

Inégalités d'accès aux soins de santé des femmes ayant un handicap lors de l'accouchement au Togo : Approche par modèle logistique non ordonné.

Yawo Kodjo, Démographe ; Enseignant à l'Ecole Supérieure des Sciences Economiques et de la Gestion et des Statistiques (ESSEG-STATISTIQUES)

Claude Mbarga, Démographe, Doctorant à l'Institut de Formation et de Recherche Démographique (IFORD), Yaoundé -Cameroun

Résumé

Devenir mère lorsqu'on est en situation de handicap est un parcours semé d'obstacles : accessibilité des lieux, difficultés de communication, place des aidants, coordination des professionnels de santé¹. Environ 14 millions de femmes deviennent mères chaque année. Et les jeunes femmes handicapées courent 30 fois plus de risque de tomber enceintes sans l'avoir voulu². Cette situation et tant d'autres poussent ces femmes à accoucher à la maison. Au Togo, d'après le rapport de l'enquête MICS6 2017, le taux d'accouchement à domicile était de 20% dont 25% sont faites par les femmes en situation de handicap. Malgré les mesures d'amélioration du plateau technique à travers le programme CARMMA³ en 2010 et PNDS⁴-2012, seulement trois (3) femmes sur cinq (5) (dont 27% sont en situation de handicap) avaient accouché dans un centre de santé publique et 15% l'ont fait dans un centre de santé privé (dont 31% sont en situation de handicap) (INSEED, 2017).

Des modèles logistiques en particulier de la régression logistique multinomiale non ordonnée appliqués aux données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (2017), il ressort que, les caractéristiques des femmes qui préfèrent accoucher uniquement dans un centre de santé privé plutôt que de le faire dans le publique sont : Milieu de résidence, niveau de vie du ménage, ethnie, assistance reçue pendant la grossesse, opportunité de la grossesse et la parité atteinte. Cependant le fait qu'une femme accouche à domicile au lieu de le faire dans un centre de santé publique est uniquement influencé par les facteurs suivants : Le sexe du chef de ménage, sa religion, le degré d'épanouissement de la femme, son niveau d'instruction et celui du chef de ménage. Et, enfin, le niveau de vie du ménage, le personnel ayant assisté pendant la consultation prénatale et la parité de la femme influencent les deux choix. Le handicap de la femme a peu d'influence sur son lieu d'accouchement. Au Togo, pour le recours aux centres de santé modernes ou plus précisément aux structures publiques, il faut enforcer le programme des filets sociaux de bases et le programme WEZOU, étendre le projet SWEDD pour maintenir les filles à l'école (pour qu'elles aient au moins le niveau secondaire).

Mots clés : Handicape ; accès aux soins ; accouchement ; Togo.

¹ <https://www.ccah.fr/CCA/Articles/HandiCap-et-maternite-ameliorer-l-acces-aux-soins-des-femmes-en-situation-de-handicap>.

² <https://www.ccah.fr/CCA/Articles/HandiCap-et-maternite-ameliorer-l-acces-aux-soins-des-femmes-en-situation-de-handicap>

³ La Campagne pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique.

⁴ Programme National de Développement Sanitaire.

Inequalities in Access to Health Care for Women with Disabilities During Childbirth in Togo: An Unordered Logistics Model Approach

Abstract

Becoming a mother when you have a disability is a journey strewn with obstacles: accessibility of places, communication difficulties, place of caregivers, coordination of health professionals. Around 14 million women become mothers each year. And young women with disabilities are 30 times more likely to become pregnant without having wanted to. This situation and so many others push these women to give birth at home. In Togo, according to the MICS6 2017 survey report, the rate of home births was 20%, where 25% were done by women with disabilities. Despite measures to improve the technical platform through the CARMMA program in 2010 and PNDS -2012, only three (3) women out of five (5) (27% of them are disabled) had given birth in a public health center and 15% did it in a private health center (31% of them have a disability) (INSEED, 2017).

Logistic models, in particular unordered multinomial logistic regression, applied to data from the Multiple Indicator Cluster Survey (2017), show that the characteristics of women who prefer to give birth only in a private health center rather than the public health care center are: Area of residence, standard of living of the household, ethnicity, assistance received during pregnancy, opportunity for pregnancy and parity achieved. However, the fact that a woman gives birth at home instead of doing so in a public health center is only influenced by the following factors: The sex of the head of household, their religion, woman's level of life satisfaction, their level of education and that of the head of household. And, finally, the household's standard of living, the staff who attended the prenatal consultation and the woman's parity influence both choices. The woman's disability has little influence on her place of delivery. In Togo, for the use of modern health centers or more precisely public structures, it is necessary to reinforce the basic social safety net program and the WEZOU program, start the SWEDD project to keep girls in school (so that they have at least secondary level).

Keywords: disability; access to care; childbirth; Togo

INTRODUCTION

La cible 3.1 des ODD vise la baisse de la mortalité maternelle mondiale d'ici 2030, à un taux en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes. Malgré les efforts en matière de santé engrangés depuis les années 1990⁵, notamment dans les pays en développement, le niveau global de santé maternel reste encore préoccupant : en 2020, environ 800 femmes décédaient chaque jour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (ONU 2023ⁱ, 2016ⁱⁱ). Le taux de mortalité maternelle demeure à 223 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, malgré la baisse de 4 points entre 2015 et 2020. Dans cet ensemble, 70% des décès maternel se produisent en Afrique subsaharienne, les filles de 15 ans sont les plus à risque (1 sur 40), approximativement 400 fois plus qu'en Australie et en Nouvelle Zeland. L'assistance d'accouchement par un personnel qualifié a augmenté de 81% à 86% dans l'ensemble entre 2015 à 2022, mais l'accès reste limité en Afrique Subsaharienne malgré l'accroissement spectaculaire de 59% à 70% à la même période (ONU 2023ⁱⁱⁱ, USAID, 2018 et BM, 2019, N. Prata et al., 2010).

En matière de santé maternelle, les femmes ayant un handicap sont les « *laissés pour compte* », malgré les dispositions de la convention des Nations Unies pour les droits des personnes ayant un handicap (CRPD), qui précisent dans son article 12^e, les droits des personnes ayant un handicap de jouir des facultés, à base égale d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive. Les femmes ayant un handicap rencontrent encore des difficultés pour fonder une famille, de gérer leur fécondité, avoir des enfants désirés, accoucher dans les meilleurs conditions... (Portail PROADIPH 2023⁶.Handicap International 2023). Le préjudice selon lequel les personnes ayant un handicap, sont traités comme des asexuées et qu'ils n'ont pas droit à une vie sexuelle et une fécondité contrôlée est encore largement vécu (OMS 2011, OMS 2009)^{iv}. Aussi, ces femmes font l'objet de plusieurs mauvais traitements relatifs à leur santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les femmes ayant des déficiences mentales font généralement l'objet de stérilisation pour gérer leur vie menstruelle. De manière globale, les femmes ayant un handicap font l'objet de plusieurs barrières et difficultés relatives à leur vie sexuelle et reproductive en générale et soins de santé lors de l'accouchement en particulier (OMS 2011, OMS 2010^v, OMS 2001^{vi}, Drainoni M-L et al. 2006^{vii}), Ce problème commence par la faiblesse des données sur la santé maternelle des femmes ayant un handicap, le faible accès aux services de soins spécialisés et d'une éducation à la vie sexuelle et reproductive.

En Afrique subsaharienne, la faiblesse des données sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ayant un handicap, entrave non seulement la connaissance des différentes inégalités en matière d'accouchement, mais aussi la mise en œuvre des programmes et interventions efficaces de lutte contre la mortalité maternelle de ces dernières (Handicap International 2023).

⁵ Le taux de mortalité maternelle a diminué de près de 50 % depuis 1990

⁶ Portail PROADIPH 2023, Grossesse et handicap : comment accompagner la femme enceinte ?

<https://proadiph.com/Grossesse-et-handicap-comment-accompagner-la-femme-enceinte.html?lang=pt>

Est considérée comme personne handicapée, toute personne qui, du fait d'une déficience motrice, sensorielle ou mentale, congénitale ou acquise, est dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale et se trouve empêchée ou limitée dans ses possibilités de jouir des mêmes droits et de faire face aux mêmes obligations que ses concitoyens de même sexe et de même âge (MSHPAUS^{viii} 2009, OMS 2023),

Au Togo, la situation sanitaire globale n'est pas différente ; la faiblesse des données statistiques sur les femmes ayant un handicap, soulève le premier problème de connaissance de la structure inégalitaire d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive de ces dernières. Si le taux de mortalité maternelle globale liée à la grossesse a évolué de 417 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 401 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 dans le pays (DHS 2023^x). Il est encore difficile d'appréhender le taux de mortalité maternelle liées spécifiquement aux femmes ayant un handicap (Handicap International 2023). En effet, ce n'est qu'à partir de 2010, que le Togo a entamé l'intégration des données sur les personnes ayant un handicap dans les différentes enquêtes statistiques (Handicap International 2023). A date, Plusieurs questionnement demeurent, notamment la situation globale d'inégalité et de marginalisation des femmes ayant un handicap en matière soins de santé sexuelle et reproductive. **Est-ce que les femmes ayant un handicap sont des « laissé pour compte au Togo en matière d'accès aux soins de santé pendant l'accouchement ?**

Tel est l'objet de notre étude qui vise à déterminer le niveau d'inégalités d'accès aux soins des femmes ayant un handicap pendant l'accouchement au Togo, ainsi que le profil de la femme ayant un handicap lors de l'accouchement au Togo.

CONTEXTE DE L'ETUDE

La population togolaise a évolué de 2 719 567 habitants en 1981 à 6 191 155 habitants en 2010, soit un taux de croissance de 2,84%, équivalent à un doublement tous les 25 ans. Avec une proportion de 51,4% de femmes, cette population est caractérisée par son extrême jeunesse. Dans cet ensemble, les personnes vivant avec un handicap constituent une proportion de 1,6% de la population totale (Peyou 2020; INSEED-Togo 2010). Environ 900 000 personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre au Togo (Dodzi, 2012), soit 15% de la population totale ; 52% d'entre elle sont des femmes, soit 450 000 habitants, avec 60 720 filles ayant un handicap (Dodzi, 2012). Cette population de personne vivant avec un handicap est structurée de 1,7% d'urbains et 1,6% de ruraux. Les personnes ayant un handicap des membres inférieurs sont majoritaires, avec une proportion de 32,6%, suivi des personnes ayant un handicap mental 19,4%, les personnes ayant un handicap auditif et celles qui présentent des troubles de langage représentent 11,4%. Les personnes ayant un handicap visuel représentent 13,3%, les personnes ayant un handicap des membres supérieurs représente 10,1% et les personnes atteintes de lèpre représentent 0,7% de l'ensemble des personnes vivant avec un handicap. D'autre forme de handicap comme l'albinisme, sont pris en compte dans cet ensemble. On note malheureusement un

accroissement du nombre de personne vivant avec un handicap, qui est estimé à 2,2% en 2015 (Ministère chargé de la Planification 2015).

Cette catégorisation des personnes selon le type de handicap peut être appréciée selon la tranche d'âge, suivant les résultats de l'enquête QUIBB de 2015 (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des personnes ayant un handicap par type de handicap et par âge

Type de handicap	Visuel	Auditif	Handicap Membre supérieur	Handicap Membre inférieur	Mental	Autres handicaps
Tranche d'âge						
0-4 ans	0	0	34,7	20,1	7,8	37,4
5-9 ans	0	0	20,1	39	13,4	27,5
10-14 ans	11,1	3,2	4,5	33,6	14,4	33,2
15-29 ans	1,8	23,3	14,9	21,8	16,2	21,9
30-49 ans	1,7	4,2	10,6	47,5	22,8	13,1
50-64 ans	6,5	0	5	53	10,6	24,9
65 ans et plus	36,5	0	3,7	24,5	2,4	32,8

Source : (Peyou 2020; Ministère de la Protection des Droits de l'Homme 2020)

Au Togo, plusieurs mesures ont été prises pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé des femmes en générales, et des femmes ayant un handicap en particulier. Il s'agit entre autres de la construction des centres de santé modernes, de la ratification des conventions internationales relatives aux droits des personnes ayant un handicap, de la construction d'un cadre juridique de protection des droits des personnes ayant un handicap, la mise en œuvre des politiques et programmes englobant directement le handicap et des institutions en charge des personnes ayant un handicap. De manière globale, les systèmes de santé du Togo se classent parmi les moins performants d'Afrique de l'Ouest en matière d'offre de soins de santé (Borgen Project 2019⁷). Les facteurs explicatifs de cette contre-performance sont principalement le staff insuffisant, le faible plateau technique, les mauvaises pratiques et faible prise en charge des patients, la non-disponibilité des ressources pour le financement de la santé et l'assurance universelle. Cette situation est justifiée par la suspension de la coopération internationale, ce qui a eu pour conséquence, la réduction drastique de l'aide publique au développement dont le niveau est passé de 11,9% du PIB en 1990 à 2,5% en 2003.

Dans ce cadre, que les structures sanitaires au Togo ne sont pas entièrement inclusives pour la prise en charge des femmes ayant un handicap lors de l'accouchement (Handicape Internationale, 2022).

Structure d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive et caractéristiques socio démographique des femmes ayant un handicap.

⁷ Borgen Project 2019, An analysis of healthcare systems in Togo, [://borgenproject.org/an-analysis-of-healthcare-](https://borgenproject.org/an-analysis-of-healthcare-)

Au Togo, on retrouve plus de femmes ayant un handicap dans les ménages dont le chef est d'ethnie Adja ou Ewe, a près de 23% pour les femmes ayant un seul handicapé et 9,45 % pour les femmes ayant au moins 2 handicaps. Suivi de ménages dont le chef est d'ethnie Kabye ou Tem, avec 17% et 7,78% respectivement. Chez les Éwés du Togo, les discriminations envers les personnes en situation de handicap, injustement appelées (Tohɔsu), font partie de certaines normes culturelles renforcées par des croyances populaires. Dans la langue éwé, (Tohɔsu) désigne la « malformation congénitale ». C'est un nom qui exprime la différence que représente l'homme infirme « hors du commun ». Il exprime à la fois un pléonasme et une hyperbole pour souligner le caractère indésirable et répulsif de la morphologie du corps (hutilā), pour la société Ewe, ce sont des « être d'origine douteuse » (FETAPH, 2012)⁸. Les femmes ayant un handicap résident plus dans les ménages dont le Chef est chrétien (catholique (21,21%) et protestant (20,00%)). Ces ménages sont plus portés par des hommes (18,43%) (tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques du ménage de la femme ayant un handicap

Caracteristiques du CM	Statut de handicap de la femme			Total
	sans handicap	A un handicap	A au moins 2 handicaps	
Ethnie du CM				
Adja/Ewe	66.73	23.82	9.45	28.19
Kabye/Tem	74.95	17.27	7.78	27.01
Akposso/Ife/ana	85.39	12.36	12.36	4.56
Paragourma/Akan	80.17	16.21	16.21	29.73
autres	75.61	17.56	17.56	10.51
Religion du CM				
catholique	71.46	21.21	7.32	20.30
protestant	72.71	20.00	7.29	21.78
musulman	80.21	15.32	4.47	24.09
animiste/traditionnel	74.09	18.48	7.42	33.83
Sexe du CM				
masculin	74.97	18.43	6.60	86.212
feminin	73.23	19.70	7.06	13.788
TOTAL	74.73	18.61	6.66	100.00

Sources : Auteur, sur la base du MICS 2017.

Les femmes ayant un handicap sont majoritairement celles qui ont plus de 35 ans (23%) ou entre 25 et 34 ans (18,74%), ces femmes ont majoritairement un bon niveau de vie (élevé (20, 56%) et moyen (19,00%)). En termes d'éducation, les femmes ayant un handicap au Togo ont majoritairement un niveau d'instruction supérieur au primaire (tableau 3) et résident plus dans la Province du Grand Lome (22, 60%). Selon FETAPH, (2012)⁹, peu de personne portent un intérêt sur la scolarisation des personnes en situation de handicap, lorsque l'on a cherché à savoir quel intérêt les différentes communautés portent à la scolarisation des personnes en situation de

⁸ Fédération Togolaise des Associations de Personnes Handicapées (FETAPH)

⁹ Fédération Togolaise des Associations de Personnes Handicapées (FETAPH).

handicap, le constat est clair, pratiquement 92,7% portent faiblement ou pas du tout d'intérêt à ce sujet.

En matière d'accès aux soins lors de l'accouchement, les femmes ayant un handicap accouchent majoritairement dans les centres de santé (privé (20,83 %) et public (18,33%)), ce qui n'est pas le cas des femmes sans un handicap qui accouchent majoritairement à domicile. Alors que les femmes ayant un handicap ont majoritairement une assurance santé (23,94%), celles n'ayant pas de handicap sont majoritairement sans assurance santé (75,05%).

Tableau 3 : caractéristiques sociodémographiques de la femme ayant un handicap

Caractéristiques	Statut de handicap de la femme			Total
	sans handicap	A un handicap	A au moins 2 handicaps	
Age de la femme				
<25 ans	80.15	14.66	5.19	27.63
25-34 ans	75.18	18.74	6.08	49.77
>35 ans	67.12	23.13	9.75	22.60
Niveau de vie du ménage				
faible	77.01	16.96	6.03	45.93
moyen	73.88	19.00	7.12	19.43
elevé	72.19	20.56	7.25	34.65
Niveau d'instruction de la femme				
aucun/prescolaire	76.80	17.54	5.66	36.24
primaire	73.57	18.47	7.96	34.14
secondaire	73.53	20.07	6.40	29.63
Milieu de résidence				
rural	76.57	17.51	5.91	66.74
Agoe	71.43	19.31	9.27	13.28
Grand Lomé	70.67	22.60	6.73	10.66
Autre urbain	70.88	20.88	8.24	9.33
TOTAL	74.73	18.61	6.66	100.00

Sources : Auteur, sur la base du MICS 2017.

Les consultations prénatales des femmes ayant un handicap se font majoritairement par une assistance moderne (20,07%), contrairement aux femmes sans un handicap, qui ont plus recours à une assistance traditionnelle. Même s'il existe encore une proportion de femmes ayant un handicap qui n'ont pas accès à de meilleurs soins lors de l'accouchement¹⁰, il est important de relever que ces femmes ont un plus grand accès aux soins de santé avant et après l'accouchement, que les femmes sans un handicap.

¹⁰ Appréhendé en 2017 lors de l'enquête MICS par des difficultés à voir, lire, entendre, prendre soins de soi-même, se déplacer, l'un au moins de ces handicapés touche plus du quart des femmes ayant accouchées au cours de la période 2015-2017. De ces données de 2017 il ressort que 18% des femmes en situation d'au moins un des handicapés (INSEED, 2017).

En considérant le contexte global, les femmes ayant un handicap sont légèrement privilégiés (tableau 4).

Tableau 4 : structure d'accès aux soins de la femme ayant un handicap

Caracteristiques	Statut de handicap de la femme			Total
	sans handicap	A un handicap	A au moins 2 handicaps	
Lieu accouchement				
domicile	75.41	18.33	6.26	22.09
publique	75.40	18.23	6.37	64.38
privé	70.45	20.83	8.71	13.53
Assurance santé				
Avec assurance	66.20	23.94	9.86	3.64
Sans assurance	75.05	18.40	6.54	96.36
Assistance lors de la CPN				
Moderne	72.60	20.07	7.32	56.69
Traditionnel	77.51	16.69	5.80	43.31
TOTAL	74.73	18.61	6.66	100.00

Sources : Auteur, sur la base du MICS 2017.

Par ailleurs, les femmes ayant un handicap ont d'énormes difficultés d'accès à la planification familiale. En effet, ces femmes ont majoritairement des grossesses non opportunes (32%) contre seulement (17,77%) de grossesses opportunes (tableau 5), malgré leur exposition aux médias (20,71% moyen et 20,41% élevés) et utilisation de la contraception (21,05%).

Tableau 5 : structure d'accès à la planification familiale des femmes ayant un handicap

Caracteristiques	Statut de handicap de la femme			Total
	sans handicap	A un handicap	A au moins 2 handicaps	
Opportunité de la grossesse				
opportune	76.45	17.77	5.78	60.28
Non opportune	72.06	32.86	8.02	39.62
degré d'exposition aux medias				
faible	76.01	17.10	6.89	57.25
moyen	72.50	20.71	6.79	30.19
eleve	74.29	20.41	5.31	12.56
Utilisation de la contraception				
utilise	72.31	21.05	6.64	22.40
n'utilise pas	75.54	17.84	6.62	73.55
TOTAL	74.73	18.61	6.66	100.00

Sources : Auteur, a base du MICS 2017.

En matière de vie féconde, les femmes ayant un handicap ont majoritairement plus de 2 enfants, sont soit dans des mariages polygamiques (27,91%), soit célibataires (20,33%). De manière globale, ces femmes sont peu épanouies (tableau 6).

Tableau 6 : Caractéristiques liées à la vie féconde, nuptiale et épanouissement de la femme ayant un handicap

Caractéristiques	Statut de handicap de la femme		
------------------	--------------------------------	--	--

	sans handicap	A un handicap	A au moins 2 handicaps	Total
Parité atteinte				
primipares	80.00	14.25	5.75	18.71
multipares	75.91	17.49	6.60	55.10
grands multipares	68.49	24.07	7.44	26.19
Polygynie de la femme				
celibataire	70.73	20.33	8.94	6.30
marie unique	75.54	17.82	6.64	66.43
une coepouse	75.19	17.62	7.20	20.66
2 coepouses et plus	68.99	27.91	3.10	6.61
Degré d'épanouissement de la femme				
faible	66.47	22.66	10.88	16.97
moyen	74.26	18.95	6.79	46.80
élevé	79.21	16.27	4.53	36.24
TOTAL	74.73	18.61	6.66	100.00

Sources : Auteur, a base du MICS 2017.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Source des données

Les données d'analyses sont celles de la 6^{ème} enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS6) collectées par l'INSEED en 2017. La population cible de cette étude était constituée des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ayant eu leur dernière naissance au cours des deux dernières années précédant l'enquête.

Toutes les informations sur les lieux d'accouchements des femmes, leur statut de handicap ainsi que les autres caractéristiques sont présents dans cette base.

Dans cette étude, certaines variables ont été mobilisée pour la mise en œuvre du niveau d'inégalité d'accès aux soins des femmes pendant l'accouchement :

Variable, recours aux soins.

Le recours à un lieu d'accouchement (domicile, structure publique ou privée) est notre variable d'étude. La question posée est la suivante : Où avez-vous accouché ? Plusieurs modalités ont été listées mais nous avons effectué un recodage de celles-ci en trois modalités à savoir : 1. Publique, 2. Privé et 3. Domicile.

Variable de contrôle :

La principale variable de contrôle est le statut de handicap de la femme. En tant que variable latente, elle a été mesurée dans cette étude par cinq indicateurs dont : difficulté à marcher, communiquer, entendre, voir et lire. Trois modalités ont été retenues en tenant compte du degré de sévérité du handicap à savoir : 1. Sans

handicape si la femme n'a présenté aucune des difficultés ; 2. A un des handicapes si elle en a présenté une et 3. Plus de deux handicapes dans le cas contraire.

Variables indépendantes

Contexte de résidence : Milieu de résidence ; Caractéristiques du ménage : Le niveau de vie du ménage ; Caractéristiques du chef de ménage : Son sexe, niveau d'instruction, l'ethnie, la religion et son statut d'occupation du logement ; Caractéristiques sociodémographiques de la femme : le statut matrimonial de la femme et son âge ; Modernité de la femme : son niveau d'instruction, son degré d'exposition aux médias (télé, radio, presse, internet et téléphone portable), son degré d'épanouissement (satisfaction de la vie les années 2016 et 2017) et Capitale santé de la femme : sa pratique des méthodes contraceptives modernes, sa parité et son assurance santé.

Méthodes d'analyse

L'objectif général de l'étude est de déterminer comment le handicap détermine le choix des femmes du lieu d'accouchement. La variable dépendante est polychromique (trois modalités non ordonnées). Il convient alors d'utiliser, pour l'analyse explicative, un modèle logistique non ordonné (Hausman, 1978). Parmi ces modèles les plus utilisés il existe : le modèle multinomial non ordonné et le modèle multinomial emboîté. Le dernier modèle est utilisé si l'hypothèse des alternatives indépendantes non pertinentes n'est pas vérifiée pour le premier. Or dans notre cas cette hypothèse est vérifiée en utilisant le test de Chow (1960). Donc nous optons pour le premier modèle. Le choix de l'une des catégories du type de lieu d'accouchement dépend de son utilité pour la femme. Mais dans notre contexte ce choix pourrait être limité par son degré de handicap.

Les coefficients prédictifs issus de la régression logistique multinomiale sont interprétés en termes de risque relatif ou rrr (relative risk ratio). En supposant par exemple α_k le coefficient de régression de la $k^{\text{ième}}$ variable individuelle du modèle, $rrr = \exp(\alpha_k)$ où \exp est la fonction exponentielle est le nombre de fois (plus ou moins) de chance qu'a une femme, appartenant à une des catégories de la variable k , d'accoucher à un type de lieu par rapport à ses consœurs issues des autres catégories de la variable k au lieu de le faire dans le type de référence. Les différents cas de figures suivants se présentaient : un rrr relatif à une caractéristique donnée inférieur à 1 dans une catégorie indique que les femmes appartenant à cette catégorie avaient $(1-rrr)$ % moins de chance/risque par rapport à celles du groupe de référence. Lorsqu'il était supérieur à 1, l'on dira que les femmes de cette catégorie ont (rrr) % fois plus de chance/risque par rapport à celle du groupe de référence. Le logiciel utilisé est STATA 16 et la méthode d'estimation des coefficients prédictifs est le maximum de vraisemblance. La statistique de Wald et le ratio de vraisemblance (LR) ont permis de tester la significativité ou l'adéquation des modèles aux données.

Pour finir le profil des femmes selon leur lieu d'accouchement a été fait par la méthode d'Analyse des correspondances multiples (AFCM) avec le logiciel SPAD 5.5. Les résultats se présentent dans la section suivante.

RESULTATS

Profil des femmes ayant un handicap selon leur accès aux soins pendant l'accouchement

Deux principaux axes ont été retenus en tenant compte de leur contribution. Il ressort de cette analyse que (graphique) :

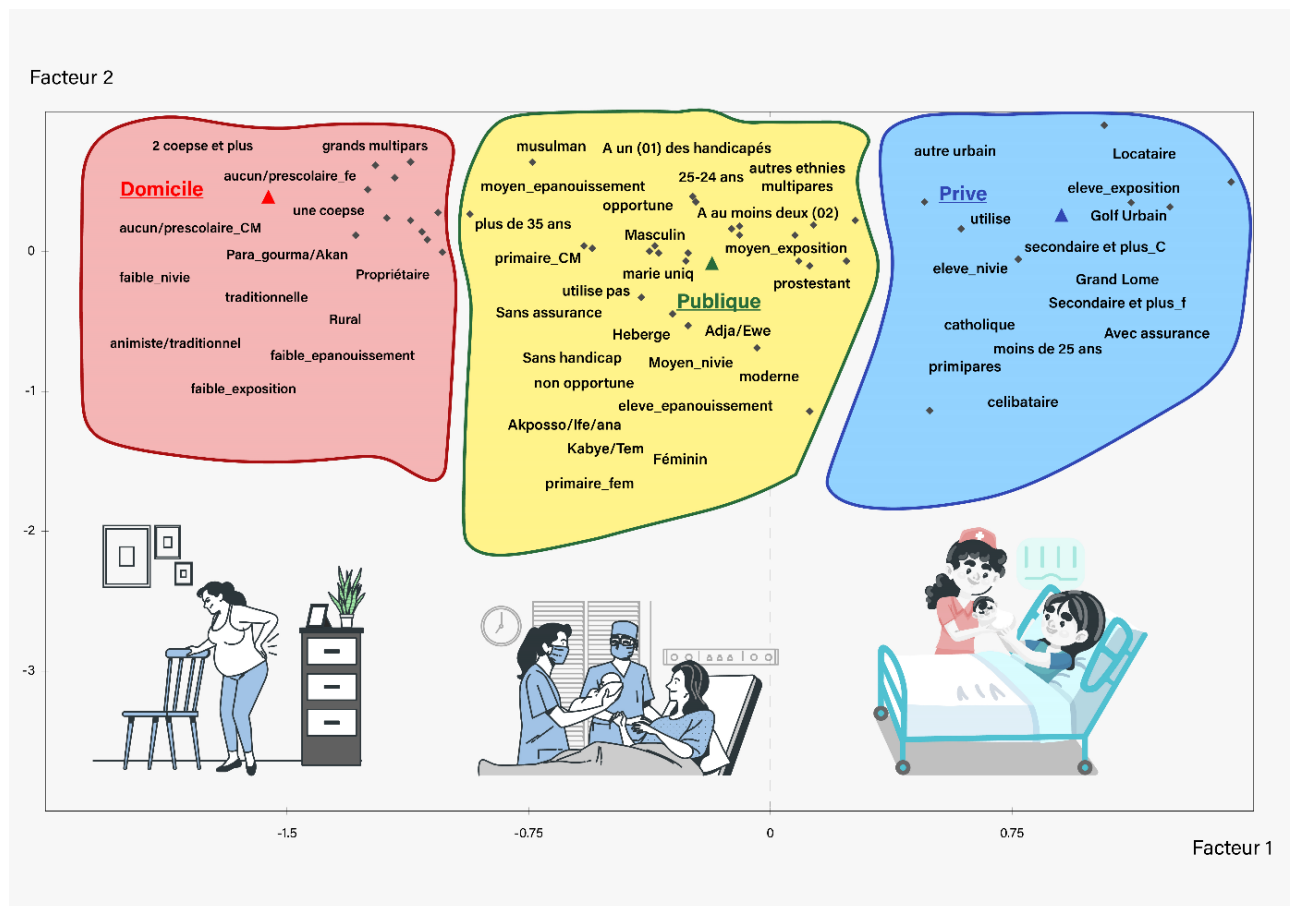
On distingue trois groupes de ces femmes :

Celles qui accouchent à la maison : n'ont aucun niveau ou sont du préscolaire, vivent en milieu rural et sont dans une union polygame avec plus de cinq enfants. Elles appartiennent aux groupes Para gourma ou Akan, sont faiblement exposées aux médias et assistées lors de leur consultation prénatale par une matrone ou accoucheuse traditionnelle. Elles sont faiblement épanouies et vivent chez un chef sans niveau ou de niveau d'instruction préscolaire. Elles résident dans les ménages ayant un niveau de vie faible.

Celles qui accouchent dans une structure de santé publique : Elles sont jeunes (moins de 35 ans) mariées dans un couple monogame. Ce sont elles qui sont moyennement exposées aux médias, épanouies ayant le niveau d'instruction primaire. Elles vivent dans un ménage ayant un niveau de vie moyen et dirigé par un chef d'ethnie Adja Ewe/Kabye/Akposso de religion protestante/musulmane. Ce sont des femmes ayant un handicap ou non.

Celles qui accouchent dans une structure de santé privée : Elles vivent à Lomé, ses environs et dans les grandes villes du pays. Ce sont des femmes très jeunes (moins de 25 ans) qui utilisent les méthodes contraceptives modernes. Elles ont une assurance santé, sont de niveau de vie élevé, ayant un niveau d'instruction élevé (secondaire et plus) et fortement exposées aux médias. Elles vivent dans des ménages dirigés par un catholique fortement instruit (secondaire et plus).

Graphique 1 : Profils des femmes ayant un handicap selon leur accès aux soins pendant l'accouchement



Source : Exploitation des données MICS, 2017, INSEED.

Le handicap de la femme et son lieu d'accouchement

Après l'application du modèle multinomial non ordonné, les résultats suivants ressortent :

Le choix d'une femme togolaise d'accoucher à la maison ou dans une structure de santé privée au lieu de le faire dans le publique n'est pas influencé par le statut de personne en situation de handicap. Autrement dit, Préférer accoucher à domicile ou dans une clinique sachant qu'on pouvait le faire dans la structure de santé étatique n'est pas motivé par le statut de personne en situation de handicap. En effet, dans le modèle complet, cette variable n'a pas d'effet significatif sur le recours à un lieu d'accouchement comparativement à la structure publique (tableau 1). Dans la recherche de profils des femmes selon le lieu d'accouchement, il a été observé que les femmes en situation de handicap ou non accouchent dans les structures publiques. Ce qui montre que d'autres facteurs sont adjacents à l'influence du statut de handicap de la femme sur son recours à un quelconque lieu d'accouchement.

L'analyse des variables de contrôles montre que les facteurs explicatifs du type de lieu d'accouchement par les femmes togolaises sont présentés comme suite :

Accouchement dans un centre de santé privé plutôt qu'une structure de santé publique :

Selon les résultats du tableau 1, les déterminants de l'accouchement dans une structure privée au lieu du publique sont : Milieu de résidence, niveau de vie du ménage, ethnies du chef de ménage, assistance pendant la consultation prénatale, l'opportunité de la grossesse, la parité de la femme et le statut d'occupation du logement. En effet, les femmes issues des ménages de niveau de vie moyen ont deux fois plus de chance d'accoucher dans un centre de santé privé plutôt que le publique ($rrr=2,3$; $p<0,05$) comparativement à celles qui vivent dans un ménage de niveau de vie faible. L'accouchement à Lomé et ses environs puis dans les autres villes du Togo en centres de santé privé plutôt que dans le publique est plus probable que celui délivré dans le milieu rural. Par rapport aux femmes dirigées par un chef Adja/Ewe, celles qui sont sous le toit d'un chef d'autres ethnies ont moins de chance (tableau 1) d'accoucher dans le privé que le publique. Être assisté par une matrone ou accoucheuse traditionnelle pendant les consultations prénatales réduit la chance à une femme d'accoucher à l'hôpital ($rrr=0,5$; $p<0,001$). La première expérience de grossesse diminue la probabilité d'accoucher dans le privé que de le faire dans le publique ($rrr=0,4$; $p<0,001$). L'opportunité de la grossesse influence le choix en matière du lieu d'accouchement. En effet, les femmes ayant déclaré de n'avoir pas désiré l'enfant préfèrent accoucher beaucoup plus dans le privé que de le faire dans le publique ($rrr=1,7$; $p<0,05$). La propriété du logement indispose au recours lors de l'accouchement dans le privé au lieu du publique ($rrr=0,5$; $p<0,05$).

Accouchement à domicile plutôt qu'une structure de santé publique :

Les facteurs qui influencent le recours au domicile lors de l'accouchement que le centre de santé publique sont : Niveau de vie du ménage, sexe du chef de ménage, sa religion, l'assistance reçue pendant les consultations prénatales, parité de la femme, son degré d'épanouissement, le niveau d'instruction du chef de ménage et de la femme. Par rapport aux femmes qui vivent dans un ménage ayant un niveau de vie faible, celles qui ont un niveau de vie élevé ou moyen ont respectivement 80% et 50% moins de risque d'accoucher à domicile plutôt que le publique ($rrr=0,2$ et $rrr=0,5$; $p<0,05$). Les femmes issues des ménages dirigés par une femme ont 40% moins de risque d'accoucher à la maison que de le faire dans le publique que celles qui sont dirigées par un chef. Au sein d'un ménage dirigé par un musulman, la probabilité d'accoucher à la maison au lieu de le faire dans le publique est relativement faible ($rrr=0,6$; $p<0,001$).

Les femmes qui ont été assistées pendant la grossesse par une matrone ou accoucheuse traditionnelle courent plus de risque d'accoucher à domicile au lieu du publique ($rrr=1,9$; $p<0,001$). Par rapport aux femmes ayant au moins deux enfants, celles qui sont mère pour la première fois courent 50% moins de risque d'accoucher à la maison que de le faire dans un centre de santé publique. Le degré de satisfaction de la vie conditionne le choix du lieu d'accouchement. En effet, les femmes qui ont été assez satisfaites de la vie courent 30% moins de risque d'accoucher à la maison que les autres. Si les femmes qui ont un niveau d'instruction secondaire et plus courent 70% moins de risque d'accoucher à la maison, celles qui vivent dans un ménage dirigé par une personne sans niveau ont une probabilité élevée de le faire.

Tableau7 : Effets nets (Relative Risk ratio) des variables indépendantes sur le recours à un lieu d'accouchement par les femmes togolaises.

Caractéristiques	Privé vs Publique	Domicile vs Publique
Statut de handicap		
Sans handicap	Réf	Réf
A un (01) des handicaps	1.1 ^{ns}	1.0 ^{ns}
A au moins deux (02) handicaps	1.2 ^{ns}	1.5 ^{ns}
Milieu de résidence		
Rural	Réf	Réf
Golf urbain	5.4 ^{***}	0.8 ^{ns}
Grand Lomé	5.8 ^{***}	0.2 ^{ns}
Autre urbain	2.6 ^{***}	0.7 ^{ns}
Niveau de vie du ménage		
Faible	Réf	Réf
Moyen	2.3 ^{**}	0.5 ^{**}
Élevé	1.9 ^{ns}	0.2 ^{***}
Sexe du Chef de ménage		
Masculin	Réf	Réf
Féminin	1.1 ^{ns}	0.6 ^{**}
Religion du Chef de ménage		
Catholique	0.8 ^{ns}	0.7 ^{ns}
Protestant	0.9 ^{ns}	0.9 ^{ns}
Musulman	1.2 ^{ns}	0.6 ^{***}
Animiste/traditionnel	Réf	Réf
Ethnie du Chef de ménage		
Adja/Ewe	Réf	Réf
Kabyè/Tem	0.4 ^{***}	1.4 ^{ns}
Akposso/lfe/ana	1.1 ^{ns}	1.6 ^{ns}
Para gourma/Akan	0.3 ^{***}	1.5 ^{ns}
Autres religion	0.5 ^{**}	1.3 ^{ns}
Age de la femme		
Moins de 25 ans	1.3 ^{ns}	1.1 ^{ns}
25-34 ans	Réf	Réf
Plus de 35 ans	0.7 ^{ns}	1.1 ^{ns}
Assistance pendant la CPN		
Moderne	Réf	Réf
Traditionnelle	0.5 ^{***}	1.9 ^{***}
Assurance santé		
Avec Assurance	0.6 ^{ns}	0.6 ^{ns}
Sans Assurance	Réf	Réf
Opportunité de la grossesse		
Opportune	Réf	Réf
Non opportune	1.7 ^{**}	0.8 ^{ns}
Parité atteinte		
Primipares	0.4 ^{***}	0.5 ^{**}
Multipares	Réf	Réf
Grands multipares	0.7 ^{ns}	0.8 ^{ns}
Situation matrimoniale de la femme		
Célibataire	0.7 ^{ns}	1.6 ^{ns}
Mariée monogame	Réf	Réf

Caractéristiques	Privé vs Publique	Domicile vs Publique
Mariée avec une coépouse	1.2 ^{ns}	1.2 ^{ns}
Mariée avec plus de deux coépouses	0.6 ^{ns}	1.4 ^{ns}
Degrés d'exposition aux médias		
Faible	Réf	Réf
Moyen	1.1 ^{ns}	0.9 ^{ns}
Élevé	0.7 ^{ns}	0.7 ^{ns}
Degrés d'épanouissement de la femme		
Faible	1.4 ^{ns}	0.8 ^{ns}
Moyen	Réf	Réf
Elevé	0.9 ^{ns}	0.7 ^{**}
Statut d'occupation du logement		
Propriétaire	Réf	Réf
Locataire	0.5 ^{**}	0.7 ^{ns}
Hébergé	0.7 ^{ns}	0.7 ^{**}
Niveau d'instruction du Chef de ménage		
Aucun/préscolaire	0.7 ^{ns}	2.1 ^{***}
Primaire	0.9 ^{ns}	0.9 ^{ns}
Secondaire et plus	Réf	Réf
Utilisation de la contraception moderne		
Utilise	1.2 ^{ns}	0.9 ^{ns}
N'utilise pas	Réf	Réf
Niveau d'instruction de la femme		
Aucun/Préscolaire	Réf	Réf
Primaire	1.2 ^{ns}	0.7 ^{ns}
Secondaire et plus	1.4 ^{ns}	0.3 ^{***}
Chi2	396.5 ^{***}	396.5 ^{***}

Ns p < 1, * p < 0.10, ** p < 0.05, *** p < 0.01

Source : Exploitation des données MICS, 2017, INSEED.

DISCUSSION

Effet du handicap sur le lieu d'accouchement

Dans cette étude il ressort qu'une femme ait des difficultés à voir, entendre, marcher, à communiquer ou écouter, cela n'exacerbe pas la variation de son lieu d'accouchement. Or avec leur état qui font d'elles des personnes marginalisées, oubliées, condamnées, limitées dans la production de valeur, on s'attendait à ce qu'elles soient exclues de celles qui font recours aux centres de santé modernes. Car selon Adate et al.(2022), lors des consultations prénatales ou l'accouchement les femmes subissent des violences de la part des agents médicaux, lesquelles violences exacerberaient celles liées à leur statut social. Aussi, une revue de la littérature de Cadic en 2013 sur le handicap moteur et la maternité a révélé que les femmes enceintes en situation de handicap sont sujettes à des maux suivants : le manque d'information délivrée aux patientes dû à la méconnaissance du handicap moteur chez la femme enceinte, le manque de compréhension des professionnels face à la grossesse d'une femme handicapée moteur, le manque d'accessibilité et

d'installations adaptées, la nécessité de conserver son rôle maternel malgré le handicap. Une autre étude réalisée par Lesley A Tarasoff (2015) a montré que de nombreuses femmes ayant un handicap physique se heurtent à des obstacles comportementaux, informationnels, physiques et financiers pendant la période périnatale qui contribuent à de mauvaises expériences de soins et peuvent par la suite affecter leurs résultats en matière de santé. Contrairement aux résultats trouvés dans cette étude, Darney BG Biel FM Quigley BP et al. (2017) ont trouvé que, la proportion de césariennes primaires chez les femmes handicapées était deux fois supérieure à celle des femmes non handicapées (32,7 % contre 16,3 % ; $p < 0,001$; rapport de cotes ajusté, 2,05 ; intervalle de confiance à 95 %, 1,94-2,17). La proportion d'accouchements par césarienne était plus élevée chez les femmes ayant un handicap physique dû à des blessures que chez les femmes non handicapées (57,8 % contre 16,3 % ; $p < 0,001$; rapport de cotes ajusté, 6,83 ; intervalle de confiance à 95 %, 5,46-8,53). Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que la situation des personnes ayant un statut de handicapé et en particulier celle des femmes, a été une préoccupation particulière du pays. Une priorité à cette couche sociale a poussé l'état à mettre en place des institutions fortes comme la loi n°2009-007 de 2009 articles 115-119 en particulier 118 qui stipule que : « Les conditions d'octroi et la nature des avantages dont pourraient bénéficier les personnes handicapées en matière de santé sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des affaires sociales ». Aussi, l'article 6 de la loi la loi n° 2004 -005 du 23 avril 2004 portant protection sociale des personnes handicapées stipule : « la personne handicapée jouit, soit personnellement soit par l'intermédiaire d'un tiers, des droits reconnus à tous les citoyens par la constitution. Aucune discrimination de quelque sorte ne peut être opérée à l'égard des personnes handicapées si ce n'est pour des raisons liées exclusivement à la nature de l'activité et du handicap dont souffre la personne en cause ».

Notre étude n'a pas su combiner tous les aspects liés à la définition de personnes en situation de handicap définie par l'article 115 qui dit : « Est considérée comme personne handicapée, toute personne qui, du fait d'une déficience motrice, sensorielle ou mentale, congénitale ou acquise, est dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale et se trouve empêchée ou limitée dans ses possibilités de jouir des mêmes droits et de faire face aux mêmes obligations que ses concitoyens de même sexe et de même âge ».

Accouchement dans un centre de santé privé plutôt que dans un centre de santé publique

Au menu des facteurs adjacents, certaines catégories de femme préfèrent accoucher dans un centre de santé privé à la place des structures publiques. En effet, le milieu de résidence a un effet significatif sur le recours à l'accouchement en centre de santé privé au lieu du publique. Avoir plus de chance d'accoucher dans une structure privée à Lomé, ses environs et dans les autres villes du Togo n'est pas étrange car c'est dans ces zones que s'installent la plupart de ces structures de santé. Et aussi la qualité des soins (en termes d'équipements, de personnels et du contenu des soins) est plus appréciée dans ces structures que celles étatiques. Ce résultat ne collabore pas avec

celui trouvé par Kodjo et al., (2022) et Adédzi (2010) qui avaient trouvés qu'au Togo l'accouchement assisté et/ou en centre de santé n'est pas influencé par le milieu de résidence. Pour Kodjo et al., (2022), toutes choses étant égales par ailleurs, si toutes les communautés sont modernes sur le plan sanitaire et les soins sont subventionnés ou le niveau de vie des ménages s'est amélioré, le milieu de résidence ne pose plus de problème à l'utilisation des services obstétricaux modernes.

Etant donnée que les structures de santé privée sont à caractère lucratifs (se faire de la richesse), les soins en leur sein sont chers. Ce ci explique le fait que les femmes ayant un niveau de vie moyen ont plus de chance d'accoucher dans une clinique que de le faire à l'hôpital étatique. Adédzi (2010) a d'ailleurs trouvé que le facteur premier qui conditionne le recours l'accouchement assisté au Togo est le niveau de vie du ménage. Mais une étude réalisée au Burundi par Nkurunziza en 2015 a montré que malgré la gratuité des soins, les accouchements à domiciles s'accroissent.

La modernité et la situation géographique des personnes d'ethnie Adja/Ewe peut expliquer leur supériorité en termes d'accès aux services de santé modernes (Adédzi, 2010). Car par rapport à ce groupe ethnique, les autres qui sont chefs de ménage prédisposent moins les femmes qu'ils hébergent à accoucher en centre de santé privé. Kodjo (2022), en classifiant les déterminants du recours à l'accouchement moderne, a trouvé que ce facteur occupe la première place.

Être assisté par une matrone ou accoucheuse traditionnelle au cours de la grossesse diminue la chance d'accoucher en centre de santé moderne. Ce résultat s'aligne sur ce que Baldé a trouvé en Guinée en 2020. Car selon cette étude les soins prénatals modernes augmentent la chance de recourir à l'accouchement assisté. Et la plupart des accouchements assistés se font dans un centre de santé moderne (Baldé, 2020 ; INSEED, 2017).

Contrairement à ce qu'on attendait, les enfants non désirés sont plus chanceux d'être née dans un centre de santé privé plutôt que publique. Or si l'enfant est désiré au moment de sa conception, des dispositions seraient prises pour le bon déroulement de son accouchement. Une grossesse non désirée peut être vécue comme une crise psychique, un échec personnel avec atteinte de l'estime de soi et cause de discordance interpersonnelle, autant de facteurs de la dépression et de troubles de l'affection maternelle par atteinte narcissique (Surkan PJ et al., 2018). Aussi, le fait que ces grossesses ne sont pas désirées ne donne pas une prédisposition psychologique de la parturiente à accoucher facilement. Ce serait la raison pour laquelle les ménages préfèrent les services de santé privé qui semblent être sécurisés sur le plan sanitaire.

Dans la plupart des communautés d'Afrique subsaharienne, la première conception montre le statut de fertilité de la femme et mérite plus d'attention (Kodjo et al., 2022). Selon les mêmes auteurs, étant l'aîné de la famille, il est considéré comme le mentor de ses frères/sœurs et donc doit bénéficier de toutes les assistances possibles afin d'aider plus tard ses cadets. Pour finir leur analyse, ils soutiennent que cette raison explique le fait que les femmes primipares ont plus de chance à recourir à l'accouchement moderne. Mais cette étude montre le contraire. En effet ces auteurs n'avaient pas considéré le type de centre utilisé par ces femmes. Le recours à

l'établissement privé au lieu du publique spécifie l'effet marginal de ce facteur. Si ces femmes ont moins de chance dans notre cas c'est peut-être dû au manque de moyen car les soins coutent chères dans le privé. Ceci contredit les résultats de : Mugo et al. (2015) au Soudan du Sud, Bouba (2021) dans 26 pays africains sauf le Niger et le Tchad, Duodu et al. (2022) au Ghana.

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes n'influence la décision d'accoucher dans une structure privée que de le faire dans le publique. Ceci contredit les résultats de Kodjo et al. (2022) au Togo et Babalola (2009) au Nigéria. Les coûts de ces services sont dans la plupart des cas subventionnés par les ONG (FHI, Fond Mondial, UNFPA...). Donc leur utilisation n'a pas assez d'influences sur les autres services qui coûtent chers dans un centre de santé privé.

En résumé, le coût des services de santé privé d'une part peut dissuader certains ménages à y faire recours ; mais le caractère déficient des services publiques peut en être une cause d'autre part. Car malgré la subvention à 90% des accouchements par césarienne, certains ménages préféreraient les centres de santé privées. Comme preuve encore, la délégation d'Amnesty International¹¹ a mené des entretiens avec 21 personnes, dont 13 patientes, quatre sage-femmes et quatre médecins, dans cinq établissements de santé situés à Lomé, la capitale, et à Aného, une ville du sud-est du Togo, en février et mars 2023. Dans la plupart des établissements de santé, la délégation d'Amnesty International a observé un manque de personnel, des équipements délabrés et une mauvaise qualité des soins.

Accouchement à domicile plutôt que dans un centre de santé publique

Les analyses montrent que certains facteurs qui influencent de façon significative le choix du privé en lieu et place du publique le sont également au niveau de l'accouchement à domicile mais dans le sens contraire. En effet, un niveau de vie moyen ou élevé diminue le risque d'accoucher à la maison. Disposer des moyens financiers et vouloir accoucher à la maison relèverait d'une décision liée à sa culturelle ou tradition. Bouba(2021) a trouvé aussi dans son étude sur 21 pays africains que les ménages qui ont un niveau de vie élevé prédisposent moins les femmes de la déperdition des soins prénatals.

Une femme à la tête d'un ménage diminue le risque d'accoucher à la maison par rapport à ceux dirigés par un homme. Ceci pourrait s'expliquer par le faite que les femmes ont plus de compassion pour leurs consœurs. Ceci résultats ne va pas dans le même sens que celui de Kodjo et al. (2022) et Bouba(2021), qui n'ont pas trouvé d'effet pour cette variable sur l'utilisation des services maternels.

Contrairement aux résultats de Nkurunziza (2015), stipulant que ce sont les femmes burundaises ne vivant pas en union qui accouchent le plus à domicile par rapport à

¹¹ <https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2023/07/togo-some-women-give-birth-on-the-floor-amid-staff-shortages-poor-facilities/>

celles vivant en union et Duodu (2022) trouvant qu'au Ghana celles qui sont en union monogame sont plus prédisposées à faire un recours adéquat pendant la grossesse et à l'accouchement, cette étude montre que la situation matrimoniale de femme est sans effet sur son choix d'accoucher ailleurs qu'un centre de santé publique.

Le niveau d'instruction des femmes ou de leur chef de ménage est déterminant de leur utilisation des services obstétricaux modernes. Les femmes plus instruites (niveau secondaire ou plus) courent moins de risque d'accoucher à la maison et celles qui vivent sous le toit d'un chef sans niveau courent plus de risque de faire le même recours. Il faut dire que dans le système éducatif togolais, le troisième trimestre de la dernière classe du secondaire niveau 1 est consacré à la santé de la reproduction. Un cours qui enrichi la connaissance sur la planification familiale et ses avantages, le recours aux consultations prénatale, à l'accouchement moderne et le postnatal avec leur avantage. Ceci explique l'effet négatif de ce facteur sur l'accouchement à domicile. Ce résultat va dans le sens que ceux trouvés par Baldé (2020) en Guinée, Duodu(2022) au Ghana et Bouba (2021).

L'exposition aux médias est un déterminant de l'utilisation des services obstétricaux modernes (Kodjo et al., 2022). Que ce soit le choix d'un centre de santé privé ou l'accouchement à domicile, ce facteur est sans effet. La raison pourrait être le fait que la préférence en termes de centre de santé n'est pas discutée sur les médias. Le faire, c'est se lancer dans la publicité. Dans le pire des cas, ce sont les subventions ou mesures d'atténuation de ces services par l'état qui sont ventées.

En résumé, en se réfèrent à ce propos recueilli par Amnesty International lors de leur enquête en 2023, au cours de laquelle, au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, le principal centre national de référencement, une sage-femme a déclaré : « On voit des femmes qui accouchent par terre, sur un matelas, et parfois même sur un simple drap quand il n'y a pas de matelas. Il y a des tables d'accouchement neuves, mais il y en a aussi de vieilles qui sont en mauvais état et moisies. », la présente étude est pertinente car il serait mieux d'accoucher à la maison que d'aller le faire par terre à l'hôpital de référence parfois sans assistance. Puisque même si c'est un risque d'accoucher à la maison, on est sûr de le faire avec assistance d'une matrone expérimentée et moins chère.

Conflit d'intérêt

Nous déclarons n'avoir de relations ni personnelles ni financières qui auraient pu nous influencer de quelque manière que ce soit dans la rédaction de cet article.

Conclusion et recommandations

La problématique de variation des lieux d'accouchement des femmes togolaises selon leur statut de handicap a retenu l'attention guidée par cette étude. Ceci peut contribuer à une meilleure connaissance des choix des femmes en termes du lieu d'accouchement. Une décision basée sur les études empiriques se voit efficace,

efficace et pertinente voire pérenne. Pour y parvenir, la modélisation logistique non ordonnée a été réalisée sur les données de MICS6 de 2017 précédé d'une analyse factorielle des correspondances multiple (AFCM). Il ressort que les deux analyses aboutissent presque aux mêmes résultats. Le statut de handicap, tel qu'abordé dans cette étude n'influence pas significativement le choix de préférer accoucher ailleurs plutôt que de le faire dans un centre de santé publique. D'ailleurs, l'AFCM a montré que, quel que soit le statut de handicap de la femme, elles accouchent beaucoup plus dans les structures de santé publiques. Les caractéristiques des femmes qui préfèrent accoucher uniquement dans un centre de santé privé plutôt que de le faire dans le publique sont : Milieu de résidence, niveau de vie du ménage, ethnies, assistance reçue pendant la grossesse, opportunité de la grossesse et la parité atteinte. Par contre le fait qu'une femme accouche à domicile au lieu de le faire dans un centre de santé publique est uniquement influencé par les facteurs suivants : Le sexe du chef de ménage, sa religion, son degré d'épanouissement, son niveau d'instruction et celui du chef de ménage. Et, enfin, le niveau de vie du ménage, le personnel ayant assisté pendant la consultation prénatale et la parité de la femme influencent les deux choix. Questionnant la littérature et le contexte du Togo, des essais d'explication ont été faites sur les résultats obtenus. Le déficit d'études approfondies comme celle-ci se consacrant à la recherche du lien entre le handicap de la femme et son choix du lieu d'accouchement, montre son caractère original. D'où sa pertinence dans le contexte togolais (voir mondial) où plusieurs mesures sont prises pour encourager le recours aux services de santé maternels mais sans avoir un regard particulier aux personnes vivant en situation de handicap. Car même si elle est descriptive, l'AFCM a montré que ces femmes accouchent dans le centre de santé publique. La population à cibler après cette étude est celle qui préfère accoucher à domicile plutôt que de le faire dans un centre de santé publique. Il s'agit des femmes qui sont de niveau de vie faible, dirigée par un homme, de religion animiste, assistée pendant leur grossesse par une matrone ou accoucheuse traditionnelle, elles ont plus de deux enfants, ne sont pas satisfaites de la vie, elles sont sans niveau instruction et dirigées par un chef de même niveau d'instruction. Pour le recours aux centres de santé modernes ou plus précisément aux structures publiques, il faut renforcer le programme des filets sociaux de bases et le programme WEZOU, démarrer le projet SWEDD pour maintenir les filles à l'école (pour qu'elles aient au moins le niveau secondaire).

Les limites de l'étude peuvent se présenter comme suit : La variable statut de handicap est latente et a été construite avec des indicateurs observés. Mais les dimensions couvertes par cette variable relèvent d'une recherche approfondie des types de handicap les plus connus. De même, les données plus actuelles pouvaient expliquer d'avantage la problématique. Nous pouvons dire aussi comme Kodjo et al.(2022) que, les variables comme autonomie de la femme, son activité économique, la satisfaction ou non des soins reçus pendant la grossesse, l'équipement médicale et le contenu des soins médicaux sont absentes dans la base. La disponibilité des données longitudinales ou de panel plus récentes pourrait apporter plus d'informations à cette analyse car le suivi d'une cohorte de femmes servirait à identifier l'itinéraire des femmes qui utilisent les différents lieux d'accouchement. Pour finir, l'approche

qualitative serait une alternative d'explication approfondie des résultats obtenus si ses données étaient disponibles.

REFERENCES

1. Adate S.R., Obossou A.A.A., Sidi R. I., Vodouhe M.V., Soule G.F., Gbaguidi H.G., Hounkponou Ahouingnan F.M.N. Salifou B. & Salifou K. (2022). Efficacité et Rentabilité de L'utilisation du Compost à Base de Fiente de Poulet dans la Production de Plants D'hévéa de Pépinière en Sac. *European Scientific Journal*, ESJ, 18 (27), 387. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n27p387>.
2. Adedzi Kodjo (2010). Pauvreté et soins obstétricaux moderne au Togo. Master Professionnel en démographie, Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD), Yaoundé Cameroun ; 125p.
3. Adiko Francis Adiko, Nindjin Charlemagne, Yao Léopold Yao (2018). Normes alimentaires et sanitaires appliquées aux nouvelles accouchées chez les Akan en milieu rural ivoirien, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*". URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=32>.
4. MOHAMED ALI AG AHMED (2019). Les déterminants du recours ou non à l'accouchement assisté par les femmes nomades de Gossi au Mali et les stratégies potentielles pour le faciliter. Université de Laval, Canada.242p.
5. Banque Mondiale (BM) (2019). Indicateurs de développement.
6. Bouba D. F. (2021). Do urban areas still have advantages over rural areas in antenatal care discontinuity in Sub-Saharan Africa? *Net Journal of Social Sciences*, 9(2): 27-35.
7. Darney BG Biel FM Quigley BP et al. (2017). Primary cesarean delivery patterns among women with physical, sensory, or intellectual disabilities. *Womens Health Issues*. 2017 ; 27 : 336-344.
8. Dodzi, N. (2012). Etude sur l'accès des personnes handicapées aux technologies de l'information et de la communication au Togo-Quels sont les obstacles à une pleine utilisation? *Handicap International FETAPH*, 10.
9. Duodu, P.A., Bayuo, J., Mensah, J.A. Et Al. (2022). Trends in antenatal care visits and associated factors in Ghana from 2006 to 2018. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 59.
10. Fankeba Souradji (2007). Le recours aux soins obstétricaux au TOGO : niveau et déterminants. Diplôme d'étude supérieures spécialisées, Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD), Yaoundé Cameroun.106p.
11. GANLE, J.K., PARKER, M., FITZPATRICK, R. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy Childbirth* 14, 425 (2014).
12. Jennifer Cadic (2013). Handicap moteur maternel et grossesse : évaluation de la satisfaction des patientes face à une prise en charge spécifique. Mémoire de santé publique à l'université Université Paris Descartes. 96p.

13. Institut de National de Statistiques des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) (2017). Rapport de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS6) 608p.
14. INSEED-Togo (2010). Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Togo. INSEED. www.inseed.tg.
15. Kodjo Yawo (2022). Utilisation des services obstétricaux modernes au Togo : Approche par les modèles mixtes. Mémoire de master en démographie à l'Institut de Formation et de Recherche Démographie, Yaoundé, Cameroun. 170p.
16. Kodjo Y., Mburano J.R. & Kone H. (2022). Utilisation des Services Obstétricaux Modernes au Togo : Approche par les Modèles Mixtes. *European Scientific Journal, ESJ*, 18 (40), 10. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n40p10>.
17. Kochou, S.H.A. & Rwenge, M.J.R. (2014). 'Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire', *African Evaluation Journal* 2(1), Art. #79, 12 pages. [Http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79](http://dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79), 13b, pp169-173.
18. Ministère chargé de la Planification, d.D.e.d.I.E.d.T. (2015). l'enquête Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) Togo. QUIBB (ed.).
19. Ministère de la Protection des Droits de l'Homme (2020).
20. NAKUA, E. K., SEVUGU, J. T., DZOMEKU, V. M., OTUPIRI, E., LIPKOVICH, H. R., & OWUSU-DABO (2015). Home birth without skilled attendants despite millennium village's project intervention in Ghana: insight from a survey of women's perceptions of skilled obstetric care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 243.
21. Nkurunziza Mediatrice (2014). Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : déterminants et motivations, thèse de doctorat en Démographie, Université de Laval, Canada. 309p.
22. Nkurunziza, M. (2015). Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins: Le cas du milieu rural burundais. *Autrepart*, 74-75, 85-100. <https://doi.org/10.3917/autr.074.0085>.
23. OMS (2016). Recommandations pour les soins prénatals systématiques 46p.
24. OUSSEINI.A.(2016). Soins prénatals et accouchements assisté au Niger. *Revue d'Economie Théorique et Appliquée* Volume 6 – Numéro 2 – Décembre 2016 pp 171-190.
25. Pascal Bressoux (2007), « L'apport des modèles multiniveaux à la recherche en éducation », *Éducation et didactique [Enligne]*, vol 1 - n°2.
26. Peyou, S. (2020). Country report: Togo' (2020) 8 African Disability Rights Yearbook , République du Togo. Country report: Togo' (2020). report., C. (ed.). <http://doi.org/10.29053/2413-7138/2020/v7a10>.

27. Tarasoff LA (2015). Experiences of women with physical disabilities during the perinatal period: a review of the literature and recommendations to improve care. *Health Care Women Int.* 2015; 36: 88-107.
28. Stella Babalola and Adesegun Fatusi (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria – looking beyond individual and household factors. P1-13.
29. Sebai, J. & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30, 517-526. <https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>.
30. Surkan PJ, Strobino DM, Mehra S, Shamim AA, Rashid M, Wu LS, et al. Unintended pregnancy is a risk factor for depressive symptoms among socio-economically disadvantaged women in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Child-birth.* 2018;18(1):490
31. Robert G. Evans, Morris Lionel Barer, Theodore R. Marmor (1996). Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. John Libbey Eurotex (eds), 1996. ISBN 2742000674, 9782742000678.
32. USAID (2018). Grandes lignes et messages clés des Recommandations 2016 de l'Organisation mondiale de la Santé pour les soins prénatals systématiques 13p.

NOTE.

ⁱ ONU 2023, Objectifs de Développement Durables, 3 bonne Santé et Bien-être, Faits et chiffres
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/>

ⁱⁱ ONU 2016, Bonne santé et bien-être : pourquoi est-ce important ? <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr>

ⁱⁱⁱ ONU 2023, The Sustainable Development Goals Report Special edition. For more information, visit the Sustainable Development Goals website of the Statistics Division of the Department of Economic and Social Affairs, at <https://unstats.un.org/sdgs>. ISBN : 978-92-1-101460-0 e-ISBN, 978-92-1-002492-1.

^{iv} *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities*. Geneva, World Health Organization and United Nations Population Fund, 2009.

^v *The forgotten: HIV and disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzanian Commission for AIDS, 2009 (<http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf>, accessed 5 April 2010).

^{vi} Nosek MA, Simmons DK. People with disabilities as a health disparities population: the case of sexual and reproductive health disparities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2007,5:68-81.

^{vii} Drainoni M-L et al. Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies*, 2006,17:101-115. doi:10.1177/10442073060170020101

^{viii} MSHPAUS 2009, code de la santé publique 2009 n°2009-007 du Togo, article 115, ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins

^{ix}DHS 2023, [STATcompiler](#)