1,178	0,896	0,892	0,900	0,840
Mahajanga		0,482***	0,482***	0,456***	0,376***	0,355***	0,352***	0,332***
Toliary		0,635**	0,618**	0,604**	0,620**	0,622**	0,610**	0,592**
Antsiranana		2,975***	3,058***	2,351**	1,788	1,720	1,751	1,668
Milieu de résidence			***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,687***	1,313	1,248	1,218	1,225	1,180
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	**	**	**	**
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				0,986	0,932	0,925	0,925	0,933
Moyen				1,509**	1,288	1,319	1,357	1,372
Elevé				4,140***	2,915***	3,014**	3,030***	2,967**
Culture sanitaire					***	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					2,394***	2,409***	2,429***	2,560***
Elevé					5,512***	5,469***	5,551***	5,965***
Age de l'enfant						**	**	**
12-23 mois						®	®	®
24-35 mois						1,628***	1,622***	1,588***
Sexe de l'enfant							**	**
Masculin							0,700**	0,710**
Féminin							®	®
Rang de naissance								**
1 ^{ère} naissance								®
Rang 2 ou 3								0,594**
Rang 4 ou 5								0,482***
Rang 6 ou plus								0,645***
Model chi square	57,696	201,625	209,160	226,766	282,561	294,370	300,805	310,169
Adéquation du modèle	***	***	**	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	83,5	83,5	83,5	83,5	84,5	84,1	84,6	84,5
C (%)								
R ² (%)	5,3	17,9	18,5	20,0	24,6	25,5	26,0	26,8

Si les femmes de statut privé élevé sont plus enclines à faire vacciner leurs enfants et à leur administrer des vaccins complets, c'est donc en partie parce qu'elles ont un niveau de vie élevé et ont une plus grande ouverture culturelle leur permettant de mieux s'informer sur la question de santé et d'acquérir plus de connaissances en cette matière. L'introduction du niveau de vie a fait baisser de 30% l'avantage lié au statut privé élevé en terme d'accès à la

vaccination, et de 27% l'avantage en terme de compliance des vaccins, comparés au statut très faible. Pour le statut moyen, la présence de cette variable a réduit de 12% et de 16% respectivement ces avantages. La présence de la culture sanitaire, quant à elle, a entraîné une réduction de 35% et de 32% des écarts liés à ces deux variables dépendantes observés entre statuts élevé et très faible.

Tableau 6.16 : Résultats de la régression logistique de la compliance des vaccins des enfants sur le statut privé de la femme

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8
	Exp β							
Statut privé femme	***	***	***	***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,160	1,160	1,160	1,104	0,926	0,923	0,921	0,922
Moyen	1,423**	1,597***	1,593***	1,345*	1,100	1,096	1,092	1,102
Elevé	2,303***	2,548***	2,528***	1,843***	1,253	1,240	1,239	1,229
Province		***	***	***	***	***	***	***
Antananarivo		5,292***	5,288***	3,971***	3,405***	3,500***	3,489***	3,521***
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		2,021***	2,023***	1,664**	1,299	1,311	1,305	1,318
Mahajanga		1,368	1,366	1,239	1,033	1,025	1,023	1,032
Toliary		0,623**	0,622**	0,573**	0,562**	0,568**	0,569**	0,569**
Antsiranana		0,825	0,826	0,593**	0,475***	0,473***	0,472***	0,476***
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	*	*	*	*
Urbain			1,026	0,811	0,746*	0,751*	0,750*	0,760*
Rural			®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				***	***	***	***	***
Très faible				®	®	®	®	®
Faible				1,084	1,050	1,039	1,042	1,038
Moyen				1,900***	1,676***	1,691***	1,686***	1,680***
Elevé				2,419***	1,789***	1,779***	1,780***	1,771***
Culture sanitaire					***	***	***	***
Faible					®	®	®	®
Moyen					2,446***	2,433***	2,436***	2,417***
Elevé					5,398***	5,359***	5,365***	5,379***
Age de l'enfant						**	**	**
12-23 mois						1,291**	1,291**	1,294**
24-35 mois						®	®	®
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.
Masculin							1,049	1,041
Féminin							®	®
Rang de naissance								n.s.
1 ^{ère} naissance								®
Rang 2 ou 3								0,906
Rang 4 ou 5								1,186
Rang 6 ou plus								0,950
Model chi square	35,971	258,627	258,659	285,829	360,323	364,980	365,140	367,887
Adéquation du modèle	***	***	**	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	56,7	68,2	68,4	69,3	71,1	70,4	70,8	70,4
C (%)								
R ² (%)	3,2	21,1	21,1	23,1	28,5	28,8	28,8	29,0

La persistance de la différence observée entre les statuts privés moyen et très faible dénote le poids de la participation de la femme à la prise de décision dans la vaccination des enfants, surtout lorsque les deux membres du couple ne partagent pas le même avis. Si la

femme n'arrive pas à convaincre son mari et/ou si elle n'a pas la latitude de prendre personnellement la décision de faire vacciner les enfants, alors ceux-ci ne seront pas vaccinés. Autrement dit, l'avantage des enfants issus d'une femme de statut privé moyen résulterait surtout du pouvoir de décision, notamment dans le cadre de la vaccination des enfants. On peut comme exemple le cas de la femme (p. 291) qui a cessé de faire vacciner ses enfants quand le mari le lui a interdit. Si elle avait réussi à convaincre celui-ci ou avait eu la possibilité de décider elle-même, elle l'aurait fait.

Les résultats concernant l'âge, le sexe et le rang de naissance de l'enfant confirment ceux observés pour le statut public. Les trois variables constituent des facteurs de différenciation importants de l'accès à la vaccination ; seule la première l'est pour la complétude des vaccins. Les premières naissances courent le moindre risque de ne pas être vaccinés, les parents étant toujours bien soucieux de la bonne santé de leurs enfants au début de leur fécondité.

En ce qui concerne l'accès à la vaccination, nous retenons donc que ni le statut public ni le statut privé n'en constituent un facteur explicatif en tant que tel. Toutefois, après contrôle des autres variables, la différence d'accès observée entre les enfants de femme ayant un statut moyen et ceux nés d'une mère de statut très faible dénote une certaine importance de la participation de la femme à la prise de décision en matière de vaccination. Cette différence persiste lorsqu'on introduit les deux statuts dans le même modèle. En revanche, alors que l'influence du statut public sur la complétude des vaccins est fortement significative en présence des autres variables, celle du statut privé ne l'est plus du tout. Il ressort en définitive que le statut privé est plus prépondérant que le statut public dans la détermination de l'accès à la vaccination ; c'est plutôt le statut public qui prime sur la compliance de la vaccination (tableau A6.2).

6.4. Comportements curatifs : recours aux soins en cas de diarrhée des enfants

6.4.1. Les différents types de recours en cas de maladies diarrhéiques

Face aux maladies des enfants, les attitudes des mères sont diversifiées et dictées par un certain nombre de facteurs, entre autres par leurs caractéristiques individuelles. Comme dans la plupart des pays en développement en général et ceux de l'Afrique en particulier, le

pluralisme thérapeutique est une réalité à Madagascar. Il se traduit soit par la diversification des types de recours (moderne, traditionnel ou automédication), soit par la multiplication du nombre de recours pour recouvrer la santé.

L'analyse détaillée des comportements face à la diarrhée permet de constater des comportements assez variés des femmes malgaches. Certaines n'ont eu aucun recours pour la diarrhée de leurs enfants. D'autres, par contre, ont fait plus d'un recours. Les données quantitatives n'ont pas permis de distinguer les étapes en cas de multiples recours. Ainsi, pour effectuer les analyses, nous ne considérons que le recours résultant du processus de quête thérapeutique au cours de la période de diarrhée. Nous distinguons quatre principales attitudes vis-à-vis de cette affection morbide : ne rien faire, recourir à l'automédication, recourir à la consultation moderne (exclusive ou non) et enfin, recourir à la consultation traditionnelle (exclusive).

Il ressort du tableau 6.17 que le recours à la médecine moderne est de règle en cas de diarrhée des enfants : ce secteur a été sollicité, de façon exclusive ou non, dans environ 40% des maladies enregistrées. Avec une fréquence de près de 30% et 29% respectivement, l'automédication et l'abstinence thérapeutique viennent en deuxième et en troisième position.

Tableau 6.17 : Recours thérapeutiques des mères en cas de maladie diarrhéique selon le milieu de résidence

Recours aux soins	Urbain		Rural		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sans recours	33	21,7	190	31,2	223	29,3
Automédication	45	29,0	187	30,7	232	30,3
Consultation médicale (moderne)	76	49,3	231	37,9	307	40,2
Consultation traditionnelle	-	-	1	0,2	1	0,2
Utilisation de TRO						
A utilisé	71	46,3	115	18,9	186	24,4
N'a pas utilisé	83	53,7	494	81,1	576	75,6
Total	154	100	609	100	763	100

Source : Exploitation des données EDS 1997

Dans la pratique de l'automédication, les femmes administrent soit des traitements traditionnels, soit des traitements modernes ou les deux à la fois. Elles utilisent parfois aussi la thérapie de réhydratation orale (TRO). Comme nous le verrons dans la suite, le pourcentage des femmes ayant eu recours à l'automédication aurait été encore beaucoup plus élevé et celui de la consultation moderne plus faible (au premier recours), si l'on avait pu distinguer le rang du recours. Le recours exclusif à la médecine traditionnelle en cas de maladie diarrhéique

chez l'enfant, semble être très peu répandu à Madagascar. Au total, 2,2% des maladies diarrhéiques ont fait l'objet de ce type de recours. Et dans la majorité des cas, il se conjugue avec la consultation moderne. A peine 0,2% des mères ont eu recours à ce secteur de soins sans avoir eu recours à la médecine moderne.

Dans le cadre de la lutte contre la diarrhée, les mères sont encouragées à emmener le plus tôt possible les enfants diarrhéiques aux centres de santé et/ou à appliquer la thérapie par réhydratation orale (TRO) pour sauver la vie de ceux-ci. Cette thérapie, à la fois simple et à la portée de toutes les femmes, rappelons-le, consiste à augmenter l'apport de liquide par l'administration d'une solution de sels de réhydratation oral (SRO) et à poursuivre l'alimentation chez l'enfant atteint de diarrhée. Il ressort de l'analyse que l'utilisation de la TRO ne concerne que 24% des enfants diarrhéiques. La situation est encore beaucoup plus préoccupante en milieu rural : seules 19% des enfants ayant eu la diarrhée ont pu bénéficier de la TRO. Même en milieu urbain où les femmes sont mieux informées, moins de la moitié des enfants ont reçu ce type de traitement. Il convient cependant de rappeler ici que l'utilisation de la TRO n'empêche en rien tout autre type de recours.

Comme il ressort des discussions de groupe et des interviews individuelles, l'abstinence thérapeutique est fréquente au début de la maladie. Certaines mères apparaissent indifférentes aux maladies de leurs enfants au début, soit parce qu'elles considèrent que la diarrhée n'est pas grave ou que celle-ci n'est pas une maladie en tant que telle. Elles attendent donc quelque temps pour voir l'évolution de la maladie avant de faire quoi que ce soit. Etant donné que nous n'avons pas d'information sur la durée de la maladie pour contrôler la quête thérapeutique, dans la suite de cette analyse, nous allons prendre en compte des comportements des femmes qui ont eu au moins un recours. Nous considérerons ainsi deux variables de comportements curatifs : la première reflétant le choix du recours thérapeutique (consultation moderne ou non¹¹) et la seconde relative à l'utilisation de TRO.

6.4.2. Impact du statut de la femme sur le recours aux soins en cas de diarrhée

Pour essayer de comprendre les comportements des femmes en matière de santé, nous avons demandé aux participants des discussions de groupe et les personnes interrogées

¹¹ Compte tenu du faible effectif des mères ayant eu recours à la consultation traditionnelle exclusive (1 seul cas), nous avons regroupé les deux modalités automédication et recours à la consultation traditionnelle.

individuellement le « comment » et le « pourquoi » des traitements des différentes maladies des enfants. Conformément à ce que nous venons de montrer, une femme en quête thérapeutique peut recourir à la médecine moderne et/ou à la médecine traditionnelle. Il arrive également parfois qu'elle administre des traitements à domicile à l'enfant diarrhéique.

Il ressort des discours de nos informateurs dans les discussions de groupe que la médecine traditionnelle est sollicitée particulièrement pour des cas de maladies spécifiques telles que l'oreillon, la convulsion, le problème de la fontanelle et d'autres maladies qui sont jugées d'origine surnaturelle. La diarrhée, quant à elle, ne semble pas figurer parmi les maladies qui relèvent spécifiquement de la spécialité des guérisseurs traditionnels. Les mères n'emmènent les enfants diarrhéiques chez ces derniers que lorsqu'elles ont de doute sur les causes de cette maladie.

En revanche, la pratique de l'automédication s'inscrit dans les habitudes des femmes. Elles commencent le plus souvent à soigner leurs enfants par des traitements à domicile (automédication). A cet effet, elles utilisent des remèdes traditionnels ou des médicaments modernes, sans l'avis d'un spécialiste de la santé. Sans prétendre à la généralisation, les données qualitatives ont permis de constater qu'en réalité, l'automédication (traditionnelle ou moderne) est prépondérante parmi les recours. Les femmes essaient d'administrer les premiers soins à domicile pour calmer les maladies qu'elles considèrent comme courantes, y compris la diarrhée. Elles espèrent trouver une amélioration de la santé, voire une guérison de l'enfant. Dans le souci d'obtenir une guérison rapide, elles peuvent même, dans certains cas, combiner les traitements modernes et traditionnels. Les femmes utilisent, semble-t-il, des médicaments tels que le cotrim, le bactrim, le ganidan ou bien, d'autres médicaments qu'elles ont déjà eu à utiliser dans le cas d'une même maladie dans le passé. Les traitements traditionnels, quant à eux, sont à base de plantes médicinales. Les femmes composent un mélange de feuilles et font bouillir dans l'eau pour constituer une infusion que l'on donne à l'enfant comme eau de boisson (parfois, elle prépare avec une seule sorte de feuille). Parmi les feuilles citées, nous pouvons mentionner les « *tsipiopiona* », « *kehibalala* », « *laingomboavy* », « *bakakely* », « *feuille de voarohihazo* », « *balisama* », « *parakin'alika* », etc.

C'est lorsque ces traitements s'avèrent inefficaces qu'elles se dirigent vers le système moderne. Le recours à la consultation moderne devient de plus en plus fréquent lorsque les

mères n'ont pas trouvé satisfaction dans les premiers traitements qu'elles ont prescrits elles-mêmes à leurs enfants ou lorsqu'elles n'ont constaté aucune évolution positive de la maladie après une courte période d'observation (non-recours) au début de la maladie (1 à 3 jours). Même si dans l'ensemble, toutes les femmes croient à l'efficacité de la médecine moderne, rares sont celles qui emmènent directement leurs enfants en consultation médicale surtout lorsqu'il s'agit de la diarrhée. Celles qui le font ont pris l'habitude depuis leur enfance et évitent l'aggravation de la maladie. *Si l'on ne s'en tient qu'à ces éléments, le choix thérapeutique en cas de maladie semble donc être justifié par une simple habitude et la nature de la maladie. Elle ne dépendrait pas du statut de la femme.*

Toutefois, l'examen minutieux de ces discours relatifs au choix thérapeutique des femmes et l'avantage de chaque système de soins a permis de faire ressortir cinq autres raisons principales qui justifient le choix de l'automédication. Parmi les cinq, *les considérations financières* semblent occuper la première place. Les mères recourent à l'automédication non pas par simple habitude mais plutôt parce qu'elles manquent de moyens pour recourir aux soins modernes. Le problème peut être lié au coût direct à payer pour les soins administrés aux malades, il peut également être lié au coût indirect (coût d'opportunité). Les propos ci-après illustrent bien cela :

« Dans les hôpitaux, on demande au malade au-delà de ce qu'ils peuvent supporter. L'expression <participation de la population ou de la communauté aux soins> cache la réalité, car au lieu de lui demander une participation, on lui fait payer bien plus que ça... C'est la pauvreté qui pousse alors les gens à recourir aux traitements traditionnels. Les feuilles sont gratuites et faciles à préparer... » (Discussion de groupe, masculin, Fianarantsoa urbain).

« Les parents sont occupés, ils sont soit au champ, soit dans leur lieu de travail. Les salaires sont journaliers. On ne veut pas perdre une journée de travail ou s'absenter dans les entreprises, voilà pourquoi, on fait tout avec le raokandro¹²... » (Discussion de groupe, masculin, Antananarivo rural).

La mauvaise qualité de services dans les centres de santé (accueil, temps consacré pour le diagnostic de la maladie, relation entre personnel soignant et malade, compétence du

personnel, etc), peut aussi entraîner la réticence de la population vis-à-vis du système de soins moderne. De même, *la croyance ou l'attachement à la tradition, le problème d'accessibilité géographique des centres de santé* guident parfois le choix des femmes vers l'automédication. Enfin, il arrive que les femmes se partagent entre elles leurs expériences, *le savoir sur la pharmacopée traditionnelle* se transmettant à travers la descendance familiale par la bouche à oreille dans leurs entourages. De ce fait, le conseil d'autrui peut amener certaines femmes à se rabattre sur l'automédication.

Par contre, le recours à la consultation moderne est principalement justifié par *l'efficacité des traitements prescrits*, l'existence d'équipements médicaux dans les centres de santé et la peur d'aggravation de la maladie (si la maladie ne s'est pas déjà aggravée). La médecine moderne, constitue dans la plupart de temps le dernier recours en cas d'inefficacité des soins administrés à domicile.

En ce qui concerne la décision en matière de soins des enfants, *la mère a toujours été indiquée par les enquêtés comme première responsable de ces soins*. D'une manière générale, comme l'ont bien déclaré la plupart d'entre eux, les deux conjoints prennent ensemble les décisions y afférentes. Lorsque nous leur avons demandé ce qui se passe concrètement lorsque l'un de leurs enfants est malade, il apparaît également clairement que dans la pratique, *à quelques exceptions près*, la femme prend les dispositions nécessaires pour faire face à la maladie, même si le mari n'est pas présent. Si les deux conjoints sont présents au moment où l'enfant tombe malade, le but étant de chercher la guérison de l'enfant, la question sur qui d'entre eux décide des soins à apporter n'a pas sa raison d'être. Dans la mesure du possible, ils s'entendent sur ce qu'il faut faire.

Les ressources économiques et la capacité de se détacher des rites traditionnels étant fonction du statut public de la femme, d'après ce qui précède, *nous pouvons donc nous attendre à des relations significatives entre le statut public de la femme et le recours thérapeutique des mères en cas de diarrhée des enfants*. En revanche, *contrairement à ce que nous avons postulé dans les hypothèses, nous pouvons présumer que le statut privé de la femme n'a pas d'influence sur le choix thérapeutique face à la maladie de l'enfant*. Les procédures à suivre pour effectuer les analyses est identique à celles qui précèdent.

¹² Ce terme désigne l'ensemble des plantes médicinales.

a) Statut public et recours aux soins en cas de diarrhée des enfants

Nous allons successivement distinguer l'impact du statut public sur le choix thérapeutique (consultation moderne ou automédication) et sur l'utilisation de la TRO.

Choix thérapeutique

L'intérêt ici porte sur le type de recours aux soins des femmes en cas de diarrhée chez leurs enfants. Au niveau brut, le statut public de la femme exerce une influence fortement significative sur le choix thérapeutique. Comparé à une femme ayant un statut public très faible, celle de statut élevé a deux fois plus de chance d'aller dans un centre de santé pour la consultation de son enfant diarrhéique. Toutefois, son effet n'est plus significatif en présence des autres variables (tableau 6.18). Seules la culture sanitaire, le rang de naissance de l'enfant et la gravité de la maladie jouent des rôles déterminants dans le choix thérapeutique. Une femme ayant de bonnes connaissances en matière de santé emmène plus volontiers son enfant en consultation moderne en cas de diarrhée qu'une autre. Toutes choses égales par ailleurs, une meilleure connaissance sanitaire de la mère contribue en effet à multiplier par 7 environ, la chance pour son enfant d'être emmené en consultation moderne en cas de diarrhée. Le caractère non grave attribué à une diarrhée conduit également le plus souvent à une administration par la mère de traitements à domicile sans prescription médicale. Un enfant atteint d'une diarrhée jugée non grave a 58% moins de chance d'être emmené en consultation médicale qu'un autre enfant dont la maladie est jugée grave.

L'effet du statut public de la femme sur le choix thérapeutique cesse d'être significatif dès la prise en compte de la province de résidence (on observe néanmoins une différence significative entre le statut élevé et le statut très faible). De plus, il n'y plus de différence significative de recours selon la province. Ce qui signifie que si toutes les femmes résidaient dans une même province, il n'y aurait pas de différence de comportements des femmes selon les catégories de leur statut. Autrement dit, l'effet du statut public sur le recours à la consultation moderne s'explique essentiellement par les différences de contexte dans lequel vivent les femmes. Si les femmes de statut public élevé recourent plus à la consultation moderne, c'est en grande partie parce que le contexte dans lequel elles vivent est favorable à l'utilisation des services de santé. Elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les provinces (notamment à Antananarivo) où les centres de santé sont beaucoup plus accessibles à la population du point de vue géographique.

Tableau 6.18 : Résultats de la régression logistique du recours à consultation moderne en cas de diarrhée des enfants sur le statut public

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8	Modèle9
	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β
Statut public femme	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,480	1,242	1,243	1,230	1,182	1,191	1,191	1,186	1,081
Moyen	1,624**	1,425	1,402	1,309	1,016	1,021	1,012	0,918	0,880
Elevé	2,108***	1,762**	1,662*	1,386	0,895	0,904	0,905	0,775	0,729
Province		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Antananarivo		1,336	1,330	1,161	0,949	0,946	0,939	0,899	1,010
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,915	0,926	0,867	0,798	0,801	0,782	0,707	0,737
Mahajanga		0,737	0,731	0,747	0,743	0,730	0,714	0,686	0,675
Toliary		0,697	0,697	0,759	0,967	0,967	0,960	0,888	0,929
Antsiranana		0,665	0,671	0,611	0,459*	0,456*	0,451*	0,461*	0,474
Milieu de résidence			n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain			1,161	1,000	0,858	0,858	0,866	0,834	0,815
Rural			®	®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®	®
Faible				0,710	0,635*	0,634*	0,633*	0,646	0,632
Moyen				1,264	1,082	1,088	1,078	1,052	1,035
Elevé				1,473	1,152	1,152	1,144	1,174	1,195
Culture sanitaire					***	***	***	***	***
Faible					®	®	®	®	®
Moyen					2,977***	3,013***	3,033***	3,202***	3,082***
Elevé					6,540***	6,631***	6,687***	6,941***	6,877***
Age de l'enfant						n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
0-5 mois						1,152	1,165	1,137	1,125
6-11 mois						®	®	®	®
12-23 mois						1,121	1,128	1,072	1,034
24-35 mois						1,076	1,057	1,024	1,075
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.	n.s.
Masculin							1,157	1,148	1,191
Féminin							®	®	®
Rang de naissance								n.s.	**
1 ^{ère} naissance								®	®
Rang 2 ou 3								1,120	1,195
Rang 4 ou 5								0,806	0,745
Rang 6 ou plus								0,620	0,589*
Gravité de la maladie									***
Non grave									0,418***
Grave									®
Modél. Chi square	8,678	15,384	15,788	21,091	60,057	60,344	60,932	67,029	80,138
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	58,4	58,8	59,2	59,3	64,8	65,1	64,7	66,9	67,8
C ² (%)	1,2	2,1	2,2	2,9	8,3	8,3	8,4	9,3	11,1
R ² (%)	2,2	3,8	3,9	5,2	14,4	14,5	14,6	16,0	18,8

Malgré l'absence de l'effet global du statut public sur le recours thérapeutique, la différence observée entre statuts élevé et très faible demeure significative au seuil de 10%, après le contrôle du milieu de résidence. Cette différence significative disparaît lorsqu'on introduit le niveau de vie du ménage. Le contrôle de niveau de vie a fait ainsi baisser l'avantage des femmes de statut public élevé. En d'autres termes, si les femmes de statut élevé recourent plus à la médecine moderne plutôt que de pratiquer l'automédication, cela est dû en partie à leur situation économique ; elles disposent des moyens financiers qui leur permettent

de faire face aux dépenses liées à la consultation moderne ainsi qu'aux traitements y afférents. On entend d'ailleurs souvent les femmes ayant eu recours à l'automédication se plaindre des coûts élevés des soins dans le secteur moderne et justifiant leurs comportements par les difficultés économiques. Le propos suivant extrait du discours d'une femme est très éloquent :

« Chez nous, quand un enfant a la diarrhée, nous utilisons le 'telovoloina' ou le 'ravin'aviavy' (feuille de figuier) comme nous n'avons pas assez de moyens, nous n'avons pas d'argent.. On peut mélanger les feuilles. Il y en a d'autres encore qu'on peut utiliser... Avant, mon mari ne travaillait pas en tant que tel, il transportait des marchandises pour avoir un peu de revenu, moi, je faisais de temps en temps la lessive ou transportait des briques de terre, selon le cas...alors, c'est ça qui fait que nous utilisons le raokandro. C'est quand il n'y a pas d'amélioration de la santé que nous faisons encore un peu plus d'effort pour trouver de l'argent afin d'emmener l'enfant en consultation chez le médecin... » (Femme 40 ans, commerçante, mariée à un manoeuvre, niveau primaire, Antananarivo rurale)

De plus, lorsque les frais de soins sont supportés par l'employeur ou les entreprises, comme c'est souvent le cas chez les femmes de statut élevé, les mères sont probablement beaucoup plus enclines à utiliser les centres de santé. La prise en charge des soins ne concerne généralement que les consultations modernes et les traitements prescrits par un personnel médical.

En dehors du niveau de vie, on peut retenir que l'effet du statut public de la femme est médiatisé également par la culture sanitaire. Bien que l'effet du statut ne soit pas significatif, après l'introduction de la culture sanitaire, il importe de noter que l'écart des odds ratio observé entre les statuts élevé et très faible devient au désavantage des enfants nés de femme de statut élevé¹³. Cela signifie que la culture sanitaire des femmes de statut élevé joue en défaveur de leurs enfants. Comme le montrent les résultats, de bonnes connaissances sanitaires conduisent normalement à une plus grande propension à utiliser les services de santé. Toutefois, comparés aux femmes de statut très faible, certaines femmes de statut élevé affichent des comportements apparemment inadéquats en prenant des risques calculés. Autrement dit, elles mettent en profit leurs connaissances dans l'administration des

¹³ Cela se confirme lorsque nous avons essayé d'introduire la variable culture sanitaire juste après le statut de la femme (lorsque celui-ci était encore significatif).

traitements sans prescription médicale. Par ailleurs, les problèmes souvent rencontrés dans les centres de santé entraînent souvent la réticence des femmes vis-à-vis des services de santé modernes (publics).

« L'hôpital est assez loin. Pas tellement loin, mais il faut marcher à peu près une demi-heure pour y arriver... Quand mon enfant était petit, je fréquentais le centre de PMI à l'hôpital. Mais il y a trop de monde et alors, je ne veux pas accuser le médecin... mais comme il y a beaucoup de malades, j'ai constaté qu'il fait les consultations à la hâte, il travaille en course contre la montre... » (Femme 23 ans, niveau secondaire 2nd cycle, fournisseur de fournitures de bureau, Fianarantsoa urbain)

Ce problème a été également signalé par Fassin (1992) lors d'une étude qu'il a menée au Sénégal. Il a noté à cet effet que parfois dans les dispensaires, le personnel soignant prescrit des traitements sans même diagnostiquer la maladie de l'enfant : *« Le bénévole qui reçoit l'enfant diarrhéique en consultation interroge rapidement la mère, ne déshabille pas le petit malade, propose éventuellement une injection, rédige hâtivement une ordonnance dont il n'ignore pas que plus d'une fois sur deux, elle ne sera pas achetée et passe au patient suivant ; précipitation que ne justifie pas toujours le nombre de consultations »* (Fassin, 1992 : p.120). Même s'il est vrai que c'est surtout les femmes de statut faible qui sont souvent victimes d'une telle situation, ça peut également arriver aux femmes de statut élevé. S'appuyant sur leurs expériences à partir des maladies antérieures, ayant une bonne connaissance en matière de santé et étant bien conscientes des risques liés à un traitement à domicile, ces dernières préfèrent administrer des soins à domicile à leurs enfants. C'est notamment le cas de cette femme :

« Dès le début de la diarrhée, je n'attends pas, je donne tout de suite un médicament à l'enfant. Je lui donne du bactrim pour enfant, et si la diarrhée continue, j'ajoute de l'actapulgate... j'ai déjà de l'expérience avec tous mes enfants (j'en ai quatre). De plus, lorsqu'on part consulter un médecin, on dépense beaucoup d'argent. On doit payer la consultation, on doit acheter le médicament alors que ce sont les mêmes médicaments qu'il prescrit » (Femme, 41 ans, niveau supérieur, médecin dentiste marié à un professeur, Fianarantsoa urbain).

Toutefois, comme l'ont signalé les enquêtés, l'un des inconvénients du traitement (moderne ou traditionnel) à domicile est lié à la méconnaissance des doses de médicaments à administrer. Les femmes de statut très élevé, même si elles administrent les traitements à domicile, ont l'avantage d'être à même de respecter les doses des médicaments, contrairement aux autres femmes qui n'ont pas de connaissances suffisantes et qui cherchent à tout prix une guérison rapide de leurs enfants.

De plus, l'attachement des femmes de statut très faible aux pratiques traditionnelles fait d'elles des utilisatrices fréquentes de la pharmacopée traditionnelle à base des plantes médicinales. La déclaration d'une femme de 37 ans, artisane, résidant en milieu urbain de Fianarantsoa, montre combien cet attachement revêt de l'importance dans le choix thérapeutique en faveur de la médecine traditionnelle :

« Les médicaments traditionnels sont efficaces et coûtent moins chers. Nous sommes des Malgaches et il faut montrer la valeur des cultures malgaches. On ne doit pas toujours se dire que, non, c'est seulement les médecins qui peuvent guérir les malades. Les gens dépensent beaucoup d'argent pour aller voir un médecin alors que leur problème peut être résolu facilement... »

Utilisation de la TRO

Le statut public exerce sur l'utilisation de la TRO un effet brut significatif. En l'absence de contrôle des autres variables, les femmes de statut public élevé ont environ trois fois plus de chance de l'utiliser que les femmes de statut très faible. On n'observe pas d'utilisation différentielle de la TRO entre les statuts faible et très faible. Son effet cesse d'être significatif dès l'introduction du niveau de vie.

En dehors du statut public, seules les variables 'milieu de résidence', 'culture sanitaire', 'rang de naissance de l'enfant' s'avèrent être des déterminants majeurs de l'utilisation de la TRO en cas de diarrhée infantile. L'âge de l'enfant et la gravité de la maladie interviennent dans un degré moindre dans l'explication de ce phénomène. La résidence en milieu urbain et le niveau de connaissance élevé contribuent à multiplier respectivement par 3,4 et par 1,9 la chance pour une femme d'utiliser la TRO lorsque son enfant a la diarrhée. Fortement exposées aux médias, les citadines sont mieux informées et

sont, par conséquent, conscientes de l'importance, voire de l'urgence, de l'administration de la TRO pour éviter la déshydratation rapide d'un enfant diarrhéique.

Tableau 6.19 : Résultats de la régression de l'utilisation de TRO en cas de diarrhée des enfants sur le statut public

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8	Modèle9
	Exp β								
Statut public femme	***	***	***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	@	@	@	@	@	@	@	@	@
Faible	1,068	1,016	0,980	0,950	0,803	0,828	0,828	0,867	0,865
Moyen	1,693**	1,639*	1,476	1,345	0,903	0,932	0,930	0,993	0,970
Elevé	3,466***	3,292***	2,119***	1,883*	0,838	0,843	0,843	0,897	0,864
Province		n.s.							
Antananarivo		1,179	1,194	1,108	0,956	1,036	1,034	1,047	1,134
Fianarantsoa		@	@	@	@	@	@	@	@
Toamasina		1,388	1,581	1,425	1,462	1,467	1,463	1,413	1,495
Mahajanga		1,088	1,006	0,936	0,977	0,994	0,990	1,007	0,988
Toliary		0,779	0,733	0,670	0,972	0,954	0,952	0,993	1,033
Antsiranana		0,815	0,867	0,792	0,577	0,585	0,583	0,562	0,592
Milieu de résidence			***	***	***	***	***	***	***
Urbain			3,046***	3,238***	2,994***	3,235***	3,234***	3,374***	3,442***
Rural			@	@	@	@	@	@	@
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				@	@	@	@	@	@
Faible				1,661*	1,530	1,579	1,580	1,551	1,546
Moyen				1,485	1,199	1,257	1,255	1,236	1,192
Elevé				1,325	0,879	0,875	0,875	0,816	0,792
Culture sanitaire					***	***	***	***	***
Faible					@	@	@	@	@
Moyen					6,786***	6,184***	6,191***	6,330***	6,200***
Elevé					22,174***	19,340***	19,357***	19,532***	19,387***
Age de l'enfant						*	*	*	*
0-5 mois						0,328**	0,328**	0,325**	0,337**
6-11 mois						@	@	@	@
12-23 mois						1,094	1,095	1,105	1,103
24-35 mois						1,040	1,039	0,977	1,012
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.	n.s.
Masculin							1,025	1,078	1,082
Féminin							@	@	@
Rang de naissance								**	**
1 ^{ère} naissance								@	@
Rang 2 ou 3								1,051	1,067
Rang 4 ou 5								0,508**	0,506**
Rang 6 ou plus								1,005	0,976
Gravité de la maladie									*
Non grave									0,627*
Grave									@
Model Chi square	32,587	36,089	63,385	67,599	81,184	156,943	156,960	165,495	169,321
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	75,4	75,4	77,1	77,3	77,4	77,2	77,0	77,6	77,9
C (%)	3,9	4,3	7,6	8,1	17,7	18,7	19,7	20,2	21,7
R ² (%)	6,3	7,0	12,0	12,8	26,7	28,0	28,0	29,4	30,0

L'influence du statut public sur l'utilisation de la TRO s'opère presque de la même manière que celle qu'elle exerce sur le recours thérapeutique. La prise en compte du milieu de résidence et du niveau de vie atténue considérablement son effet, celui-ci devient non significatif en présence du niveau de vie. La culture, quant à elle, anéantit la différence peu

significative qui persistait entre les statuts élevé/très faible et fait inverser le sens de la relation observée. Comme précédemment, connaissant des traitements sûrs contre la diarrhée, certaines femmes de statut élevé n'utilisent pas la TRO en cas de maladie de leurs enfants. *L'effet du statut public sur l'utilisation de la TRO est donc médiatisé par la culture sanitaire et le niveau de vie.* Le rang de naissance, et dans une moindre mesure, l'âge de l'enfant et la gravité de la maladie, constituent des facteurs déterminants de l'utilisation de la TRO mais ils interviennent peu dans la médiatisation de l'influence du statut public sur ce phénomène.

b) Statut privé et recours aux soins en cas de diarrhée

Choix thérapeutique

Le statut privé n'est pas un déterminant du choix de recours thérapeutique. Tant au niveau brut qu'au niveau net, son effet ne s'avère pas significatif. *Notre hypothèse relative à l'impact du statut privé sur le recours aux soins curatifs se trouve ainsi infirmée.* Lors des interviews individuelles, la grande majorité des personnes enquêtées semble en effet unanime pour reconnaître que la prise de décision concernant les soins de santé en cas de maladie revient aux deux conjoints. Pour faire face à une maladie, il est courant que le couple discute de ce qu'il faut faire. Si le mari est absent au moment où l'enfant tombe malade, la femme est libre d'entreprendre des actions qu'elles jugent nécessaires pour recouvrer la santé de l'enfant, le but étant de chercher la guérison. Et même s'il arrive que l'un d'entre eux demande conseil à une tierce personne, la décision finale revient au couple.

En revanche, les résultats confirment l'importance de la culture sanitaire et de la gravité de la maladie dans la détermination du type de recours. Ainsi, ce n'est pas tant la participation de la femme à la prise de décision qui guide le choix thérapeutique, mais plutôt la culture sanitaire et la gravité de la maladie. Une femme ayant un bon niveau de connaissances en matière de santé recourt plus volontiers à la médecine moderne, avec une chance six fois supérieure, comparée à une femme ayant un faible niveau de connaissance. Le caractère 'grave' de la diarrhée de son enfant augmente également la propension de la mère à recourir à la consultation moderne. Lorsque la maladie est jugée grave, elle multiplie par deux la probabilité de recourir à la médecine moderne. L'importance de cette variable dans le choix thérapeutique a également été montré au Mali et en Côte d'Ivoire (Akoto et al, 2002).

Tableau 6.20 : Résultats sur la régression logistique du recours à consultation moderne en cas de diarrhée des enfants sur le statut privé

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8	Modèle9
	Exp β								
Statut public femme	n.s.								
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,022	1,030	1,017	0,993	0,792	0,797	0,791	0,816	0,802
Moyen	1,347	1,285	1,250	1,220	1,018	1,019	1,031	1,037	0,985
Elevé	1,542*	1,580*	1,493	1,313	1,008	1,009	1,032	0,986	0,939
Province		n.s.							
Antananarivo		1,416	1,394	1,182	0,942	0,933	0,929	0,894	0,999
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		0,902	0,913	0,861	0,803	0,804	0,783	0,731	0,768
Mahajanga		0,702	0,696	0,715	0,720	0,705	0,690	0,686	0,676
Toliary		0,627	0,630	0,694	0,895	0,892	0,882	0,844	0,885
Antsiranana		0,656	0,661	0,604	0,464*	0,458*	0,453*	0,475	0,486
Milieu de résidence			n.s.						
Urbain			1,160	0,975	0,825	0,823	0,828	0,797	0,82
Rural			®	®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®	®
Faible				0,695	0,609	0,609*	0,606*	0,611*	0,597*
Moyen				1,254	1,002	1,010	0,992	0,951	0,932
Elevé				1,467	0,987	0,992	0,975	0,968	0,974
Culture sanitaire					***	***	***	***	***
Faible					®	®	®	®	®
Moyen					2,932***	2,970***	2,986***	3,108***	2,992***
Elevé					6,307***	6,421***	6,467***	6,536***	6,445***
Age de l'enfant						n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
0-5 mois						1,202	1,212	1,193	1,193
6-11 mois						®	®	®	®
12-23 mois						1,105	1,112	1,066	1,033
24-35 mois						1,065	1,044	1,012	1,064
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.	n.s.
Masculin							1,174	1,160	1,197
Féminin							®	®	®
Rang de naissance								n.s.	*
1 ^{ère} naissance								®	®
Rang 2 ou 3								1,130	1,210
Rang 4 ou 5								0,837	0,778
Rang 6 ou plus								0,648	0,622
Gravité de la maladie									***
Non grave									0,425***
Grave									®
Model Chi square	4,339	14,814	15,223	21,003	59,466	59,769	60,473	65,876	78,580
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	56,9	59,5	59,6	59,8	64,8	64,4	65,7	66,7	67,6
C (%)	0,6	2,1	2,1	2,9	8,2	8,3	8,4	9,1	10,9
R ² (%)	1,1	3,7	3,8	5,2	14,3	14,4	14,5	15,7	18,5

Utilisation de la TRO

En ce qui concerne la thérapie de réhydratation orale, le statut privé de la femme exerce un effet brut significatif sur son utilisation. En l'absence de contrôle des autres variables, une femme ayant un statut privé élevé ou moyen a respectivement environ 3 et 2 fois plus de chance que celle du statut très faible d'utiliser la TRO en cas de diarrhée d'un enfant. Comme pour le statut public, le contrôle du milieu de résidence réduit de façon considérable l'effet du statut privé de la femme sur l'utilisation de TRO. Autrement dit, ayant

tendance à résider en ville, les femmes de statut privé élevé utilisent plus la TRO. Son effet disparaît dès qu'on prend en compte le niveau de vie. Le pouvoir de décision ne joue donc pas sur l'utilisation de cette thérapie.

Tableau 6.21 : Résultats de la régression logistique de l'utilisation de TRO en cas de diarrhée des enfants sur le statut privé

Variables	Modèle1	Modèle2	Modèle3	Modèle4	Modèle5	Modèle6	Modèle7	Modèle8	Modèle9
	Exp β								
Statut public femme	***	***	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®	®	®	®	®	®
Faible	1,620*	1,614*	1,525	1,512	1,215	1,257	1,258	1,311	1,317
Moyen	2,201***	2,173***	1,800**	1,674*	1,463	1,448	1,449	1,487	1,476
Elevé	3,249***	3,284***	2,211***	1,957**	1,288	1,295	1,300	1,357	1,351
Province		n.s.							
Antananarivo		1,436	1,369	1,200	1,012	1,091	1,089	1,103	1,195
Fianarantsoa		®	®	®	®	®	®	®	®
Toamasina		1,381	1,608	1,428	1,579	1,565	1,560	1,491	1,580
Mahajanga		1,129	1,040	0,965	1,091	1,097	1,093	1,097	1,077
Toliary		0,768	0,739	0,683	1,043	1,015	1,012	1,048	1,092
Antsiranana		0,849	0,932	0,823	0,650	0,651	0,649	0,615	0,648
Milieu de résidence			***	***	***	***	***	***	***
Urbain			3,203***	3,268***	2,883***	3,114***	3,112***	3,250***	3,314***
Rural			®	®	®	®	®	®	®
Niveau de vie				n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible				®	®	®	®	®	®
Faible				1,684**	1,463	1,512	1,512	1,487	1,478
Moyen				1,550*	1,095	1,160	1,156	1,154	1,107
Elevé				1,517	0,762	0,763	0,763	0,723	0,691
Culture sanitaire					***	***	***	***	***
Faible					®	®	®	®	®
Moyen					6,429***	5,910***	5,918***	6,113***	5,959***
Elevé					20,705***	18,101***	18,119***	18,556***	18,183***
Age de l'enfant						*	*	*	*
0-5 mois						0,332**	0,333**	0,327**	0,340**
6-11 mois						®	®	®	®
12-23 mois						1,111	1,112	1,123	1,124
24-35 mois						1,047	1,045	0,981	1,018
Sexe de l'enfant							n.s.	n.s.	n.s.
Masculin							1,034	1,092	1,097
Féminin							®	®	®
Rang de naissance								**	**
1 ^{ère} naissance								®	®
Rang 2 ou 3								1,069	1,087
Rang 4 ou 5								0,513**	0,512**
Rang 6 ou plus								1,048	1,024
Gravité de la maladie									*
Non grave									0,629*
Grave									®
Model chi-square	24,756	31,146	62,412	67,245	148,731	156,801	156,831	165,737	169,534
Adéquation modèle	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	75,3	75,3	76,5	77,5	77,0	76,7	76,8	77,7	78,5
C (%)	3,0	3,7	7,5	8,0	17,8	18,7	18,7	19,8	20,3
R ² (%)	4,8	6,1	11,9	12,8	26,8	28,1	28,1	29,5	30,1

Le niveau de vie modifie et la culture sanitaire contribuent tous à réduire sensiblement les écarts de risque observés entre le statut très faible et les autres. Ces deux variables médient donc en partie l'effet du statut privé sur l'utilisation de TRO. Toutefois, il

convient de noter que contrairement à la culture sanitaire, le niveau de vie joue plutôt comme variable intermédiaire que comme facteur explicatif en tant que tel. Une meilleure connaissance sanitaire multiplie par 18 la chance pour un enfant diarrhéique de recevoir la TRO. Les femmes ayant un statut privé élevé sont celles qui sont les mieux informées de l'importance et de la manière d'utiliser la TRO.

En guise de conclusion,

Dans ce chapitre, nous avons examiné l'impact des deux composantes du statut de la femme sur ses comportements en matière de santé. Nous avons également montré leurs mécanismes d'action en s'appuyant notamment sur des exemples tirés des discours enregistrés lors des discussions centrées de groupe et des interviews individuelles. Cela a permis de vérifier la validité de certaines de nos hypothèses et d'infirmer d'autres. Les résultats ont montré en effet que le statut public constitue un facteur majeur dans l'explication des comportements prénataux (prise en charge médicale de la grossesse et précocité de la première visite prénatale), des comportements lors de l'accouchement (assistance médicale de l'accouchement et le lieu de son déroulement) et de la complétude des vaccins. Pour l'accès des enfants à la vaccination et le recours aux soins curatifs, il exerce un effet brut significatif qui disparaît après l'introduction des autres variables.

Quant au statut privé, il exerce un effet net significatif sur les deux variables de comportements prénataux et sur l'assistance à l'accouchement. L'effet brut qu'il exerce sur le choix du lieu d'accouchement, les comportements en matière de vaccination et l'utilisation de la TRO disparaît lorsqu'on contrôle l'effet des autres variables. Il convient néanmoins de noter que pour l'accès à la vaccination, la différence de risque observée entre statuts moyen et très faible persiste, même s'il est peu significatif. Enfin, il n'exerce aucune influence (que ce soit au niveau brut ou au niveau net) sur le choix du type de recours en cas de diarrhée. Dans ce dernier cas, le statut de la femme joue plutôt le rôle de proxy d'autres variables telles que la culture sanitaire, le niveau de vie, le milieu de résidence et la parité.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'intensité des effets de ces deux statuts varie selon les comportements considérés. Les effets du statut de la femme se font beaucoup plus sentir sur les comportements préventifs que sur les comportements curatifs. Le statut public exerce toujours un effet beaucoup plus important que le statut privé sur les variables

dépendantes, excepté l'accès à la vaccination. Le niveau de vie et la culture sanitaire sont des variables médiatisant de l'effet du statut de la femme sur ses comportements sanitaires. En dehors de ces deux variables, celles qui sont liées à l'enfant (le rang ou l'âge de l'enfant) et la variable liée à la maladie, jouent également des rôles de variables intermédiaires à travers lesquelles l'influence du statut de la femme s'exerce.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette étude était d'abord de montrer l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants, ensuite de chercher les mécanismes à travers lesquels cet impact s'opère et enfin, d'analyser son impact à travers les comportements sanitaires des mères.

L'intérêt de plus en plus accru de la santé des enfants comme un champ d'investigation démographique justifie le nombre élevé des études consacrées dans ce domaine. Dépassant le stade purement descriptif depuis des années 70, les chercheurs se sont largement investis dans la recherche d'explication de ce phénomène. Il convient cependant de mentionner les points suivants :

➤ Les études de la santé des enfants se limitent le plus souvent à celles de la mortalité des enfants. Cependant, la mort n'est que l'aboutissement d'un processus complexe et temporel allant de la bonne santé à la maladie, puis de la maladie à la récupération ou à la disparition (Tabutin, 1995). L'intensité des facteurs explicatifs de la santé est variable selon qu'on étudie la mortalité, la morbidité ou l'état nutritionnel des enfants. Aussi, l'étude des déterminants sociaux, économiques ou culturels de la santé des enfants ne pourrait-elle être restreinte au seul phénomène de mortalité.

➤ Les chercheurs éprouvent de plus en plus le besoin d'affiner les variables à utiliser dans les études portant sur la santé des enfants afin de mieux appréhender leurs mécanismes d'action sur cette dernière. C'est pourquoi les relations entre les variables spécifiques telles que l'éducation de la femme, l'activité ou la religion de la mère, et la santé des enfants ont fait l'objet d'études approfondies. Le statut de la femme constitue une variable qui a suscité l'intérêt des chercheurs, non seulement pour la santé mais également pour bien d'autres phénomènes démographiques. Toutefois, les études ayant trait à ce sujet pèchent par le manque d'une définition claire de ce concept fort complexe et de données adéquates pour aborder de façon appropriée le sujet. Les chercheurs l'appréhendent de manière différente en fonction entre autres des données disponibles.

Dans le cadre de cette étude, nous avons abordé les trois aspects de la santé des enfants, à savoir la morbidité, la mortalité et l'état nutritionnel des enfants. Pour mettre en relation le statut de la femme avec ces différents aspects de la santé des enfants, nous avons opté de définir le « **statut de la femme** » comme *une position sociale qui lui procure un certain prestige, et qui conditionne son accès aux ressources, sa faculté de contrôle de ces ressources et l'exercice d'un pouvoir ou d'une possibilité de participer à la prise de décision (au sein du ménage).*

Partant de cela, nous avons considéré deux composantes du statut de la femme : le statut public, désignant la position de la femme dans la société (position relative par rapport à un autre individu, de sexe masculin ou féminin) et le statut privé, reflétant sa position relative au sein du ménage, donc sa capacité à participer dans la prise de décision au sein du ménage. La prise en considération de ces deux composantes permet de tenir compte des différences de statut dont peut jouir une femme au niveau de la sphère communautaire et de la sphère familiale. La première composante est mesurée par le niveau d'instruction et l'activité économique du mari, l'instruction et l'activité de la femme, la religion et l'âge de cette dernière et enfin du nombre d'enfants. La deuxième composante, quant à elle, est mesurée par les différences de niveau d'instruction et d'activité des conjoints, l'écart d'âge entre les époux, l'âge d'entrée en première union de la femme et enfin le lien de parenté avec le chef de ménage et/ou la résidence avec un membre de la belle-famille.

La mesure de chacune de ces deux composantes n'a pas du tout été aisée. Le choix des variables sus-citées a été effectué à partir de la littérature existante, justifiant l'intérêt de chacune d'elles dans la définition du statut de la femme, ainsi qu'en fonction des données disponibles. D'autres variables aussi importantes telles que l'appartenance à une association auraient pu par exemple être ajoutées à la liste de celles qui constituent le statut public, si elles avaient été disponibles. Ou bien, peut-être, aurions-nous pu retenir, en dehors des variables que nous avons choisies, d'autres qui permettraient de mieux saisir la participation de la femme dans la prise de décision au sein du ménage. Cependant, la limite des données disponibles nous a conduit à opter pour des variables « proxy » de ces deux composantes du statut de la femme.

Pour effectuer les analyses, nous avons construit pour chacune des deux composantes du statut, un indicateur composite à partir de la méthode d'analyse en composantes principales, une méthode similaire à celle développée par la Banque Mondiale pour créer des indicateurs de

niveau de vie dans les pays d'Afrique au Sud de Sahara. C'est également cette méthode que nous avons appliquée à nos données pour créer l'indicateur de niveau de vie des ménages des femmes.

S'appuyant sur la littérature, nous avons élaboré un cadre conceptuel montrant les mécanismes possibles d'action du statut de la femme sur la santé des enfants. Malgré quelques limites relatives à la qualité des données, l'Enquête Démographique et de Santé réalisée à Madagascar en 1997 nous a donné l'opportunité de confronter la théorie développée à l'empirie. Nous avons complété ces données par des informations collectées à travers une enquête qualitative. Celle-ci a eu lieu dans les deux provinces qui présentent les niveaux de mortalité le plus élevé et le plus faible de Madagascar.

L'analyse de l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants a été effectuée en deux étapes. La première a consisté à examiner l'effet de celui-ci sur les différents aspects de la santé des enfants. La seconde, quant à elle, a consisté à analyser son effet à travers le recours aux soins de santé des enfants. Plutôt que de reprendre de façon détaillée les résultats obtenus, nous relevons ceux qui nous semblent saillants.

□ *Impact du statut de la femme sur la mortalité des enfants*

L'étude a fait ressortir que l'importance du statut privé dans l'explication de la mortalité des enfants, en dehors de la mortalité néonatale. Il influence significativement la mortalité des enfants tant au niveau brut qu'au niveau net, même si son effet sur la mortalité infantile n'est plus significatif qu'au seuil de 10% en présence des autres variables. Le statut public de la femme, quant à lui, exerce un impact fortement significatif au niveau brut qui, contrairement aux attentes, ne s'avère plus significatif du tout après le contrôle des effets des autres variables. La prise en compte de ces deux statuts dans un modèle de régression logistique de la mortalité des enfants, en contrôlant les autres variables, a permis de dégager la prépondérance de l'impact du statut privé sur le statut public. *Ces résultats confirment l'importance de la prise de décision de la femme sur la mortalité des enfants.*

Dans certains pays comme le Maroc, des informations relatives à la participation de la femme à la prise de décision dans divers domaines de la vie, y compris celui de la santé, ont été saisies lors de l'Enquête Démographique et de Santé. Si de telles données avaient été disponibles, l'introduction des variables liées à cette prise de décision aurait peut-être anéanti

l'effet net du statut privé de la femme ; ce qui aurait traduit le fait que le statut privé de la femme agit effectivement sur la santé des enfants à travers entre autres la prise de décision.

Au cours de la période néonatale, le statut de la femme (public ou privé) n'exerce aucun effet significatif sur la mortalité, même au niveau brut. Cette absence d'impact du statut de la femme sur la mortalité néonatale dénote l'importance des facteurs endogènes durant cette période. C'est également l'élément qui explique la plus faible intensité de l'impact du statut sur la mortalité infantile des enfants comparée à son influence sur la survie des enfants au cours de la période postnéonatale et entre 1 mois et deux ans.

Toutefois, le statut privé est loin d'être le seul facteur qui détermine la mortalité des enfants à Madagascar. La province, l'intervalle intergénéral, la culture sanitaire constituent également autant de facteurs importants de différenciation de la mortalité des enfants, quel que soit l'âge au décès. En dehors de ces variables, la mortalité postnéonatale est également déterminée par le niveau de vie des ménages. Enfin, l'âge à l'accouchement, et dans une moindre mesure, le sexe de l'enfant figurent sur la liste des déterminants de la mortalité infantile.

□ ***Impact sur l'état nutritionnel et la morbidité***

Les résultats relatifs à l'état nutritionnel diffèrent de ceux obtenus pour la mortalité. Le statut public constitue, cette fois-ci, un facteur discriminant majeur du retard de croissance et, dans une moindre mesure, de l'insuffisance pondérale. Le statut privé, quant à lui, exerce une influence propre significative uniquement sur le retard de croissance. Ces résultats montrent *l'importance de la participation de la femme dans la prise de décision sur le retard de croissance des enfants*. Pour l'émaciation, l'effet de ce dernier s'avère même statistiquement non significatif au niveau brut.

On note toutefois que, contrairement à la mortalité des enfants, le statut public exerce une influence plus forte sur le retard de croissance que le statut privé. En contrôlant les effets des autres variables, l'effet du statut privé disparaît en présence du statut public dans le modèle tandis que celui de ce dernier demeure fortement significatif. Cependant, le statut public de la femme ne va pas dans le sens attendu. Comparés au statut très faible, les statuts publics moyen et faible de la mère sont plutôt associés à un risque de retard de croissance plus élevé. Ces résultats inattendus méritent d'être approfondis. Néanmoins, nous sommes tentée de les

expliquer par un éventuel changement de comportement nutritionnel résultant de la modernisation, notamment en matière d'allaitement maternel, chez les femmes de statut faible ; celles-ci n'ayant pas su l'accompagner de mesures adéquates, fautes de moyens et/ou de connaissances suffisants. Malheureusement, les données disponibles ne nous ont pas permis d'examiner les pratiques alimentaires des femmes.

En outre, l'importance capitale de l'allaitement au sein dans la détermination de l'état nutritionnel des enfants pourrait expliquer en partie la prépondérance de l'effet du statut public sur le statut privé. En effet, ce comportement dépend beaucoup plus de la disponibilité de la mère à allaiter son enfant (et donc de son statut public) que du pouvoir qu'elle exerce dans la prise de décision au sein du ménage (c'est-à-dire son statut privé).

Au vu des résultats, il importe de souligner que l'effet du statut (public et privé) de la femme sur l'état nutritionnel des enfants est lié à la nature des indicateurs. Ayant un caractère conjoncturel, l'insuffisance pondérale et l'émaciation des enfants sont beaucoup plus déterminés par d'autres facteurs tels que le niveau de vie et dépendent moins du statut de la femme. L'effet de ce dernier se fait surtout sentir sur le retard de croissance qui est un indicateur de malnutrition chronique. Par ailleurs, quel que soit l'indicateur de l'état nutritionnel considéré, les résultats ont montré que *l'état nutritionnel des enfants malgaches dépend plus de l'âge de l'enfant que des autres variables, y compris le statut de la femme*. Autrement dit, d'une manière générale, il y a un problème lié à l'insuffisance de l'apport nutritionnel des aliments de sevrage utilisés par les femmes à Madagascar. Ceci nous amène à penser aux effets pervers de certaines habitudes alimentaires de la population : les aliments riches en protéines, par exemple, sont peu consommés par la plupart des familles malgaches.

Enfin, contrairement aux attentes, les résultats ont fait ressortir une absence totale de l'impact du statut (tant public que privé) de la femme sur la morbidité par les maladies diarrhéiques des enfants. Ils sont cependant conformes aux résultats de certaines études portant sur l'effet de l'instruction sur la morbidité diarrhéique parmi lesquelles nous pouvons mentionner celles menées au Soudan et au Bangladesh, citées par Cleland (1990). Dans ces études, l'absence de l'effet de l'instruction de la mère a été attribuée à la confusion qui peut se poser sur la définition de la diarrhée, celle-ci étant liée à la perception de cette maladie de la part des enquêtées. Les femmes instruites ont probablement tendance à mieux déclarer la maladie que celles qui ne le sont pas. Elle peut également résulter du fait que dans certaines sociétés, les soins

de santé des enfants ne sont pas assurés par les mères mais par une tierce personne. Cependant, les discussions de groupe ont fait ressortir qu'à Madagascar, les mères sont les premières responsables des soins des enfants, cette deuxième hypothèse semble être moins plausible. Aussi, ces résultats suscitent-ils l'intérêt d'une étude interdisciplinaire pour approfondir la relation entre le statut de la femme et la morbidité diarrhéique des enfants et/ou de considérer une autre maladie que la diarrhée pour appréhender l'impact du statut de la femme sur la morbidité.

Les deux composantes du statut constituent donc des exemples concrets qui montrent l'intérêt de l'analyse de l'impact d'une variable sur chaque aspect de la santé des enfants. L'absence des différences de risque de décès selon une variable n'implique pas le manque d'importance de cette variable dans l'explication de la santé des enfants. En effet, une variable peut bien être à l'origine d'inégalité sur l'état nutritionnel sans qu'elle ne constitue un déterminant significatif de la mortalité ou de la morbidité des enfants.

□ *Mécanismes d'action du statut de la femme sur la santé des enfants*

A l'aide des modèles de régression logistique pas à pas, les résultats ont permis de mieux comprendre les mécanismes par lesquels le statut de la femme agit sur la santé des enfants.

Les résultats ont fait ressortir que le statut public et le statut privé de la femme demeurent des facteurs de différenciation de la santé des enfants quel que soit le contexte dans lequel celle-ci vit. La différence de contexte n'explique donc qu'une partie des inégalités en matière de mortalité et de nutrition observés entre enfants nés de mères de statuts différents.

Par ailleurs, la modification sensible, voire la disparition, de l'effet du statut de la femme après l'introduction du niveau de vie et de la culture sanitaire dans chaque modèle de régression de la mortalité et de l'état nutritionnel des enfants a permis de confirmer notre hypothèse sur le rôle médiateur du niveau de vie et de la culture sanitaire sur la mortalité des enfants. Autrement dit, pour la mortalité par exemple, la surmortalité observée chez les enfants dont la mère jouit d'un statut public ou privé très faible comparativement à celle enregistrée chez leurs congénères nés d'une femme de statut supérieur résulte en partie des contraintes économiques et d'un manque/une insuffisance de connaissances en matières de santé. Les autres variables, l'intervalle intergénéral, et dans une très faible mesure, l'âge à l'accouchement et/ou le sexe de l'enfant médiatisent également une partie de l'influence du statut de la femme sur la santé des enfants.

Les données qualitatives ont permis de relever que si la capacité des mères de prendre soin de leurs enfants dépend de leur aptitude à mobiliser des ressources financières, le problème ne se pose pas toujours en terme de coûts directs des soins de santé. Les femmes de statut public très faible ou faible, préoccupées par le problème de survie familiale ou d'autres problèmes quotidiens ont peu de temps à consacrer à leur propre santé et à celle de leurs enfants. Cette préoccupation les conduit à négliger, de façon consciente ou non, certains actes de soins peu coûteux mais qui demandent néanmoins une bonne volonté ou un sacrifice temporel. Par ailleurs, ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé, elles sont peu convaincues de la priorité qui devrait être accordée aux soins de santé, sauf si les besoins s'en font réellement sentir (c'est-à-dire en cas de maladie).

Ces négligences apparaissent clairement dans les comportements des femmes en matière de soins préventifs. D'une manière générale, les problèmes de non-respect des recommandations relatives aux comportements préventifs, notamment par rapport à la précocité de la première visite médicale pour le suivi de la grossesse, l'accouchement en milieu hospitalier et la complétude des vaccins, sont surtout les faits des femmes de statut très faible ou faible.

A cet effet, les résultats ont montré des différences très significatives sur les comportements des femmes selon le statut public ou privé pour les soins préventifs, et non pour les soins curatifs. Il ressort des résultats que les femmes de statut très faible ont moins de chance d'adopter de comportements préventifs adéquats. A titre d'exemple, elles sont moins enclines à effectuer des visites médicales pour le suivi de la grossesse, et même lorsqu'elles le font, elles effectuent en général les premières visites tardivement (parfois après le sixième mois de la grossesse), juste pour s'assurer qu'il n'y aura pas de complication lors de l'accouchement ou qu'elles pourront accoucher à l'hôpital. En revanche, celles qui ont un statut privé élevé, ayant les moyens de supporter elles-mêmes les coûts, peuvent décider de faire appel à un encadrement médical même si elles décident d'accoucher à domicile pour diverses raisons.

La négligence de la part des femmes de statut très faible s'observe également au niveau de la vaccination des enfants, bien que les vaccins soient généralement administrés gratuitement ou à un moindre coût. En dehors du manque de temps pour emmener les enfants à la vaccination, le simple fait d'observer les effets secondaires chez certains enfants vaccinés et/ou leur mauvaise perception de l'origine des handicaps de certains vaccinés [en somme, leur ignorance sur la vertu de la vaccination des enfants] suffisent pour les empêcher de faire vacciner leurs enfants.

En revanche, l'effet du statut public de la femme sur le choix thérapeutique disparaît dès l'introduction du milieu de résidence et qu'il n'y a pas de différences significatives de choix thérapeutique selon le statut privé de la femme, même au niveau brut. Face à une maladie, toutes les femmes, quel que soit leur statut, cherchent les voies et moyens pour guérir leurs enfants. La question du pouvoir dans la prise de décision ne se pose plus en tant que telle. Là où les centres de santé existent, malgré leurs maigres moyens financiers, les femmes de statut très faible sont également prêtes à déboursier de l'argent pour emmener leur enfant malade en consultation lorsque la maladie atteint un certain stade de gravité.

Inversement, compte tenu des problèmes liés à la qualité des soins offerts dans les centres de santé (les centres publics surtout), certaines femmes de statut public ou privé élevé préfèrent parfois administrer des soins à domicile bien qu'elles aient les moyens nécessaires pour emmener directement leurs enfants en consultation. Ce faisant, elles leur font courir un certain risque en les exposant à une aggravation éventuelle de la maladie, même s'il est vrai qu'elles essaient de mettre à profit leur connaissance en matière de santé pour administrer les traitements qu'elles jugent appropriés.

Par ailleurs, nos entretiens nous ont permis de noter que la participation de la femme à la prise de décision et la discussion dans le couple concernant des sujets relatifs à la santé des enfants sont d'autant plus importantes lorsque les deux membres du couple ont des avis divergents en la matière. Nous avons relevé certains de ces cas concrets pour la vaccination des enfants. Dans une telle situation, la femme devrait arriver à convaincre le mari pour pouvoir adopter un comportement adéquat en matière de santé. Néanmoins, cette situation nécessite que la femme détienne des connaissances exactes et des arguments valables pour convaincre ce dernier.

Ces résultats suggèrent une amélioration du statut de la femme comme stratégie à long terme, qui contribuerait efficacement à lutter contre la mortalité élevée des enfants et à promouvoir un meilleur état nutritionnel de ces derniers. Toutefois, l'amélioration du statut de la femme n'est pas aisée et ne produit que des effets à long terme, nous proposons quelques recommandations pour atteindre ces objectifs.

Recommandations

Au terme de notre recherche, les résultats que nous avons obtenus nous ont inspiré deux types de recommandations : des recommandations pour l'action et des recommandations pour la recherche.

□ *Moyens d'actions proposés*

Les femmes de statut faible ou très faible sont les plus touchées par la crise économique. L'effet de celle-ci se répercute sur leurs comportements vis-à-vis de la santé des enfants. Ainsi, en dehors des stratégies à mettre en place pour aider particulièrement ces femmes à mieux s'en tirer, des programmes d'éducation visant à améliorer leurs connaissances en matière de santé et permettant de les conscientiser sur la priorité de la santé des enfants porteraient certainement des fruits. Il faudrait mettre un accent particulier sur les mesures préventives telles que le suivi médical de la grossesse, la prise en charge médicale de l'accouchement et la vaccination des enfants, et essayer de convaincre les femmes de l'importance du respect des recommandations en vigueur. Non seulement, ces programmes devront être mis en œuvre sans distinction du milieu, mais ils devront être beaucoup plus intenses en milieu rural où la majorité des femmes jouissent d'un statut relativement faible.

Ces programmes intéressent également les femmes qui ont un statut élevé qui adoptent parfois des comportements inadéquats résultant de leur contact avec la modernisation. Nous pouvons noter, par exemple, leurs comportements inappropriés relatifs à l'allaitement au sein.

En dépit des efforts du gouvernement ayant déjà permis à certains enfants de bénéficier de soins de santé, il reste à renforcer les mesures qui favorisent davantage l'adoption par les femmes de comportements adéquats en matière de santé. Ainsi, nous recommandons de ***mettre en œuvre des programmes d'éducation sanitaire à l'endroit de toutes les femmes, notamment en milieu rural.***

L'implication des hommes dans les programmes sanitaires s'impose également. Les programmes d'éducation sanitaire devraient atteindre aussi bien les hommes que les femmes pour assurer l'harmonie en matière de prise de décision au sein du couple. La participation de toutes les couches de la communauté aux campagnes de promotion de la santé constituerait une

stratégie entravant les obstacles qui se dressent pour empêcher les femmes d'assurer les meilleurs soins à leurs enfants. Nous aimerions mentionner que la recommandation du type « *impliquer les hommes dans les programmes d'éducation sanitaire* » a été déjà formulée dans plusieurs études, notamment dans le domaine de la Planification Familiale (PF). Toutefois, le développement de mécanismes de suivi s'avère nécessaire pour qu'elle se traduise effectivement dans les faits sociaux.

Par ailleurs, l'enquête qualitative a fait ressortir que les problèmes associés aux systèmes de santé en terme de qualité de soins ou de rapport entre patients et prestataires de services risquent, si aucune mesure n'est prise pour les résoudre, d'entraver les progrès en matière d'éducation sanitaire. Ils empêchent certaines femmes de faire profiter à leurs enfants les avantages liés à leur statut élevé. Il importe ainsi de *chercher davantage des voies et moyens permettant d'améliorer la qualité d'accueil et des services dans les formations sanitaires*. Améliorer l'accessibilité des centres de santé dans certains milieux est une chose, mettre en place un système pour combattre les barrières culturelles à l'origine de la réticence de la population vis-à-vis des soins modernes en est une autre.

□ *Quelques pistes pour des recherches futures*

Sans prétendre avoir pu épuiser le sujet, nous avons essayé d'apporter quelques éléments permettant de mieux comprendre l'impact du statut de la femme sur la santé des enfants. Avant de proposer quelques pistes de recherche future, il convient de s'attarder sur certaines limites de notre travail.

D'abord, nous reconnaissons la limite liée à la méthode utilisée pour la construction des indicateurs de statut de la femme et du niveau de vie. En effet, plutôt que d'utiliser une méthode permettant de donner des mesures exactes de ces deux concepts, nous avons utilisé des indicateurs qui ont permis de construire une échelle pour catégoriser les femmes selon leur statut et le niveau de vie de leur ménage. La limite dans la mesure du statut de la femme est également liée aux données disponibles dans l'enquête EDS.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu examiner les comportements nutritionnels des femmes du fait des problèmes méthodologiques liés aux données. Nous sommes consciente de l'importance de l'allaitement dans la détermination de l'état nutritionnel et de la mortalité des enfants.

Cependant, lorsque les enfants encore allaités au moment de l'enquête et ceux dont l'allaitement a été interrompu en raison d'un décès sont en nombre important comme c'est le cas ici¹, l'utilisation de cette variable risquerait de comporter des biais considérables (problème de troncature).

Vu tout ce qui précède, au niveau de la recherche, nous proposons de :

(1) *Mettre en place un observatoire ayant, entre autres missions, la collecte et la mise à jour des informations concernant les femmes et les enfants*

La mise en place d'un tel observatoire permettra, par exemple, d'assurer la surveillance de la mise en œuvre des programmes sanitaires et l'élaboration d'indicateurs pertinents pour le suivi de l'évolution de la situation des femmes et des enfants à Madagascar.

(2) *Mener une étude approfondie sur les comportements nutritionnels des femmes*

Dans le futur, il est important de développer une méthodologie qui permet de résoudre le problème sus-évoqué, utilisant des données spécifiques relatives aux comportements nutritionnels (allaitement, aliments de sevrage, qualité et quantité d'aliments des enfants partiellement et complètement sevrés). Il faudrait un échantillon de grande taille pour disposer d'un effectif suffisant ; les groupes cibles d'une telle étude devant exclure les enfants encore allaités au moment de l'enquête et ceux dont l'allaitement a été interrompu pour cause de décès. Par ailleurs, les questions devront être bien spécifiées pour obtenir des informations riches et fiables sur les comportements des mères en matière de nutrition.

(3) *Réfléchir sur une méthodologie de collecte et de traitements de données appropriée pour mieux appréhender le statut de la femme et la prise de décision au sein du ménage*

Comme souligné plus haut, la collecte des données concernant la prise de décision en matière de santé ou d'autres domaines de la vie dans le ménage lors des enquêtes d'une envergure nationale (EDS), comme dans le cas du Maroc et d'autres pays, apportera des

¹ Ils représentent presque les deux tiers de l'ensemble des enfants dans l'échantillon.

éléments très intéressants pour l'étude du statut de la femme et son impact sur les phénomènes démographiques.

(4) Etendre la collecte de données qualitatives sur les comportements sanitaires des mères au niveau national

Les données de nature qualitative sont riches en informations et permettent de mieux expliquer les comportements sanitaires de femmes. Dans le cadre de ce travail, elles n'ont été collectées que dans deux provinces. Toutefois, les pratiques en matière de santé ne sont pas forcément les mêmes dans l'ensemble du pays. La réalisation d'une enquête qualitative dans toutes les provinces enrichira les informations concernant les comportements des femmes malgaches en matière de santé et permettra ainsi de comprendre davantage les comportements différentiels observés chez les femmes. Elle permettra de renforcer certaines des idées qui sont ressorties de ce travail et d'en ajouter d'autres.

(5) Poursuivre les études sur la relation entre le statut de la femme et les autres phénomènes démographiques tels que la fécondité, en tenant compte des deux composantes du statut de la femme

De telles études permettront de mettre également en exergue l'importance de la participation de la femme dans la prise de décision dans revêt d'une importance cruciale dans bien d'autres domaines de la vie de la femme, notamment en matière de fécondité.

(6) Approfondir les études sur les relations entre le statut de la femme d'une part, et l'état nutritionnel et la morbidité des enfants, d'autre part.

Les résultats inattendus concernant l'état nutritionnel et la morbidité des enfants que nous avons obtenus suscitent l'intérêt d'études spécifiques qui permettront de mieux comprendre l'impact du statut de la femme sur l'état nutritionnel et sur la morbidité des enfants. A cet effet, l'organisation d'une enquête spécifique au niveau national sur la santé des enfants est d'un grand apport pour disposer des données de référence locale sur l'état nutritionnel des enfants. De plus, la base de données obtenue permettra de mener bien d'autres recherches sur la santé des enfants à Madagascar.

BIBLIOGRAPHIE

- Aaby Peter (1989)** « La promiscuité, un facteur déterminant de la mortalité par rougeole », in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda (eds). Paris, INED, PUF, 1989, pp 295-324 (Travaux et documents, cahier n°124).
- Akaldi E.B. (1997)** "Une vue d'ensemble du statut des femmes et de la fécondité en Turquie", in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 27p.
- Akoto Eliwo M. (1985)** *Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants*, Louvain- La- Neuve, Cioa, 1985, 269p.
- Akoto Eliwo M. (1992)** « Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire » in *Démographie et différences*, Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988). Numéro 4, AIDELF. Presses Universitaires de France, pp 31-48.
- Akoto Eliwo M. (1993)** *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication*. Louvain- La- Neuve, Académia, 1993, 269p.
- Akoto Eliwo M. (1994)**, "Evolution et déterminants de la mortalité en Afrique", in *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Koffi, N. ; Guillaume, A. et Vimard, P. (eds), Séminaire international, ENSEA-ORSTOM, Abidjan 26-29 novembre 1991, ORSTOM, Paris, pp. 49-70.
- Akoto Eliwo M. (1996)** Notes de cours de politiques de santé en Afrique. IFORD, 27p.
- Akoto E.M. et Hill A. (1988)** « Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants », in *Population et sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin (ed), Paris, édition l'Harmattan, pp 309-324.
- Akoto E. M., Kouame A., Lamle S. (2002)** *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali)*. Les cahiers de l'IFORD n°27, Yaoundé, 169p.
- Akoto E.M., Mudubu K.L. et Rakotondrabe F.P (1998)** « Baisse récente et future de la mortalité dans les pays en voie de développement : mythe ou réalité ? » in *Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective*. Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996). Numéro 8, AIDELF. Presses Universitaires de France, pp 534-543.
- Akoto E.M. et Tabutin D. (1989)** "Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort", in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Paris, INED, PUF, 1989, pp 35-64 (Travaux et documents, cahier n°124).

- Akoto E. M et Tamashe O (2002)** *Inégalités socio-économiques entre villes et campagnes en matière de mortalité des enfants en Afrique au sud de Sahara*, SFPS-tulane University, 19p + annexe.
- Amin Sajeda (1990)** "The effect of women's status on sex-differentials in infant and child mortality in south Asia", *Genus*, Vol XLVI n°3-4, 55-69.
- Andreas Monique (1990)** « Evolution du statut de la femme à Madagascar ». Communication présentée lors du colloque inter-îles sur le "Statut juridique de la Femme dans l'Océan indien". Antananarivo 05-07 Juillet, 14p.
- Anruhd K.Jain (1994)** "Maternal education and childcare". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 199-206.
- Assogba L.N. Mensan (1991)** "Statut de la femme: une variable explicative de la dynamique démographique", Documents de travail, *Travail et Population en Afrique subsaharienne*, document n°11, FNUAP, 72p.
- Assogba L.N. Mensan (1990)** "Statut de la femme, structures familiales et fécondité : transitions dans le Golfe du Bénin", les dossiers du CEPED n°14, Paris, 29p.
- Azaria R. (inedit)** *La femme dans le christianisme : représentation et pratique* in <http://www.helsinki/science/xantippa/wef/wef267.html>
- Bamikale Feyiestan J., Sola Asa and Ebigbola Joshua A. (1997)** "Mothers's management of childhood diseases in Yourubaland : the influence of cultural beliefs". In *Health transition review*, vol 7 n° 2, pp 221-234.
- Banque Mondiale (1993)** *Rapport sur le développement dans le monde, investir dans la santé*, Washington, 339p.
- Banque mondiale (1994)** "Pour une meilleure santé en Afrique : une leçon d'expérience", 293p.
- Banza Baya (1993)** *Les déterminants de la mortalité des enfants en milieu urbain au Burkina Faso : cas de Bobo Dioulasso*, Thèse présentée à la Faculté des Etudes Supérieures en vue d'obtenir le Philosophiae Doctor (PH.D), Université de Montréal, Collection de thèses et mémoires n°35, 293p.
- Banza Baya (1998)** *Instruction des parents et mortalité des enfants : cas du Burkina Faso*, Les dossiers du CEPED n°48, Paris, 27p.
- Banza Baya (1999)** « Etudes de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : le cas de Bobo Dioulasso » in Agnès Adjamagbo, Guillaume A., N'Guessan K (eds) *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. Actes scientifiques des Gripps n°1. Atelier sur « La santé de la reproduction dans les pays à croissance démographique rapide : approche méthodologique ». Abidjan 10-13 mai 1995, Collection Colloques et séminaires, Paris, pp 61-79.
- Barbieri M. (1989)** *The determinants of infant and child mortality in Sénégal : an analysis of DHS data*, University of California (graduate group in demography), 207p.

- Barbieri M. (1991)** "Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde". Les dossiers du CEPED n°182, Paris 1991, 40p.
- Basu Alaka Malwade (1990)** "Cultural influences on health care use : two regional groups in India". Dans *Studies in Family Planning*, vol 21 n°5, pp 275-286.
- Basu Alaka Malwade and Basu Kaushik (1991)** "Women's economic roles and child survival : the case of India ". Dans *Health transition review*, vol 1 n° 1, pp 83-103.
- Bazzi-Veil L. (2000)** *Analyse de la situation de la femme en Afrique de l'Ouest et du Centre*. UNICEF, Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, CEPRASS, Abidjan, 211p.
- Bell David E. (1985)** "Quelles politiques pour réduire rapidement la mortalité des enfants dans les pays les moins avancés". In *La lutte contre la mort, Influence des politiques sociales et politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*" eds Travaux et documents n° 108, INED-UIESP pp 475-488.
- Beninguisse Gervais (2002)** *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*. Institut de Démographie, UCL, Louvain-La-Neuve. Academia-l'Harmattan, 297p.
- Berman Peter, Zeitlin Jennifer, Roy Prodipto and Khumatakar Sarojini (1997)** "Does maternal employment augment spending for children's health care ? a test from Haryana, India". Dans *Health transition review*, vol 7 n° 2, pp 187-204.
- Biaye Mady (1991)** *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest : hypothèses, mesures, recherche d'explication des mécanismes*, Monographie 5, UCL, Institut de Démographie, édition l'Harmattan – Academia, 292p.
- Bissillat J. (1992)** « Introduction », in Bissillat J. (eds) *Relation de genre et développement : femme et société*. Edition de l'ORSTOM, collection colloques, séminaires, Paris, pp 11-24.
- Bland John et Clements John (1998)** « Protéger les enfants : historique du programme de vaccination de l'Oms », in *Forum Mondial pour la Santé*, vol 19, n°2, pp 164-176.
- Blanchet A. et Gotman (1992)** *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Sociologie, Nathan, Paris, 125p.
- Bocquier P. (1996)** *L'analyse Des Enquêtes Biographiques à l'aide du logiciel STATA*, Documents et Manuels du CEPED, n° 4, Paris, 208 p.
- Boerma J. Ties, Sommerfelt A. Elisabeth, Rutstein shea O. (1991)** "Childhood morbidity and treatment Patterns". *Demographic and health survey. Comparative studies*, n°4. In stitute of resource development . Macro International Inc. Columbia Maryland USA, 39p.
- Bop C. et LocohT. (1999)** « Rapport de genre et santé » in Locoh T., N'Guessan K. (eds), *Genre, Population et développement en Afrique de l'Ouest*. FNUAP-ENSEA, Abidjan, pp 87-104.

- Bourne Katherine L. and Walke George M. (1991)** "The differential effect of mother's education on mortality of boys and girls in India". Dans *Population studies*, vol 45 n°2, pp 203-219.
- Bozon Michel (1990)** « Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints : une domination consentie », in *Population*, revue de l'INED, 45^e année, n°2, pp 327-359.
- Briend A. (1989)** « Utilisation de l'anthropométrie pour la détection des enfants ayant un haut risque de décès » in *Les carences nutritionnelles dans les pays en développement*, 3^e journées du GERM, Etudes réunies par D. Lemmonier et Y. Ingenbleek, Karthala-ACCT, Paris, pp 30-38.
- Briend A. (1998)** *La malnutrition de l'enfant. Des bases physiopathologiques à la prise en charge sur le terrain*, Monographie Chaire Danone, 163p.
- Brockerhoff Martin and Laurie F. De Rose (1994)** "Parental education and child survival : can DHS tell us anything new ?". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 192-199.
- Caldwell John (1979)** "Education as a factor in mortality decline :an examination of Nigerian data", dans *Pouppulation studies*, vol 33, pp 395-413.
- Caldwell John (1981)** "Education maternelle et mortalité infantile". Dans *Forum mondial de la santé*, vol 2 n° 1, OMS, Genève, pp 91- 93.
- Caldwell John (1994)** "How is maternal education translated into lower child mortality". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 224-229.
- Caldwell J., Caldwell P. (1988)** "Women's position and child mortality and morbidity in LDCS", in *Conference of women's position and demographic change in the course of development*, IUSSP, pp 213-237.
- Caldwell John et Caldwell Pat (1993)** « Women's Position and Child Mortality and Morbidity in Less Developed Countries », in Nora Federici, Karen Oppenheim Mason and Solvi Sogner (eds), *Womens's Position and Demographic Change*, IUSSP, Clarendon Press, Oxford, pp 122-139.
- Cantrelle P., Locoh Th.(1990)** "*Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*", les dossiers du CEPED n°10, Paris, 29p.
- Castle E. Sarah (1993)** "Intra-household differentials in woman's status : household function and focus as determinants of children's illness management and care in rural Mali", dans *Health transition review*, vol 3 n°2, pp 137-158.
- CE Shen, John B. Williamson (1997)** "Child mortality, Women's Status, Economic Dependancy and Strate Strength : a Cross-National Study of Less Developed Countries ", *Social Forces*, 76 (2), 667-94.
- Comission Economique pour l'Afrique (CEA) (1993)** « Statut et rôle de la femme dans le processus de développement en Afrique et comportements démographiques : stratégies et implications », Addis-Abeba, 18p.

- Centre International de l'Enfance (CIE) (1992)** *La santé de la famille et de la communauté*, quatrième édition, Les classiques africains, éditions Saint Paul, Paris, 160p.
- Cesar G. Victora, Bryce J., Fontaine O. et Monasch R. (2001)** « Maladies diarrhéiques : réduire la mortalité grâce à la thérapie par réhydratation orale », in *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles n°4, pp 122-131.
- Cleland John (1990)** « Maternal education and child survival : further evidence and explanations », in *What do we know about ealth transition : the cultural, social and behavioural determinants of health*, J.C. Caldwell et al (eds), vol I, Health Transition Series n°2, pp 400-419.
- Cleland John et Ginneken (1989)** « Maternal education and child survival in developing countries : the search for pathway of influence », in John Caldwell and Gigi Santow (eds), *Selected Readings in the cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, Health Transition Series, n°1, Canberra, Health Transition Centre, Australian National University, pp 79-100.
- Cochrane S.H., Ohana D.J. and Leslie (1982)** "Parental education and child health : intracountry evidence". Dans *Health policy and education*, vol 2 (3-4), pp 213-250.
- D'Houtaud Alphonse (1998)** « *Sociologie de la santé : Langage et savoirs – Environnement et éthique* », l'Harmattan, Paris, 397p.
- Dackam (1990)** *L'éducation de la mère et la mortalité des enfants en Afrique*. Les cahiers de l'IFORD n° 2, Yaoundé, 160p.
- Das Gupta Monica (1990)** "Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in rural Punjab, India". In *Population studies*, vol 44 n°3, pp 489-505.
- Dauby P., Assogba L., Kahia-Tani F. (2000)** "Réflexion critique sur une démarche de recherché-action avec des groupements féminins au Bénin" in *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes*. Textes réunies par Preiswerk Y., UNESCO-IUED, Genève, pp. 257-271.
- De Browere V. et Fabienne R. (inédit)** *La consultation prénatale : qu'y a-t-il à démontrer ?* Note de cours UCL, Louvain-La-Neuve, 13p.
- De Onis M., Frongille E. et Blössner M. (2001)** « La malnutrition est-elle en régression ? Analyse de l'évolution de la malnutrition des enfants depuis 1980 » in *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles n°4, pp 111-121.
- Delcroix Sylvie, Guillaume Agnès (1993)** "Statut des femmes et comportements de santé en Côte d'Ivoire". Présenté lors du séminaire sur *les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*. Dakar-Sénégal, 3-6 Mars. commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population. Volume1.

- Desai Sonalde and Devaki Jain (1994)** "Maternal employment and changes in family dynamics : the context of women's work in rural of Asia" dans *Population and development review*, vol 20 n°1, pp 115-136.
- Desclaux A. (1996)** « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in *Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical*, sous la direction de Jean Benoist. Médecines du monde. Edition Karthala, Paris, 1996, pp 251-279.
- Desjeux J.F. et Ben Mansour A. (1989)** « L'alimentation de l'enfant atteint de diarrhée aiguë », dans *Les carences nutritionnelles dans les pays en voie de développement*, 3^{ème} journée du GERM, Etudes réunies par D. Lemonnier et Y. Ingenbleek, Karthala-ACCT, Paris, pp 152-156.
- Desgrées du Loû A. (1996)** *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations. Une enquête longitudinale en milieu rural à Bandafassi au Sénégal*, Centre Français sur la Population et le Développement (CEPED), Paris, 261p (Les Etudes du CEPED n°12).
- Disaine B., Laha G., Randriafamantanantsoa J_J., Randriamasimbololonirina B. (1992)** *Concept de développement dans le contexte socio-culturel malgache*, BIT/FNUAP. Série « Documents et Etudes », n°21, Antananarivo, 67p + Annexe.
- Dormor Ducan James (1994)** "The status of women and mortality", dans *Genus*, Vol L n°3-4, pp 13-46.
- Douglas C. Ewbank (1994)** "Maternal education and theories of health behaviour : a cautionary note". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 215-223.
- Dyson, Tim and Micke Moore (1983)** "On kinship structure, female autonomy and demographic behaviour in India" dans *Population and development review*, vol 9 n°1, pp 35-60.
- Echarri Canovàs C.J. (1994)** "*Famille, statut de la femme et santé des enfants au Mexique*". Thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain-La-Neuve, Juin 1994, 292p.
- EDS Madagascar (1997)** *Rapport Enquête Démographique et de Santé*. INSTAT- Demography an Health Survey. Macroint Inc. Maryland.
- Engle Patrice (1993)** « Influences of mother's and fathers's income on children's nutritional status in Guatemala », in *Social Sciences and Medicine*, vol 37, n°11, pp 1303-1312.
- Erny P. (1988)** *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*. Edition l'Harmattan, Paris, 358p.
- Ezeh Alex Chika (1993)** "Autonomy versus dependance : understanding women's status in sub-saharan Africa". Présenté lors du séminaire sur *les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*. Dakar-Sénégal, 3-6 Mars. comission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population. Volume1.
- Fassin D. (1992)** *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de la ville de Dakar*. PUF, Paris, 359p.

- Fisher Gustave Nicolas (1996)** *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. DUNOD. Paris. 224p.
- Flegg A.T. (1982)** "Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of Infant mortality in underdeveloped countries". In *Population studies*, vol 36 n°3, pp441-458.
- Flick Uwe (1992)** « *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociale* », l'Harmattan, Paris, 399p.
- Flimer et Pritchett (1998)** *Estimating Wealth effects without Expenditure Data or Tears : an application to Educational enrollements in States of India*. World Bank-Working Paper # 194; 38p.
- Fournier Pierre et Haddad Slim (1995)** « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in *La sociologie des populations*. Gérard Hubert et Piché victor (eds), AUPELF/UREF, Québec, Canada. pp 289-326.
- Gaisie Sam (1990)** « Culture and health in Sub Saharan Africa ». What we know about health transition : the cultural, social and behavioural determinants of health. The proceedings of an international workshop, Gamberre May 1989, vol II. *Health Transition Series*, n°2, pp 609-627.
- Garenne M., Maire B., Fontaine O., Dieng K. et Briend A. (2000)** *Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire. Etude réalisée à Niakhar(Sénégal) 1983-1986*. Etude du CEPED n°17, Paris, 201p.
- Garssen Joop (1989)** « Analyse descriptive des rapports entre quelques variables biologiques, démographiques et socio-économiques et la mortalité à Yaoundé ». Volume III, Tome III, 109p.
- Gbenyon Kuakwi et Locoh Térése (1989)** "Les différences de mortalité entre garçons et filles", in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Paris, INED, PUF, 1989, pp 221-244.
- Gendreau F., Gubry F, Lohle-Tart L, Van de Walle E., Waltisperger D (1985)** , « Manuel de Yaoundé : Estimation indirectes en démographie africaine ». UIESP-IFORD- GDA , Belgique, 276p.
- Gérard Hubert (1987)** « Théories et théorisation », in *L'explication en sciences sociales : la recherche des causes en démographie*, sous la direction de Josiane Duchêne, Guillaume Wunsch, Eric Vilquin, Chaire Quetelet '87, CIACO éditeur, Institut de Démographie, UCL, pp 267-282.
- Gérard Hubert (1995)** "Pour une sociologie de la population". In *La sociologie des populations*. Gérard Hubert et Piché victor (eds), Québec, Canada. pp 21-38.
- Gérard Hubert (1995)** "Pour une reconstruction sociologique des faits de la population". In *La sociologie des populations*. Gérard Hubert et Piché victor (eds), AUPELF/UREF, Québec, Canada. pp 39-60.

- Glick Peter, Razakamanatsoa Mamisoa (2001)** « La distribution des services sociaux à Madagascar : 1993-1999 ». Madagascar, 96p.
- Godin I. et Lagasse R. (1996)** « Le concept de culture sanitaire », in *Santé et mortalité des enfants en Europe et inégalités sociales d'hier et d'aujourd'hui*. Sous la direction de Masuy Stroobant, Gourbin C. et Buekens P., Chaire Quetelet 1994, Institut de Démographie, UCL, Académia-Bruylant/l'Harmattan, pp 179-199.
- Gourbin Cathérine et Wunsch guillaume (1997)** "La santé, la maladie et la mort". In *Démographie : analyses et synthèses. Causes et conséquences des évolutions démographiques. Actes du séminaire international "Population et démographie : problèmes et politiques"*. San Miniato (Pise), 17-19 Décembre. Volume 2. INED, pp 41-54.
- Grenier Bernard et Gold Francis (1986)** *Développement et maladies de l'enfant*, Abrégés, Masson, Paris-NewYork-Barcelone, 634p.
- Gürsoy Akile (1994)** "Forum : parental education and child mortality". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 183-185.
- Guillaume Agnès (1991)** « Rôle des femmes dans les soins portés aux enfants en milieu rural Ivoirien ». Conférence « *Femme, Famille et Population* ». Ouagadougou, Burkina Faso, 24-29 Avril 1991, UEPA vol 1, communication sollicitée, pp 288-312.
- Gautier J.F. et Razafindrakoto (1997)** *Incidence des dépenses sociales au niveau local*. Projet Madio Madagascar-DIAL-INSTAT-ORSTOM, 15p.
- Gwatkin Davidson (1980)** "Indications of change in developing country mortality trends : The end of an Era?" Dans *Population and development review*, vol n°6, number 4, Dec 1980, pp 615-644.
- Gwatkin D., Rustein S., Kiersten Jonhson., Pande Rohini and Wagstaff A. (2000)** *socio-econpomic differencies in Health, Nutrition, and Population in Madagascar*. HNP/poverty Thematic Group of the World Bank, 27p.
- Harouna Soumana (1998)** *Incidence du comportement des mères en matières de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger*, Les cahiers de l'IFORD n°22, Yaoundé, 123p.
- Hill Allan et Randall Sarah (1984)** "Différences géographiques et sociaux dans la mortalité infantile et juvenile au Mali", dans *Population*, numéro 6, pp 921-945.
- Hennart P. (inedit)** *Santé et nutrition. Evaluation de l'état nutritionnel*. Note de cours DES en Sciences de la santé. Université libre de Bruxelles. Ecole de santé publique.
- Hobercraft John (1993)** "Women's education, child welfare and child survival : a review of evidence", dans *Health transition review*, vol 3 n°2, pp 159-176.
- Indrani Pieris and Caldwell Bruce (1997)** "Gender and health in Sri-Lanka". Dans *Health transition review*, vol 7 n° 2, pp 173-186.

- Irma T.Elo (1992)** "Utilization of maternal health care services in Peru : the role of women's education", dans *Health transition review*, vol 2 n°1, pp 49-69.
- Jacquet I. (1995)** *Développement au masculine/Féminin. Le genre, outil d'un nouveau concept*. Edition l'Harmattan, Paris, 186p.
- Jones Stephen T., Ronald J. Waldman et William H. Foege (1985)** "Le rôle des programmes de vaccination". In *La lutte contre la mort, Influence des politiques sociales et politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*" eds Travaux et documents n° 108, INED-UTESP pp 41-51.
- Joshi Arhun R. (1994)** "Maternal schooling and child health : preliminary analysis of the intervening mechanisms in rural Nepal". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 1, pp 1-28.
- Kaufmann Georgia et Cleland John (1994)** «Maternal education and child survival : anthropological responses to demographic evidence », in *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 196-199.
- Kishor Sunita, Katherine Neitzel (1996)** "The status of women : Indicators for twenty five countries", in *Demographic and Health surveys Comparative studies n°21*, Macro International Inc, 113p.
- Kishor Sunita, Katherine Neitzel. (1997)** "Etude du statut des femmes à partir des données de base des enquêtes démographiques et de santé", in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 52p.
- Keuzeta, J. J. (1983)**, Notes de cours sur les *Analyse des statistiques sanitaires* IFORD, Yaoundé, 65 p.
- Kobiane J-F. (1998)** « Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat » in Gendreau F. (eds), *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*. Actualité Scientifique, AUPELF-UREF, Edition ESTEM, pp. 117-132.
- Labourie-Racaparé et Locoh T. (1997)** « Genre et démographie : nouvelle problématique ou effet de mode ? ». Communication à la chaire Quetelet 1997 *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*. Louvain-La-Neuve 26-28 novembre, 24p.
- Legrand T.K. et Mbacke Cheik S.M. (1992)** « *Teenage pregnancy and child health and mortality in the Urban Sahel* ». CRDE, Université de Montréal, cahier 1992, 26p.
- Leroy Odile et Garenne Michel (1989)** "La mortalité par tétanos néonatal : la situation à Niakhar au Sénégal", in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Paris, INED, PUF, 1989, pp 153-168.
- LeVine Robert A., Dexter Emily, Velasco Patricia, LeVine Sara, Arun R. Joshi, Kathleen W. Stuebing and F. Medardo Tapia Uribe (1994)** "Maternal literacy and health care in three countries : a preliminary report". Dans *Health transition review*, vol 4 n° 2, pp 186-191.

- Levy A., Cazaban M., Duffor J., Jourdan R. (1998)**, *Santé publique*. Collection Abrégés de Médecine, 3^e édition, 227p.
- Lewertowski Catherine (1993)** « Villes et pathologies de l'enfant », in *L'enfant et la ville : urbanisme, santé et socialisation*, Chevallier Eric (eds), SYROS, Paris, pp 59-84.
- Lloyd, Cynthia B. and Anastasia Gage-Brandon (1993)** "Women's role in maintaining households : family welfare and sexual inequality in Ghana", dans *Pouppulation studies*, vol 47 n°1, pp 115-131.
- Locoh Thérèse (1996)** « Les changements des rôles masculins et féminins dans la crise : la révolution silencieuse », in *Crise et Population en Afrique : crise économique, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, Jean Coussy et Jacques Vallin (eds), CEPED-EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-Université Paris VI, Paris, pp 445-470 (Les Etudes du CEPED n°13).
- Locoh T. (1999)** « L'analyse de rapport de genre : une nouvelle approche des questions de population ? » in Locoh T., N'Guessan K. (eds), *Genre, Population et développement en Afrique de l'Ouest*. FNUAP-ENSEA, Abidjan, pp 13-34.
- Louis Henry (1972)** *Démographie. Analyse et Modèles*. Paris, Larousse.
- Lovell Nadia (1995)** *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-Est Togo*, Les dossiers du CEPED n°33, Paris, 20p.
- Madagascar (1993)** *Enquête Permanente auprès du Ménage (EPM) 1993. Analyse thématique Femmes et développement*. Collecte-analyse et publications. Statistiques des ménages, PNUD-BM-INSTAT, 109p.
- Madagascar (1995)** *Rapport National sur les Femmes, Beijing*, 80p.
- Madagascar- Direction de la Promotion de la Femme (DPF) (1994)** *Projet de Plate-Forme d'action, Madagascar*, 47p.
- Madagascar-Direction de la Condition Féminine (DCF) (1999)** *Rapport National de suivi du programme d'action de Beijing, Madagascar*, 87p.
- Madagascar (2000)** *Education pour tous (EPT), Bilan à l'an 2000* in <http://www2.unesco.org/wef/country reports/Madagascar>.
- Madagascar - INSTAT(2000)** MICS- Rapport complet, 180p.
- Madagascar – Ministère de l'Economie et du Plan (1997)** *Politique Nationale de Population (PNP)*. Ministère de la Population et Ministère de l'Economie et du Plan, 44p.
- Madagascar – Ministère de la Santé (1998)** *Politique Nationale de la Santé (PNS)*. République de Madagascar, 73p.

- Madagascar- Ministère de la Population, de la Condition féminine et de l'enfance (MPCFE) (2000)** *Politique Nationale de Promotion de la Femme. Pour un équilibre homme-femme.*, 86p.
- Marie José, P.H. Chombart de Lawe, Huguet M., Perroy E, Bisseret N. (1963)** *La femme dans la société. Son image dans les différents milieux sociaux.* Travaux du groupe d'ethnologie sociale. Centre National de Recherche Scientifique. Paris, 439p.
- Mason K. Oppenheim (1984)** "*The status of women : a review of its relationship to fertility and mortality*". Rockefeller foundation, 86p.
- Mason K. Oppenheim (1997)** "Influence du statut familial sur l'autonomie et le pouvoir des femmes mariées dans cinq pays asiatiques", in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 52p.
- Masuy Stroobant Godelieve (1987)** « Les explications des différences sociales en matière de mortalité infantile » in *L'explication en Sciences Sociales*. Chaire Quetelet '87, UCL. Louvain-La-Neuve, CIAO, pp 21-39.
- Masuy Stroobant Godelieve (1988)** *Santé des enfants et inégalités sociales. Une enquête dans le Hainaut sur le comportement préventif des mères. Rapport Poliwa3.* Institut de Démographie UCL. Ed. CIACO, Belgique, 283p.
- Masuy Stroobant Godelieve (1997)** "Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles". In *Démographie : analyses et synthèses. Causes et conséquences des évolutions démographiques. Actes du séminaire international "Population et démographie : problèmes et politiques"*. San Miniato (Pise), 17-19 Décembre. Volume 2. INED, pp 55-69.
- Mbacke et Mbodji (1990)** « Mortalité dans l'enfance en Afrique : aspects démographiques » in *Vie et santé*, n°3, pp. 12-14.
- Mbacke et Van de Walle (1989)** "Les facteurs socio-économiques et l'influence de la fréquentation des services de santé" in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda (eds). Paris, INED, PUF, pp 67-84 (Travaux et documents, cahier n°124).
- Mbaye Khadiatou (1991)** « La femme et le bien-être de la famille ». Conférence « *Femme, Famille et Population* ». Ouagadougou, Burkina Faso, 24-29 Avril 1991, UEPA vol II, communication spontanée, pp 170-179.
- Meekers Dominique et Oladosu (1996)** « *Spousal communication and Family Planning Decision-Making in Nigeria* ». Population Research Institute. Working Papers Series, 33p.
- Miles-Doan R. (1997)** "Les rôles économiques et le statut des femmes dans le contexte des politiques d'ajustement économique en Jordanie" in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 25p.

- MINASCOF/FNUAP** "Recherche sur le poids de la tradition et de la religion sur la situation de la femme du Grand Nord". Projet Femmes, Population et Développement : Promotion des femmes par l'éducation en matière de population, 151p.
- Mosley W.H., Chen L.C. (1984)** "Child survival : strategies of research". *Supplement to population and development review* (10), 392p.
- Nacro K. (1997)** "Répartition du pouvoir dans la famille étendue et reproduction humaine : le cas du Burkina faso ", in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 52p.
- Nayar P.B.K. et Nair S.S. (1997)** « Facteurs d'évolution du rôle et du statut des femmes au sein de la famille. Cas de Kerela (Inde) » in Cosio-Zavala (ed) *Femme et famille : le statut des femmes comme facteur et conséquence de changement dans les dynamiques familiales*, UNESCO-Paris, 24-26 février, 11p.
- Nicolas Bricas (1996)** « L'effet de la crise sur l'alimentation des populations urbaines en Afrique », in *Crise et Population en Afrique : crise économique, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques*, Jean Coussy et Jacques Vallin (eds), CEPED-EHESS-INED-INSEE-ORSTOM-Université Paris VI, Paris, pp 183-208 (Les Etudes du CEPED n°13).
- Nicolas Joëlle et Castanier Claire (1985)** « Bonne arrivée mon enfant ! attendre, mettre au monde, élever et soigner mon enfant », EDICEF/CEDA, Paris-Abidjan, 236p.
- Noumbissi A. (1996)** *Méthodologies d'analyse de la mortalité des enfants : applications au Cameroun*, L'Harmattan, 304p.
- Noumbissi A ; et Sanderson J-P. (1998)** « Pauvreté et comportements démographiques au Cameroun : à la recherche d'un indicateur de pauvreté » in Gendreau F. (eds), *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*. Actualité Scientifique, AUPELF-UREF, Edition ESTEM, pp. 149-164.
- Nouijai Ahmed, Chaouai Abdeltif, Lfarakh Abdellatif, Azemman Said, Youbi Ali el, Harrami Nouredine, Abouchouker Abdelhamid, Gouitaa Ahmed (1998)** « Genre et développement : aspects socio-démographiques et culturels de la différenciation sexuelle ». Centre d'Etudes et de Recherches démographiques (CERED). Royaume de Maroc, 324p.
- Okojie Christiana (1991)** « Women's economic activities and family life among rural and urban households in Bendel State of Nigeria ». Conférence « *Femme, Famille et Population* ». Ouagadougou, Burkina Faso, 24-29 Avril 1991, UEPA vol 1, pp 546-560.
- Okojie Christiana (1993)** « The relationship between women's status, proximate determinants and fertility in Nigeria ». Présenté lors du séminaire sur *les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*. Dakar-Sénégal, 3-6 Mars. commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population. Volume1.

- Omorodion Fransisca I. (1993)** "The socio-cultural context of health behaviour among Esan communities, Edo state, Nigeria", Dans *Health transition review*, vol 3 n°2, pp 125-136.
- OMS (1981)** "Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000". Genève, 102p.
- OMS (1984)** "Les femmes, la santé et le développement : le point de vue des Américains". Dans *Chronique OMS*, vol 38 n°6, pp 245-280.
- OMS (1997)** Rapport sur la santé dans le monde, "*Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité*", 15p.
- Opong C. (1986)** "Les sept rôles et le statut des femmes : ébauche d'une approche conceptuelle et méthodologique", in *Guides anthropologiques et questionnaires pour l'étude des changements démographiques et des rôles des femmes*, BIT Genève, pp 93-129.
- Ottong Joseph G. (1993)** "The status of women and maternal health in rural Niger". Présenté lors du séminaire sur *les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*. Dakar-Sénégal, 3-6 Mars. commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population. Volumel.
- Ouedraogo Christine (1994)** *Education de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou*, Les dossiers du CEPED, n°27, Paris, 37p.
- Ouedraogo Christine (1997)** *Le statut des femmes. Etat des connaissances sur les aspects méthodologiques*, Université de Ouagadougou, 29p.
- Ouedraogo Christine (1999)** « Pluralité des soins aux petits enfants : le cas des Moose de la ville de Ouagadougou (BF) in Agnès Adjamagbo, Guillaume A., N'Guessan K (eds) *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, . Actes scientifiques des Gripps n°1. Atelier sur « La santé de la reproduction dans les pays à croissance démographique rapide : approche méthodologique ». Abidjan 10-13 mai 1995, Collection Colloques et séminaires, Paris, pp 37-59.
- Oya Sawar Diana (1986)** "Mortalité et morbidité chez l'enfant et le nouveau-né : réflexions sur des questions théoriques et méthodologiques". In *Problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles*. Compte rendu de l'atelier d'Accra 22-26 Sept 1986. CRDI, pp 3-11.
- Palloni A. (1987)** « Theory, analytical framework and causal approach in the study of mortality at young ages in developing countries », in Beghin I., Masuy-Strooban G., Tabutin D. et Van Lerberghe W. (dir), *Santé et mortalité aux jeunes ages dans les pays en voie de développement*, Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale, vol 67, supplément, pp 31-45.
- Pilon M., Seidou Mama M. et Tichit C. (1997)** « Les femmes chefs de ménage : aperçu général et étude des cas », in *Ménages et familles en Afrique. Approches des dynamiques contemporaines*, Pilon M., Loch T., Vignikin E. et Vimar P (eds). Les études du CEPED n° 15 . CEPED- ENSEA-INS-ORSTOM-URD, pp 167-192.

- Pelletier D. (1998)** « Malnutrition, Morbidity and Child mortality in Developing Countries » in Nations Unies, *Too young to die : Genes or Gender ?* Economic & social affairs, USA, pp 109-132.
- PNUD Madagascar (1996)** *Rapport National sur le Développement Humain Madagascar*, PNUD-INSTAT, 84p + annexe.
- PNUD-Direction de la Population et du développement social (DPDS) (1995)** *Rapport National sur le Développement Social. Sommet Mondial pour le développement social*. Copenhague 6-12 mars 1995, 110p.
- Rakotondrabe F. Patricia (1996)** « *Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar* ». Les cahiers de l'IFORD n°10, Yaoundé, 87p.
- Rakotondrabe F. Patricia (2000)** « Présentation de la problématique de la thèse : Statut de la femme, prise de décision et santé des enfants à Madagascar », communication présentée au colloque jeunes chercheurs à Nanterre, « *Démographie : des champs nouveaux, nouvelles recherches* », CERPOS, Université Paris X, 11-12 janvier 2000.
- Rakotondrabe F. Patricia (2001)** « Contribution du genre à l'explication de la santé des enfants : cas de Madagascar », communication présentée au colloque jeunes chercheurs à Abidjan, « *Genre, population et développement en Afrique* », Abidjan, 16-21 juillet 2001. http://www.ined.fr/rencontres/colloques/coll_abidjan/publis/pdf/session7/rakoto.pdf
- Rakotondrabe F. Patricia (2003)** « Pour une approche intégrée de l'analyse de la santé des enfants : cas de Madagascar », communication présentée au séminaire sur « *Macro-Meso-Micro Social Influences in Health : Changing Patterns of Morbidity and Mortality* », Yaoundé (Cameroun), 05-08 juin 2003
- Rakotonirina S. (2000)** « Etat nutritionnel », in *Rapport MICS 2000 (rapport complet)*, Madagascar, pp. 24-48.
- Ranaivo Yvette (1992)** "*La situation de la femme malgache*". Journée de Brainstorming. 24 juin 1992. Résumé des études sur les femmes. ?
- Randretsa Iarivony et Ratovondrahona Pascale (1998)** « La mortalité des enfants », in *Enquête Démographique et de Santé 1997, Madagascar*, INSTAT-Demography and Health Survey, Macro International Inc, Maryland, USA, pp 97-106.
- Randriamaro Zo (1997)** *Genre, Population et développement. Rapport sectoriel. Analyse des programmes et élaboration des stratégies*, FNUAP, Antananarivo, 52p.
- Ravelomanana R.J. (1995)** *Histoire de l'éducation des jeunes filles malgaches du XVI è au milieu du XX è siècle*. Edition Antso Imaricolanitra, 451p.
- Ravololomanga Bodo (1992)** *Etre femme et mère à Madagascar. Ta`nala d'Ifanadiana*, Dominique Desjeux (ed), Collection Connaissances des hommes, édition l'Haramattan, Paris, 237p.

- Razanatsoarilala H. (2000)** « Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an » in *Rapport MICS 2000 (rapport complet)*, Madagascar, pp. ?.
- Righard Lemart (1996)** « Créer très tôt les conditions d'un allaitement réussi », in *Forum Mondial de la Santé, Revue Internationale de développement sanitaire*, vol 17, n°1, pp 97-102.
- Robert A. LeVine, Sarah E. LeVine, Amy Richman, F. Medardo Tapia Uribe, Clara Sunderland Correa, Patrice M. Miller (1991)** "Women's schooling and child care in the demographic transition" dans *Population and development review*, vol n° 17, number 3, Sept 1991, pp 459-496.
- Safilios Rothschild Constantina (1982)** « Female Power, autonomy and demographic change in the world », in *Women's Role and Population Trends in the Third World*, E. Anker, M. Buvinic and N. Youssef (eds), Croom, Helm for the ILO, Genève, pp 117-132.
- Safilios-Rothschild Constantina (1985)** *The status of women and fertility in the third world*. Center for policy studies, The population council. Working papers n°118, 49p.
- Schultz (1982)** "Women Work and their Status : Rural Indian Evidence of Labour Market and environmental Effects on Sex differencies in Childhood mortality" in Anker M., Bunivic and N.H. Youssef (eds), *Womesn'Roles and Population Trends in the Thirld World*. Croom Helm, London, pp 202-236.
- Schultz T. Paul (1984)** « Studying the Impact of Household Economic and Community Variables on Child Mortality », in *Child Survival : strategies for Research*, W. Henry Mosley, Lincoln C. Chen (eds), Population and Development Review, a supplement to vol 10, pp 215-235.
- Secretariat Technique d'ajustement (STA) L'ajustement structurel à Madagascar, année 1996-1997**, 50p.
- Sivakami M. (1997)** "Female work participation and child health : an investigation in rural Tamil Nadu, India". Dans *Health transition review*, vol 7 n° 1, pp 21-32.
- Sommerfelt A.E. and Arnold F. (1998)** "Sex differentials in the nutritional status of young children" in Nations Unies, *Too young to die : Genes or Gender ? Economic & social affairs*, USA, pp 133-154.
- Streatfield Kim, Singarimbun Masri et Diamond Ian (1990)** « Maternal Education and Child Immunization », in *Demography*, vol 27, n°3, pp 447-455.
- Tabutin D. (1995)** "Transitions et théories de mortalité" in Gérard H. et Piché V. *La sociologie de la population*, PUM/AUPELF-UREF, pp 257-288.
- Tabutin D. et Schoumaker (2000)** « Système d'information en santé de la reproduction : notes sur l'évaluation de la qualité des données » *Formation en fécondité et santé de la reproduction. Traitement et analyse des données de l'enquête*.

- Tetanye E. (1994)** *Rapport de mission de consultation auprès du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques à Madagascar*. Basic Trip Report, USAID, 7p + Annexe.
- Tulasidhar V.B. (1993)** "Maternal education, female labour force participation and child mortality : evidence from the Indian census", Dans *Health transition review*, vol 3 n°2, pp 177-190.
- Twumasi Patrick A. (1986)** « Déterminants socio-économiques de la santé des enfants au Ghana », in *Problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles*, Compte rendu d'un atelier tenu à Accra-Ghana du 22 au 26 septembre 1986, CRDI, Canada, pp 28-42.
- UCL, Département de démographie (1981)** "La mortalité aux jeunes âges : un essai d'approche explicative interdisciplinaire", working paper n°106, Cabay Librairie Editeur S.A., Louvain-La-Neuve, 23p.
- Ulrike B. et John B. Williamson (1996)** « The Impact of Women's Status on Infant Mortality Rate : a Cross National Analysis », *Social Indicators Research* 37 : 333-360.
- UNICEF (1994, 1998, 2001)** La situation des enfants dans le monde.
- UNICEF Madagascar (1984)** *Analyse de la situation de l'enfant malgache*, République de Madagascar, 63p.
- UNICEF Madagascar (1994)** *Analyse de la situation des enfants et des femmes à Madagascar*, République de Madagascar, 195p.
- UNICEF Madagascar (1999)** *Analyse de la situation des femmes*, République de Madagascar, 98p.
- UNICEF Madagascar** *Plan d'opérations pour un programme d'activités de survie, de protection et de développement de l'enfant en République de Madagascar 1990-1994*, 24p.
- UNICEF Madagascar** *Plan de coopération Madagascar-UNICEF. Plans d'opérations sectorielles 2001-2203*, 129p.
- UNICEF/MINESEB (1998)** *L'éducation des filles et des femmes à Madagascar. Un état de lieux*. Programme éducation pour tous, 119p.
- Vallin Jacques (1985)** "Les facteurs de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement". In *Etude de quelques problèmes liés aux enquêtes EMIJ*, vol 1, Yaoundé IFORD, pp 121-129
- Vallin Jacques (1989)** "Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine". In *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda (eds). Paris, INED, PUF, 1989, pp 399-431 (Travaux et documents, cahier n°124).

- Van De Walle Etienne et Van De Walle Francine (1993)** "Women's status in the demographic literature on sub saharan Africa ". Présenté lors du séminaire sur *les femmes et les changements démographiques en Afrique au Sud du Sahara*. Dakar-Sénégal, 3-6 Mars. comission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population. Volumel.
- Van De Venn Willem Jan (1996)** *Life saving in the neonatal intensive care and its consequences for survivors. A study on the quality of infant and chiold life*. Nethur_ Demography paper n° 37, PDOD, Groningen, 25p.
- Van Ginneken J. et Teunissen Anton (1989)** "La morbidité et la mortalité par diarrhée", in *Mortalité et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. Ed par Pison G., Van de Walle et Sala-Diakanda. Paris, INED, PUF, 1989, pp 169-194.
- Van Loon, Vlietinck R.F. (1989)** "Evaluation de l'état nutritionnel d'un enfant et d'une communauté" in *Les carences nutritionnelles dans les pays en développement*, 3è journées du GERM, Etudes réunies par D. Lemmonier et Y. Ingenbleek, Karthala-ACCT, Paris, pp 20-29.
- Venkatacharya K., Teklu T. (1986)** "Cadre conceptuel pour l'étude de la santé et des soins des enfants". In *Problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles*. Compte rendu de l'atelier d'Accra 22-26 Sept 1986. CRDI, pp 12-27.
- Véron J. (1997)** *Le monde des femmes : inégalité des sexes, inégalités des sociétés*, Editions du seuil, Paris, 209p.
- Wakam J., Rwenge M., Kuepie M. (1998)** « Pauvreté et structures familiales dans trois métropoles africaines : Yaoundé, Abidjan et Dakar » in Gendreau F. (eds), *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud*. Actualité Scientifique, AUPELF-UREF, Edition ESTEM, pp. 167-182.
- Waltisperger Dominique et Schoemaker Juan (1998)** « Allaitement et état nutritionnel », in *Enquête Démographique et de Santé 1997, Madagascar*, INSTAT-Demography and Health Survey, Macro International Inc, Maryland, USA, pp 139-160.
- Ware Helen (1984)** « Effects of Maternal Education, Women's Roles and Child Care on Child Mortality », in *Child Survival : strategies for Research*, W. Henry Mosley , Lincoln C. Chen (eds), Population and Development Review, a supplement to vol 10, pp 191-214.
- Willems M., Masuy-Stroobant G., Tonglet R., Sangle G. (2001)** "La santé des enfants de moins de cinq ans et les recours thérapeutiques dans un district sanitaire urbain de Ouagadougou". Les travaux de l'UERD, n°11, 29p.
- Wolfheim Cathy (1998)** « De la lutte contre la maladie à la santé et au développement de l'enfant », in *Forum Mondial pour la Santé*, vol 19, n°2, pp 177-184.

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1

Tableau A1 : Liste des pays pris en compte dans le calcul des quotients moyens de mortalité des enfants dans chaque groupe :

Afrique au sud de Sahara	Moyen Orient et Afrique du Nord	Asie du Sud	Amérique Latine et Caraïbes	Pays industrialisés
Afrique du sud	Algérie	Afghanistan	Argentine	Allemagne
Angola	Arabie saoudite	Bangladesh	Bolivie	Australie
Bénin	Bahrein	Bhoutan	Bresil	Autriche
Botswana	Chypre	Inde	Chili	Belgique
Burkina Faso	Djibouti	Népal	Colombie	Canada
Burundi	Egypte	Pakistan	Costa rica	Danemark
Cameroun	Emirat arabe	Sri lanka	Cuba	Espagne
Congo	Iran		El savador	Etats-unis
Congo democ	Iraque		Equateur	Finlande
Cote ivoire	Jordanie		Guatemala	France
Gabon	Koweït		Guyana	Grèce
Ghana	Liban		Haiti	Irlande
Guinée	Maroc		Jamaïque	Israel
Guinée-bissau	Soudan		Mexique	Italie
Kenya	Syrie		Nicaragua	Japon
Lesotho	Tunisie		Panam	Norvège
Libéria	Yémen		Paraguay	Nouvelle-zelande
M/car			Pérou	Suède
Malawi			Rep dominicaine	Suisse
Mali			Trinité-et-tobago	
Maurice			Uruguay	
Mauritanie			Venezuela	
Mozambique				
Niger				
Nigéria				
ouganda				
rca				
rwanda				
sénégal				
sierra-léone				
somalie				
tanzanie				
tchad				
togo				
zambie				
zimbabwe				

ANNEXE 3

STRUCTURE DE L'OFFRE DE SOINS														
	Antananarivo		Toamasina		Antsirana		Mahajanga		Toliara		Fianarantsoa		Total	
	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par	Nbre	Pop.Par
Hôpitaux(1997)	19	250.000	18	162.067	7	160.571	19	86.000	19	116.944	27	149.714	109	152.124
Lits d'hôpitaux(1997)	1173	3481	572	3962	773	1624	455	4405	516	4434	608	4495	4136	3537
CSB II (1997)	457	11639	437	6279	207	5127	368	5357	368	6279	512	7415	2349	7521
Dispensaires Privés et Confessionnels (1997)	69	59185	42	53954	32	39227	42	47725	51	44865	62	44080	298	49096
Médecins	1956	2088	180	12590	98	12809	314	6384	609	2992	261	10472	2918	5014
Sages-femmes (1997)	653	6254	250	9064	156	8047	250	8018	175	13075	199	13734	1683	8693
Autres Paramédicaux (1997)	1115	3663	392	5781	273	4598	374	5359	374	6118	499	5477	3027	4833

Source : Rapport National de Développement Humain PNUD Madagascar, TBS PNUD/INSTAT, Ordre National des Médecins, Enquête communautaire INSTAT 1999

Quelques exemples de projets initiés en faveur des femmes malgaches (liste non exhaustive) :

- 1) Le projet MAG/88/029 sur « la formation pour la promotion de l'Emploi des femmes en milieu urbain et rural » (PNUD/BIT)
- 2) Le projet MAG/90/P04 (première phase) et MAG/94/P02 (deuxième phase) sur l'« Education à la Vie Familiale et Appui aux centres de Promotion Féminine » (FNUAP/BIT)
- 3) Le projet MAG/93/02 sur l'intégration de l'éducation à la vie familiale dans le programme national du scoutisme (FNUAP) ;
- 4) Le projet MAG/97/P03 sur « Consolidation et extension des activités EVF et appui à l'auto-emploi des femmes » (FNUAP/BIT)
- 5) Le projet « Valorisation du statut de la Femme et Education à la vie Familiale » (DCF/FNUAP/Coopération française) en cours d'exécution ;
- 6) Le projet « Plaidoyer pour les droits des Enfants et des Femmes » (DCF/UNICEF).

Source : **Madagascar- Ministère de la Population, de la Condition féminine et de l'enfance (MPCFE) (2000) Politique Nationale de Promotion de la Femme. Pour un équilibre homme-femme.**

ANNEXE IV

Tableau A4.1 : Caractéristiques des femmes interviewées lors de l'enquête qualitative et celles de leurs conjoints

Caractéristiques	Femmes		Hommes	
Groupe d'âge				
<20	2	6,7	-	-
20-24	8	26,7	4	13,3
25-29	8	26,7	6	20,0
30-34	6	20,0	8	26,7
35-39	2	6,7	4	13,3
40-44	4	13,3	5	16,7
45-49	-	-	1	3,4
>=50	-	-	2	6,7
Niveau d'instruction				
Sans niveau	2	6,7	2	6,7
Primaire incomplet	10	33,4	8	26,7
Primaire complet	13	43,3	7	23,3
Secondaire ou plus	3	10,0	10	33,3
Supérieur	2	6,7	3	10,0
Activité principale				
Sans emploi	12	40,0	1	3,3
Salarié non cadre	1	3,3	5	16,7
Agriculteur	2	6,7	7	23,3
Artisan	4	13,3	1	3,3
Commerçant	9	30,0	6	20,0
Travailleur indépendant	1	3,3	5	16,7
Cadre salarié	1	3,3	3	10,0
Manoeuvre	-	-	2	6,7
Ecart d'âge entre conjoints				
Age femme >= âge homme	1	3,3		
1-4 ans	16	53,3	-	-
5-9 ans	8	26,7		
>=10 ans	5	16,7		
Age à la première union				
<20	16	53,3		
20-24	8	26,7	-	-
25-29	5	16,7		
>=30	1	3,3		

Tableau A4.2. : Caractéristiques des ménages des femmes selon leur niveau de vie

Variables	Ensemble				Urbain				Rural			
	Elevé	Moyen	Faible	Très faible	Elevé	Moyen	Faible	Très faible	Elevé	Moyen	Faible	Très faible
Approvisionnement en eau												
Robinet intérieur	24,1	2,1	1,5	-	27,7	5,5	2,5	-	15,2	1,3	1,4	-
Borne fontaine	40,0	11,4	2,7	-	52,1	42,7	10,6	-	10,5	4,0	1,7	-
Puits/Forage à l'intérieur	19,4	14,0	5,3	-	14,3	16,0	7,4	-	31,9	13,5	5,1	-
Puits/Forages à l'extérieur	6,1	9,4	30,6	4,0	4,5	7,2	20,7	3,0	10,1	10,0	31,8	4,1
Eau de source/eau de surface/autre	10,4	63,0	59,9	96,0	1,4	28,6	58,8	97,0	32,4	71,2	60,0	95,9
Type de toilettes												
WC avec chasse d'eau	11,6	0,1	-	-	13,2	-	-	-	7,7	0,1	-	-
Latrine traditionnelle	76,0	60,1	7,1	-	72,5	52,1	5,4	-	84,5	62,0	7,3	-
Latrine aménagée	8,4	5,7	4,2	-	9,8	10,8	3,4	-	4,9	4,5	4,3	-
Nature/sans toilettes	4,0	34,1	88,7	100	4,5	37,1	91,2	100	2,8	33,4	88,4	100
Electricité												
Oui	55,9	0,3	0,1	-	67,4	0,5	-	-	27,7	0,3	0,1	-
Non	44,1	99,7	99,9	100	32,6	99,5	100	100	72,3	99,7	99,9	100
Radio												
Oui	87,9	46,0	41,7	0,9	87,7	39,9	35,2	-	88,4	47,5	42,4	1,1
Non	12,1	54,0	58,3	99,1	12,3	60,1	64,8	100	11,6	52,5	57,6	98,9
Tele												
Oui	35,9	0,2	-	-	42,8	-	-	-	18,9	0,2	-	-
Non	64,1	99,8	100	100	57,2	100	100	100	81,1	99,8	100	100
Frigo												
Oui	6,5	-	-	-	8,3	-	-	-	2,3	-	-	-
Non	93,5	100	100	100	91,7	100	100	100	97,7	100	100	100
Vélo												
Oui	15,3	6,3	3,3	0,2	13,3	3,9	2,2	-	20,1	6,9	3,4	0,2
Non	84,7	93,7	96,7	99,8	86,7	96,1	97,8	100	79,9	93,1	96,6	99,8
Nature du sol												
Carreau/moquette	18,1	1,9	-	-	18,7	0,8	-	-	16,6	2,1	-	-
Planche en bois/ciment	74,2	33,0	0,3	-	72,1	28,4	-	-	79,4	34,1	0,3	-
Terre/natte/palmier	7,7	65,1	99,7	100	9,2	70,9	100	100	4,0	63,8	99,7	100
Degré de promiscuité												
Pas de promiscuité	22,5	13,5	22,9	-	25,1	11,0	22,9	-	16,3	14,1	23,0	-
Peu de promiscuité	68,0	67,4	45,9	60,7	66,5	59,4	48,3	62,0	71,9	69,4	45,6	60,5
Grande promiscuité	9,4	19,1	31,2	39,3	8,5	29,6	28,8	38,0	11,7	16,5	31,5	39,5
Total	1757	1754	1795	1795	1247	337	192	203	510	1417	1603	1526
	25,0	24,9	25,5	25,5	62,8	17,0	9,7	10,3	10,1	28,0	31,7	30,2

Tableau A4.3 : Caractéristiques des femmes mariées selon leur statut public

Variables	Ensemble				Urbain				Rural			
	STAT1 Elevé	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible	STAT1 élevé.	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible	STAT1 élevé	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible
Education de la femme												
Sans niveau	1,1	9,9	18,8	63,5	1,0	14,9	28,1	57,3	1,3	8,5	17,8	64,2
Primaire	22,5	68,1	80,4	36,4	21,2	70,3	70,6	42,7	24,3	67,5	81,5	35,6
Secondaire ou plus	76,4	22,0	0,8	0,1	77,7	14,8	1,3	-	74,4	24,0	0,7	0,1
Activité de la femme												
Ne trav pas/trav maison, non payé	32,7	28,0	16,1	20,0	34,1	34,6	16,8	16,8	30,8	26,2	16,0	20,3
Trav. ailleurs, non payé	10,3	20,4	44,5	50,4	3,1	9,4	34,3	60,7	20,5	23,4	45,6	49,0
Trav. maison, payé	23,1	17,4	4,5	3,3	23,6	21,2	7,7	3,7	22,5	16,4	4,1	3,3
Trav. ailleurs, payé	33,9	34,2	34,9	26,2	39,2	34,9	41,1	16,7	26,2	34,0	34,3	27,4
Religion												
Protestante	39,1	34,8	45,9	14,5	41,9	41,8	41,8	19,4	36,4	32,9	46,5	13,9
Catholique	59,0	53,6	43,8	4,5	57,0	41,7	46,9	4,3	61,9	56,8	43,5	4,5
Non chretienne	1,9	11,6	10,1	81,0	2,1	16,4	11,3	76,3	1,7	10,3	10,0	81,6
Groupe d'âges												
Age moyen	31,6	29,7	32,0	31,3	32,3	31,5	32,1	31,1	30,4	29,2	32,0	31,4
<20 ans	2,8	7,4	7,6	10,7	2,5	5,5	4,3	18,3	3,3	8,0	7,9	9,8
20-34 ans	63,7	64,5	52,0	50,2	59,5	58,9	54,7	39,8	69,8	66,0	51,7	51,5
35 ans	33,5	28,1	40,5	39,1	37,9	35,5	41,1	41,9	26,9	26,0	40,4	38,7
Education du mari												
Sans niveau	1,0	9,2	17,2	50,0	1,1	11,7	27,9	42,1	0,8	8,4	16,3	51,0
Primaire	16,1	62,1	80,1	50,0	15,7	67,6	71,5	57,9	16,6	60,6	81,0	49,0
Secondaire ou plus	83,0	28,7	2,4	-	83,2	20,4	0,6	-	82,7	31,0	2,7	-
Activité du mari												
Cadre/Salarié régulier	26,9	1,7	-	-	30,0	2,7	-	-	22,3	1,4	-	-
Commerçant/artisan	57,9	22,9	1,4	0,1	65,7	46,8	1,9	-	46,5	16,4	1,4	0,1
Agriculteur	15,1	75,5	98,6	99,9	4,3	50,5	98,1	100	31,0	82,2	98,6	99,9
Nombre d'enfants nés viv.												
Nombre moyen d'enfants	3,4	4,1	5,2	5,6	3,2	4,4	5,0	5,1	3,6	3,9	5,2	5,7
Total	1018	1018	1017	1017	603	217	101	111	414	801	916	908
	25,0	25,0	25,0	25,0	58,4	21,1	9,7	10,8	13,6	26,4	30,1	29,9

Tableau A4.4 : Caractéristiques des femmes selon leur statut privé

Variables	Ensemble				Urbain				Rural			
	STAT1 Elevé	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible	STAT1 élevé	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible	STAT1 élevé	STAT2 moyen	STAT3 .faible	STAT4 très faible
<u>Différence instruction conjoints</u>												
Deux presque même et bas	6,1	45,7	76,3	100	4,7	29,3	70,7	100	7,3	50,9	77,3	100
Niveau Femme<niveauMari	33,2	19,5	11,2	-	28,9	19,7	9,0	-	37,4	19,4	11,6	-
Niveau Femme>niveauMari	14,9	13,1	12,0	-	12,5	12,3	18,9	-	17,4	13,4	10,7	-
Deux presque même et haut	45,8	21,8	0,5	-	53,8	38,8	1,4	-	37,8	16,4	0,3	-
<u>Différence activité conjoints</u>												
Egalité	9,1	55,4	91,3	100	9,2	71,0	91,8	100	9,1	50,4	91,2	100
Différence en faveur de l'homme	69,0	33,9	3,9	-	69,1	20,9	3,2	-	68,9	38,1	4,0	-
Différence en faveur de la femme	21,9	10,7	4,8	-	21,7	8,0	5,0	-	22,0	11,5	4,8	-
<u>Ecart d'âge entre époux</u>												
Ecart moyen d'âges	5,0	5,4	5,7	7,2	5,2	5,7	6,3	7,9	4,8	5,2	5,5	7,2
Age Femme≥Age Mari	19,1	16,3	18,4	9,5	18,7	12,4	11,4	7,8	19,4	17,6	19,7	9,7
Ecart 1-4 ans	33,1	35,9	32,0	35,0	33,0	38,9	34,4	37,0	33,3	34,9	31,5	34,7
Ecart 5-9 ans	30,9	29,7	28,7	28,5	30,4	31,2	32,6	23,5	31,4	29,3	28,0	29,2
Ecart 10 ans et plus	16,9	18,1	20,9	27,0	18,0	17,5	21,5	31,8	15,9	18,3	20,8	26,4
<u>Age à la première union</u>												
Age moyen à la première union	20,1	17,9	17,5	15,2	20,7	18,3	17,3	15,2	19,6	17,7	17,4	15,4
<15 ans	11,4	23,6	30,8	53,5	8,6	16,7	27,8	50,2	14,1	25,8	31,3	54,0
15-19 ans	39,0	49,4	41,9	44,9	36,8	50,7	48,0	47,1	41,2	48,9	40,8	44,6
20-24 ans	34,7	23,0	23,4	1,5	37,2	28,5	21,9	2,8	32,2	21,3	23,7	1,4
25 ans et plus	14,9	4,0	3,9	-	17,3	4,1	2,3	-	12,5	4,0	4,2	-
<u>Position femme dans le ménage</u>												
Chef de ménage	4,8	3,5	4,9	0,4	5,8	3,2	3,4	-	3,8	3,7	4,3	0,5
Epouse nucléaire	49,9	56,8	51,4	90,5	47,9	57,8	54,1	89,8	51,8	56,4	51,0	90,6
Epouse élarg. sans mbre belle fam.	26,6	25,1	29,1	5,9	24,9	22,7	27,6	7,4	23,8	25,9	29,4	5,7
Ep.élarg. avec belle fam/belle fille	8,4	9,7	8,3	2,8	9,2	8,8	7,0	2,8	7,6	10,0	8,6	2,8
Autre	10,3	4,8	6,8	0,4	12,2	7,5	7,9	-	8,5	4,0	6,6	0,4
Total	1014	1015	1014	1014	498	246	161	126	517	768	854	888
%	25,0	25,0	25,0	25,0	48,3	23,9	15,6	12,2	17,1	25,4	28,2	29,3

Tableau A4.5 : Poids et scores affectés aux différentes variables de culture sanitaire de la femme et répartition des femmes selon leur niveau de connaissances en matière de santé (culture sanitaire)

Variables	Poids des variables (P_i)	Scores affectés aux modalités (sc_{ij})
Connaissance sur le cycle d'ovulation d'une femme	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Connaissance de méthodes contraceptives	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Connaissance sur l'effet de l'allaitement sur la survenue d'une nouvelle grossesse	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Connaissance sur les moyens de prévenir la diarrhée	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Connaissance sur les moyens de traiter rapidement la diarrhée (TRO)	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Connaissance sur les règles diatétiques (quantité de boissons et d'aliments à consommer) pour un enfant diarrhéique	1	
Oui		1
Non/connaissance erronée		0
Score final	Score = $\sum_{i,j} P_i * sc_{ij}$	
Répartition des femmes selon leur culture sanitaire		
Faible (score = 0 ou 1 ou 2)	1405	34,5
Moyen (score = 3 ou 4)	1943	47,7
Elevée (score = 5 ou 6)	722	17,7
Total	4070	100

**GRILLES D'ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DE DISCUSSIONS DE
GROUPES**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

UNIVERSITE DE YAOUNDE II

**INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES
I.FO.R.D**

**ETUDE SUR « STATUT DES FEMMES, PRISE DE DECISION ET SANTE DES
ENFANTS A MADAGASCAR »
2000**

**Grille d'entretien individuel
(femme mariée ayant au moins un enfant de moins de cinq ans)**

Remarque importante :

Cette grille est déjà bien structurée de manière à obtenir les meilleures informations nécessaires. Cependant, son utilisation suppose une souplesse, qui consiste notamment pour l'intervieweur, à s'adapter au discours de la personne interrogée. Lors de l'interview, il est ainsi recommandé à l'enquêteur de laisser parler librement l'interviewée, d'utiliser les termes que celle-ci emploie et d'essayer de la ramener de façon flexible dans le thème abordé lorsqu'elle semble être « égarée » par rapport aux questions posées. Enfin, éviter d'orienter les réponses de l'enquêtée aux questions posées.

J'aimerais parler avec vous de la santé des enfants et des soins qui leur sont apportés en cas de maladie.

1. *Comportements en matière de santé*

1.1. Comportements curatifs

Q1. J'aimerais que vous me parliez de la dernière maladie de l'un de vos jeunes enfants.

La dernière fois que l'un de vos jeunes enfants était malade, de qui s'agissait-il ? qu'a-t-il eu ? que s'est-il passé ?

Relance : qui était la première personne à savoir que l'enfant était malade ? (si ce n'est pas la femme, comment avez-vous su que l'enfant était malade ?)

En avez-vous parlé avec votre mari ?

- Si oui, qu'a-t-il dit ?
- Si non, pourquoi ?

Comment a-t-on commencé à soigner l'enfant ? où est-ce qu'on l'a emmené ? qui l'a accompagné et qui s'est occupé des traitements ?

Et ensuite ? a-t-on fait autre chose ? laquelle ? qui a pris cette initiative ?

qu'est-ce qui l'a (vous a) poussé de choisir ce(s) type(s) de recours ? qui a eu le dernier mot sur le(s) recours thérapeutique(s) ?

Qui a pris en charge les frais de soins de l'enfant ?

Q2. Habituellement, lorsque l'un de vos enfants tombent malades, ça se passe-t-il toujours comme ça ?

Relance :

Habituellement, parlez-vous avec votre mari des problèmes de santé des enfants ?

- Si oui, de quelle manière et comment réagit-il ? discutez-vous avec lui de ce qu'il faut faire pour soigner les enfants ?
- Si non, pourquoi ne lui en parlez-vous pas ?

Concernant les traitements, y a-t-il des spécificités de certaines maladies ? vous arrive-t-il de traiter la maladie par vous même sans recourir aux services de soins modernes ou traditionnels ? Existe-t-il des maladies que vous traitez uniquement à l'aide des remèdes traditionnels et des maladies que vous traitez spécifiquement à l'aide des remèdes modernes ? pourquoi ne traitez-vous pas certaines maladies par des remèdes traditionnels ? En existe-t-il que vous traitez à la fois dans les deux systèmes de soins ? Qu'est-ce qui oriente souvent votre choix du type de recours thérapeutique ?

Qui a le dernier mot concernant le recours aux soins d'un enfant malade ?

Qui prend souvent en charge les soins de vos enfants ?

Q3. A quelle distance de chez vous y a-t-il un centre de santé moderne ? combien de temps mettez-vous pour y aller ? avez-vous l'habitude d'y emmener vos enfants pour des soins préventifs ou curatifs ? si non, pourquoi ? D'après vous, quels sont les avantages des consultations dans un centre de santé moderne ? quels en sont les inconvénients ? qu'en est-il de la consultation chez le tradipraticien ?

1.2. Comportements préventifs

Q4. J'aimerais que vous me parliez des préventions des maladies des enfants. Connaissez-vous des maladies que l'on peut prévenir ? Si oui, lesquelles et comment peut-on éviter ces maladies ?

Relance : Avez-vous entendu parlé des vaccins qui protègent les enfants contre certaines maladies ? lesquels ? connaissez-vous d'autres prescriptions à suivre pour éviter certaines maladies ? lesquelles ?

Q5. Que faites-vous à vos enfants pour les protéger contre les maladies ?

Relance : Votre dernier enfant a-t-il reçu de vaccins ?

1. Si oui, lesquels ? (si ce n'est pas tous les vaccins¹, pourquoi ne leur avez-vous pas fait les autres vaccins ?) avez-vous parlé de ces vaccins avec votre mari avant de faire vacciner les enfants ? qu'a-t-il dit ? Qui a pris en charge les frais relatifs à ces vaccins ?

2. Si non, qu'est-ce qui vous a empêché de les faire vacciner ? en avez-vous parlé avec votre mari ? qu'a-t-il dit ?

Et les autres enfants ?

Q6. J'aimerais que vous me parliez de ce qui se passe quand vous êtes enceinte.

Relance : La dernière fois quand vous étiez enceinte, avez-vous informé votre mari de votre grossesse ou l'avez-vous laisser constater lui-même que vous êtes enceinte après quelques temps ? si vous l'avez informé, après combien de temps du début de la grossesse l'en avez-vous informé et de quelle manière l'avez-vous fait ? Sinon, pourquoi ne l'avez-vous pas informé ?

Avez-vous vu quelqu'un pour la consultation prénatale ?

1. Si oui, qui avez-vous vu ? en avez-vous parlé avec votre mari avant de le voir ? qu'a-t-il dit ? quelles sont les raisons qui vous ont poussé à aller vous faire consulter chez cette personne ? à quel moment de la grossesse êtes-vous allée vous faire consulter pour la première fois ? pourquoi ? combien de fois vous êtes-vous rendue chez-elle pour le suivi prénatal ?

2. Si non, pourquoi n'avez-vous pas effectué de visite prénatale ? en avez-vous parlé avec votre mari ? qu'a-t-il dit ?

Q7. Y a-t-il eu d'aliments qui vous ont été interdits à manger pendant la période de la grossesse ? si oui, lesquels et pour quelles raisons ces aliments sont-ils interdits ?

Q8. Chaque fois que vous êtes enceinte, ça se passe-t-il toujours de ces manières (pour la consultation prénatale, la discussion avec le mari, les interdits alimentaires) ?

1.3. Comportements nutritifs

Q9. Y a-t-il quelques aliments que vous ne donnez pas à vos jeunes enfants pendant leur enfance (jusqu'à cinq ans). Si oui, pour quelles raisons ne leur donnez-vous pas ces aliments ? En avez-vous parlé avec votre mari ? si oui, qu'a-t-il dit ? si non, pourquoi n'en avez-vous pas parlé ?

2. *Autonomie financière de la femme*

Q10. Pouvez-vous me parler des différentes sources de revenu de votre ménage et la gestion de ces ressources financières au sein de votre ménage.

¹ Il s'agit des vaccins recommandés par l'OMS dans le cadre des programmes élargis de vaccination (PEV) : vaccins contre la tuberculose BCG, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCOQ-POLIO), et enfin contre la rougeole.

Relance : Qui sont les différents membres qui contribuent à l'entrée des revenus dans votre ménage ? avez-vous une source de revenu ? votre mari est-il au courant ? arrive-t-il à votre mari/partenaire de s'intéresser à la manière dont vous gérez votre argent ?

Quels sont les différents types de dépenses effectués dans votre ménage ? qui supporte ces dépenses ? vous arrive-t-il de demander la permission à votre mari avant d'effectuer certaines dépenses ? si oui, quel type de dépense ? Qu'en est-il des dépenses sur les soins de santé des enfants ?

Avez-vous à contribuer aux dépenses du ménage ? si oui, lesquelles ? Quelles sont les dépenses que vous faites en commun avec votre mari et quelles sont celles dont vous êtes chargée de supporter seule ?

Q11. Avez-vous eu à discuter avec votre mari de ces dépenses ? Votre mari vous laisse-t-il la charge de gérer son revenu pour les dépenses du ménage ? est-ce la totalité ou une partie de son revenu qu'il vous laisse gérer ? vous arrive-t-il d'effectuer certaines dépenses sur le revenu de votre mari sans son avis ? dans quelle circonstance ?

J'aimerais maintenant parler avec vous de la situation des femmes dans le ménage et dans la communauté.

3. *Statut des femmes dans le ménage*

Q12. Quels sont les différentes tâches que vous assumez dans votre ménage ? quelles sont celles de votre mari ? pourquoi y a-t-il de différence de tâches entre vous ? avez-vous discuté avec votre mari de cette répartition ? Etes-vous d'accord de cette répartition de tâche ? pourquoi ? Avez-vous des contraintes particulières dans l'accomplissement de vos tâches au sein du ménage ? si oui, lesquelles ? si non, d'autres femmes peuvent-elles avoir des contraintes qui les empêchent de le faire ? lesquelles ?

Q13. D'après vous, une femme doit-elle rester au foyer et ne pas travailler ? quels sont les avantages d'une femme qui travaille en dehors du ménage ? quels sont les inconvénients ? à votre connaissance, que pense-t-il votre mari à propos d'une femme qui travaille ?

Q14. Si votre fille se marie, à quel âge pensez-vous qu'elle devrait se marier ? et quel devrait être alors l'âge de son mari ? pourquoi ?

Q15. Combien de temps pensez-vous qu'une fille doit passer à l'école ? et un garçon ? pourquoi ?

4. *Statut de la femme dans la communauté*

Q16. Dans votre lieu de résidence, y a-t-il des associations où les femmes peuvent aller ? lesquelles ? s'agit-il d'associations de femmes ou d'associations mixtes ? êtes-vous membre de l'une de ces associations ? si oui, avez-vous une responsabilité dans une association mixte ? sinon, avez-vous une responsabilité quelconque dans votre lieu de résidence ?

Q17. Qu'est-ce qui poussent les femmes à prendre des responsabilités en dehors de leur ménage ? qu'est-ce qui les favorise à le faire et qu'est-ce qui peut les empêcher ?

UNIVERSITE DE YAOUNDE II

**INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES
I.FO.R.D**

**ETUDE SUR « STATUT DES FEMMES, PRISE DE DECISION ET SANTE DES
ENFANTS A MADAGASCAR »
2000**

**Grille d'entretien individuel
(mari d'une femme ayant au moins un enfant de moins de cinq ans)**

Remarque importante :

Cette grille est déjà bien structurée de manière à obtenir les meilleures informations nécessaires. Cependant, son utilisation suppose une souplesse, qui consiste notamment pour l'intervieweur, à s'adapter au discours de la personne interrogée. Lors de l'interview, il est ainsi recommandé à l'enquêteur de laisser parler librement l'interviewée, d'utiliser les termes que celle-ci emploie et d'essayer de la ramener de façon flexible dans le thème abordé lorsqu'elle semble être « égarée » par rapport aux questions posées. Enfin, éviter d'orienter les réponses de l'enquêtée aux questions posées.

J'aimerais parler avec vous de la santé des enfants et des soins qui leur sont apportés en cas de maladie.

6. *Comportements des mères en matière de santé*

6.1. Comportements curatifs

Q1. J'aimerais que vous me parliez des maladies de vos jeunes enfants.

Est-ce que vos enfants tombent souvent malades ? quelles sont les maladies qui les frappent le plus ? et la dernière fois que l'un d'entre eux était malade, de quelle maladie s'agissait-il ? et que s'est-il passé ?

Relance : qui était la première personne à savoir que l'enfant était malade ? (si ce n'est pas l'un des deux parents, comment, avez-vous su que l'enfant était malade ?) Votre femme a-t-elle discuté avec vous de ce qu'il faut faire ?

Si oui, qu'est-ce que vous avez décidé de faire ? qu'est-ce qui vous a conduit à prendre cette décision ? qui a pris cette décision ? Qui a pris en charge les frais de soins de l'enfant ?

Si non, pourquoi ? qui s'est occupé des soins de l'enfant ? comment l'enfant était-il soigné ? qui a pris en charge les frais de soins ?

Q2. Habituellement, lorsque l'un de vos enfants tombent malades, ça se passe-t-il toujours comme ça ?

Relance :

Habituellement, votre femme parle-t-elle avec vous des problèmes de santé des enfants ?

- Si oui, de quel aspect du problème parle-t-elle avec vous ? discutez-vous avec elle de ce qu'il faut faire pour soigner l'enfant ?
- Si non, pourquoi ne vous en parle-t-elle pas ?

Y a-t-il des spécificités de certaines maladies concernant les traitements ? vous arrive-t-il de traiter la maladie par vous même sans recourir aux services de soins modernes ou traditionnels ? Existe-t-il des maladies que vous traitez uniquement à l'aide des remèdes traditionnels et des maladies que vous traitez spécifiquement à l'aide des remèdes modernes ? pourquoi ne traitez-vous pas certaines maladies par des remèdes traditionnels ? En existe-t-il que vous traitez à la fois dans les deux systèmes de soins ? Qu'est-ce qui oriente souvent votre choix du type de recours thérapeutique ? Qui a le dernier mot concernant le recours aux soins d'un enfant malade ?

Qui prend souvent en charge les soins de vos enfants ?

Q3. D'après vous, quels sont les avantages des consultations dans un centre de santé moderne ? quels en sont les inconvénients ? qu'en est-il de la consultation chez le tradipraticien ?

1.2. Comportements préventifs

Q4. J'aimerais que vous me parliez des préventions des maladies des enfants. Connaissez-vous des maladies que l'on peut prévenir ? Si oui, lesquelles et comment peut-on éviter ces maladies ?

Relance : Avez-vous entendu parlé des vaccins qui protègent les enfants contre certaines maladies ? lesquels ? connaissez-vous d'autres prescriptions à suivre pour éviter certaines maladies ? lesquelles ?

Q5. Pour vos enfants, qu'avez-vous décidé de faire pour les protéger contre les maladies ?

Relance : Votre dernier enfant a-t-il reçu de vaccins ?

1. Si oui, lesquels ? (si ce n'est pas tous les vaccins², pourquoi ne leur avez-vous pas fait les autres vaccins ?) votre femme en a-t-elle parlé avec vous avant de faire vacciner les enfants ? Qui a pris en charge les frais relatifs à ces vaccins ?

2. Si non, qui a décidé de ne pas le faire et pourquoi ?

Et les autres enfants ?

Q6. J'aimerais que vous me parliez de ce qui se passe quand votre femme tombe enceinte. La dernière fois qu'elle était enceinte, combien de temps après le début de la grossesse en étiez-vous au courant et comment l'avez-vous su ?

A-t-elle effectué de consultations prénatales ?

si oui, vous a-t-elle demandé de conseil pour ces consultations ? Avez-vous eu d'autres sujets de discussion à propos de cette grossesse ? lesquels ?

sinon, pourquoi ? n'en a-t-elle pas discuté avec vous ?

Q7. Y a-t-il eu d'aliments qui ont été interdits à votre femme de manger pendant la période de la grossesse ? si oui, lesquels et pour quelles raisons ces aliments sont-ils interdits ?

Q8. Chaque fois que votre femme est enceinte, ça se passe-t-il toujours de ces manières (pour la consultation prénatale, la discussion entre vous, les interdits alimentaires) ?

1.3. Comportements nutritifs

Q9. Y a-t-il quelques aliments que vous ne donnez pas à vos jeunes enfants pendant leur enfance (jusqu'à cinq ans). Si oui, pour quelles raisons ne leur donnez-vous pas ces aliments ? En avez-vous discuté avec votre femme ? si non, pourquoi n'en avez-vous pas parlé entre vous ?

7. *Autonomie financière de la femme*

Q10. Pouvez-vous me parlez des différentes sources de revenu de votre ménage et la gestion de ces ressources financières au sein de votre ménage.

Relance : Qui sont les différents membres qui contribuent à l'entrée des revenus dans le ménage ? votre femme a-t-elle une source de revenu ? vous arrive-t-il de vous intéresser à la manière dont elle gère son argent ?

Quels sont les différents types de dépenses effectués dans le ménage ? qui supporte ces dépenses ? votre femme doit-elle vous demander une permission avant d'effectuer certaines dépenses ? si oui, pour quel type de dépenses ? Qu'en est-il des dépenses sur les soins de santé des enfants ?

Votre femme contribue-t-elle aux dépenses du ménage ? si oui, lesquelles ? Quelles sont les dépenses que vous faites en commun ? y a-t-il des dépenses dont elle est chargée de supporter seule ?

² Il s'agit des vaccins recommandés par l'OMS dans le cadre des programmes élargis de vaccination (PEV) : vaccins contre la tuberculose BCG, contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCOQ-POLIO), et enfin contre la rougeole.

Q11. Avez-vous eu à discuter entre vous de ces dépenses ? laissez-vous à votre femme la charge de gérer votre revenu pour les dépenses du ménage ? si oui, est-ce la totalité ou une partie de votre revenu ? sinon, pourquoi ? arrive-t-il à votre femme d'effectuer certaines dépenses sur votre revenu sans votre avis ? dans quelle circonstance ?

J'aimerais maintenant parler avec vous de la situation des femmes dans le ménage et dans la communauté.

8. *Statut des femmes dans le ménage*

Q12. Quels sont les différentes tâches que vous assumez dans votre ménage ? quelles sont celles de votre femme ? pourquoi y a-t-il de différence de tâches entre vous ? avez-vous discuté avec votre femme de cette répartition ? Etes-vous d'accord de cette répartition de tâche ? pourquoi ?

Q13. D'après vous, une femme doit-elle rester au foyer et ne pas travailler ? quels sont les avantages d'une femme qui travaille en dehors du ménage ? quels sont les inconvénients ?

Q14. Si votre fille se marie, à quel âge pensez-vous qu'elle devrait se marier ? et quel devrait être alors l'âge de son mari ? pourquoi ?

Q15. Combien de temps pensez-vous qu'une fille doit passer à l'école ? et un garçon ? pourquoi ?

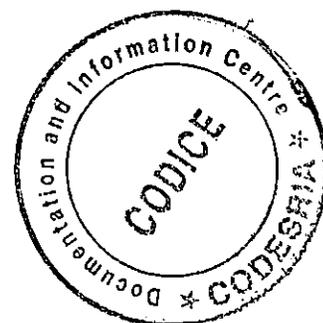
9. *Statut de la femme dans la communauté*

Q17. Dans votre lieu de résidence, y a-t-il des associations où les femmes peuvent aller ? lesquelles ? s'agit-il d'associations de femmes ou d'associations mixtes ? votre femme est-elle membre de l'une de ces associations ?

si oui, vous a-t-elle demandé de conseil pour y adhérer ?

si non, pourquoi ? vous en a-t-elle parlé ?

Q18. Qu'est-ce qui poussent les femmes à prendre des responsabilités en dehors de leur ménage ? qu'est-ce qui les favorise à le faire et qu'est-ce qui peut les empêcher ?



UNIVERSITE DE YAOUNDE II

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE DEMOGRAPHIQUES
I.FO.R.D

ETUDE SUR « STATUT DE LA FEMME, PRISE DE DECISION ET SANTE DES
ENFANTS A MADAGASCAR »
2000

Discussions de groupes :

Hommes et femmes mariés

Femmes mariées

Hommes mariés

Remarques importantes :

Il s'agit d'une discussion de groupe de type semi-directif.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

1. Comportements en matière de santé

Q1. J'aimerais que vous me parliez des maladies qui touchent les enfants de votre quartier. Quelles sont les maladies qui frappent le plus souvent les enfants ici ? existe-t-il d'autres maladies que vous n'avez pas citées ? comment peut-on reconnaître ces différentes maladies ?

1.1) Comportements curatifs

Q2. Comment peut-on traiter ces maladies ?

Existe-t-il des maladies que l'on traite uniquement à l'aide des remèdes traditionnels et des maladies qui se traitent spécifiquement à l'aide des remèdes modernes ? pourquoi certaines maladies ne peuvent-elles pas être traitées par des remèdes traditionnels ?

En existe-t-il qui se soignent indistinctement dans les deux systèmes de soins ?

Q3. Q4 .Selon vous, quelles sont les raisons qui conduisent certaines femmes à faire appel à des recours aux soins moderne ? et celles qui poussent d'autres femmes à recourir aux soins traditionnels ?

Q4. A-t-on besoin de faire appel à un spécialiste (médecin ou tradipraticien) avant d'administrer un traitement quelconque ? les mères demandent-elles des conseils à quelqu'un avant d'emmener leurs enfants pour une consultation chez un médecin ou chez un tradipraticien ? si oui, à qui demandent-elles souvent de conseils et dans quelle circonstance le font-elles ? les mères peuvent-elles prendre une initiative quelconque sur le recours thérapeutique en cas de maladie de leurs enfants ? dans quelle circonstance peuvent-elles le faire ?

1.2) Comportements préventifs

Q5. Quels sont les différents types de préventions de maladies des enfants (citer pour chaque maladie) ?

Relance : Comment peut-on éviter la diarrhée ?

Qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter la rougeole ? et la tuberculose ?

Connaissez-vous des moyens permettant d'éviter la poliomyélite, la diphtérie et la coqueluche ?

Q6. Y a-t-il des séances de vaccinations organisées dans votre quartier ou dans des centres de santé de votre quartier ? si oui, comment sont-elles organisées ? Existe-t-il des programmes de sensibilisation à la vaccination des enfants ? si oui, lesquels ?

Q7. Quelles sont les catégories de personnes qui vont généralement faire vacciner leurs enfants ? Selon vous, qu'est-ce qui fait que certaines personnes n'emmènent pas faire vacciner leurs enfants ?

Q8. Y a-t-il des prescriptions à suivre par les femmes enceintes pendant la période de la grossesse (par rapport aux travaux, relations avec le mari, etc...) ? si oui, lesquels et pourquoi ?

Q9. Dans votre quartier, y a-t-il des personnes qui assurent le suivi de grossesse des femmes ? si oui, qui sont-elles ? les femmes vont-elles toujours les voir ? qu'est qui empêche certaines

d'entre elles de les voir ? qu'est-ce qui oriente le choix des femmes enceintes parmi les personnes indiquées ?

1.3) Comportements nutritionnels

Q10. Dans votre société, y a-t-il d'interdits alimentaires pour les jeunes enfants ? si oui, lesquels et pourquoi interdit-on ces aliments aux enfants ?

Q11. Dans votre société, y a-t-il d'interdits alimentaires pour les femmes enceintes ? si oui, lesquels et pourquoi interdit-on ces aliments aux femmes enceintes ?

2. Statut de la femme

2.1) Statut dans le ménage

Q12. Selon vous, quelles sont les tâches que les femmes doivent assumer à l'intérieur du ménage ? y a-t-il des tâches réservées aux hommes et d'autres réservées aux femmes ? lesquelles et pourquoi ? qu'est-ce qui détermine la répartition des tâches à l'intérieur du ménage ?

Q13. Selon vous, combien de temps une fille doit-elle passer à l'école ? et un garçon ? pourquoi ?

Q14. D'après vous, une femme doit-elle rester au foyer et ne pas travailler ? quels sont les avantages d'une femme qui travaille en dehors du ménage ? quels en sont les inconvénients ?

Q15. Selon vous, est-il mieux que la femme ait le même âge que son époux ou soit moins âgée ? Quelle est la différence d'âge souhaitée entre les époux ? pourquoi ?

Q16. Peut-il y avoir de différence entre la situation d'une femme qui vient de se marier et celle d'une autre qui a déjà fait un long temps dans le mariage ?

si oui, quelle différence peut-il y avoir ? à partir de quel moment du mariage cette différence peut-elle être perceptible ?

sinon, pourquoi n'y a-t-il pas de différence ?

2.2) Statut dans la société

Q17. Dans votre lieu de résidence, y a-t-il des associations dans lesquelles les femmes peuvent adhérer ? si oui, lesquelles ? s'agit-il d'associations mixtes ou d'associations des femmes ? Pour y adhérer, les femmes doivent-elles demander la permission à leur mari ? si oui, pourquoi ?

Q18. Les femmes peuvent-elles prendre des responsabilités dans des associations mixtes ? si oui, qu'est-ce qui les pousse à prendre de telles responsabilités ? sinon, qu'est-ce qui les empêche de prendre de telles responsabilités ?

Q19. Quels sont les avantages pour une femme qui est membre d'une association et pour celle qui prend des responsabilités dans les associations ? quels en sont les inconvénients ?

3. Autonomie financière de la femme et participation à la prise de décision

Q20. Selon vous, quand une femme gagne de l'argent, a-t-elle le droit de gérer son argent comme elle veut ? y a-t-il des dépenses pour lesquelles elle doit contribuer ? qui doit prendre en charge la maladie des enfants ?

Q21. Selon vous, quelles sont les décisions importantes à prendre à l'intérieur du ménage ? qui doit prendre ces décisions ?

Relance :

Quelles sont les différentes personnes impliquées dans la prise d'une décision au sein du ménage ? Y a-t-il des spécificités selon le type de décisions à prendre ? Est-il possible à la mère d'un enfant de décider des soins à apporter à ce dernier lorsque celui-ci tombe malade ? dans quelle circonstance peut-elle prendre l'initiative d'emmener l'enfant à l'hôpital ou de le faire soigner par des produits pharmaceutiques ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE V

Tableau 5A.1. : Association entre mortalité des enfants et variables du statut public de la femme

Variables	Mortalité néonatale				Mortalité postnéonatale				Mortalité infantile				Mortalité entre 1 mois-2 ans			
	Effect	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	1q0 (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	2q1 (%)	Borne infér.	Borne supér.
Niveau instruct° fem	Pr(chi2) = 0,18326				Pr(chi2) = 0,00000				Pr(chi2) = 0,00002				Pr(chi2) = 0,00002			
Sans niveau	1319	37	27	47	1270	80	65	95	1319	114	97	131	1025	109	90	128
Primaire	2785	45	37	53	2660	56	47	65	2785	98	87	109	2084	96	83	109
Secondaire	1170	33	23	43	1131	29	19	39	1170	61	47	75	899	51	37	65
Activité de la femme	Pr(chi2) = 0,70731				Pr(chi2) = 0,46047				Pr(chi2) = 0,82429				Pr(chi2) = 0,94580			
NTP/Maison non payé	1203	44	32	56	1150	55	42	68	1203	96	79	113	935	91	73	109
Trav ailleurs non payé	1743	41	32	50	1672	51	40	62	1743	90	77	103	1308	90	74	106
Trav maison payé	551	32	17	47	533	67	46	88	551	97	72	122	409	99	70	128
Trav ailleurs payé	1625	41	31	51	1559	61	49	73	1625	99	84	114	1246	90	74	106
Religion de la femme	Pr(chi2) = 0,40373				Pr(chi2) = 0,00219				Pr(chi2) = 0,00512				Pr(chi2) = 0,13815			
Protestante	1689	44	34	54	1615	53	42	64	1689	94	80	108	1280	87	72	102
Catholique	2024	36	28	44	1951	45	36	54	2024	80	68	92	1520	80	37	123
Non chrétienne	1558	42	32	52	1492	72	59	85	1558	112	96	128	1207	102	85	119
Groupe d'âges fem	Pr(chi2) = 0,41757				Pr(chi2) = 0,11237				Pr(chi2) = 0,06635				Pr(chi2) = 0,05772			
<20 ans	290	53	27	79	274	84	51	117	290	133	94	172	181	136	86	186
20-34 ans	3639	41	35	47	3490	54	47	61	3639	92	83	101	2749	85	75	95
35 ans et plus	1345	37	27	47	1296	56	43	69	1345	90	75	105	1078	92	75	109
Education du mari	Pr(chi2) = 0,03214				Pr(chi2) = 0,00093				Pr(chi2) = 0,00039				Pr(chi2) = 0,00122			
Sans niveau	1056	34	23	45	1020	69	53	85	1056	101	83	119	827	101	80	122
Primaire	2792	48	40	56	2659	61	52	70	2792	105	94	116	2094	98	85	111
Secondaire	1326	32	23	41	1283	36	26	46	1326	67	54	80	1012	61	46	76
Activité du mari	Pr(chi2) = 0,64967				Pr(chi2) = 0,00044				Pr(chi2) = 0,00482				Pr(chi2) = 0,00020			
Cadre /salarié régulier	252	30	9	51	245	22	4	40	252	51	24	78	199	46	17	75
Commerçant/artisan	896	43	30	56	858	35	23	47	896	76	59	93	692	57	40	74
Agriculteur	4115	41	35	47	3948	62	54	70	4115	100	91	109	3112	99	89	109
Nombre d'enfants	Pr(chi2) = 0,36925				Pr(chi2) = 0,02802				Pr(chi2) = 0,01336				Pr(chi2) = 0,00825			
Faible	1825	36	27	45	1758	45	35	55	1825	80	68	92	1300	70	56	84
Moyen	1754	39	30	48	1685	57	46	68	1754	94	80	108	1384	94	79	109
Beaucoup	1694	46	36	56	1617	66	54	78	1694	109	94	124	1325	103	87	119

Tabelau 5A.2. : Association entre état nutritionnel des enfants et variables du statut public de la femme

Variables	Retard de croissance				Insuffisance pondérale				Emaciation			
	Effect	Pourc	Borne	Borne	Effect	Pourc	Borne	Borne	Effect	Pourc	Borne	Borne
	.	(%)	infér.	supér.	.	(%)	infér.	supér.	.	(%)	infér.	supér.
Niveau instruct° fem	Pr(chi2) = 0,00004				Pr(chi2) = 0,00000				Pr(chi2) = 0,05392			
Sans niveau	536	47,7	43,5	51,9	536	41,4	37,2	45,6	536	7,3	5,1	9,5
Primaire	1411	51,6	49,0	54,2	1411	42,7	40,1	45,3	1411	8,2	6,8	9,6
Secondaire	577	40,5	36,5	44,5	577	30,2	26,5	33,9	577	5,1	3,3	6,9
Activité de la femme	Pr(chi2) = 0,00002				Pr(chi2) = 0,00148				Pr(chi2) = 0,00467			
NTP/Maison non payé	590	39,7	35,8	43,6	590	33,2	29,4	37,0	590	6,0	4,1	7,9
Trav ailleurs non payé	848	50,1	46,7	53,5	848	42,2	38,9	45,5	848	9,8	7,8	11,8
Trav maison payé	262	48,2	42,1	54,3	262	36,9	31,1	42,7	262	5,5	2,7	8,3
Trav ailleurs payé	759	52,6	49,0	56,2	759	42,1	38,6	45,6	759	5,9	4,2	7,6
Religion de la femme	Pr(chi2) = 0,000000				Pr(chi2) = 0,00643				Pr(chi2) = 0,06918			
Protestante	872	50,6	47,3	53,9	872	38,1	34,9	41,3	872	5,9	4,3	7,5
Catholique	1009	51,7	48,6	54,8	1009	43,2	40,1	46,3	1009	8,6	6,9	10,3
Non chrétienne	643	39,5	35,7	43,3	643	35,8	32,1	39,5	643	7,2	5,2	9,2
Groupe d'âges fem	Pr(chi2) = 0,00011				Pr(chi2) = 0,00001				Pr(chi2) = 0,84374			
<20 ans	249	39,7	33,6	45,8	249	31,7	25,9	37,5	249	6,6	3,5	9,7
20-34 ans	1792	47,4	45,1	49,7	1792	38,3	36,0	40,6	1792	7,3	6,1	8,5
35 ans et plus	484	55,6	51,2	60,0	484	48,5	44,0	53,0	484	7,8	5,4	10,2
Education du mari	Pr(chi2) = 0,00001				Pr(chi2) = 0,00128				Pr(chi2) = 0,11635			
Sans niveau	426	42,1	37,4	46,8	426	39,5	34,9	44,1	426	9,1	6,4	11,8
Primaire	1391	52,7	50,1	55,3	1391	42,4	39,8	45,0	1391	7,3	5,9	8,7
Secondaire	655	43,7	39,9	47,5	655	33,9	30,3	37,5	655	5,8	4,0	7,6
Activité du mari	Pr(chi2) = 0,00025				Pr(chi2) = 0,00001				Pr(chi2) = 0,03186			
Cadre /salarié régulier	115	42,8	33,8	51,8	115	29,2	20,9	37,5	115	3,8	0,3	7,3
Commerçant/artisan	426	40,0	35,3	44,7	426	31,1	26,7	35,5	426	5,0	2,9	7,1
Agriculteur	1983	50,4	48,2	52,6	1983	42,0	39,8	44,2	1983	8,0	6,8	9,2
Nombre d'enfants	Pr(chi2) = 0,00194				Pr(chi2) = 0,00025				Pr(chi2) = 0,71012			
Faible	1136	44,9	42,0	47,8	1136	36,3	33,5	39,1	1136	6,9	5,4	8,4
Moyen	765	48,8	45,3	52,3	765	39,0	35,5	42,5	765	7,4	5,5	9,3
Beaucoup	624	53,7	49,8	57,6	624	46,2	42,3	50,1	624	8,0	5,9	10,1

Tableau 5A.3 : Association entre mortalité des enfants et variables de statut privé de la femme

Variables	Mortalité néonatale				Mortalité postnéonatale				Mortalité infantile				Mortalité entre 1 mois-2 ans			
	Effect	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	1q0 (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect	2q1 (%)	Borne infér.	Borne supér.
Diff NI conjoints	Pr(chi2) = 0,16487				Pr(chi2) = 0,00000				Pr(chi2) = 0,00000				Pr(chi2) = 0,00001			
Deux N.I bas	3104	46	39	53	2963	70	61	79	3104	113	102	124	2357	106	94	118
Niv. Fem<Niv mari	790	29	17	41	767	44	29	59	790	72	54	90	609	81	59	103
Niv. Fem>Niv mari	509	37	21	53	490	28	13	43	509	65	44	86	387	61	37	85
Deux N.I. élevé	771	37	24	50	742	30	18	42	771	66	48	84	579	47	30	64
Diff activ conjoints	Pr(chi2) = 0,11130				Pr(chi2) = 0,16344				Pr(chi2) = 0,10889				Pr(chi2) = 0,06881			
Favorable à l'homme	1333	43	32	54	1275	46	35	57	1333	87	72	102	1042	76	60	92
Pas de différence	3492	42	35	49	3345	60	52	68	3492	99	89	109	2632	97	86	108
Favorable à la femme	429	21	7	35	419	51	30	72	429	72	48	96	320	70	42	98
Ecart âges conjoints	Pr(chi2) = 0,28019				Pr(chi2) = 0,09756				Pr(chi2) = 0,59165				Pr(chi2) = 0,17664			
Age fem>=age mari	760	35	22	48	734	55	39	71	760	88	68	108	588	97	73	121
0-4 ans	1742	46	36	56	1662	45	35	55	1742	89	76	102	1310	75	61	89
5-9 ans	1670	42	32	52	1599	62	50	74	1670	101	87	115	1250	97	81	113
10 ans et plus	1088	32	22	42	1053	65	50	80	1088	95	78	112	852	94	74	114
Age à la 1ère union	Pr(chi2) = 0,99248				Pr(chi2) = 0,0001				Pr(chi2) = 0,00107				Pr(chi2) = 0,00086			
<15 ans	1024	41	29	53	982	88	70	106	1024	125	105	145	801	123	100	146
15-19 ans	2960	41	34	48	2839	50	42	58	2960	89	79	99	2260	85	74	96
20-24 ans	1035	39	27	51	995	49	36	62	1035	86	69	103	765	73	55	91
25 ans et plus	254	38	14	62	244	27	7	47	254	65	35	95	183	57	23	91
Place dans le ménage	Pr(chi2) = 0,30221				Pr(chi2) = 0,20372				Pr(chi2) = 0,09121				Pr(chi2) = 0,32637			
CM	126	37	4	70	121	35	2	68	126	71	26	116	104	37	1	73
Epouse nucléaire	3602	38	32	44	3464	57	49	65	3602	93	84	102	2739	91	80	102
Epouse élarg. ss BF	902	44	31	57	862	46	32	60	902	88	70	106	696	83	63	103
Epouse élar. avec BF	382	35	17	53	369	55	32	78	382	88	60	116	284	98	63	113
Autre	259	64	34	94	242	82	47	117	259	141	99	183	185	104	60	148

Tabelau 5A.4. : Association entre état nutritionnel des enfants et variables du statut privé de la femme

Variables	Retard de croissance				Insuffisance pondérale				Emaciation			
	Effect	Pourc	Borne	Borne	Effect	Pourc	Borne	Borne	Effect	Pourc	Borne	Borne
	.	(%)	infér.	supér.	.	(%)	infér.	supér.	.	(%)	infér.	supér.
Diff NI conjoints	Pr(chi2) = 0,00306				Pr(chi2) = 0,00139				Pr(chi2) = 0,18533			
Deux N.I bas	1423	51,3	48,7	53,9	1423	42,3	39,7	44,9	1423	7,8	6,4	9,2
Niv. Fem<Niv mari	407	47,4	42,5	52,3	407	39,4	34,7	44,1	407	7,5	4,9	10,1
Niv. Fem>Niv mari	262	46,2	40,2	52,2	262	37,4	31,5	43,3	262	7,3	4,2	10,4
Deux N.I. élevé	381	40,9	36,0	45,8	381	31,4	26,7	36,1	381	4,6	2,5	6,7
Diff activ conjoints	Pr(chi2) = 0,00008				Pr(chi2) = 0,00226				Pr(chi2) = 0,04610			
Favorable à l'homme	638	40,7	36,9	44,5	638	34,1	30,4	37,8	638	6,1	4,2	8,0
Pas de différence	1685	50,7	48,3	53,1	1685	41,8	39,4	44,2	1685	8,1	6,8	9,4
Favorable à la femme	197	50,8	43,8	57,8	197	37,2	30,5	43,9	197	4,0	1,3	6,7
Ecart âges conjoints	Pr(chi2) = 0,50994				Pr(chi2) = 0,00655				Pr(chi2) = 0,45071			
Age fem>=age mari	352	49,2	44,0	54,4	352	37,0	32,0	42,0	352	6,9	4,3	9,5
0-4 ans	894	49,3	46,0	52,6	894	43,4	40,2	46,6	894	7,9	6,1	9,7
5-9 ans	793	48,4	44,9	51,9	793	39,8	36,4	43,2	793	7,8	5,9	9,7
10 ans et plus	478	45,2	40,7	49,7	478	34,2	29,9	38,5	478	5,7	3,6	7,8
Age à la 1ère union	Pr(chi2) = 0,03456				Pr(chi2) = 0,02434				Pr(chi2) = 0,56168			
<15 ans	425	44,4	39,7	49,1	425	38,5	33,9	43,1	425	7,2	4,7	9,7
15-19 ans	1458	50,4	47,8	53,0	1458	41,1	38,6	43,6	1458	7,6	6,2	9,0
20-24 ans	516	47,4	43,1	51,7	516	39,1	34,9	43,3	516	7,2	5,0	9,4
25 ans et plus	125	40,0	31,4	48,6	125	27,4	19,6	35,2	125	4,2	0,7	7,7
Place dans le ménage	Pr(chi2) = 0,25700				Pr(chi2) = 0,25213				Pr(chi2) = 0,78196			
CM	52	49,0	35,4	62,6	52	35,6	22,6	48,6	52	3,1	0	7,8
Epouse nucléaire	1696	49,4	47,0	51,8	1696	40,5	38,2	42,8	1696	7,3	6,1	8,5
Epouse élarg. ss BF	400	45,9	41,0	50,8	400	36,1	31,4	40,8	400	6,6	4,2	9,0
Epouse élar. avec BF	224	47,2	40,7	53,7	224	42,5	36,0	49,0	224	8,7	5,0	12,4
Autre	154	42,4	34,6	50,2	154	36,0	28,4	43,6	154	8,4	4,0	12,8

Tableau 5A.5 : Association entre statut de la femme et mortalité des enfants

Variables	Mortalité néonatale				Mortalité post-néonatale			
	Effec.	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect.	Quot. (%)	Borne infér.	Borne supér.
Statut public	Pr(chi2) = 0,24494				Pr(chi2) = 0,00000			
Elevé	1060	34	23	45	1023	31	20	42
Moyen	1342	35	25	45	1295	42	31	53
Faible	1389	48	37	59	1322	62	49	75
Très faible	1484	42	32	52	1421	81	67	95
Statut privé	Pr(chi2) = 0,48962				Pr(chi2) = 0,00000			
Elevé	1144	37	26	48	1102	38	27	49
Moyen	1279	35	25	45	1234	41	30	52
Faible	1326	44	33	55	1267	57	44	70
Très faible	1512	44	34	54	1445	81	67	95

Variables	Mortalité infantile				Mortalité entre 1mois-2 ans			
	Effec.	1q0 (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect.	2q1 (%)	Borne infér.	Borne supér.
Statut public	Pr(chi2) = 0,000000				Pr(chi2) = 0,0000			
Elevé	1060	64	49	79	812	49	34	64
Moyen	1342	76	62	90	1007	80	63	97
Faible	1389	107	91	123	1032	103	84	122
Très faible	1484	120	103	137	1158	113	95	131
Statut privé	Pr(chi2) = 0,00001				Pr(chi2) = 0,00249			
Elevé	1144	74	49	79	883	62	46	78
Moyen	1279	74	62	90	967	66	50	82
Faible	1326	98	91	123	986	100	81	119
Très faible	1512	122	103	137	1165	119	100	138

Tableau 5A.6: Association entre statut de la femme et état nutritionnel des enfants

Variables	Retard de croissance				Insuffisance pondérale			
	Effec.	Pourc. (%)	Borne infér.	Borne supér.	Effect.	Pourc. (%)	Borne infér.	Borne supér.
Statut public	Pr(chi2) = 0,00000				Pr(chi2) = 0,00000			
Elevé	521	39,8	35,6	44,0	521	30,3	26,4	34,2
Moyen	715	49,1	45,4	52,8	715	39,5	35,9	43,1
Faible	679	59,4	55,7	63,1	679	47,5	43,7	51,3
Très faible	609	42,0	38,1	45,9	609	38,8	34,9	42,7
Statut privé	Pr(chi2) = 0,00026				Pr(chi2) = 0,00039			
Elevé	567	40,8	36,8	44,8	567	33,4	29,5	37,3
Moyen	635	47,9	44,0	51,8	635	38,1	34,3	41,9
Faible	636	50,4	46,5	54,3	636	41,1	37,3	44,9
Très faible	680	52,7	48,9	56,5	680	44,8	41,1	48,5

Variables	Emaciation			
	Effec.	Pourc. (%)	Borne infér.	Borne supér.
Statut public	Pr(chi2) = 0,01473			
Elevé	521	4,0	2,3	5,7
Moyen	715	8,4	6,4	10,4
Faible	679	8,2	6,1	10,3
Très faible	609	7,9	5,8	10,0
Statut privé	Pr(chi2) = 0,12985			
Elevé	567	5,4	3,5	7,3
Moyen	635	7,0	5,0	9,0
Faible	636	7,9	5,8	10,0
Très faible	680	8,7	6,6	10,8

Tableau 5A.7. : Effets bruts des différentes variables sur la mortalité des enfants

Variables	Mortalité postnéonatale	Mortalité infantile	Mortalité entre 1 mois et 2 ans
Statut public femme	***	***	***
Très faible	®	®	®
Faible	0,748*	0,876	0,905
Moyen	0,500***	0,601***	0,688**
Elevé	0,357***	0,500***	0,406***
Statut privé femme	***	***	***
Très faible	®	®	®
Faible	0,676**	0,781**	0,817
Moyen	0,479***	0,575***	0,525***
Elevé	0,450***	0,577***	0,492***
Province	***	***	***
Antananarivo	2,409***	1,624***	1,860***
Fianarantsoa	®	®	®
Toamasina	1,806***	1,419**	1,507**
Mahajanga	2,216***	1,631***	1,652***
Toliary	1,409*	1,358**	1,080
Antsiranana	0,732	0,650	0,689
Milieu de résidence	***	***	**
Urbain	0,654***	0,702***	0,697**
Rural	®	®	®
Niveau de vie	***	***	***
Très faible	®	®	®
Faible	0,915	0,967	0,844
Moyen	0,521***	0,659***	0,638***
Elevé	0,253***	0,517***	0,340***
Culture sanitaire	***	***	***
Faible	®	®	®
Moyen	0,669***	0,758***	0,690***
Elevé	0,325***	0,410***	0,340***
Age à l'accouchement	**	***	***
<20 ans	®	®	®
20-34 ans	0,671***	0,648***	0,764**
35 ans ou plus	0,854	0,834	1,073
Sexe de l'enfant	n.s.	*	n.s.
Masculin	-	1,191*	-
Féminin	-	®	-
Intervalle intergén.	***	***	***
1 ^{ère} naissance	0,629***	0,624***	0,548***
<24 mois	®	®	®
24-47 mois	0,506***	0,436***	0,562***
48 mois et plus	0,258***	0,331***	0,217***

Tableau 5A.8. : Effets bruts des différentes variables sur l'état nutritionnel des enfants

Variables	Retard de croissance	Insuffisance pondérale	Emaciation
Statut public femme	***	***	***
Très faible	®	®	®
Faible	2,018***	1,427***	1,040
Moyen	1,334**	1,030	1,079
Elevé	0,914	0,685***	0,494***
Statut privé femme	***	***	n.s.
Très faible	®	®	®
Faible	0,913	0,859	0,894
Moyen	0,826*	0,756**	0,788**
Elevé	0,619***	0,616***	0,591**
Province	***	***	n.s.
Antananarivo	0,745***	0,908	1,164
Fianarantsoa	®	®	®
Toamasina	0,648***	0,787*	0,832
Mahajanga	0,526***	0,665***	1,012
Toliary	0,410***	0,602***	0,507*
Antsiranana	0,435***	0,573***	0,573***
Milieu de résidence	**	**	**
Urbain	0,772**	0,764**	0,628**
Rural	®	®	®
Niveau de vie	*	***	***
Très faible	®	®	®
Faible	0,922	0,705***	0,759
Moyen	1,093	0,808***	0,519***
Elevé	0,785*	0,567***	0,449***
Culture sanitaire	***	***	n.s.
Faible	®	®	-
Moyen	1,302***	1,165	-
Elevé	0,934	0,709***	-
Age de l'enfant	***	***	***
0-5 mois	0,274***	0,103***	0,468**
6-11 mois	®	®	®
12-23 mois	3,434***	2,561***	2,189***
24-35 mois	2,779***	1,911***	0,817
Sexe de l'enfant	***	***	*
Masculin	1,405***	1,251***	1,292*
Féminin	®	®	®
Rang de l'enfant	***	***	n.s.
1 ^{ère} naissance	®	®	-
2-3	0,930	1,220	-
4-5	0,981	1,293**	-
6+	1,355**	1,698***	-

Tableau 5A.9. : Effets bruts des statuts public et privé de la femme sur la morbidité diarrhéique selon le milieu de résidence

Variables	exp β		
	Ensemble	Urbain	Rural
Statut public femme	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®
Faible	1,024	1,475	0,985
Moyen	1,191	1,136	1,214
Elevé	1,108	1,147	1,138
Chi2	2,862	1,129	3,778
Pr(Chi2)	n.s.	n.s.	n.s.
Pouv.prédic.	73,4	73,4	73,5
R ²	0,1	0,03	0,2
Statut privé femme	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®
Faible	0,932	0,965	0,935
Moyen	1,020	1,748	0,916
Elevé	0,943	1,063	0,966
Chi2	0,795	6,061	0,556
Pr(Chi2)	n.s.	n.s.	n.s.
Pouv.prédic.	73,4	73,4	73,5
R ²	0,01	0,15	0,01

Tableau A5.10 : Résultats des régressions logistiques de la mortalité des enfants sur les statuts public et privé de la femme

Variables	Mortalité postnéonatale	Mortalité infantile	Mortalité entre 1 mois et 2 ans
	Exp β	Exp β	Exp β
Statut public femme	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®
Faible	0,936	1,076	1,094
Moyen	0,801	0,857	1,091
Elevé	1,081	1,015	1,125
Statut privé femme	*	n.s.	*
Très faible	®	®	®
Faible	0,762*	0,866	0,890
Moyen	0,630**	0,724**	0,638**
Elevé	0,755	0,851	0,739
Province	***	**	**
Antananarivo	0,573***	0,735**	0,687**
Fianarantsoa	®	®	®
Toamasina	0,924	0,976	0,982
Mahajanga	0,883	0,982	0,920
Toliary	0,544***	0,787	0,572***
Antsiranana	0,416**	0,477**	0,487**
Milieu de résidence	n.s.	n.s.	n.s.
Urbain	0,933	0,836	0,772
Rural	®	®	®
Niveau de vie	*	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®
Faible	1,026	1,052	0,942
Moyen	0,750	0,893	0,844
Elevé	0,453**	0,930	0,628*
Culture sanitaire	*	**	**
Faible	®	®	®
Moyen	0,894	0,926	0,816
Elevé	0,570**	0,589***	0,517***
Age à l'accouchement	n.s.	**	n.s.
<20 ans	®	®	®
20-34 ans	0,835	0,745**	0,835
35 ans ou plus	0,996	0,924	1,111
Sexe de l'enfant	n.s.	*	n.s.
Masculin	1,212	1,185	1,190
Féminin	®	®	®
Intervalle intergéné.	***	***	***
1 ^{er} naissance	1,377	1,575***	1,643***
<24 mois	®	®	®
24-47 mois	0,749	0,728*	0,749
48 mois et plus	0,414**	0,582**	0,414**
Model Chi square	120,476	140,687	117,300
Adéquation modèle	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	94,5	90,6	91,1
R ² (%)	6,8	5,7	6,4

Tableau A5.11 : Résultat de la régression logistique du retard de croissance de l'enfant sur les statuts public et privé de la femme

Variables	Retard de croissance
	Exp β
Statut public femme	***
Très faible	®
Faible	1,687***
Moyen	1,174
Elevé	0,792
Statut privé femme	n.s.
Très faible	®
Faible	0,802*
Moyen	0,822
Elevé	0,786
Province	***
Antananarivo	1,365***
Fianarantsoa	®
Toamasina	0,795
Mahajanga	0,746*
Toliary	0,574***
Antsiranana	0,49***
Milieu de résidence	n.s.
Urbain	0,893**
Rural	®
Niveau de vie	n.s.
Très faible	®
Faible	0,976
Moyen	1,000
Elevé	0,927
Culture sanitaire	n.s.
Faible	®
Moyen	1,036
Elevé	0,860
Age de l'enfant	***
< 6 mois	0,251***
6-11 mois	®
12-23 mois	3,509***
24-35 mois	3,066***
Sexe de l'enfant	***
Masculin	1,515***
Féminin	®
Intervalle intergén.	n.s.
1 ^{ère} naissance	0,863
<24 mois	®
24-47 mois	0,973
48 mois et plus	0,774
Modél Chi square	589,499
Adéquation modèle	***
Pouvoir prédictif (%)	70,1
R ² (%)	27,9

ANNEXE VI

Tableau A6.1 : Résultats des régressions logistiques des comportements prénataux et des comportements lors de l'accouchement des mères sur leurs statuts public et privé

Variables	Recours à une consultation prénatale	Précocité de la première visite prénatale	Encadrement médical lors de l'accouchement	Accouchement en milieu hospitalier
	Exp β	Exp β	Exp β	Exp β
Statut public femme	***	**	***	***
Très faible	®	®	®	®
Faible	1,669***	0,838	1,871***	1,704***
Moyen	1,810***	0,970	1,921***	1,447***
Elevé	1,967***	1,630***	4,089***	1,638**
Statut privé femme	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Très faible	®	®	®	®
Faible	1,076	0,947	1,125	1,126
Moyen	1,079	1,281	1,077	0,991
Elevé	1,144	1,386	1,055	1,035
Province	***	***	***	***
Antananarivo	6,960***	1,759***	2,435***	2,343***
Fianarantsoa	®	®	®	®
Toamasina	1,397**	1,541***	1,016	1,043
Mahajanga	1,381**	1,363	2,309***	1,072
Toliary	1,567***	0,865	1,812***	1,373**
Antsiranana	1,664**	2,980***	1,519***	1,078
Milieu de résidence	n.s.	n.s.	***	n.s.
Urbain	1,058	1,172	1,685***	1,097
Rural	®	®	®	®
Niveau de vie	**	**	***	***
Très faible	®	®	®	®
Faible	0,962	1,439**	1,131	1,032
Moyen	1,191	1,108	1,892***	1,341**
Elevé	2,263***	1,619**	3,294***	0,847
Culture sanitaire	***	n.s.	***	***
Faible	®	®	®	®
Moyen	1,900***	1,023	1,829***	1,877***
Elevé	4,593***	1,085	2,882***	2,958***
Age à l'accouchement	n.s.	n.s.	***	n.s.
<20 ans	®	®	®	®
20-34 ans	0,926	0,960	1,021	0,916
35 ans ou plus	1,152	1,014	1,487**	1,115
Intervalle intergénérationnel	***	n.s.	***	***
1 ^{ère} naissance	2,228***	1,284	2,255***	2,002***
<24 mois	®	®	®	®
24-47 mois	1,259*	1,437**	1,210*	1,157
48 mois et plus	1,509**	1,254	1,700***	1,429**
Model Chi square	603,274	160,965	891,985	365,803
Adéquation modèle	***	***	***	***
Pouvoir prédictif (%)	79,6	79,2	71,5	67,2
R ² (%)	27,4	10,2	33,3	15,3

Tableau A6.2 : Résultats des régressions logistiques des comportements des mères en matière de vaccination des enfants sur leurs statuts public et privé

Variables	Accès à la vaccination	Complétude des vaccins
	Exp β	Exp β
Statut public femme	n.s.	**
Très faible	Ⓜ	Ⓜ
Faible	1,195	1,707***
Moyen	0,958	1,671**
Elevé	0,939	2,317***
Statut privé femme	n.s.	n.s.
Très faible	Ⓜ	Ⓜ
Faible	1,089	0,861
Moyen	1,477*	0,942
Elevé	1,497	0,938
Province	***	***
Antananarivo	2,387***	3,429***
Fianarantsoa	Ⓜ	Ⓜ
Toamasina	0,829	1,399
Mahajanga	0,347***	1,180
Toliary	0,610**	0,624*
Antsiranana	1,694	0,522**
Milieu de résidence	n.s.	*
Urbain	1,189	0,735*
Rural	Ⓜ	Ⓜ
Niveau de vie	**	**
Très faible	Ⓜ	Ⓜ
Faible	0,944	1,037
Moyen	1,404	1,555***
Elevé	3,131**	1,531*
Culture sanitaire	***	***
Faible	Ⓜ	Ⓜ
Moyen	2,566***	2,219***
Elevé	6,126***	4,583***
Age de l'enfant	***	**
12-23 mois	Ⓜ	Ⓜ
24-35 mois	1,596***	1,309**
Sexe de l'enfant	**	n.s.
Masculin	0,710**	1,064
Féminin	Ⓜ	Ⓜ
Rang de naissance	**	n.s.
1 ^{ère} naissance	0,594**	0,935
Rang 2 ou 3	Ⓜ	Ⓜ
Rang 3 ou 4	0,481***	1,224
Rang 5 ou plus	0,641*	1,058
Môdel Chi square	311,558	378,822
Adéquation modèle	***	***
Pouvoir prédictif (%)	84,4	71,2
R ² (%)	26,9	29,8