

Analyse des déterminants du recours aux soins pendant la grossesse selon l'enquête Algérienne santé de la famille 2002.

د. بلعربي زوبيدة
أستاذة محاضرة ب قسم
علم الاجتماع والديموغرافيا
جامعة البليدة 2

ملخص

إن الخدمات الصحية تلعب دورا هاما في المحافظة على الصحة و هذا على المستوى الوقائي من المرض و العلاج في حالة الإصابة بالمرض خاصة عند الأطفال ' حيث تمر صحة الطفل بعدة مراحل و تعتبر مرحلة الحمل مهمة و جد حساسة لبقاء الطفل على قيد الحياة. و نظرا لهذه الأهمية وضعت المنظمة العالمية لصحة مؤشرات لمتابعة الحمل و عددها أربعة و هي : متابعة الحمل و استشارة مبكرة و استشارة من طرف عامل في الصحة مؤهل و على الأقل 4 زيارات خلال الحمل. اعتمدنا لتحليل محددات متابعة الحمل على معطيات مسح 2002 الخاص بصحة الأسرة الذي أنجز سنة 2002 في الجزائر. أظهرت النتائج أن أكثر من 80% من الولادات الحية في الخمس سنوات قبل المسح استفادت من زيارة طبية وقرابة 70 % استفادوا من زيارة خلال الثلاثي الأول من الحمل. كلمات المفاتيح : حمل ' استشارة قبل الولادة، عامل في الصحة، عدد الزيارات، زيارة مبكرة

Résumé

Les soins de santé jouent un rôle important dans la préservation de l'état de santé, tant au niveau de la prévention de la maladie, qu'au niveau des soins dispensés en cas de maladie. La santé des enfants passe par plusieurs étapes. La grossesse est une étape importante et cruciale pour la survie de l'enfant. L'organisation mondiale de la santé préconise quatre indicateurs pour le bon suivi de la grossesse qui sont suivi de la grossesse, précocité de la première visite prénatale, visite effectuée par un personnel médical qualifié et au moins quatre visites durant la grossesse. Les données utilisées pour analyser les déterminants du recours aux soins durant la grossesse proviennent de l'enquête et santé de la famille réalisée en Algérie en 2002. Plus de 80% des naissances des cinq années précédant l'enquête ont été suivies et près de 72% ont eu la première consultation prénatale durant le premier trimestre de grossesse.

Mot clés: grossesse; visite prénatale; personnel médical ; nombre de visites, précocité de la visite.

Introduction

«Les soins prénataux ont pour objectifs de prévenir, de dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse» (A. Prual L. de Bernis, 2002 , p91). Les soins prénataux sont donc importants dans l'évolution d'une grossesse. Ils permettent de prévoir mais également de prévenir des risques obstétricaux: par exemple de détecter une position anormale du fœtus, une grossesse multiple, un risque d'une rupture prématurée des membranes, un risque de malformations congénitales.

Selon les normes de l'OMS, pour que la consultation prénatale soit efficace, il est important qu'elle soit faite précocement et à des intervalles précis (quatre consultations prénatales sont préconisées pendant la grossesse) afin de pouvoir évaluer son état de santé et de bénéficier de conseils sur la nutrition et les soins de pédiatrie ainsi que pour attirer l'attention des femmes sur les signes de danger et les aider à se préparer à l'accouchement.

L'absence de consultations prénatales peut être considérée comme un facteur de risque car on ne pourra pas prévenir certaines complications et dépister des maladies. La surveillance précoce de la grossesse par un médecin ou une sage femme est considérée comme un facteur positif dans le schéma de soins de santé.

Il est à noter que l'état de santé de la mère peut inciter cette dernière ainsi que les membres influents du ménage à recourir aux soins de santé pour la femme elle-même et non dans un but de prévention. Les risques encourus par les enfants dont la mère souffre d'une maladie sont plus importants que ceux des autres enfants. Selon Potter (1988), l'utilisation des soins prénataux par les femmes dans les milieux ruraux mexicains est une conséquence à un malaise ressenti par la femme au cours de sa grossesse, les nausées matinales étant associées à une forte utilisation des soins prénataux.

L'enquête EASF 2002 comporte un module sur la santé de la reproduction. Des questions concernant la dernière naissance des cinq années précédant l'enquête nous permettent d'analyser les comportements en matière d'utilisation des services de santé en distinguant les soins préventifs des soins curatifs. Dans cet article nous allons nous intéresser aux soins préventifs au cours de la grossesse en essayant de répondre à la question suivante:

- Quels sont les principaux déterminants du recours aux soins de santé durant la grossesse?

Les soins préventifs que nous allons considérer successivement sont:

- 1- le suivi de la grossesse,
- 2- mois de grossesse à la première consultation,
- 3- la consultation faite par un médecin ou une sage-femme ou une infirmière,
- 4- nombre de consultations durant la grossesse.

1 Sources de données

Le projet arabe pour la santé de la famille a été mis au point dans le but de permettre aux décideurs des pays arabes intéressés par son exécution, de disposer des informations nécessaires pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques de santé de la population. Ce projet s'inscrit dans la continuité du projet PAPCHILD initié par la Ligue des Etats arabes. Il a permis aux pays arabes de disposer des données nécessaires pour l'évaluation de l'état de santé de leur population.

Les objectifs de l'enquête étaient les suivants :

- Permettre aux pouvoirs publics de disposer des informations essentielles pour mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques de la santé de la population.
- Contribuer à améliorer et à consolider les programmes de santé et notamment la santé reproductive, à travers l'actualisation et l'enrichissement des bases de données existantes;
- Disposer des instruments nécessaires pour mener une politique régionale de population, le plan d'échantillonnage étant représentatif au niveau régional.
- Disposer des indicateurs à des fins de comparabilité avec les pays arabes et d'évaluer les efforts à fournir dans le domaine de la santé de la population.

L'enquête algérienne sur la Santé de la Famille a été entreprise sur un échantillon de 510 districts à partir desquels, il a été procédé au tirage de 20 ménages par district pour l'échantillon principal et 40 par district pour l'échantillon élargi.

19233 questionnaires ménages ont été renseignés au niveau national, soit un taux de réponse global de 93,5% pour les ménages ; 92,8% en milieu urbain et 94,5% en zone rurale.

Le nombre des femmes échantillons éligibles était de 15156. Le taux de réponse global a été évalué à 97,4% ; 97,2% en milieu rural et 97,6% en zone rurale.

2 Suivi de la grossesse

Pour le premier indicateur qui est le suivi de la grossesse, l'enquête 2002 montre que 81% des naissances des cinq années précédant l'enquête ont été suivies. Ce résultat concerne uniquement les naissances vivantes. Des différences sont observées entre les deux milieux urbain et rural, l'écart est estimé à 14,6 points en 2002.

Quant au second indicateur, près de 72% des naissances, des cinq années précédant l'enquête, ont eu la première consultation prénatale durant le premier trimestre de grossesse. On enregistre aussi un écart de plus de dix points entre les deux milieux d'habitat urbain et rural. En milieu rural seuls 65% des enfants ont eu la première visite prénatale le premier trimestre.

Les soins prénataux ont été prodigués par un médecin ou une sage femme ou infirmière pour plus de 80% des naissances des cinq dernières années.

Malgré la précocité des visites prénatales, seules la moitié des naissances ont bénéficié des quatre visites recommandées par l'OMS. En milieu rural, seuls

45% des naissances ont eu au moins quatre visites la proportion en milieu urbain atteint 56%.

L'ignorance de l'existence des services par la femme n'est pas plausible donc la visite avait pour seul objectif de confirmer la grossesse ou les femmes n'ont pas été encouragées ou informées qu'il était nécessaire de faire les quatre visites.

Le mauvais accueil peut dissuader les femmes à revenir.

Une question sur les raisons de la première consultation a été posée. Les réponses sont rapportées dans le tableau n°1 et montrent que l'objectif de la première visite est de vérifier si elles sont enceintes quelque soit le nombre de visites effectuées suivie de la réponse assurer une bonne grossesse, a eu des complications et l'état de santé de l'enfant vient en troisième position. Près de la moitié des femmes ayant accompli les quatre visites durant leur grossesse ont déclaré que la raison de la première consultation était de vérifier si elles étaient enceintes contre 30% des femmes ayant effectué moins de quatre visites. Moins de 2% des femmes ont effectué la première consultation pour réserver une place à l'hôpital au moment de l'accouchement.

Tableau n° 1 : Répartition des naissances selon la raison de la première consultation prénatale et le nombre de visite

	< 4 visites	>=4 visites	Total
Vérifier enceinte	29,63%	46,80%	38,48%
Bébé bonne santé	19,50%	12,01%	15,64%
Assurer bonne grossesse	22,69%	24,15%	23,44%
A-eu complications	19,15%	12,14%	15,54%
Consultation routine	6,45%	4,18%	5,28%
Réserver accouchement	0,76%	0,13%	0,44%
Autre	1,80%	0,59%	1,18%
Effectif	1441	1532	2973

Les femmes dont la raison de la première visite est de vérifier si elles sont enceintes sont les plus nombreuses ayant effectué quatre visites au moins durant leurs grossesses, assurer une bonne grossesse vient en seconde position et les complications occupent la troisième position.

a) Description des variables à utiliser pour les quatre indicateurs:

Les tableaux n° 2 et 3 présentent les effectifs et les proportions de chaque modalité.

La proportion des mères atteintes d'une maladie chronique représente 12,7% de l'ensemble des mères qui ont eu une naissance vivante les cinq années précédant l'enquête, 83,8% des chefs de ménages sont occupés ou retraités.

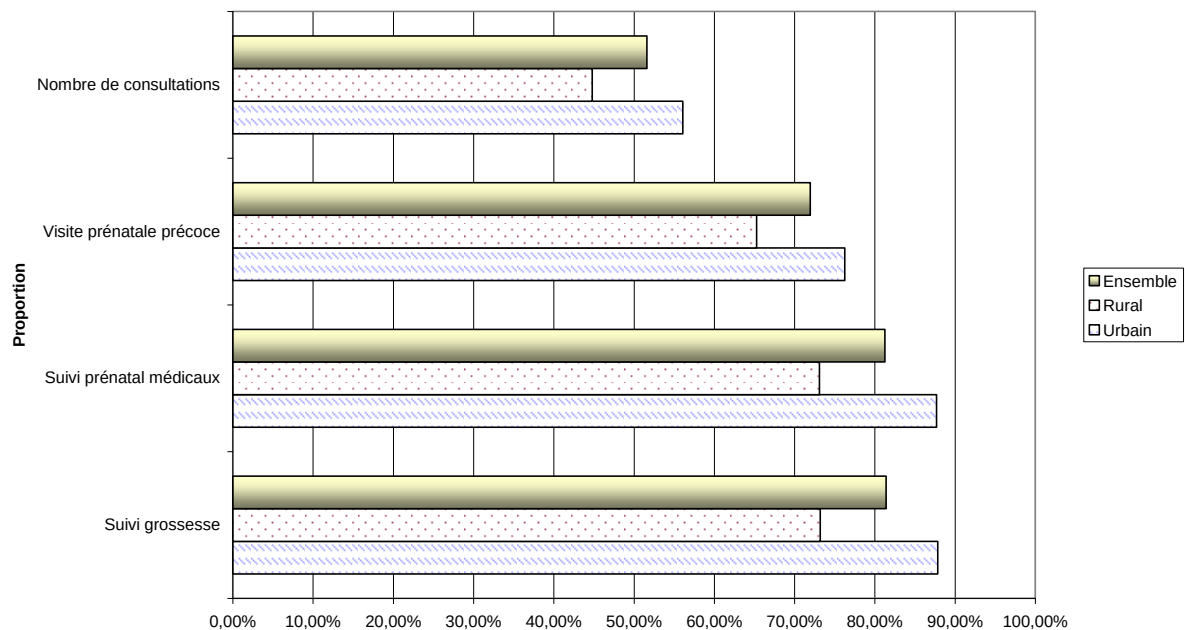
Quant à l'âge à l'accouchement, 40% des femmes sont âgées entre 20 et 29 ans, les moins de 20 ans représentent moins de 2%, le tiers des femmes étaient âgées de 35 ans et plus. Plus de 80% des femmes sont les épouses du chef de ménage, moins de 2% sont chefs de ménages. Les femmes accèdent à la direction du ménage à des âges avancés. En effet, l'âge moyen des femmes chef de ménage était de 57 ans et de 50 ans pour les hommes en 2002. Plus de 40% des femmes sont analphabètes. Plus de 90% des femmes sont déclarées comme femme au foyer et seules 7% sont occupées. Plus de 60% des femmes ont trois naissances et plus.

Le type de ménage le plus répandu est «le ménage nucléaire» suivi du type élargi. On a recensé 18 ménages polygames. Plus de la moitié soit 55,9% des chefs de ménage appartiennent à la classe regroupant les chefs de ménage de moins de 50 ans suivi des chefs de ménage femmes avec 26,6% des cas. La moitié des logements sont construits avec des matériaux dur mais seulement le tiers des logements disposent de l'ensemble des équipements électro-ménagers.

Moins du quart des ménages ont une taille de plus de 8 personnes, la taille moyenne des ménages est de 6,9. Près de 28% des naissances des cinq dernières années vivent dans la région Centre, le 1/5 ème dans la région Ouest et le quart vivent dans la région Sud. Plus de la moitié des naissances des cinq années précédant l'enquête vivent en milieu urbain (voir Annexe 1).

La proportion des grossesses non suivies en milieu rural est 26,8% et 12,2% en milieu urbain. Les deux tiers des naissances ont eu la première visite prénatale durant le premier trimestre en milieu rural contre 76% en milieu urbain. Quant au nombre de visites, la moitié des naissances survenus les cinq années précédant l'enquête ont bénéficié des 4 visites minimales recommandés par l'OMS, la proportion est plus faible en milieu rural (Graphique n° 1).

Graphique n°1 : Répartition des naissances survenues les cinq années précédant l'enquête selon les quatre indicateurs et le milieu d'habitat



b) Analyse bivariée

Les tableaux n°2 et 3 représentent les effectifs de chaque déterminant, la côte, les risques relatifs ainsi que les intervalles de confiance. Dans cette partie les déterminants sont étudiés séparément. On parlera d'effet brut de la variable. Dans une seconde partie nous allons considérer les variables ensembles afin de dégager les effets nets de chaque variable.

Toutes les variables sont significatives au seuil de 1% à l'exception de la variable état de santé de la mère et la modalité Ouest de la variable région. Il n'y a pas de différence de comportement selon nos deux indicateurs pour l'état de santé de la mère et la région Est qui ne diffère pas de la modalité référence Sud.

Les femmes urbaines ont plus de chance de faire suivre leurs grossesses que les rurales. Ce résultat est attendu car le milieu rural est moins équipé en infrastructure sanitaire. Les femmes les plus jeunes ont un meilleur suivi des grossesses. Il s'agit de la première grossesse pour les femmes les plus jeunes et ont peut être moins d'expérience et le personnel médical est une bonne source de conseils et de prestations en cas de difficultés. En effet 60% des naissances des femmes de moins de 25 ans sont de rang un.

Nous avons procédé à des regroupements pour la variable type de ménage vue les faibles effectifs de plusieurs modalités. On a construit une nouvelle variable avec deux modalités «nucléaire » et «autre». La catégorie « autre » comporte les ménages mono-parental, élargi, polygame et autre.

Pour le type du ménage, nous constatons que les femmes des ménages nucléaires font moins suivre leurs grossesses que les femmes appartenant à d'autres types de ménages. Les femmes appartenant aux ménages nucléaires ne

sont peut être pas soutenues par le réseau familial comme les femmes issues de ménages élargies. Ces dernières auront plus de chance de trouver une personne qui s'occupera des tâches ménagères et surtout de la garde des autres enfants et l'absence des femmes issues de ménages non nucléaires pour aller en consultation prénatale seraient moins contraignante. L'analyse des deux indicateurs suivi de la grossesse et suivi prénatal médical montrent que les femmes des ménages non nucléaires ont plus de chance de faire suivre leur grossesse par un personnel médical.

Les conditions économiques sont appréhendées par l'activité de la femme, l'activité du chef de ménage, les biens et équipement du logement et les conditions physiques du logement. Les femmes ayant une activité en dehors de leurs foyers peuvent se déplacer plus librement qu'une femme au foyer, les membres du ménage particulièrement les membres influents tels que le mari, le beau père, la belle mère ont un plus faible contrôle de ses déplacements comparé aux femmes aux foyers. Néanmoins la proportion des femmes occupées reste faible.

Nous retrouvons les mêmes résultats pour les deux indicateurs suivi de la grossesse et suivi prénatal médical, ces deux indicateurs sont fortement corrélés car le suivi de la grossesse se fait par un personnel médical qui est soit un médecin, une sage femme ou une infirmière.

Tableau n° 2: Utilisation des services de santé pendant la grossesse (suivi de la grossesse et personnel médical) Effet net des variables

Variables	Modalités	Suivi grossesse				Suivi prénatal médicaux			
		Eff	Cote	RR	Sig	Eff	Cote	RR	Sig
Etat de santé de la mère	Oui (Référence)	485	83%			485	83%		
	Non	3323	81%	0,98	NS	3329	81%	0,98	NS
Strate	Urbain	2132	88%	1,20	***	2136	88%	1,20	***
	Rural (Référence)	1679	73%			1681	73%		
Age à l'accouchement	Moins 20 ans	63	89%	1,18	***	63	89%	1,18	***
	20-29	1512	86%	1,14	***	1514	86%	1,14	***
	30-34	1043	81%	1,08	***	1043	81%	1,09	***
	>=35 (Référence)	1193	75%			1197	75%		
Taille du ménage	1 à 5	1370	88%	1,21	***	1371	88%	1,21	***
	6 à 8	1504	81%	1,11	***	1507	80%	1,11	***
	> 8 (Référence)	872	73%			874	72%		
Typologie du ménage	Nucléaire	2379	79%	0,93	***	2384	79%	0,92	***
	Autre	746	86%	1,01	***	746	86%	1,01	***
	Elargie (Référence)	621	85%			622	84%		
Equipeement/bien Logement	Favorisé	1234	92%	1,20	***	1237	92%	1,20	***
	Défavorisé (Référence)	2464	76%			2467	76%		
Condition logement	Défavorisé	1827	74%	0,83	***	1831	73%	0,83	***
	Favorisé (Référence)	1908	89%			1910	89%		
Occupation chef De ménage	Occupé ou retraité	3192	83%	1,11	***	3197	83%	1,11	***
	Non occupé (Référence)	618	74%			619	74%		

Région	Centre	1060	85%	1,05	***	1062	85%	1,05	***
	Est	1018	81%	1,00	NS	1019	81%	1,00	NS
	Ouest	771	78%	0,97	***	774	78%	0,96	***
	Sud (Référence)	962	81%			962	81%		
Classe du chef de Ménage	Homme -50ans	2093	82%	0,98	***	2097	82%	0,98	***
	Homme +50ans	654	75%	0,90	***	655	75%	0,89	***
	Femme (Référence)	997	84%			998	84%		
Niveau scolaire de La mère	Analphabète	1724	70%	0,73 7	***	1728	70%	0,74	***
	Primaire-SLE	1353	88%	0,93	***	1354	88%	0,93	***
	Moyen et plus (Référence)	734	95%	1		735	95%	1,00	
Activité économique De la mère	Occupée	274	93%	1,15 7	***	274	93%	1,16	***
	Autre	3532	80%	0,50 5		3538	80%	0,51	
Lien de parenté De la mère CM	Chef (Référence)	44	70%	1,00	***	44	70%	1,00	***
	Epouse	3167	80%	1,14	***	3173	80%	1,14	***
	Fille	60	95%	1,35	***	60	95%	1,35	***
	Belle fille	485	87%	1,23	***	485	87%	1,23	***
	Autre	55	80%	1,14	***	55	80%	1,14	***
Rang de naissance				0,81	***			0,81	***
RR: Risque relatif signific: seuil de Signification NS : Non significatif *** : Significatif au seuil de 1%									

Pour l'indicateur précocité de la visite les résultats montrent que la majorité des variables sont significatives à l'exception de l'état santé de la mère et la modalité «épouse» de la variable lien de parenté avec le chef de ménage qui ne sont pas significatives au seuil de 5%.

Pour l'indicateur nombre de visite durant la grossesse, l'état de santé de la mère, le lien de parenté de la mère avec le chef de ménage, l'âge à l'accouchement, la modalité «nucléaire» de la variable typologie du ménage ne sont pas significatives au seuil de 5%.

Les femmes appartenant à des ménages dirigés par une femme ont de plus forte chance de faire des visites prénatales précoces et avoir quatre visites pendant la grossesse au minimum. Ce milieu est mieux équipé en infrastructures sanitaires comparé au milieu rural. Par ailleurs en milieu rural vu l'enclavement de plusieurs régions, les femmes auraient des difficultés d'accéder à un service de santé qui peut se trouver loin du domicile. Pour la variable région, nous constatons que les femmes de la région Ouest, ont moins de visites prénatales, comparé à la modalité de référence Sud.

Tableau n° 3: Précocité de la visite prénatale et nombre de consultation pendant la grossesse survenue au cours des 5 dernières années précédant l'enquête.

Variables	Modalités	Visite prénatale précoce				Nombre de consultations			
		N	Cote	RR	Sig	N	Cote	RR	Sig
Mère malade	Oui (Référence)	388	0,70			384	0,53		
	Non	2647	0,72	1,03	NS	2622	0,51	0,97	NS
Strate	Urbain	1846	0,76	1,17	***	1817	0,56	1,25	***
	Rural (Référence)	1192	0,65			1192	0,45		
Age à l'accouchement	Moins 20 ans	55	0,75	1,08	***	54	0,59	1,14	NS
	20-29	1275	0,76	1,10	***	1267	0,53	1,02	NS
	30-34	835	0,68	0,99	***	827	0,49	0,95	**
	>=35 (Référence)	873	0,69			861	0,52		
Taille du ménage	1 à 5	1186	0,79	1,20	***	1172	0,59	1,36	***
	6 à 8	1181	0,68	1,02	***	1176	0,49	1,14	***
	> 8 (Référence)	619	0,66			610	0,43		
Typologie du ménage	Nucléaire	1844	0,70	0,89	***	1832	0,51	0,93	NS
	Autre	628	0,78	1,09	***	621	0,55	1,06	**
	Elargie (Référence)	514	0,72			505	0,51		
Equipement/bien Logement	Favorisé	1115	0,78	1,15	***	1105	0,60	1,29	***
	Défavorisé (Référence)	1837	0,68			1819	0,46		
Condition logement	Défavorisé	1317	0,69	0,92	***	1293	0,46	0,81	***
	Favorisé (Référence)	1662	0,75			1657	0,56		
Chef de ménage occupé Ou retraité	Oui	2587	0,73	1,14	***	2566	0,53	1,17	***
	Non (Référence)	450	0,64			442	0,45		
Région	Centre	878	0,75	1,22	***	873	0,58	1,21	***
	Est	813	0,74	1,20	***	796	0,57	1,20	***
	Ouest	599	0,77	1,25	***	592	0,40	0,84	***
	Sud (Référence)	748	0,62			748	0,48		
Classe CM	Homme -50ans	1689	0,71	0,93	***	1680	0,52	0,96	***
	Homme +50ans	480	0,66	0,86	***	472	0,47	0,86	***
	Femme (Référence)	815	0,77			804	0,54		
Instruction de la mère	Analphabète	1173	0,60	0,70	***	1165	0,41	0,63	***
	Primaire-SLE	1175	0,76	0,89	***	1160	0,54	0,82	***
	Moyen & plus Référence	690	0,85	1,00		684	0,65		
Activité de la mère	Occupée	246	0,87	1,22	***	246	0,65	1,28	***
	Autre (Référence)	2758	0,71			2758	0,51	1,00	
Lien de parenté de La mère CM	Chef (Référence)	30	0,70		***	29	0,448		
	Epouse	2490	0,70	1,01	NS	2470	0,513	1,14	NS
	Fille	56	0,77	1,10	***	55	0,545	1,22	NS
	Belle fille	418	0,81	1,15	***	411	0,538	1,20	NS
	Autre	44	0,73	1,04	***	44	0,5	1,12	NS
Rang de naissance				0,80	***			0,87	***
N : Effectif RR: risque relatif Sig: Seuil de signification NS: Non significatif *: significatif à 10% **: significatif à 5% *** : significatif à 1%									

2- Principaux déterminants pour les quatre indicateurs

Dans ce qui suit nous allons considérer l'ensemble des variables afin de dégager l'effet net de chacune sur les quatre indicateurs retenus. Les effets nets ont été calculés en ajustant des régressions logistiques en deux étapes. Dans la première étape, toutes les variables analysées ont été incluses dans le modèle; dans la seconde étape nous avons construit un second modèle en ne considérant que les variables significatives. Confronté aux problèmes des faibles effectifs, des regroupements pour certaines variables ont été effectués.

- Suivi de la grossesse (Indicateur 1)

Le premier indicateur analysé est le suivi de la grossesse. L'ensemble des variables ont été introduites dans le modèle de la régression logistique. Près de 82% des enfants ont été bien classés. Parmi les 13 variables introduites, sept variables sont significatives au seuil de 1%. L'état de santé de la mère qui n'était pas significatif en étant introduit seul dans le modèle, devient significatif en l'introduisant avec les autres variables. Les femmes ayant déclaré avoir une maladie chronique font suivre plus leur grossesse que les autres. Quant au rang de naissance, plus il augmente et plus la probabilité de faire suivre la grossesse diminue.

Les autres résultats sont prévisibles: le niveau d'instruction a une influence positive sur le suivi de la grossesse et les femmes de niveau d'instruction moyen et plus ont une cote de 3 comparé aux femmes analphabètes. Les facteurs économiques exercent tous un effet positif sur le suivi de la grossesse. Les femmes issues des ménages aisés ont les plus grandes probabilités de faire suivre leurs grossesses. Pour la variable région, les femmes du Centre se distinguent de celles des autres régions: la région du Centre comporte la capitale qui est la région la plus équipée en infrastructures sanitaires. Sur les 28 Centres hospitalo-universitaires(CHU), sept sont implantés dans la région centre et presque la moitié des établissements hospitaliers spécialisés se trouvent dans cette région.

La seule variable concernant le ménage significative au seuil de 10% est le lien de parenté de la femme avec le chef de ménage, les autres variables à savoir la taille du ménage, le type du ménage, la classe du chef de ménage se sont toutes révélées non significatives au seuil de 10%. L'activité de la mère aussi est classée parmi le groupe des variables non significatives.

Les facteurs économiques retenus dans l'analyse multivariée sont les variables condition logement et équipement.

Les contributions à l'explication du suivi de la grossesse sont par ordre décroissant le rang de naissance avec 14,21% suivi de l'instruction de la mère avec plus de 12% et les conditions de logement avec 10,39 % (voir tableau n°4).

- Précocité de la première visite prénatale (Indicateur 2)

Le second indicateur analysé est la précocité de la visite prénatale. La variable rang de naissance apparaît comme la plus déterminante suivi du niveau d'instruction puis du milieu d'habitat. Pour cette dernière variable, l'existence

des infrastructures sanitaires et le personnel facilitent la précocité de la visite. En ce qui concerne les conditions économiques exprimées dans ce cas par l'activité du chef de ménage, les femmes, issues de ménages dont le chef de ménage dispose d'un revenu, voient leur chance d'avoir une consultation durant leur premier trimestre de grossesse se multiplier par quatre comparées aux autres (voir tableau n°4).

- Personnel médical (Indicateur 3)

Le troisième indicateur concerne le personnel ayant prodigué les soins. Les variables retenues dans ce modèle par ordre décroissant de leurs influences sont le rang de naissance, le niveau d'instruction de la mère, les conditions de logement, le milieu d'habitat, l'équipement du logement, l'état sanitaire de la mère et en dernier lieu l'activité du chef de ménage. Les facteurs économiques ont été les plus déterminants pour cet indicateur. Toutes les variables sont significatives au seuil de 1% sauf l'activité du chef de ménage qui est significative au seuil de 5 % (voir tableau n°4).

Nombre de visites prénatales (indicateur 4)

Le dernier indicateur que nous avons analysé est le nombre de consultations pendant la grossesse: la variable dépendante est égale à 1 si le nombre de visite est supérieur ou égal à 4 et à 0 si le nombre de visites est inférieur à 4.

Le rang de naissance reste la variable qui a le plus d'impact. L'âge à l'accouchement vient avant le milieu d'habitat pour cet indicateur. La probabilité de bénéficier d'au moins quatre visites durant leurs grossesses est augmentée de 30% pour les femmes âgées de 30 ans et plus.

L'état de santé de la mère reste un déterminant important pour cet indicateur, la chance de se rendre à la visite prénatale au moins quatre fois croît de 30% pour les femmes souffrant de maladies chroniques comparés à la modalité de référence mère qui ne souffre pas d'une maladie.

La contribution de l'instruction est de 6%, moins que celle de la région qui est de 6,7%. La disponibilité des infrastructures sanitaires est déterminante pour les quatre visites. Même si la femme est consciente des bienfaits du suivi médical, l'éloignement constitue un important obstacle. L'effet du niveau d'instruction est plus faible que pour les trois premiers indicateurs (voir tableau n°4).

Les conditions économiques du ménage sont aussi des facteurs non négligeables pour une grossesse bien assistée. La variable équipement est bien la plus forte contribution parmi les trois variables économiques qui sont l'équipement et bien, l'activité du chef de ménage et les conditions du logement.

Le lieu de résidence reste significatif en contrôlant avec les autres variables. Les femmes résidant en milieu urbain voient leurs chances augmenter de 20% par rapport aux rurales. Les femmes habitant la région du centre voient leur chance augmenter de la moitié par rapport aux autres régions du pays.

Tableau n 4: Coefficient de la régression logistique sur les déterminants des quatre indicateurs pour la naissance survenue au cours des cinq dernières années.

Var	Modalités	Indicateur 1			Indicateur 2			Indicateur 3			Indicateur 4		
		Cote	R	Sig.	Cote	R	Sig	Cote	R	Sig	Cote	R	Sig
Var1			12,8%	***		10,5%	***		12,6%	***		6,1%	***
	Analphabète												
	Primaire-SLE	1,9	10,2%	***	1,5	7,0%	***	1,9	10,1%	***	1,2	2,7%	**
	Moyen et plus	3,3	10,5%	***	2,3	10,2%	***	3,1	10,1%	***	1,7	6,5%	***
Var2	Centre	1,4	5,5%	***	1,3	4,7%	***	1,4	5,6%	***	1,5	6,7%	***
	Autre												
Var3	Défavorisé							1,8	10,5%	***	1,2	2,8%	**
	Favorisé	1,8	10,4%	***									
Var4	Oui	1,6	5,1%	***	1,3	2,3%		1,6	5,2%	***	1,3	2,1%	**
	Non						**						
Var5	Urbain	1,6	8,2%	***	1,4	5,9%	***	1,5	7,6%	***	1,2	2,4%	**
	Rural												
Var6		1,8	1,6%	*									
Var7	Favorisé	1,7	7,2%	***				1,6	6,4%	***	1,3	3,8%	***
	Défavorisé												
Var8		0,9	14,2%	***	0,8	15,0%	***	0,9	14,4%	***	0,9	10,6%	
Var9	<30 ans	13,1	21,4%	***									
	>= 30 ans				1,3	3,3%	**						
Var10	Oui				1,4	4,4%	***	1,3	3,2%	**	1,2	1,7%	*
	Non												
Constant			13,1	21,4%	6,2	26,5%		15,5	37,3%	***	2,1	10,6%	***
Classification			82,2%		72,7%			81,8%			60,8%		
Var1: Niveau instruction Var2 : Région Var3 : Condition logement Var4 : Etat de santé de la mère Var5 : Strate Var6 : Lien de parenté Var7 : Equipement et Bien Var8 : Rang de naissance Var9 : Age à l'accouchement var10 : Chef de ménage occupé ou retraité													
- *** : significatif au seuil de 1% ** : signification au seuil de 5% * : signification au seuil de 10%													

Conclusion

Tout au long de cet article nous avons essayé d'identifier les déterminants au recours aux soins. Nous avons dans un premier temps analysé les soins préventifs. Le premier indicateur est le suivi de la grossesse, le statut de la femme était déterminant on a trouvé que les femmes chefs de ménage faisaient suivre leurs grossesses plus que les autres. Pour les trois autres indicateurs à savoir précocité, soins médicaux et le nombre de consultation durant la grossesse, les facteurs socio-économique et l'état de santé de la mère étaient les plus décisifs.

Les inégalités dans l'utilisation des soins de santé prénataux sont les plus marquées chez les femmes peu instruites, habitant en milieu rural et celles ayant les conditions économiques les plus mauvaises. Les effets associés aux variables milieu d'habitat et région nous montrent le rôle de l'offre et de la disponibilité des services dans l'utilisation des soins de santé. «Ces disparités peuvent être expliquées en bonne partie par l'absence de services de santé, mais même en présence des services de santé, la mauvaise perception de leur qualité, sont des facteurs à l'origine d'une sous utilisation des services de santé (Najera et Infante, 1990 rapporté par Echarri Canovas, 1994,p.214).

Les effets des variables socio-économiques représentés par le niveau d'instruction, les conditions des logements et équipements et l'activité du chef de ménage montrent des inégalités. Pour le niveau d'instruction près de 30% des femmes sans instruction n'ont eu aucune prise en charge durant leurs grossesses alors que moins de 5% des femmes de niveau moyen et plus n'ont pas suivi leur grossesse.

Les déterminants économiques et géographiques ne sont pas les seuls à influencer le recours aux soins prénataux: l'expérience acquise lors des accouchements antérieurs a un rôle déterminant. Le rang de naissance s'est avéré un facteur crucial dans le recours aux soins durant la grossesse. La contribution du rang de naissance est la plus élevée pour les quatre indicateurs.

On constate que les probabilités d'utiliser les soins prénataux diminuent lorsque le rang de naissance augmente. L'âge à l'accouchement est significatif uniquement pour l'indicateur nombre de visites prénatales. Les femmes de plus de 30 ans ont quatre fois la chance d'avoir suivi au moins les quatre visites. Les faibles effectifs ne nous ont pas permis de vérifier l'effet d'un âge à l'accouchement sur le recours aux soins prénataux. Peu de naissances ont lieu à moins de 20 ans. Par ailleurs, il y a interaction entre l'âge de la mère et son état de santé. Les femmes les plus âgées sont celles qui ont déclaré le plus avoir une maladie chronique. Près de 74% des femmes malades ont 30 ans et plus.

En Algérie, l'institution familiale occupe une place centrale, dans la mesure où l'appartenance sociale de l'enfant s'inscrit dans le cadre du groupe familial, la responsabilité de sa santé est également co-extensive au couple parental et concerne un groupe de référence composé de plusieurs personnes: «la mère n'a

pas toute latitude de choix et l'intervention du père des enfants ou des grands-parents est susceptible d'influencer les décisions prises» (Adjamgbo et al, 1999, p.121).

La famille dans notre cas est approchée par le ménage. Les variables retenues pour représenter le ménage le type de ménage, le lien de parenté avec le chef de ménage. Les résultats ont révélé que le type du ménage n'est pas significatif en contrôlant avec l'ensemble des variables, le lien de parenté avec le chef de ménage était significatif pour le suivi de la grossesse seulement et Les femmes chefs de ménage voient leur chance de faire suivre leur grossesse augmenter de la moitié par rapport aux autres femmes du ménage.

Références Bibliographiques

1-Adjamagbo A., Guillaume A., Koffin N., **Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains**, IRD, Paris, (1999).

2-Albrecht J., ASif A. «**Father's perception of child health in a squatter settlement, Karachi**», *Health Transition Review*, vol.5, n°2., (1995), pp.191-206.

3-Echarris Canovas C.J., **Structure familiale et santé des enfants**. Une étude au Mexique, Thèse de Doctorat en Démographie, Université Catholique de Louvain La Neuve, (1993), 413 p

4- Pelto G.H., "**Cultural issues in maternal and child health and nutrition**", *Social Science Medecine*, 25(6), (1987), p.552-559

5-Prual, L. de Bernis, D. Ould El Joud, « **Santé maternelle en Afrique francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne**», *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol 31, n° 1, 2002, (pp. 90-99)

6- Kroeger A., "**Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in developing Countries**", *Social Science Medecine* 17(3), (1983), pp.147-161.

7- Godin I., Lagasse R.. (sans année), "**Le concept de culture sanitaire, problème de mesure**", Bruxelles, Laboratoire d'épidémiologie et de médecine sociale, unité de Socio-épidemiologie,

8- Hobcraft J., "**Women's education, child welfare and child survival**", *Health Transition Review* Vol.3, n°2, (1993), pp.159-173.

9- MSPRH, ONS, **Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002**, Alger, (2004).

10- OMS (1999), **Removing obstacles to healthy development**. Report on Infectious Diseases, Geneva, Who.

11- **OMS, 2005, Les effets de l'environnement sur la santé de la mère et de l'enfant**, Aide mémoire, centre/factsheets/fs284/fr/index.html consulté le (9/08/2010).

12- OMS, 2006, **Travailler ensemble pour la santé**. Rapport sur la santé dans le monde, http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf consulté le (9/08/2010).

ANNEXES

Annexe n° 1: Fréquences de certaines caractéristiques de la mère

Variables	Modalités	Effectif	Proportion
Etat de santé de la mère	Oui	485	12,72%
	Non	3329	87,28%
Age à l'accouchement	Moins de 20ans	63	1,68%
	20-29	1514	40,33%
	30-34	1043	27,78%
	>=35	1197	31,89%
Lien de parenté de la mère	Chef de ménage	44	1,15%
	Epouse CM	3173	83,13%
	Fille/Bru	545	14,28%
	Autre	55	1,44%
Niveau d'instruction de la mère	Analphabète	1728	45,27%
	Primaire-SLE	1354	35,47%
	Moyen et plus	735	19,26%
Activité de la mère	Occupe	274	7,19%
	Sans emploi	49	1,29%
	Femme au foyer	3473	91,11%
	Ecolier /étudiant	6	0,16%
	Retraite	6	0,16%
	Autre	4	0,10%
Rang de naissance	1	694	18,20%
	2	658	17,25%
	3 et plus	2462	64,55%
Chef de ménage occupé ou retraité	Oui	3197	83,78%
	Non	619	16,22%
Typologie ménage	Nucléaire	2384	62,46%
	Mono parental	31	0,81%
	Elargie	639	16,74%
	Polygame	18	0,47%
	Autre	745	19,52%
Classe Chef ménage	Homme <50ans	2097	55,92%
	Homme >=50ans	655	17,47%
	Femme	998	26,61%

Condition logement	Défavorisé	1831	48,94%
	Favorisé	1910	51,06%
Equipement et Bien	Favorisé	1237	33,40%
	Défavorisé	2467	66,60%
Taille du ménage	1 à 5	1371	36,54%
	6 à 8	1507	40,17%
	> 8	874	23,29%
Région	Centre	1062	27,82%
	Est	1019	26,70%
	Ouest	774	20,28%
	Sud	962	25,20%
Milieu d'habitat	Urbain	2136	55,96%
	Rural	1681	44,04%