

**THE INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED STUDIES AND RESEARCH IN AFRICA - IJASRA**

is an interdisciplinary journal dedicated to the depth of studies in all aspects of human and applied sciences.

It particularly seeks to foster theoretically innovative scholarship that is simultaneously engaged with the global and grounded in the local. The authorship, the editorship and readership of IJASRA are among the most international of scholarly journals.

A peer reviewed quarterly journal containing both scholarly articles and book reviews, IJASRA is published in Canada by Africa Science and is indexed in many databases.

Editor-in-Chief: Blaise Nguendo-Yongsi

TANZANIA IVORY COAST MALAWI MORROCCO GUINEA  
MADAGASCAR RWANDA TUNISIA CHAD ANGOLA MALI  
SUDAN NIGER CAMEROON GHANA ETHIOPIA NIGERIA  
EGYPT ZIMBABWE SIERRA LEONE CENTRAL AFRICA  
MAURITANIA BURUNDI SENEGAL KENYA LIBERIA  
ZAMBIA SOUTH AFRICA LYBIA GABON BURKINA FASO TOGO  
ALGERIA SOMALIA BENIN UGANDA GAMBIA MOZAMBICA CONGO

## IJASRA

Moving beyond the classic divides of area studies, International Journal of Advanced Studies and Research in Africa (IJASRA) explores the shared concerns of Africa, offers stimulating perspectives on interdisciplinary debates, and challenges established analytic models.

Launched in January 2010, IJASRA publishes articles from around African regions, providing a distinctive link between scholars living and working in Africa and their counterparts in Europe, Oceania and North America.

IJASRA publishes articles related to all aspects of Human and social sciences, life and applied sciences like:

Arts (visual, drama)	Agricultural sciences
Archaeology	Animal and Veterinary Sciences
Literature	Sciences
Anthropology/Philosophy /Sociology	Medicine and Biomedical Sciences
Behavioral, Cognitive, and Psychological Sciences	Epidemiology and Public Health
Music and theatre	Biology and geology
History	Food and nutrition
Linguistics	Mathematics and Physics
Geography	Engineering (all fields)
Political sciences	Computer sciences and software
Religious studies	Environmental studies
Economics, Finance and Management Sciences	Intelligent Systems and Technologies
Communication	Mechanical, Industrial and Aerospace Engineering
Educational sciences	

Before submitting your work to IJASRA, please refer to the full instructions to authors to ensure the most efficient processing of your article through the peer-review process.

Authors are highly encouraged to use online submission system. However, manuscripts can be submitted at the following e.mail: [editor.ijasra@africasciencenetwork.org](mailto:editor.ijasra@africasciencenetwork.org)

## TABLE DES MATIERES

### 06 EXPÉRIENCES PÉDAGOGIQUES DES ENSEIGNANTS EN ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES AU CAMEROUN

LAOUNGANG Ange Maïn-Ndeiang, WAMBA André- Département des Enseignements Fondamentaux en Éducation, FSE, Université de Yaoundé I, Cameroun

### 18 DETERMINANTS ET TENDANCES DE LA MALNUTRITION INFANTO-JUVENILE DANS LES REGIONS SEPTENTRIONALES DU CAMEROUN DE 2011 A 2018

BANGUI Antoine et NGUENDO YONGSI- IFORD, Université de Yaoundé II, (Cameroun)

### 31 A POOR DISCHARGE OF SLAUGHTERHOUSES WASTES AND POLLUTION OF WATER BODIES IN KUMBA MUNICIPALITY

SOP SOP Maturin Désiré et BESENDE Didien Njumba – Department of Geography, The Higher Teachers' Training College-Bambili, University of Bamenda (Cameroon)

### 41 FACTEURS INDIVIDUELS ET CONTEXTUELS DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS NEONATALS EN CÔTE D'IVOIRE

LEGBRE Didier et NGUENDO-YONGSI, IFORD, Université de Yaoundé II (Cameroun)

### 55 CULTURE DU PALMIER À HUILE, CURÉE FONCIÈRES ET DÉFORESTATION DANS LA COMMUNE DE NGWÉI (LITTORAL-CAMEROUN)

ABASSOMBE Guy Donald, TCHINDJANG Mesmin, VOUNDI Eric – Département de géographie, FALSH, Université de Yaoundé I



IJASRA

International Journal of Advanced Studies and Research in Africa

Is published by:



© Africa Science Network, MMXXII  
Geospatial Land&Health Research Laboratory  
Institute for Population Studies – IFORD - University of Yaoundé II

Brampton | Ontario | L7A 0M2

[www.ijasra.org/vol.11](http://www.ijasra.org/vol.11)

IJASRA

International Journal of Advanced Studies and Research in Africa

ISSN: 1920-860X (online)

ISSN: 1920-8693 (Print)

Vol.11. Issue/Numéro 2 – December/Décembre 2022

# International Journal of Advanced Studies and Research in Africa

*Where South meets North... to share knowledge*

## Advisory Board

**Dr Thomas Yonette F.**

Urban Health 360° | Washington DC | USA

**David Todem**

Department of Epidemiology and Biostatistics | Michigan State University | USA

## Editorial Board/Comité scientifique

### 1. Editor-In-Chief/Redacteur-en-chef

**H.B. Nguendo Yongsi, Msc, PhD**

Geospatial Land & Health Research Laboratory | Institute for Population Studies | The University of Yaoundé II | Cameroon

### 2. Associate Editors/Membres

©IJASRA-Canada

Article published by



and available on line from <http://www.africascience.org>

Freedom to research

IJASRA-Canada Article published by



and available on line from <http://www.africasciencenetwork.org>

Freedom to research



**Raoul Etongue Mayer, PhD**  
Département de géographie | Université Laurentienne | Canada

**Sidikou Ramatou Djermakoye Seyni, PhD**  
Département des biotechnologies végétales | Niamey | Niger

**René Joly Assako Assako, PhD**  
Département de Géographie | Université Yaoundé 1 | Cameroun

**Pr Fatou Diop Sall, PhD**  
UFR Lettres et Sciences Humaines | Université G. Berger | Sénégal

**Dave Todem, PhD**  
Department of Epidemiology | Michigan State University | USA

**Jean-Francois Kobiane, PhD**  
ISSP | Université de Ouagadougou | Burkina Faso

**Gabriel Kwami Nyassogbo, Docteur d'État**  
Département de Géographie | Université de Lomé | Togo

**Maurice Tsalefac, Docteur d'État**  
Département de Géographie | Université de Dschang | Cameroun

**Yemadji Ndiekhor, PhD**  
Département de Géographie | Université de Ndjamena | Tchad

**Kengne Fodouop, Docteur d'État**  
Département de Géographie | Université de Yaoundé | Cameroun

**Dr Regis Arsene Randriambololona**  
Faculté de Médecine | Université de Fianarantsoa | Madagascar

**Fatou Maria Drame, PhD**  
UFR Lettres et Sciences Humaines | Université G. Berger | Sénégal

**Samy Abo Ragab, PhD**  
Desert Research Center | El-Mataria-Cairo | Egypt

**Oscar Assoumou Menye, PhD**  
ESSEC | Université de Douala | Cameroun

**Josué Ndolombaye, PhD**  
Département de Sociologie | Université de Bangui | Centrafrique

**Rémy Sietchiping, PhD**  
Shelter Branch, Global Division | UN-HABITAT | Nairobi | Kenya

**Barthélemy KALAMBAYI BANZA, PhD**  
Faculté des sciences économiques et de gestion  
Université de Kinshasa | République Démocratique du Congo

**Belkacem Labii, PhD**  
Laboratoire Villes et santé | Université de Constantine 3 | Algérie

**Moise Moupou, PhD**  
Département de Géographie | Université de Yaounde 1 | Cameroun

**Joana L. Vearey, PhD**  
Département de Sociologie | Université de Witwatersrand | South Africa

**Yolande Berton-Ofoueme, PhD**  
Département de Géographie | Université Marien Nguabi | Congo

**Aurore Ngo Balepa, PhD**  
Département de Géographie | Université de Douala | Cameroun

**Antoine Socpa, PhD**  
Département d'Anthropologie | Université de Yaoundé | Cameroun

**Abdou Doumbia, PhD**  
Département de sociologie | Université de Bamako | Mali

**Dr Didier Bompangue Nkoko**  
Faculté de Médecine | Université de Kinshasa | RDC

**Paul Tchawa, PhD**  
Département de Géographie | Université de Yaoundé | Cameroun

**François Kouadio, PhD**  
Département de Géographie | Université d'Abidjan | Côte-d'Ivoire

**Euloge Makita-Ikouaya, PhD**  
Université Omar Bongo/CEREP | Libreville | Gabon

**Siham Bestandji**  
Laboratoire Villes et santé | Université de Constantine 3 | Algérie

**Michel Tchotsoua, PhD**  
Département de Géographie | Université de Ngaoundéré | Cameroun


**Bernard Gonne, PhD**  
Institut du sahel | Université de Maroua | Cameroun

**Aminata Niang-Diene, PhD**  
Département de Géographie | Université Cheick Anta Diop-Dakar | Sénégal

**Jeremi Rouamba, PhD**  
Département de Géographie | Université de Ouagadougou | Burkina Faso

4

©IJASRA-Canada

Article published by  and available on line from <http://www.africascience.org>  
Freedom to research

IJASRA-Canada Article published by  and available on line from <http://www.africasciencenetwork.org>  
Freedom to research





Publié par Africa Science Network, ce numéro spécial de **International Journal of Advanced Studies and Research in Africa**, est protégé par les lois et traités internationaux relatifs aux droits d'auteur. Toute reproduction ou copie partielle ou intégrale, par quelque procédé que ce soit, est strictement interdite et constitue une contrefaçon et passible des sanctions prévues par la loi.

IJASRA

International Journal of Advanced Studies and Research in Africa  
ISSN: 1920-860X (online) ISSN: 1920-8693 (Print)  
Vol. 11, Issue/Numéro 2, 2022




© Africa Science Network is a pioneer in the provision of open access to peer reviewed articles published in Africa. The International Journal of Advanced Studies and Research in Africa (IJASRA) which is supported by Africa Science contains timely research on all aspects of humanities, social sciences, life and applied sciences that would not otherwise be readily available to researchers in both developing and developed world. Africa Science is not a publisher, but an aggregator that provides a free platform for IJASRA who wish to participate in the global open access movement. Africa Science is a not-for-profit electronic publishing service committed to providing open access to quality research articles published in Africa. Africa Science's goal of reducing the South to North knowledge gap is crucial to a global understanding of education, research, economics, health, biodiversity, the environment, conservation and international development. This "lost science" deprives the global scientific community of much essential knowledge from local and regional research in Africa. In many disciplines-such as tropical medicine, infectious diseases, epidemiology, biodiversity, environmental sciences, international development, political sciences, literature, music, all fields of engineering -this can have serious consequences for the progress of science and for the development of a knowledge base that is truly global in scope and perspective. Africa Science provides a unique service by making knowledge and scientific information generated in this continent available to the international research community worldwide. Since its inception, Africa Science's activities have cross-cut a number of areas, including content delivery service, research on the efficacy of open access dissemination, as well as in education and training. In particular, Africa Science:

- \* Provides a free platform to promote open access publications for researchers who may not otherwise have sufficient resources on their own;
- \* Reduces technological and financial barriers to knowledge acquisition by providing IJASRA journal material on an open-access, easily accessible basis, regardless of geographic, technological or financial boundaries;
- \* Improves the visibility of Africa i.e. of developing world publications, allowing them to enter into mainstream research and knowledge activities and thereby raising their impact and credibility;
- \* Acts as an OAI data provider, allowing journal articles to be easily harvested and discovered by other indexing services;
- \* Promotes open access to the academic community through case studies, research into how open access affects authors, and studies of library use and adoption of such resources

We'll appreciate enough that institutions offer AFRICA SCIENCE, short term funding in the form of foundation sponsorships. These may be negotiated individually, and will be instrumental in helping AFRICA SCIENCE to make the transition to a membership-supported model. For more information and to support AFRICA SCIENCE, please contact us: [editor.ijasra@africasciencenetwork.org](mailto:editor.ijasra@africasciencenetwork.org)

---

©IJASRA-Canada

Article published by  and available on line from <http://www.africascience.org>  
Freedom to research

---

IJASRA-Canada Article published by  and available on line from <http://www.africasciencenetwork.org>  
Freedom to research





Check for updates

RAPPORT D'ÉTUDE

## FACTEURS INDIVIDUELS ET CONTEXTUELS DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS NEONATALS EN CÔTE D'IVOIRE

LEGBRE DIDIER & NGUENDO-YONGSI H.B.

Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD)- Université de Yaoundé II, Cameroun

Reçu/Received on: 05-December-2021; Évalué/Revised on: 23-Avril-2022; Accepté/Accepted on: 11-August-2022;  
Publié/Published on: 31-December-2022

### RESUME

Le premier mois de vie constitue la période où les nouveau-nés sont les plus vulnérables et parfois ne sont pas à l'abri d'une mort évitable. En 2013, 2,8 millions de nouveau-nés sont décédés pendant le premier mois de vie dont 1 million le premier jour (OMS et USAID, 2015). En Côte d'Ivoire, la mortalité néonatale est de 33 pour 1000 naissances vivantes. Or ces décès pourraient être évités par des soins continus et adéquats pendant ladite période. Selon l'enquête MICS 2016, Sur les 2529 naissances ayant déjà fait au moins un mois de vie et qui ont reçu les premiers soins, 61,81% ont connu des abandons de soins contre 38,19% qui n'en ont pas connu. Cette étude vise à contribuer à une meilleure connaissance des facteurs prépondérants expliquant la discontinuité des soins néonataux afin de guider d'une part les décideurs politiques, les responsables de programmes, les formateurs et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge postnatale du nouveau-né et d'autre part d'aider à réduire les décès évitables et ce en vue d'atteindre la cible 3.2 de l'ODD3.

Les données utilisées sont celles de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) de 2016. Pour atteindre les objectifs de l'étude, deux méthodes ont été utilisées. L'analyse descriptive qui a permis de vérifier la relation entre la discontinuité des soins néonataux et chacune des variables d'intérêt au seuil de 5% et de dresser le profil des nouveau-nés qui ont connu un abandon de soins et l'analyse explicative qui a permis d'identifier les facteurs prépondérants de la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire à l'aide de la régression logistique selon une approche multiniveau.

Au niveau descriptif bivarié, toutes les variables mobilisées sont significativement associées à la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire au seuil de 5 % excepté l'état matrimonial de la mère, la désirabilité de la grossesse et le sexe du nouveau-né. L'analyse descriptive multivariée montre que les nouveau-nés qui ont connu un abandon de soins sont ceux issus des mères n'ayant aucun niveau d'instruction. Ils vivent dans des communautés ayant en majorité des ménages pauvres et des mères non instruites. N'étant pas exposées ou faiblement exposées aux médias, les mères de ces nouveau-nés ne sont pas modernes. Ils naissent pour la plupart en milieu non hospitalier et résident dans la région du Nord de la Côte d'Ivoire. On les retrouve dans le milieu rural et vivent dans les ménages pauvres dont les chefs sont musulmans ou animistes/sans religion. Ces chefs de ménage sont d'ethnie mandé ou des étrangers vivant en Côte d'Ivoire. Au niveau explicatif, il ressort que le recours aux soins postnatals de la mère, le lieu d'accouchement, le nombre de consultations prénatales, l'ethnie du chef de ménage et la région de résidence sont les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire.

Au vu de ces résultats, les décideurs politiques doivent mettre l'accent sur les campagnes de sensibilisation des femmes sur l'importance des soins prénatals et postnatals surtout dans les régions du Nord et de l'Ouest afin d'éviter les décès des nouveau-nés. Lors de ces campagnes de sensibilisation, un accent particulier doit être mis sur l'importance d'accoucher en milieu hospitalier.

**Mots clés :** Côte d'Ivoire, non-vaccination, enfants, visites prénatales, couverture vaccinale

## [I] INTRODUCTION

Selon les estimations de l'OMS datant de 2004, chaque année, l'on enregistre 3, 7 millions de décès de nouveau-nés survenant avant le 28<sup>ième</sup> jour de vie de l'enfant (OMS et UNICEF, 2009). Selon la même source, les décès néonataux (décès survenant avant le 28<sup>ième</sup> jour) représentent 40% des décès des enfants de moins de cinq ans. La même source rapporte que sur tous les décès survenant au cours de cette période, trois quart surviennent au cours de la première semaine de vie et ceux qui surviennent dans les 24 heures qui suivent l'accouchement représentent 25 à 45% des décès néonataux. En 2013, 2,8 millions de nouveau-nés sont décédés pendant le premier mois de vie dont 1 million le premier jour (OMS et USAID, 2015). Ces statistiques montrent que la période néonatale est une période critique pour la survie des enfants. Près de 80% des causes majeures de décès durant cette période sont attribuées aux infections, à l'asphyxie, la prématurité et au faible poids du nouveau-né à la naissance (OMS et UNICEF, 2009). Or, selon l'OMS et l'USAID (2015) ces décès peuvent être évités si les mères et leurs enfants ont d'une part un accès facile à des services de santé primaires ou obstétricaux essentiels et d'autre part bénéficient d'une continuité des soins tout au long de la période néonatale. Ce qui n'est pas toujours le cas dans les pays en développement. Ainsi, la mise d'un accent particulier sur cette période critique de la vie du nouveau-né par les politiques et programmes en matière de santé de la population en général et en particulier maternelle et infantile serait d'un apport considérable dans l'atteinte de la cible 3.2 de l'objectif de développement durable (ODD3). En effet, c'est au cours de cette période que ces nouveau-nés sont vulnérables et ne sont pas à l'abri d'une mort évitable. Alors, pour améliorer les chances de survie des nouveau-nés, l'OMS et l'UNICEF (2009) recommandent que les soins pendant et immédiatement après l'accouchement soient assurés par un personnel qualifié quel que soit le lieu de la naissance. Si de façon globale l'Afrique subsaharienne a vu sa mortalité diminuer de façon spectaculaire au cours des deux dernières décennies, elle reste la région ayant le taux de mortalité le plus élevé dans le monde. La mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu une baisse passant de 146 à 65 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2013, contre la cible de deux tiers de réduction (UNICEF, 2016). Concernant les décès néonataux, l'Afrique subsaharienne enregistre 98% des décès néonataux mondiaux (UNICEF, 2009). La Côte d'Ivoire, comme dans tout autre pays en développement, enregistre également des niveaux de

mortalité non négligeables. Durant la période de 5 ans ayant précédé l'enquête MICS de 2016, donc de 2011 à 2016, la mortalité néonatale est passée de 38 à 30 décès pour 1000 naissances vivantes. Même si ces statistiques montrent clairement une baisse de la mortalité des enfants en Côte d'Ivoire et témoignent des efforts fournis par les autorités, il sied de dire que le pays n'a pas encore atteint la cible 3.2 de l'ODD3.

Aussi, les événements sociopolitiques qu'a connu le pays depuis 2002 jusqu'en 2010 et la crise post-électorale entre 2010 et 2011 ont occasionné le dysfonctionnement du système sanitaire ivoirien. Après le retour au calme dès mai 2011, l'Etat s'est engagé à travailler activement afin d'apporter des réponses efficaces aux problèmes sanitaires du pays. A cet effet, l'Etat ivoirien à travers le ministère chargé de la santé et de la lutte contre le sida a mis en place un plan national de développement sanitaire (PNDS) prenant en compte la période 2012-2015. Outre ce plan (PNDS), le gouvernement a décidé d'apporter un soulagement aux populations en instaurant le 16 avril 2011, pour une période de 10 mois, la gratuité des soins dans tous les établissements publics (JICA, 2012). Ensuite, selon la même source, le gouvernement est passé par la suite à la gratuité ciblée des soins principalement en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans depuis le 20 février 2012. Malgré les efforts fournis par l'Etat à travers la mise en place de la politique nationale de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015 et de la gratuité des soins, les disparités de couverture sanitaires demeurent encore sur toute l'étendue du territoire national. En effet, selon les données de l'Enquête MICS 5 de 2016, 61,81% de nouveau-nés ont connu des abandons de soins et 38,19% ont bénéficié de soins de façon continue durant le premier mois de vie (INS et UNICEF, 2017). Il importe donc de savoir pourquoi en Côte d'Ivoire, certains nouveau-nés connaissent les abandons de soins. Autrement dit, cette étude répond à la question suivante : Lesquels des facteurs individuels ou contextuels ont une part prépondérante dans l'explication de la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire ?

L'objectif général est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs prépondérants expliquant la discontinuité des soins néonataux afin de guider d'une part les décideurs politiques, les responsables de programmes, les formateurs et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge postnatale du nouveau-né et d'autre part d'aider à réduire les décès évitables et ce en vue d'atteindre la cible 3.2 de l'ODD3. Plus spécifiquement, il s'agit de : (i) Décrire



les différentiels associés aux caractéristiques individuelles et communautaires de la discontinuité des soins néonataux; (ii) Dresser le profil des nouveau-nés dont les soins sont discontinus ; (iii) Identifier les facteurs individuels et contextuels de la discontinuité des soins néonataux ; (iiii) Hiérarchiser ces facteurs.

### **[III] ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES**

#### **Cadre théorique**

La période néonatale est considérée comme un moment critique pour la survie du nouveau-né car c'est au cours de cette période qu'on observe un taux élevé de décès de ceux-ci. Ces décès peuvent être évités si chaque nouveau-né bénéficiait d'un suivi médical adéquat et continu pendant les 28 jours qui suivent sa naissance. Ce qui n'est pas toujours le cas surtout dans le contexte des pays en développement. Plusieurs travaux ont mis l'accent sur ces raisons et ont permis d'avoir une explication holistique de l'utilisation des services de santé en général et de la discontinuité des soins néonataux en particulier. A la lumière des études, nous avons scinder en trois groupes les approches explicatives du recours aux soins de santé en général et de la discontinuité des soins néonataux en particulier. Il s'agit de l'approche de la demande de soins, de l'approche de l'offre de soins et l'approche globale.

#### **\* Approche de la demande de soins**

L'idée qui sous-tend cette approche est que l'environnement socioculturel, socioéconomique dans lequel se trouve l'individu, et les facteurs biologiques et sanitaires déterminent son comportement thérapeutique. En effet, l'homme naît, grandit et évolue dans une société caractérisée par ses rites, coutumes et pratiques. Selon DIOP (1988) « les populations africaines, comme toute population, adhèrent à des croyances traditionnelles rendant compte de la vie et de la mort, elles adoptent des attitudes et des pratiques au cours de leur destin pour survivre, individuellement et collectivement, conjurer et surmonter le mauvais sort et la maladie ». En d'autres termes, DIOP explicite sa pensée en disant que les africains sont beaucoup attachés à leurs croyances traditionnelles moyens de survie et de protection contre les mauvais sorts. Ces croyances ont une forte influence sur le comportement thérapeutique des populations surtout des femmes en ce qui concerne les soins du nouveau-né. De nombreuses études ont expliqué l'utilisation des services de santé par une multiplicité de variables socioculturelles telles que l'ethnie, la religion le degré de modernité

culturelle et le niveau d'instruction. Aussi, les conditions économiques dans lesquelles vit un individu déterminent ses choix thérapeutiques (BENINGUISSE, 2003). En effet, les coûts de prestations de services sont susceptibles d'encourager ou d'empêcher l'utilisation des services de santé selon la capacité matérielle ou financière des individus. En outre, à l'incapacité de faire face aux coûts relatifs aux prestations s'ajoutent les coûts relatifs aux frais de transport, à l'achat des médicaments (NKURUNZIZA, 2014). Plusieurs études ont mis en exergue le niveau de vie des ménages, le sexe du chef de ménage et l'activité économique de la femme comme variables explicatives du recours aux soins en général et de la discontinuité des soins néonataux en particulier. Dans son étude sur les facteurs explicatifs du non recours aux premiers soins néonataux modernes en Côte d'Ivoire, KONAN (2014) montre que le niveau de vie a une influence sur le recours aux premiers soins néonataux modernes. Les nouveau-nés issus des ménages pauvres ont moins de chances de bénéficier des premiers soins que leurs congénères issus des ménages riches. Outre ces facteurs socioculturels et économiques, les caractéristiques biodémographiques et sanitaires des individus en général et des femmes en particulier déterminent leurs comportements thérapeutiques. Plusieurs études ont mis en exergue l'âge de la femme à l'accouchement, la parité atteinte par celle-ci, son état matrimonial et la désirabilité de la grossesse comme variables explicatives du recours aux soins. Il ressort des études menées par SALA-DIAKANDA (1999) au Cameroun que les « femmes jeunes sont plus susceptibles de recourir aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum que les femmes âgées, ceci en raison du faible poids des valeurs traditionnelles plus pesantes sur ces dernières ». Cependant, à l'opposé selon (GAGE, 1998), les femmes très jeunes utiliseraient moins les services de santé maternelle et infantile car elles peuvent ignorer, faute d'expérience, les symptômes de la grossesse et les risques liés à l'accouchement et au post-partum. Cet état des choses retarde les premières consultations postnatales aussi bien des femmes que des nouveau-nés. Par conséquent les soins des nouveau-nés peuvent être discontinus. Quant à la parité atteinte, l'état matrimonial de la femme et la désirabilité de la grossesse, BAYA (1999) et GAGE (1998) ont mis en exergue l'influence de ces variables sur le recours aux soins. Enfin, il est d'autant plus important de prendre en compte les rapports de genre. En effet, certaines femmes ne recourent pas aux soins avec leurs nouveau-nés pour des raisons d'absence de prise de décision. La décision de recourir aux soins émane très

souvent du conjoint ou des autres membres de la famille. Aussi en raison de son statut social. C'est état des choses a un impact considérable sur le comportement de celle-ci quant au recours aux soins. Cependant, cette approche occulte la dimension offre de soins de santé.

\* Approche de l'offre de soins ou approche organisationnelle

Aussi appelée approche institutionnelle, elle est basée sur l'offre des soins de santé c'est-à-dire la disponibilité des services de santé, l'accessibilité, l'organisation et la qualité des soins offerts. L'idée qui sous-tend cette approche est que la faible utilisation des services obstétricaux est due à une offre insuffisante de services de santé aussi bien du point de vue quantitatif que qualitatif (qualification du personnel sanitaire, moyens techniques disponibles, continuité de services, bon accueil des consultants, temps d'attente). Autrement dit, l'utilisation des services de santé serait expliquée par une offre suffisante de ces services en termes de quantité et de qualité des soins (NKURUNZIZA, 2014). Dans son étude réalisée au Mali, CISSE (2018) montre que les inégalités de recours aux soins sont la résultante des disparités de dotations de ressources du contexte. Aussi pour ce qui est de la disponibilité des soins de santé, elle « est définie comme la relation entre d'une part le volume et le type des services existants et d'autre part le volume et le type de besoins des patients » (RICHARD, 2001, p.15). Selon cet auteur, la présence physique d'une infrastructure sanitaire ne suffit pas à influencer son utilisation. Il faut qu'elle soit capable de produire des services nécessaires. Or dans de nombreux pays en développement, les services de santé sont loin de disposer toutes ces commodités de qualité (ADJAMAGBO ET GUILLAUME, 2001, RICHARD 2001, NKURUNZIZA, 2014). La plupart des établissements sanitaires publics sont détériorés, mal équipés et le personnel soignant est largement insuffisant (NKURUNZIZA, 2014). C'est état des choses influence fortement les choix thérapeutiques surtout pour le nouveau-né.

Ces deux approches citées plus haut prises une à une ne permettent pas d'avoir une compréhension holistique de l'utilisation des services de santé. Il sied d'opter pour une approche globale.

\* Approche globale

Cette approche est dite globale parce qu'elle intègre à la fois l'offre des soins de santé et la demande des soins. Selon Selon KROEGER (1983) une chose est de garantir l'offre de soins mais une autre est d'assurer l'accessibilité géographique, financière et de briser les barrières socioculturelles pour favoriser l'utilisation des services de santé. Etant donné que le contexte africain est caractérisé par une pluralité thérapeutique, pour mieux connaître les raisons qui encouragent ou empêchent les individus d'utilisation les services de santé, il serait judicieux d'opter pour une approche globale. Ainsi, plusieurs modèles ont été développés dans ce sens. A la lumière de la littérature nous avons pu en sortir quelques-uns : le modèle des trois retards, le modèle SWORD repris par SOPHIE ROY, le modèle probabiliste de DUJARDIN, le modèle de FOURNIER et HADDAD (1995) et le modèle de BENINGUISSE (2001) adapté non au contexte Camerounais mais aussi à notre étude.

### ➤ Sources de données

Les données qui nous permettront de mener à bien nos analyses dans le cadre de cette étude, sont celles collectées lors de l'enquête MICS de 2016 initiée par le Ministère du Plan et du Développement et réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS). Cette enquête est la cinquième du genre après celles réalisées en 1996, 2000, 2006 et 2011-2012. La réussite de la MICS 5 est le fruit d'une collaboration technique entre l'INS et l'UNICEF qui apporte régulièrement son appui technique et financier à la Côte d'Ivoire. Cette enquête avait pour objectif principal de fournir des informations actuelles et désagrégées sur la situation des enfants en Côte d'Ivoire, permettant de suivre les progrès vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD). Plus spécifiquement, il était question de disposer des données à jour et fiables nécessaires permettant de calculer les indicateurs démographiques et de santé infantile essentiels.

La population cible : La population cible de notre étude est constituée des nouveau-nés ayant déjà vécu au moins un mois et qui ont bénéficié de soins le jour de leur naissance. La taille de notre échantillon est de 2529 nouveau-nés. Pour avoir les informations concernant les soins du nouveau-né au cours des 28 jours suivant sa naissance, les questions sur la consultation du nouveau-né après l'accouchement, la durée avant le contrôle et la personne ayant consulté le nouveau-né ont été posées à la mère dans le questionnaire femme.

## ➤ Analyse des données

-L'analyse descriptive : L'analyse descriptive bivariée consiste à prendre les variables deux à deux notamment la variable dépendante et chacune des variables indépendantes et de voir les possibles liens ou corrélations qui existent entre elles. Elle a été faite par l'entremise de la statistique de Khi-deux au seuil de 5%. Quant à l'analyse descriptive multivariée, nous avons fait recours à l'AFCM (Analyse Factorielle des Correspondances Multiples) pour dresser le profil des nouveau-nés qui ont connu un abandon de soins selon les caractéristiques susmentionnées. Les logiciels Stata 16, excel et SPAD version 5.5 ont été utilisés.

-L'analyse explicative : Les méthodes d'analyse descriptive mise en évidence précédemment permettent de prétendre qu'il y a relation ou pas entre la variable dépendante et les variables indépendantes ou explicatives. Pour ce qui est de l'analyse explicative multivariée, elle permet de mesurer les effets nets des variables explicatives sur la variable dépendante selon leur différent niveau d'analyse. Elle permet aussi de confirmer ou d'infirmer les hypothèses préalablement prédéfinies.

Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons au niveau explicatif la régression logistique multiniveau afin de dissocier les effets des variables contextuelles sur les variables individuelles. Le modèle multiniveau qui sera mis en évidence ici présente trois niveaux à savoir le niveau macro (communautaire) dont l'unité d'analyse est la Zone de Dénombrement (ZD), le niveau méso dont l'unité d'analyse est le ménage et enfin le niveau micro dont l'unité d'analyse est l'individu. Cela s'explique par le fait que les individus considérés vivent dans des ménages, et ces ménages se trouvent dans des communautés. Le choix de l'analyse multiniveau réside dans le fait que l'analyse des données par les Moindres Carrées Ordinaires (MCO) ne permet pas de voir véritablement entre caractéristiques individuelles et contextuelles lesquelles influencent le plus le phénomène étudié. Autrement dit, ces modèles (MCO) ne tiennent pas compte de la structure hiérarchique des données et sont donc inappropriées pour mesurer l'effet du contexte. Le choix de cette méthode se justifie aussi par le fait qu'elle permet d'éviter les erreurs d'interprétation à savoir l'erreur écologique c'est-à-dire expliquer le comportement des individus à partir d'indicateurs agrégés et l'erreur atomiste c'est-à-dire expliquer le comportement d'un individu tout en ne tenant pas compte de l'environnement dans lequel l'individu se trouve.

Cette méthode prend également en compte l'hétéroscédasticité et la non indépendance des résidus.

Dans le cadre de ce travail, cinq modèles seront construits et à partir desquels nous allons évaluer les effets nets et aléatoires des variables qui ont été mobilisées au niveau micro (individuel), méso (ménage) et macro (communautaire) dans l'explication de la discontinuité des néonataux en Côte d'Ivoire. Le premier est celui de la décomposition de la variance M0. Ce modèle détermine la répartition de la variance totale du phénomène sur les trois niveaux d'analyse. Il permet de mesurer l'effet du contexte sur la discontinuité des soins néonataux au travers du coefficient de corrélation communautaire (ICC). Ensuite le modèle individuel M1 qui s'obtient en introduisant dans le modèle vide les variables du niveau individuel. En outre le modèle M2 relatif aux caractéristiques du ménage. Son s'obtient en introduisant dans le modèle les variables du niveau méso. Le modèle communautaire M3. Enfin, pour déterminer les facteurs qui influencent la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire, nous avons le modèle complet M4 contenant toutes les variables mobilisées dans cette étude. Pour mettre en exergue l'effet de contexte dans cette étude, nous analyserons le coefficient de corrélation intra classe (ICC) et la variation de la variance contextuelle entre les différents modèles.

-Modèle vide ou modèle de décomposition de la variance (M0)

L'équation de ce modèle est la suivante :

$$Y_{ijk} = \beta_{000} + [v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}] \quad (1)$$

La partie  $[v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}]$  de l'équation (1) est la partie aléatoire du modèle et  $\beta_{000}$  représente la partie fixe ; avec  $v_{00k} \sim N(0, \sigma_v^2)$ ,  $u_{0jk} \sim N(0, \sigma_u^2)$  et  $e_{ijk} \sim N(0, \pi^2/3)$ . La variation intergroupe au niveau individuel vaut  $\pi^2/3$  dans le cadre d'une régression logistique,  $\sigma_u^2$  est la variance intergroupe au niveau des communautés. La quantité  $e_{ijk}$  est le résidu aléatoire de l'individu  $i$  au sein du ménage  $j$  situé dans la communauté  $k$  ;  $u_{0jk}$  est le résidu aléatoire du ménage  $j$  au sein de la communauté  $k$  et  $v_{00k}$  celui de la communauté  $k$ .

-Modèle individuel ou modèle à variance composée (M1)

L'équation est donnée par la relation suivante :

$$Y_{ijk} = \beta_{000} + \sum_{(n=1)}^N [a_{(n)} X_{(nijk)}] + [v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}]$$

-Modèle au niveau méso ou modèle ménage (M2)

L'équation est donnée par la relation suivante :

$$Y_{ijk} = \beta_{000} + \sum_{(m=1)}^M [b_{(m)} z_{(mjk)}] + [v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}]$$

-Modèle au niveau agrégé ou modèle communautaire (M3)

L'équation de ce modèle est la suivante :

$$Y_{ijk} = \beta_{000} + \sum_{(q=1)}^Q [c_{(q)} W_{(qk)}] + [v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}]$$

-Modèle complet (M4)

L'équation de ce modèle est la suivante :

$$Y_{ijk} = \beta_{000} + \sum_{(n=1)}^N [a_{(n)} X_{(nijk)}] + \sum_{(m=1)}^M [b_{(m)} z_{(mjk)}] + \sum_{(q=1)}^Q [c_{(q)} W_{(qk)}] + [v_{00k} + u_{0jk} + e_{ijk}] \quad (5)$$

Les indices i, j et k représentent respectivement les observations au niveau individuel, au niveau du ménage et celles du niveau communautaire et  $Y_{ijk}$  est la discontinuité ou non des soins du nouveau-né i appartenant au ménage j de la communauté k.

### III] RÉSULTATS

#### III.1. Analyse descriptive

Malgré les efforts fournis par le gouvernement ivoirien à travers la mise en place de la politique nationale de développement sanitaire (PNDS) 2012-2015, de la gratuité des soins dans tous les établissements publics (JICA, 2012) sur une période de 10 mois, puis de la gratuité ciblée des soins principalement en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans depuis le 20 février 2012, on observe une rupture de soins des nouveau-nés. Selon les données de l'enquête MICS 5 de 2016, en Côte d'Ivoire 61,81% de nouveau-nés ont connu des abandons de soins et 38,19% ont bénéficié de soins de façon continue durant le premier mois de vie (INS et UNICEF, 2017). On retrouve donc 36,91% de nouveau-nés dont les mères sont âgées de moins de 25 ans et 45,36% dont les mères sont âgées de 25-34 ans. Près de 67,02% de ces nouveau-nés sont en

milieu rural contre 32,98% en milieu urbain. Aussi, 25,28% sont dans le centres du pays et 28,61% au Nord. A l'Ouest et Au Sud sans Abidjan, ils sont respectivement 20,19% et 16,9%. Enfin, 9,01% résident à Abidjan. Ceux qui vivent dans les ménages pauvres représentent 49,63%. Cependant 39,34% et 11,03% vivent dans les ménages de niveau de vie moyen et riche. 30,85% des nouveau-nés sont issus des ménages où le chef est chrétien. Ceux qui sont issus des ménages dont le chef est musulman représentent 51,61%. Quant à ceux issus des ménages dont le chef est animiste/sans religion, ils représentent 17,54%.

Tableau 1: Discontinuité des soins selon les caractéristiques communautaires, du ménage et individuelles

Caractéristiques		Caractéristiques		Caractéristiques	
Niveau d'instruction de la mère	% (N=2529)	Niveau de vie du ménage	%(N=2529)	Milieu de résidence	%(N=2529)
Aucun	62,23	Pauvre	49,63	Urbain	32,98
Primaire	23,19	Moyen	39,34	Rural	67,02
Secondaire et plus	14,58	Riche	11,03	Région de résidence	
Exposition aux médias		Taille du ménage		Centre	25,28
Pas exposée	33,81	Petite taille	43,04	Nord	28,61
Exposition faible	8,53	Taille moyenne	37,43	Ouest	20,19
Exposition élevée	57,67	Grande taille	19,52	Sud sans Abidjan	16,9
Age à l'accouchement		Sexe du chef de ménage		Abidjan	9,01
moins de 25 ans	36,91	Masculin	86,5	Proportion des femmes non instruites	
25-34 ans	45,36	Féminin	13,5	faible	34,03
35 ans et plus	17,73	Religion du chef de ménage		élevée	65,97
Parité atteinte		chrétiens	30,85	Proportion des ménages pauvres	
Primipares	23,56	Musulmans	51,61	faible	51,65
Multipares	60,28	Animiste/Sans religion	17,54	élevée	48,35
Grandes multipares	16,16	Ethnie du chef de ménage		Proportion des femmes ayant fait au moins une consultation postnatale	
Situation matrimoniale		Akan	25,36	faible	86,01
Célibataire	14,32	Krou	5,31	élevée	13,99

Mariée/en union		Mandés		Recours aux consultations postnatales de la mère	
	83,1		22,74		
Séparée/Divorcée/ Veuve	2,58	Voltaïque/Gur	18,89	Mère non consultée	74,08
Désirabilité de l'enfant		Etranger	27,71	Mère consultée	25,92
oui	63,6	Nombre de consultations prénatales		Sexe du nouveau-né	
non	36,4	pas de consultations	5,09	Masculin	52,51
Lieu d'accouchement		Moins de quatre consultations	41,99	Féminin	47,49
milieu non hospitalier	17,91	Quatre consultations et plus	52,92	Soins Discontinus	
milieu hospitalier	82,09			Abandon de soins	61,81
				Pas d'abandon de soins	38,19

-Pour ce qui est des associations entre la variable dépendante et chacune des variables indépendantes mobilisées dans cette étude, il ressort que toutes les variables mobilisées sont significativement associées à la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire au seuil de 5% excepté l'état matrimonial de la mère, la désirabilité de la grossesse et le sexe du nouveau-né.

Tableau 2: Synthèse des résultats de l'analyse bivariée

Variable dépendante	Variables indépendantes	Pearson chi2	P-value	V de cramer
Soins discontinus du nouveau-né	Milieu de résidence	16,1474	0,000	-0,777
	Région de résidence	52,5203	0,000	0,1401
	Proportion des femmes non instruites	19,2435	0,000	-0,0848
	Proportion des femmes ayant effectué au moins une consultation postnatale	182,0367	0,000	0,2609
	Proportion des ménages pauvres	14,7499	0,000	-0,0743
	Niveau de vie du ménage	19,7822	0,000	0,0860
	Taille du ménage	6,2216	0,045	0,0482
	Sexe du chef de ménage	3,7185	0,05	0,0373
	Religion du chef de ménage	7,2754	0,026	0,0522
	Ethnie du chef de ménage	34,9165	0,000	0,1143
	Niveau d'instruction de la mère	11,4165	0,003	0,0653
	Exposition aux médias	22,6228	0,000	0,0920
	Degré de modernité culturelle de la mère	18,3809	0,000	0,0829
Age de la mère à l'accouchement	5,1066	0,041	0,0437	

Situation matrimoniale de la mère	4,9744	0,083	0,0431
Parité atteinte	9,3071	0,010	0,0590
Désirabilité de la grossesse	0,0020	0,964	0,0009
Nombre de visites prénatales	14,7870	0,001	0,0744
Lieu d'accouchement	4,4182	0,036	-0,0406
Consultations postnatales de la mère	871,8086	0,000	0,5710
Sexe du nouveau-né	0,5696	0,450	0,0146

Source : Exploitation des données de MICS 2016, Côte d'Ivoire

Concernant les résultats de l'AFCM, il faut préalablement déterminer le nombre d'axes factoriels servant à présenter et à expliquer ces résultats avant d'effectuer la caractérisation des nouveau-nés qui connaissent les abandons de soins en Côte d'Ivoire. A cet effet, après avoir apuré la base de données, nous avons dans notre fichier d'analyse 19 variables actives avec 53 modalités qui leurs sont associés. Ainsi, nous obtenons 34 (53-19) axes factoriels dont l'inertie totale est 1,79. Cette valeur est obtenue par le calcul suivant : (53-19) /19. Vu la difficulté à représenter les nouveau-nés dont les soins sont discontinus dans un espace à 34 dimensions, nous allons retenir que deux. Le premier axe contribue à lui seul 13,57% de l'inertie totale. Quant au deuxième axe, il contribue à lui seul 7,38% de l'inertie totale. Ce qui donne pour les deux axes une contribution totale de 20,95% de l'inertie totale. En d'autres termes, les deux premiers axes expliquent 20,95% de la variance totale traduite par les 34 axes factoriels. Ainsi, vu que le pourcentage d'inertie théorique moyen expliqué par chaque modalité dans notre cas est égale à 1,89 (100/53) %, si la contribution d'une modalité à un axe est supérieure ou égale à 1,89%, elle est jugée élevée. La catégorisation des axes factoriels mets en évidence deux groupes de nouveau-nés. D'un coté ceux qui ont connu un abandon de soins et de l'autre côté ceux qui n'en ont pas connu. Notre groupe cible concerne ceux qui ont connu un abandon de soins. Ainsi, les nouveau-nés qui ont connu un abandon de soins sont issus des mères n'ayant aucun niveau d'instruction et vivent dans des communautés ayant en majorité des ménages pauvres et des mères non instruites. N'étant pas exposées ou faiblement exposées aux médias, les mères de ces nouveau-nés ne sont pas modernes. Ils naissent pour la plupart en milieu non hospitalier. Ces nouveau-nés résident dans la région du Nord de la côte d'Ivoire. On les retrouve également dans le milieu rural et vivent dans les ménages pauvres dont les chefs sont

musulmans et aussi animistes/sans religion. Ces chefs de ménages sont mandés et aussi étrangers

### III.2. Analyse explicative

Les résultats issus du modèle vide montre une variance intercommunautaire de 3,69 et une variance inter ménage de 5,97. Nous remarquons aussi que 28,47% des variations de la discontinuité des soins néonataux est attribuable à l'effet des communautés auxquelles ces nouveau-nés appartiennent et 46,13% sont attribuables à l'effet des ménages dans lesquels on les retrouve et la proportion restante c'est-à-dire 25,4% est attribuable aux caractéristiques des mères et des nouveau-nés. Aussi pour deux nouveau-nés pris au hasard et appartenant à un même ménage de la communauté, ils ont 74,60% de chance de se ressembler alors que pour deux nouveau-nés appartenant à deux ménages différents de la même communauté, ils ont 28,47% de chance de se ressembler.

Concernant le modèle individuel M1, les résultats montrent que les variables individuelles introduites dans le modèle expliquent 30,08% de l'hétérogénéité non observée au niveau communautaire avec une valeur de la statistique du Khi-deux de Wald qui est égale à 160,59 et significative au seuil de 1%. Concernant les ménages on observe une augmentation de la variance de 12,39%, ce qui laisse croire que la variabilité constatée au niveau des ménages est en partie due à la composition du ménage. La partie fixe du modèle montre que quatre variables sont significativement associées à la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire au seuil de 5% et 1%. Il s'agit respectivement de l'exposition aux médias, du nombre de consultations prénatales, du recours aux soins postnatals de la mère et du lieu d'accouchement.

Pour ce qui est du modèle M2, les résultats montre que la statistique du Khi deux de Wald dont la valeur est 17,84 est significative au seuil de 1% (Wald chi2 (11)=17,84 ; \*p<0,1). les caractéristiques des ménages contribuent à réduire ou diminuer de 7,58% la variance non expliquée au niveau communautaire. Concernant les ménages, on observe une légère augmentation de la variance de 0,83%, ce qui laisse croire que la variabilité constatée au niveau des ménages est en partie expliquée par la composition du ménage. La partie fixe du modèle montre que seulement le niveau de vie du ménage et l'ethnie du chef de ménage expliquent significativement au seuil de 5% la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire.

En outre, le modèle M3 révèle que la statistique du Khi deux de Wald dont la valeur est 83,25 est significative au seuil de 1% (Wald chi2 (8)=83,25 ; \*\*\*p<0,01). Dans la partie aléatoire, les variables relatives à la communauté introduites dans le modèle vide expliquent 36,31% de l'hétérogénéité non observée au niveau communautaire. Dans la partie fixe du modèle M3 seulement la région de résidence et la proportion des femmes ayant effectué au moins une consultation postnatale dans la communauté expliquent significativement la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire au seuil de 5% et 1%.

Enfin au modèle complet M4, on constate que la statistique du Khi deux de Wald nous donne pour valeur 164,80 et est significative au seuil de 1% (Wald chi2 (37)=164,80 ; \*\*\*p<0,01). Ce qui traduit que la discontinuité des soins néonataux biomédicaux est due à l'influence des caractéristiques communautaires, du ménage et individuelles. De façon brève nous pouvons dire que dans le modèle complet, les contextes familiaux et communautaires contribuent à 73% (54,03+18,97) à l'explication de la variation de la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire.

La partie fixe du modèle complet permet de voir lesquelles des variables sont significatives donc expliquant la discontinuité des soins néonataux. Ainsi, sur toutes les variables mobilisées, cinq se sont révélées significatives. Il s'agit notamment du nombre de consultations prénatales, le lieu d'accouchement, l'ethnie du chef de ménage et la région de résidence et du recours aux soins postnatals de la mère au seuil de 5%.

- Ainsi, au niveau individuel, toutes choses étant égales par ailleurs, les enfants nés en milieu non hospitalier ont 42,2% moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères nés en milieu hospitalier. Pour ce qui est du nombre de consultations prénatales, toutes choses étant égales par ailleurs, les enfants nés des mères n'ayant fait aucune consultation prénatale ont 3,741 fois plus de risques de connaître un abandon de soins que leurs congénères nés des mères ayant fait au moins quatre consultations prénatales. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre ceux nés des mères ayant fait moins de quatre consultations et ceux nés des mères ayant fait au moins quatre consultations. Concernant, le recours aux soins postnatals de la mère, toutes choses étant égales par

ailleurs, les nouveau-nés issus des mères ayant effectué des consultations postnatales ont 99,70% moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères issus des mères n'ayant fait aucune consultation postnatale.

- Au niveau méso, seulement l'ethnie du chef de ménage explique la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire au seuil de 5%. Toutes choses étant égales par ailleurs, les nouveau-nés vivant dans les ménages dont le chef est akan ont 2,461 fois plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères vivant dans les ménages dont le chef est étranger. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'abandon de soins entre les nouveau-nés vivant dans les ménages dont le chef est soit krou, mandés ou voltaïque/Gur et ceux vivant dans les ménages dont le chef est étranger.
- Au niveau communautaire, la région de résidence explique la discontinuité des soins néonataux au seuil de 5%. La région de résidence, significative au modèle communautaire (M3) au seuil de 5% a gardé sa significativité dans le modèle complet. En effet, toutes choses étant égales par ailleurs, les nouveau-nés résidant dans les régions du centre, de l'ouest, du sud sans abidjan et d'abidjan ont respectivement 80,2%, 54,5%, 58,9% et 70,6% moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères résidant dans le nord.

Tableau 3: Odds ratio et effet des variables indépendantes sur la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire

Variables/Modalités	M0	M1	M2	M3	M4
Partie fixe					
Constante	1,166**	2,514**	1,218*	2,424*	3,274**
Caractéristiques individuelles					
Niveau d'instruction de la mère		ns			ns
Aucun		réf			réf
Primaire		0,755 <sup>ns</sup>			0,735 <sup>ns</sup>
Secondaire et plus		1,196 <sup>ns</sup>			1,097 <sup>ns</sup>

Exposition aux médias		*			ns
Pas exposée		1,680**			1.364 <sup>ns</sup>
Exposition faible		1,198 <sup>ns</sup>			1.042 <sup>ns</sup>
Exposition élevée		réf			réf
Age à l'accouchement		ns			ns
moins de 25 ans		0,850 <sup>ns</sup>			0.795 <sup>ns</sup>
25-34 ans		réf			réf
35 ans et plus		1,566 <sup>ns</sup>			1.518 <sup>ns</sup>
Parité atteinte		ns			ns
Primipares		1,173 <sup>ns</sup>			1.133 <sup>ns</sup>
Multipares		réf			réf
Grandes multipares		1,186 <sup>ns</sup>			1.267 <sup>ns</sup>
Situation matrimoniale		ns			ns
Célibataire		1,527 <sup>ns</sup>			1.526 <sup>ns</sup>
Mariée/en union		réf			réf
Séparée/Divorcée/ Veuve		0,591 <sup>ns</sup>			0.572 <sup>ns</sup>
Désirabilité de l'enfant		ns			ns
oui		réf			réf
non		1,049 <sup>ns</sup>			1.109 <sup>ns</sup>
Nombre de consultations prénatales		**			**
pas de consultations		4,005**			3.741**
Moins de quatre consultations		0,976 <sup>ns</sup>			0.956 <sup>ns</sup>
Quatre consultations et plus		réf			réf
Lieu d'accouchement		*			*
milieu non hospitalier		0,596*			0.578*
milieu hospitalier		réf			réf
Recours aux consultations postnatales de la mère		***			***
Mère non consultée		réf			réf
Mère consultée		0,00261***			0,00299***

Sexe du nouveau-né		ns			ns
Masculin		réf			réf
Féminin		1,026 <sup>ns</sup>			0.997 <sup>ns</sup>
Caractéristiques du ménage					
Niveau de vie du ménage			**		ns
Pauvre			réf		réf
Moyen			0,604 <sup>**</sup>		1.016 <sup>ns</sup>
Riche			0,429 <sup>**</sup>		1.199 <sup>ns</sup>
Taille du ménage			ns		ns
Petite taille			réf		réf
Taille moyenne			0,887 <sup>ns</sup>		0.666 <sup>ns</sup>
Grande taille			1,384 <sup>ns</sup>		1.492 <sup>ns</sup>
Sexe du chef de ménage			ns		ns
Masculin			réf		réf
Féminin			0,744 <sup>ns</sup>		0.870 <sup>ns</sup>
Religion du chef de ménage			ns		ns
chrétiens			0,969 <sup>ns</sup>		0.994 <sup>ns</sup>
Musulmans			réf		réf
Animiste/Sans religion			0,978 <sup>ns</sup>		0.794 <sup>ns</sup>
Ethnie du chef de ménage			**		**
Akan			1,784 <sup>*</sup>		2.461 <sup>**</sup>
Krou			0,961 <sup>ns</sup>		1.086 <sup>ns</sup>
Mandés			1,205 <sup>ns</sup>		0.765 <sup>ns</sup>
Voltaïque/Gur			2,020 <sup>**</sup>		1.311 <sup>ns</sup>
Etranger			réf		réf
Caractéristiques communautaires					
Milieu de résidence				ns	ns
Urbain				0,983 <sup>ns</sup>	1.230 <sup>ns</sup>
Rural				réf	réf
Région de résidence				***	***
Centre				0,269 <sup>**</sup>	0.199 <sup>***</sup>

Nord				réf	réf
Ouest				0,405 <sup>**</sup>	0.466 <sup>*</sup>
Sud sans Abidjan				0,423 <sup>**</sup>	0.420 <sup>**</sup>
Abidjan				0,310 <sup>**</sup>	0.298 <sup>**</sup>
Proportion des femmes non instruites				ns	ns
faible				0,766 <sup>ns</sup>	0.905 <sup>ns</sup>
élevée				réf	réf
Proportion des ménages pauvres				ns	ns
faible				réf	réf
élevée				1,297 <sup>ns</sup>	1.423 <sup>ns</sup>
Proportion des femmes ayant fait au moins une consultation postnatale				***	ns
faible				réf	réf
élevée				0,0418 <sup>***</sup>	0,580 <sup>ns</sup>
variance intercommunautaire (HH1)	3,689 <sup>**</sup>	2,584 <sup>***</sup>	3,414 <sup>**</sup>	2,355 <sup>**</sup>	2,312 <sup>***</sup>
variance intracommunautaire (HH1>HH2)	5,976 <sup>**</sup>	6,720 <sup>***</sup>	6,027 <sup>**</sup>	6,312 <sup>**</sup>	6,588 <sup>***</sup>
Wald chi2		160,52 <sup>**</sup>	17,84 <sup>*</sup>	83,25 <sup>**</sup>	165,84 <sup>*</sup>

Note : \*p<0,1, \*\*p<0,05, \*\*\*p<0,01, ns " non significatif ", réf " modalité de référence "

Ainsi, après avoir identifié les facteurs explicatifs de la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire, il est judicieux de prioriser les plus déterminants surtout dans un contexte de contrainte et de limitation budgétaire. La hiérarchisation consiste donc à établir une classification des facteurs explicatifs tout en tenant compte de leur contribution à l'explication du phénomène étudié. Pour y arriver, il faut préalablement calculer la contribution de chacun des facteurs expliquant le phénomène, puis classer ces facteurs selon leurs contributions. Ainsi, la contribution  $C_i$  est obtenue en rapportant au Khi deux du modèle complet, la différence entre le khi deux du modèle complet et celui du modèle complet sans le facteur  $i$ .



La formule mathématique est la suivante :

$$C_i = \frac{Khi\ deux_{final} - Khi\ deux_{final-i}}{Khi\ deux_{final}}$$

Il ressort que le recours aux soins postnatals de la mère contribue plus avec 33,99%. Ensuite, vient le lieu d'accouchement avec 2,94%. Le nombre de consultations prénatales et l'ethnie du chef de ménage viennent en troisième et quatrième position avec pour contributions respectives 2,70% et 1,31%. Enfin, la région de résidence occupe la dernière position avec une contribution de 0,24%.

Tableau 4: Contribution des facteurs explicatifs de la discontinuité des soins néonataux et hiérarchisation

Facteurs explicatifs	Khi-deux du modèle complet	Khi-deux du modèle complet sans le facteur <i>i</i>	Contribution (%)
Recours aux soins postnatals de la mère	164,80	108,77	33,99
Lieu d'accouchement	164,80	159,95	2,94
Nombre de consultations prénatales de la mère	164,80	160,35	2,70
Ethnie du chef de ménage	164,80	162,64	1,31
Région de résidence de la mère	164,80	164,4	0,24

#### [IV] DISCUSSION

Plusieurs études ont mis en exergue l'influence de la région de résidence que le recours aux soins. La nôtre également est parvenue au résultats selon lequel la région de résidence influence significativement la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, les nouveau-nés résidant dans les régions du Centre, de l'Ouest, du Sud sans Abidjan et d'Abidjan ont moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères résidant dans le nord. Ce résultat va dans le même sens que celui trouvé par ELANDI (2018), KONAN (2014) et KASUNGU (2015) et CHEMGNE (2010) en mettant en exergue l'influence de la région sur l'utilisation des services de santé. L'un des éléments explicatifs de ces résultats est la faible disponibilité et l'inégale répartition régionale de l'offre de soins en Côte d'Ivoire. En effet, la région du Nord du pays est caractérisée par une faible couverture voire un déficit en infrastructures sanitaires et en personnels de santé. Outre cela, ces

SONU disponibles sont répartis de façon inégale sur toute l'étendue du territoire national (selon les régions). Les régions du Nord et de l'Ouest en bénéficient moins. Aussi, en 2015, 10% de la population vivait encore à plus de 15 Km d'un centre de santé. La région du Nord présentait les pourcentages les plus élevés de populations vivant à plus de 15 Km d'un centre de santé public (MSHP, 2015). Par conséquent, l'effet conjugué de la faible disponibilité et de la qualité des SONUB, des SONUC, de leur inégale répartition dans le pays, selon les régions et de l'éloignement des centres de santé accentue la discontinuité des soins néonataux dans certaines régions notamment le Nord et l'Ouest. Ensuite, les valeurs socioculturelles propres à chaque région peuvent justifier ce résultat. En Côte d'Ivoire, le nord et l'Ouest du pays se singularisent par la persistance des normes sociales parfois en déphasage avec les valeurs occidentales qui encouragent les populations à recourir aux centres de santé. Les nordistes sont moins réceptifs aux valeurs occidentales et recourent très souvent à l'obstétrique traditionnelle ou aux ancêtres (Poro) en cas de soins.

Enfin, le troisième élément justificatif est relatif à la pauvreté. Les régions du Nord et de l'Ouest enregistrent les niveaux de pauvreté les plus élevés en Côte d'Ivoire soit respectivement 60% et 49,9% (INS, 2015). L'ethnie du chef de ménage a été également mise en exergue dans cette étude comme facteur explicatif de la discontinuité des soins néonataux au seuil de 5%. Toutes choses étant égales par ailleurs, les nouveau-nés vivant dans les ménages dont le chef est akan ont plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères vivant dans les ménages dont le chef est étranger. Ce résultat va dans le même sens que ceux obtenus par GNAMIEN (2019), et CISSE (2018) qui mettent en exergue dans leurs travaux, l'influence de l'ethnie sur le recours aux soins. Cela s'explique par le fait que dans la société Akan, les valeurs sociales demeurent encore. Il s'agit par exemple du « tombroya » qui consiste à garder la femme qui a accouché avec son nouveau-né pendant trois mois à la maison sans sortir, tout en la nourrissant dans l'optique de faire une cérémonie pendant laquelle on la présente tout en beauté et bien habillée pour montrer les bienfaits de la maternité. Etant donné qu'elle est enfermée durant trois mois sans sortir, la femme n'a pas la possibilité de retourner à l'hôpital avec son enfant pour qu'il soit examiné à nouveau. Par conséquent, on parlera d'abandon de soins du nouveau-né. Dans cette étude l'âge de la mère n'exerce aucune influence sur la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire. Au vu de ce résultat, nous pouvons dire que l'hypothèse (H1) qui

présumait que « les nouveau-nés dont les mères sont moins âgées ont moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères dont les mères sont âgées » est infirmée. Ce résultat va dans le même sens que ceux trouvés par ZOUNGRANA (1993), GAGE (1998), ELANDI (2018) et ADRIKO (2018). Ceci s'explique par le fait que les femmes âgées compte tenu de leur maturité en matière de maternité sont beaucoup plus enclines au non recours aux soins. Par conséquent le nouveau-né d'une femme d'un âge avancé aura moins de chances de bénéficier de soins de façon continue. Concernant les femmes moins âgées l'un des éléments justificatifs est le fait qu'elles peuvent ignorer, par faute d'expérience, les symptômes de la grossesse et les risques liés à l'accouchement et au post-partum (GAGE, 1998, p22). Ce qui va par conséquent réduire les chances du nouveau-né de bénéficier de soins de façon continue. Cependant, SALA-DIAKANDA (1999), BENINGUISSE (2003) et (KONE, 2019) mettent en exergue dans leurs travaux l'influence de l'âge de la mère sur le recours aux soins.

Notre étude met en exergue l'influence du lieu d'accouchement sur la discontinuité des soins néonataux. Cependant, contrairement à nos attentes les enfants nés en milieu hospitalier ont plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères nés en milieu non hospitalier. Ce qui permet de dire que l'hypothèse (H2) qui présumait que « les enfants nés en milieu hospitalier courent moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères nés en milieu non hospitalier » est infirmée. Ce résultat va dans le sens contraire que ceux trouvés par KAZUNGU (2015), KONAN (2014) et ADRIKO (2018). Le résultat auquel nous sommes parvenus peut s'expliquer par le fait qu'au vu des risques que présente l'accouchement à domicile, les femmes auront tendance à recourir aux soins afin d'accroître les chances de survie du nouveau-né. Surtout que dans le cadre de notre étude nous avons pris en compte les accouchements à domicile assistés par un personnel qualifié. Alors celui-ci avant de laisser la parturiente lui transmettra les conseils. Pour celles qui accouchent en milieu hospitalier, certes elles bénéficient très souvent de conseils de la part du personnel mais elles peuvent ne plus y retourner au cas où l'enfant ne présente pas de problèmes de santé. Ce qui par conséquent peut réduire les chances du nouveau-né d'être suivi de façon continue. Il ressort de la nôtre que le nombre de consultations prénatales effectuées par la femme influence significativement la discontinuité des soins néonataux au seuil de 5%. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, les enfants nés des mères n'ayant fait aucune consultation

prénatale ont plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères nés des mères ayant fait au moins quatre consultations prénatales. Au vu de ce résultat, nous pouvons dire que l'hypothèse (H3) qui présumait que « les nouveau-nés dont les mères n'ont fait aucune consultation courent plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères dont les mères ont fait moins de 4 CPN ou 4 et plus » est confirmée. Ce résultat va dans le même sens que ceux trouvés par ELANDI (2018), KAZUNGU (2015), KONAN (2014) et ADRIKO (2018). Cela s'explique par le fait que ces consultations constituent des opportunités pour sensibiliser les femmes enceintes. Lorsqu'une femme effectue les consultations prénatales, elle reçoit des conseils de la part du personnel soignant sur le lieu d'accouchement et éventuellement sur la conduite à tenir à la naissance de l'enfant. En d'autres termes, elle reçoit des conseils sur les risques encourus pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum (risque lié au couple-enfant). Et aussi, les femmes qui font les visites prénatales sont généralement celles qui arrivent à braver les barrières culturelles, géographiques, financières et aux autres liées à l'accès aux soins de santé. Les résultats issus de nos analyses révèlent que le recours aux soins postnatals de la mère influence significativement la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire. Toutes choses étant égales par ailleurs, les nouveau-nés issus des mères ayant effectué des consultations postnatales ont moins de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères issus des mères n'ayant fait aucune consultation postnatale. Ce résultat confirme l'hypothèse (H4) qui présumait que « les nouveau-nés dont les mères n'ont effectué aucune consultation postnatale ont plus de risque de connaître un abandon de soins que leurs congénères dont les mères ont effectué des consultations postnatales ». Ainsi, ce résultat va dans le même sens que celui trouvé par KONAN (2014) et NASSIRI (2013). Ce résultat peut s'expliquer par le manque de sensibilisation des femmes sur la consultation postnatale et ses avantages. NASSIRI (2013), annonce dans son étude réalisée au Maroc que les femmes ne recourent pas aux soins parce qu'elles ne sont pas sensibilisées sur la consultation postnatale et ses avantages. En Côte d'Ivoire, selon l'INS et l'UNICEF (2017) sur 3,98% des mères qui n'ont fait aucune consultation prénatale, 3,20% n'ont fait aucune consultation postnatale et 0,78% ont fait une consultation postnatale. Et sur 39,60% des femmes qui ont fait moins de quatre consultations prénatales, 30,13% n'ont fait aucune consultation postnatale et 9,47% ont fait des consultations postnatales. Ces données

montrent qu'en Côte d'Ivoire, les femmes font moins les consultations postnatales. Or plus une femme ne recourt pas aux soins postnatals, plus elle réduit les chances de son nouveau-né de recevoir les soins de façon continue.

## **[V] CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

Cette étude portant sur la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire avait pour objectif général de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs prépondérants expliquant la discontinuité des soins néonataux en Côte d'Ivoire afin de guider d'une part les décideurs politiques, les responsables de programmes, les formateurs et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge postnatale du nouveau-né et d'autre part d'aider à réduire les décès évitables et ce en vue d'atteindre l'objectif 3 des ODD et la cible 3.2. Ainsi, la régression multiniveau nous a permis d'identifier cinq facteurs associés à la discontinuité des soins néonataux. Il s'agit notamment selon les plus déterminants aux moins, le recours aux soins postnatals de la mère, le lieu d'accouchement, le nombre de consultations prénatales, l'ethnie du chef de ménage et la région de résidence. Ces résultats ont permis de confirmer les hypothèses H3 et H4 et d'infirmer H1 et H2. Bien que cette étude a conduit à des résultats intéressants, il faut rappeler qu'elle présente quelques limites. On note premièrement l'absence des variables spécifiques liées à l'offre des services de santé (distance à un centre de santé, coût de la prestation, qualité des soins) et aussi l'occupation de la mère. Une deuxième limite de cette étude est relative aux biais de sélection de la population cible. Enfin, une autre limite sans doute est le décalage temporel en raison du caractère transversal de l'enquête MICS 2016.

Cependant, ces limites ne sont pas de nature à remettre en cause nos résultats. Ainsi, sur la base de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes : Etant donné que les décideurs politiques ont fait de la santé maternelle et infantile une préoccupation majeure en Côte d'Ivoire, qu'au travers du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, des campagnes de sensibilisations et d'éducation sur les bienfaits de l'utilisation des services de santé en général et en particulier des soins prénatals et postnatals du couple mère-enfant doivent être intensifiées. Ce Ministère est également invité à mener des sensibilisations dans les communautés où on retrouve plus les Akans c'est-à-dire dans le centre du pays. Un accent particulier doit être également mis sur la politique de construction, d'équipements et d'approvisionnements des services de santé

notamment dans le Nord et l'Ouest du pays afin de réduire les écarts en terme de disponibilité et de qualité des services de santé surtout les SONU qu'on observe entre ces deux régions et les autres régions du pays. Enfin aux concepteurs des enquêtes MICS d'intégrer un volet relatif aux caractéristiques de l'offre de soins dans les questionnaires afin d'approfondir les connaissances sur tous les sujets en lien avec l'utilisation des services de santé en Côte d'Ivoire. Aussi, nous suggérons aux concepteurs des enquêtes MICS d'intégrer également un volet qualitatif dans les questionnaires afin de capter les perceptions et les attentes des parturientes vis-à-vis des services de santé.

## **RÉFÉRENCES**

ADJAMAGBO A. et GUILLAUME A. (2001), « La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », n°19, pp. 11-27.

ADRIKO A. (2018), Facteurs explicatifs du non recours aux soins postnatals modernes des mères en République Démocratique du Congo, mémoire de Master en Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD, Yaoundé, 137p + annexes.

BAYA B. (1999), « Etudes de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : Cas de Bobo Dioulasso », in Adjamagbo et al. (dir), Santé de la mère et de l'enfant exemples africains, Collection et Séminaires, Collection Colloques et Séminaires, Paris, IRD, pp. 61-79.

BENINGUISSE G. (2003), Entre tradition et modernité : Fondement sociaux et démographique de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, thèse de doctorat en démographie, Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la population, 295p + annexes.

CHEMGNE V. (2010), Les facteurs explicatifs du recours aux soins postnatals modernes après un accouchement en milieu non hospitalier : Cas du CAMEROUN, mémoire de Master en Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD, Yaoundé, 168p + annexes.

CISSE S. (2018), Inégalité de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités : Le cas du Mali, thèse de doctorat, Université de Genève, 304p + annexes.

DIOP A. (1988), « Croyances et attitudes relatives à la grossesse et à la maternité et santé de la mère en Afrique », in Bouyer J. et al., Réduire la maternité maternelle dans les pays en développement. Pour un programme d'action, Paris, INSERM, pp. 55-62.

ELANDI N. (2018), Recours aux soins postnatals du nouveau-né au Cameroun, mémoire de Master en Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD, Yaoundé, 154p + annexes.

FOURNIER P. et HADDAD S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », In Hubert G. et PICHE V. (dir), Sociologie des populations, Montréal, PUM/AUPELF-UREF, pp. 289-325.

GAGE A. J. (1998), « Premarital Childbearing, Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and Namibia », Population Studies, Vol. 52, n°1, pp. 21-34.

GNAMIEN E. A. (2019), « La discontinuité des soins prénatals en Côte d'Ivoire », IOSR Journal of Economics and Finance, Vol. 10, pp. 37-47.

INS et UNICEF (2017), Enquête par grappes à indicateurs multiples- Côte d'Ivoire 2016, 442p.

JICA (2012), Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé. Rapport de Pays : République de Côte d'Ivoire, 65p.

KONAN K. (2014), Facteurs explicatifs du non recours aux premiers soins néonataux modernes en COTE D'IVOIRE, mémoire de Master en Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD, Yaoundé, 132p + annexes.

KONE K. (2019), Facteurs explicatifs de la pauvreté multidimensionnelle des enfants de moins de cinq ans en Côte d'Ivoire et au Sénégal, mémoire de Master en

Démographie, Université de Yaoundé II Soa, IFORD, Yaoundé, 163p + annexes.

NASSIRI K. (2013), Les déterminants de l'utilisation de la consultation postnatale à la préfecture SKHIRAT-TEMARA, mémoire de fin d'études, 74p.

NKURUNZIZA M. (2014), Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : Déterminants et motivations, thèse de doctorat en démographie, Université Catholique De Louvain, 309p.

OMS et USAID (2015), Soins postnatals de la mère et du nouveau-né : Grandes lignes des Recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 8p.

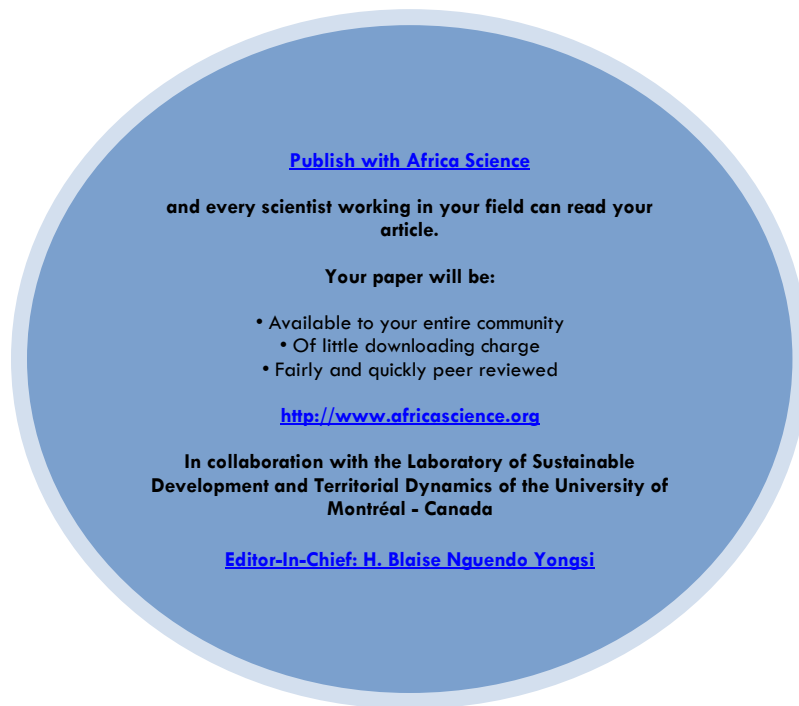
OMS et UNICEF (2009), Les visites à domicile pour les soins aux nouveau-nés : Une stratégie destinée à améliorer la survie de l'enfant, Genève, 8p.

RICHARD J. L. (2001), Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Benin), thèse de Géographie de la santé, Université Neuchâtel, 1065p + annexes.

SALA-DIAKANDA N. F. (1999), Recherche des facteurs d'un recours de qualité aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : Cas de la ville de Bafia, 84p.

UNICEF (2016), La situation des enfants dans le monde 2016 : L'égalité des chances pour chaque enfant, 184p.

ZOUNGRANA C. (1993), Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako, thèse de Sciences Sociales, Université de Montréal, 203p + annexes.



### Research from Africa benefits all of us

### Bridging the Global Knowledge Divide

Improving the visibility of Africa i.e. developing African researchers' publications, allowing them to enter into mainstream research and knowledge activities and thereby raising their impact and credibility.

### What is Africa Science?

Africa Science is a non-profit online publishing initiative dedicated to supporting the open dissemination of findings and peer-review articles from African countries. The goal is to facilitate a truly global exchange of ideas by improving the South to North and South to South flow of research knowledge. Its main medium is The International Journal of Advanced Studies and Research in Africa (IJASRA) whose scope areas covers all aspects of humanities, social sciences, life and applied sciences.

### What problem is Africa Science addressing?

Due to financial and technical constraints, publications from African countries have limited local and international circulation and readership. As a result, a great deal of valuable research from different regions of Africa remains imperceptible to mainstream science. Since Science is global, we assume that lack of access to findings strictly limits our understanding of phenomena that Africa witnesses such as economic growth, emerging diseases, climate change, food security and biodiversity

### What difference Africa Science makes?

The use of IJASRA articles from Africa Science has steadily increased since its launching; resulting in nearly 1.5 million downloads of full text in 2011. Users live and work in all parts of the world. Africa Science collaborates with indexes such as African Index Medicus and LATINDEX and web-based databases such as the Directory of Open Access Journals. Editors report improved quality of submissions and a larger number of submissions from international authors due to higher visibility of IJASRA outside Africa. Publishing with Africa is free of charge. Manuscripts are peer-reviewed by committed outstanding researchers.

### How is Africa Science funded?

Laboratory of Sustainability of the University of Montréal and the University of Chicoutimi have nurtured Africa Science in its development stages. Presently, Africa Science is financially supported by personal revenue of its manager. That's why, Africa Science will make the transition to a long-term sustainable model supported by the worldwide community. Africa Science's future business model adds membership and sponsorship programs to our existing sources of support and revenue. Membership fees are only \$500 per institution per year on an ongoing basis. Africa Science is also seeking the support and sponsorship of foundations and other organizations whose interests align with Africa Science. Sponsorship levels and terms are negotiated with the interests of the individual sponsor in mind. Africa Science will provide sponsors with documents to use for their tax income declaration.

No organizations have yet committed to sponsor Africa Science.

### **What should your organization or library support enable?**

Africa Science is a strictly not-for-profit organization. Membership contributions will be used to directly support operations, including: server support, journal conversion costs, development of value added services (metadata enhancement, database linking, usage tracking), and basic daily operating expenses. Stable and additional funding will enable Africa Science to freely distribute hard copies of the journal to Community libraries