

The Effect of Education on Tendency of Demand for Maternal Health Care Services in Cameroon

Ndada Mangoua Judith¹ and Abessolo Yves Andre²

¹ Universite de Maroua-Cameroun

Received: 14 December 2019 Accepted: 5 January 2020 Published: 15 January 2020

Abstract

The objective of this study is to show the effect of Education on tendency of demand for maternal health care services in Cameroon. This study is based on data from health and demographic survey using multiple indicators realized in Cameroon in 2004 and 2011. It is based on many statistical tests and economic models: the analysis of decomposition, multinomial regressions to explain and understand of this effect. The results obtained can be summarized as follows: At the descriptive level, the decomposition analysis reveals that between 2004 and 2011, the proportion of women who have demanded prenatal health care services, delivery services according to the level of education has dropped lightly dropped with

3

Index terms— education, demand for health care services, Cameroon.

Au niveau descriptif, L'analyse de décomposition révèle que entre 2004 et 2011, la proportion des femmes ayant demandées les soins prénatals, des soins à l'accouchement selon le niveau d'instruction a légèrement baissé respectivement de 3% et de 4% ; tandis que dans la même période, la proportion des femmes ayant demandées les soins postnatals selon le niveau d'éducation a augmenté de 8%. L'analyse explicative révèle que le niveau d'éducation de la femme exerce un effet significatif sur la demande des soins de santé maternelle.

1 Introduction

a santé constitue au même titre que l'éducation, une composante du capital humain 1 et donc un facteur de productivité. Les individus en bonne santé ont une capacité de production élevée. Ce qui entraîne un accroissement de la productivité et des revenus. Cette croissance augmente les moyens financiers qui peuvent être alloués pour la prévention, l'éducation etc. La santé est au centre des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) donc trois concernent directement la santé 2 . Aujourd'hui, les OMD sont remplacés par les objectifs de développement durable (ODD) qui sont encore plus ambitieux. Il y'a dix sept ODD donc un sur la santé 3 Le domaine des OMD qui n'a pas progressé est la santé maternelle dont les statistiques disponibles sont très différentes entre les pays. La majorité des pays à « faible revenu » se trouve en Afrique subsaharienne ; La mortalité maternelle y est très élevée et ne baisse que doucement. Le rythme de baisse de la mortalité . 1 « L'insuffisance de progrès en matière de santé dans les pays sous-développés doit être préoccupante. Le rôle du capital humain a été reconnu comme indispensable à la croissance économique. Une bonne santé valorise le capital humain et améliore par conséquent la productivité économique des individus et ainsi le taux de croissance économique de l'ensemble du pays. Une meilleure santé accroît la productivité de la main-d'oeuvre, aussi bien qualifiée que non qualifiée, en améliorant ses capacités physiques et mentales générales comme la vigueur, le fonctionnement cognitif et l'aptitude au raisonnement, et en réduisant les cas de maladie et d'incapacité. » (Banque mondiale, 2013). 2 OMD 4 : réduire les deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans; OMD 5: réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle ; OMD 6 : combattre le Sida, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies. 3 ODD 3: permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge. L'objectif 3 des ODD énoncent neuf cibles

44 mesurables devant être atteintes d'ici 2030. La première cible concerne la réduction du taux mondial de mortalité
45 maternelle audessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes. Deuxième cible : éliminer les décès évitables de
46 nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale
47 à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1000
48 naissances vivantes au plus? maternelle dans la région Africaine reste bas: 1,7% en moyenne par an entre 1990
49 et 2008. Ce qui correspond à un taux de mortalité de 620 pour 100000 naissances en 2008 (OMS, 2011). Le taux
50 de décès maternel s'est estimé à environ 32% en Afrique en 2015 Cette hausse de la mortalité maternelle suscite
51 de s'interroger sur ses fondements. D'où la question quel est l'effet de l'éducation de la femme sur la tendance
52 de demande des soins de santé maternelle au Cameroun?

53 Cet article a pour objectif d'analyser l'effet de l'éducation de la femme sur la tendance de demande des soins de
54 santé maternelle au Cameroun. Cet article décrit le contexte de l'étude et son adéquation avec la présente étude,
55 les perspectives théoriques sur la demande des soins de santé maternelle, les méthodes, les données utilisées et
56 les principaux résultats.

57 2 II.

58 3 Contexte de L'étude

59 A l'image des autres pays en développement, le Cameroun n'échappe pas à la situation sanitaire évoquée. La
60 crise économique dont les effets sont ressentis depuis le milieu des années 80 a eu des répercussions sur la santé
61 des populations. L'espérance de vie à la naissance a baissé, la durée moyenne de scolarisation de six années, le
62 revenu national brut par habitant (RNB) de 3,315\$. A partir de ces données, l'Indice de Développement Humain
63 a été évalué à 0,556. Le Cameroun se trouve parmi les pays à moyen IDH, classé 151 sur 189 pays (PNUD, 2017).
64 La mortalité maternelle et néonatale reste élevée. En effet, le taux de mortalité maternelle (MM) a augmenté
65 considérablement au cours des dix dernières années. Au Cameroun, une femme meure en donnant la vie toutes
66 les deux heures. Le drame est que 50% de ces décès maternels se retrouvent chez les adolescentes surtout en
67 cas de grossesses précoces. Ces décès sont plus importantes dans les régions où il y'a un retard dans l'accès aux
68 soins de qualité ; et où les femmes ont moins de chances de bénéficier des soins par un personnel qualifié pendant
69 l'accouchement et après l'accouchement. En effet, le taux de demande des services de soins de santé maternelle
70 est faible dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord (59%) et dans les zones rurales. Les facteurs de ri
71 sques de la mortalité maternelle sont entre autres la qualité de suivie de la grossesse ou encore le faible niveau
72 d'éducation etc.

73 Le Cameroun souffre encore de plusieurs maux qui empêchent un véritable décollage économique et une
74 baisse sensible de la pauvreté ; Parmi lesquels la demande soins de santé maternelle. La santé maternelle
75 constitue un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement et notamment au
76 Cameroun. Ce problème est à l'origine de la mortalité des femmes et des enfants à un niveau élevé. Le
77 constat de la mortalité maternelle peut en partie être expliqué par la non prise en compte des facteurs sociaux,
78 économiques, démographiques et comportementaux. A cela s'ajoute les problèmes infrastructurels qui accroissent
79 les défaillances des structures de santé. Il est donc impératif de mettre en oeuvre les actions qui puissent d'une part
80 dynamiser l'accès des femmes à un service de santé de qualité et d'autre part assurer une gestion efficace/efficiente
81 des ressources. Pour ce faire, il faut au préalable connaître les facteurs qui empêchent les femmes d'aller consulter.
82 La compréhension de ces facteurs permet par exemple de désigner les canaux par lesquels les autorités peuvent
83 agir pour réduire la mortalité maternelle par l'entremise des politiques publiques. Il existe d'autres perspectives
84 de la mortalité maternelle : l'information et l'éducation. L'éducation des jeunes filles est très important pour
85 préserver la santé maternelle et plus tard la santé des enfants. « Lorsqu'une fille est éduquée, elle se marie
86 tard, a moins d'enfants et espace systématiquement leur naissance ; elle cherche les soins médicaux plus tôt pour
87 elle-même et ses enfants, augmente la probabilité de survie de ses enfants, améliore leur éducation et son taux de
88 fécondité est plus faible. » (UNDP, 2003). L'éducation des femmes joue un rôle important dans la demande des
89 soins de santé maternelle.

90 4 III.

91 5 Perspectives Theoriques Sur la

92 Demande des Soins de Sante Maternelle

93 Dans la littérature, trois groupes d'approches concourent à l'explication de la demande des services de soin
94 de santé maternelle. Il s'agit de l'approche basée sur l'offre des soins en l'occurrence l'approche biomédicale
95 ; l'approche basée sur la demande des soins en l'occurrence l'approche économique, l'approche socioculturelle,
96 l'approche démographique ; enfin des approches intégrant l'offre et la demande des soins en l'occurrence les
97 modèles d'Andersen, de Dujardin et de Fournier/ Haddad. Cette étude est basée sur l'approche éc onomique
98 ??elka et al., (1995) soutiennent que du point de vue du patient, c'est-à-dire de la demande des soins, les facteurs
99 qui influencent la demande des services peuvent être regroupées en cinq grandes catégories : l'état de santé et les
100 besoins de santé, les caractéristiques démographiques du patient, la disponibilité du professionnel de santé, les
101 mécanismes de financement du recours aux soins, et les caractéristiques organisationnelles des services de santé.
102 En effet , les études sur la demande des services de santé maternelle ont montré l'importance des caractéristiques

des services de santé dans la détermination de l'amélioration de la demande (Becker et al., 1993 ;Develay et al., 1996 ;Magadi et al., 2000). Donc augmenter la disponibilité des professionnels de santé et l'accessibilité aux services de santé améliore la demande (Elo, 1992 ;Rosenzweig et Schultz, 1982). Deux facteurs importants : le prix et la qualité sont susceptibles d'affecter la demande des services de santé surtout parmi les plus pauvres (Manley, 2007 ;Sahn et al. 2002 ;Locay et Sanderson, 1987). En outre, dans une étude réalisée sur les déterminants de la demande des soins de santé, (Havermann et Servaas, 2002) ont montré qu'un individu malade a la possibilité de choisir plusieurs hôpitaux ; mais l'individu rationnel choisira les soins qui maximiseront son utilité. Cependant, d'autres études montrent que la recherche des soins de santé maternelle dépend non seulement des caractéristiques organisationnelles, mais aussi des caractéristiques socioéconomiques en l'occurrence le niveau d'éducation. Le niveau d'instruction joue un rôle très important dans la demande des soins de santé (Mbacke et Wan de walle, 1987).

Dans la littérature, l'éducation a été vue comme ayant un effet positif sur la demande des services de soins de santé maternelle (Addai, 2000 ;Mekonnen et Mekonnen, 2003 ;Chakraborty et al. 2003). La littérature suggère aussi que l'éducation des femmes joue un rôle très important sur l'équilibre du pouvoir dans le ménage ; dans la prise de décision et l'allocation des ressources (Caldwell, 1979 ; ?astle, 1983 ; ?chultz, 1984 ; ?are, 1984) ; par conséquent modifie la croyance des femmes à propos des causes de la maladie et influence alors la demande des soins de santé moderne (Caldwell, 1979). L'éducation augmente la connaissance des femmes sur les facilités de soins de santé moderne et influence également l'importance qu'elle donne à la demande des services de soins de santé moderne. Même un faible niveau d'éducation est bénéfique pour la santé (Cochrane et al., 1980). L'éducation est associée avec la connaissance, l'imitation et la capacité à manipuler l'environnement social. Les plus éduqués sont plus disposés que les moins éduqués à adopter les comportements innovateurs et à se séparer des pratiques traditionnelles (Caldwell, 1979). ?arrera (1990) trouve que l'accès aux services de soins de santé bénéficie plus aux enfants des femmes éduquées qu'aux enfants des femmes moins éduquées.

Les études dans les pays en développement ont montré qu'un niveau d'éducation maternelle élevé affecte la demande des services de santé maternelle et infantile (Niraula, 1994 ; Niraula, , caldwell, 1982 ; ; ?teward and Somerfelt, 1991;Bicego and Boerma, 1991). Le niveau d'éducation des femmes a un impact important sur la demande des services de santé maternelle ; Par conséquent , l'amélioration de l'opportunité de l'éducation pour la femme peut avoir un grand impact sur l'augmentation de la demande de tels services (Elo, 1992). L'éducation augmente l'autonomie féminine afin que les femmes développent une grande confiance et capacités de prendre des décisions concernant leur propre santé (Raghupathy, 1996). Les femmes cultivées recherchent aussi la plus haute qualité de service et ont une grande habileté à utiliser les inputs de soins de santé pour produire les meilleurs soins. Il affirme que les femmes cultivées sont plus informées des problèmes de santé, ont plus de connaissance au sujet de la disponibilité des services de soins médicaux, et utilise effectivement plus ces informations pour maintenir et accomplir le bon statut de santé. En outre, certains auteurs trouvent qu'il existe une grande différence éducationnelle dans les régions rurales que dans les régions urbaines où il y'a une grande concentration des services de santé moderne (Fosu, 1989 ;Golladay, 1980). En effet , les femmes vivant en milieu urbain étant fortement éduquées ont tendance à demander les services de santé maternelle que celles vivant en milieu rural.

141 6 IV.

142 7 Methodologie

143 8 a) Méthodes descriptives

144 La méthode descriptive utilisée dans la présente étude est la méthode de décomposition simple. La méthode de décomposition trouve son champ d'application en démographie, économie, sciences politiques, ou sociologie (Kitagawa, 1955 ;Oaxaca, 1973 ; ?asGupta, 1993 ;Vaupel and Romo, 2003).

147 i. Décomposition de base ou simple.

148 Il s'agit premièrement de déterminer par quoi survient le changement à travers la contribution de deux ou plusieurs facteurs complémentaires. Cela passe par la quantification de l'effet de performance et la quantification de l'effet de composition.

151 Deuxièmement il est question d'identifier par qui ce changement survient : Quantification de la contribution relative de chaque groupe de femme au changement global observé.

153 9 Considérons les notations suivantes :

154 $??$: variable de classification (indépendante) pour la population nationale. Ici il s'agit du niveau d'instruction de la femme. Les modalités $?? = j \in \{0, 1, 2, 3, \dots, n\}$.

156 $??_t^j$: Valeur de la variable substantive au temps t dans la classe j . en ce qui concerne cette étude, il s'agit de la demande des soins de santé maternelle au sein du groupe socio-économique j .

158 W_j : pourcentage de la population nationale au sein de la classe j au temps t . pour cette étude, il s'agit de la proportion des femmes dans chaque niveau d'éducation.

160 Les procédures statistiques pour obtenir les résultats consistent à une analyse des fréquences ($??_t^j$) et une comparaison des moyennes (pour les $??_t^j$).

162 La performance nationale est considérée comme une moyenne des performances de chaque groupe pondérée
163 par la proportion de la population qui s'y trouve. $\Delta = \sum_{j=1}^J \Delta_j \cdot P_j$ (1)

164 L'on déduit de cette formule l'expression suivante du changement national : $\Delta = \sum_{j=1}^J \Delta_j \cdot P_j + \sum_{j=1}^J \Delta_j \cdot P_j$
165 $\Delta = \sum_{j=1}^J \Delta_j \cdot P_j$ (2)

166 Changement total = effet de composition + effet de comportement . Avec $\Delta_j = (\Delta_j \cdot P_j + \Delta_j \cdot P_j) /$
167 2 et $\Delta_j = (\Delta_j \cdot P_j - \Delta_j \cdot P_j) / 1$) et inversement.

168 10 b) Méthode explicative

169 La modélisation de la demande des soins de santé maternelle dépend des hypothèses faites. Les spécifications
170 utilisées dans les travaux existants sont entre autres : le logit ou probit dichotomique, le logit ou probit
171 multinomial. Si la variable à expliquer dans le Logit/probit prend plusieurs modalités, l'utilisation du logit/probit
172 multinomial est appropriée. Les modèles multinomiales s'appliquent aux variables dépendantes qualitatives ayant
173 plus de deux modalités. Ces modalités peuvent être ordonnées ou non ordonnées. Les modèles ordonnés sont
174 utilisés lorsqu'on a une variable dépendante qui a plusieurs modalités et un ordre naturel dans ces modalités.

175 La variable dépendante prend quatre modalités (0 : aucun soin, 1 : soins prénatals, 2 : soin à l'accouchement, 3
176 : soins postnatals). Le modèle le plus adéquat pour estimer la demande des soins est le modèle logit multinomial
177 La modélisation de la variable dépendante (?? ??) repose sur la notion de variable latente (?? ?? *
178). En effet, on suppose l'existence d'une variable continue inobservable (?? ?? *) fonction de l'éducation des
179 femmes et on considère un seuil $\theta = 1$. le seuil $\theta = 1$ sépare les femmes demandant les soins de santé maternelle
180 de celles ne demandant pas.

181 On considère donc un échantillon de n individus, répartis dans les J catégories disjointes. Ici $J=3$
182 (respectivement $J=1$). Chaque individu i appartient à une catégorie j ($j=0$ à J) parmi les J possibles. Il est
183 décrit par un ensemble de K caractéristiques X_{ij} , $X_{ij} = 1$ à $X_{ij} = 0$ Si la femme n'a reçu aucun soin 1 Si elle a
184 reçu les soins prénatal $X_{ij} = 2$ Si elle a reçu les soins à l'accouchement 3 Si elle a reçu les soins p ostnatals
185 La spécification mathématique du modèle logit multinomial traduisant la probabilité qu'une femme demande
186 les soins de santé maternelle (soins prénatals, soins à l'accouchement, soins postnatals), est évaluée à l'aide de
187 l'équation suivante : $P_{ij} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{\sum_{k=0}^J \exp(\beta_k X_{ik})} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ $P_{ij} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ (1)

188 $P_{ij} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ $P_{ij} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ (1)
189 Avec $\beta_j = 1/N$; $\beta_j = 0, 1, 2, 3$; $\beta_j = 1/N$. K On peut calculer par la suite, les probabilités associées
190 aux autres catégories relativement à la catégorie de référence ou rapport de chance par : $\frac{P_{ij}}{P_{i0}} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$
191 $\frac{P_{ij}}{P_{i0}} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ $\frac{P_{ij}}{P_{i0}} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ $\frac{P_{ij}}{P_{i0}} = \frac{\exp(\beta_j X_{ij})}{1 + \sum_{k=1}^J \exp(\beta_k X_{ik})}$ (2)

192 Les rapports de probabilités entre les alternatives sont indépendants et ajouter ou supprimer une alternative
193 ne doit pas modifier ces rapports. Elle est souvent vérifiée si les alternatives sont peu similaires. On suppose
194 cette hypothèse valide dans le cadre de cette étude.

195 Le modèle que l'on a ainsi développé a nécessité l'utilisation de variable dépendante et de variable indépendante.

196 Une variable dépendante identifie la possibilité de choix qu'a une femme de ne pas demander ou de demander
197 les soins de santé maternelle.

198 Une variable indépendante éducation de la femme. Elle est spécifique à l'individu.
199 Le niveau d'instruction de la femme est capté au niveau individuel, afin d'en cerner les répercussions sur son
200 comportement sanitaire c'est-à-dire la demande des soins de santé maternelle.

201 V.

202

202 11 Resultats

203 Les résultats obtenus montrent à partir du tableau 1 et du graphique 1 que la proportion des femmes ayant reçu
204 les soins de santé prénatals entre 2004 et 2011 a baissé de 3%. Par ailleurs, la variation de l'effet de composition
205 entre 2004 et 2011 selon le niveau d'instruction des femmes a fait augmenter la proportion des femmes sur cette
206 même période 129,89% par contre l'effet de comportement (sensibilisation, connaissance acquise, l'information)
207 a fait baissé la proportion des femmes ayant fait au moins quatre visites de 29,89%. On peut donc dire que la
208 diminution des visites prénatales est liée à l'effet de composition.

209 Entre 2004 et 2011, la proportion des femmes ayant fait au moins quatre visites a diminué de 3% (ou 3 point).
210 Dans cette diminution, les femmes sans niveau, du niveau primaire, du niveau supérieur ont contribué à la baisse
211 respectivement de : 111,99% ; 45,95% ; 0,66%. Donc pour faire augmenter le nombre de visites prénatales au
212 sein de la population féminine, il faut cibler les femmes sans niveau d'éducation ; augmenter les programmes
213 d'information et d'éducation des femmes en matière de visite prénatale.

214 12 Conclusion

215 L'objectif de ce travail est de montrer le lien entre éducation de la femme et demande des soins de santé maternelle.
216 Pour atteindre cet objectif, on a effectué un recensement de quelques études ayant traité ce sujet à travers une
217 revue de la littérature théorique et empirique. Ce qui a permis de constater que le niveau d'éducation de la
218 femme exerce une influence significative sur la demande des soins. Ce papier aboutit aux résultats suivants: Au
219 niveau descriptif, la méthode de décomposition simple a été utilisée pour montrer l'évolution dans la demande
220 des soins. L'analyse de décomposition des données montre que entre 2004 et 2011, la proportion des femmes

221 ayant demandées les soins prénatals, les soins à l'accouchement selon le niveau d'instruction a légèrement baissé
222 respectivement de 3% et de 4% ; tandis que dans la même période, la proportion des femmes ayant demandées
223 les soins postnatals selon le niveau d'éducation a augmenté de 8%. La demande des soins prénatals et des soins
à ^{1 2}

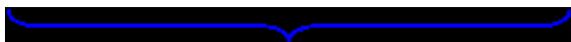


Figure 1:



Figure 2: Tableau 1 :Graphique 1 :

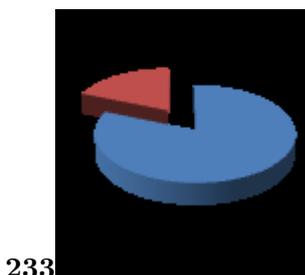


Figure 3: Graphique 2 :Tableau 3 :Graphique 3 :

224

¹(E)

²© 2020 Global Journals

Figure 4:

Tableau 2: Décomposition de l'assistance à l'accouchement entre 2004 et 2011 selon le niveau d'éducation de la femme

Niveau d'instruction	Période 2004-2011			
	Effet de composition ou de structure	Effet de comportement ou de performance	Contribution de chaque groupe	Part de chaque groupe (%)
Sans niveau	0,022	0,005	0,028	-67,73
Niveau primaire	0,017	0,0101	0,027	-66,71
Niveau Secondaire	-0,110	0,012	-0,098	237,19
Niveau Supérieur	0,0009	0,0001	0,0011	-2,74
Total	-0,069	0,0283	-0,041	100
Changement national observé	-0,041			
Contribution (%)	168,46	-68,46		

Figure 5:

Variables	Demande des soins de santé maternelle		
	soins_prenatal	soins_accouchements	soins_post_natal
Niveau primaire	15.14*** (0.877)	0.193 (0.155)	3.072*** (1.003)
Niveau secondaire et plus	13.82*** (0.882)	0.379** (0.156)	1.662* (1.008)
Constant	-17.25*** (0.876)	-0.936*** (0.152)	-5.029*** (1.002)
Observations	10,656	10,656	10,656
Pseudo R ²	0.0197	0.0197	0.0197
Wald chi2	561.5	561.5	561.5
Prob>chi2	0.0000	0.0000	0.0000
Logpseudolikelihood	-10288	-10288	-10288

*** Demande des soins de santé maternelle

Variables	Demande des soins de santé maternelle		
	soins_prenatal	soins_accouchements	soins_post_natal
Niveau primaire	4.008*** (1.002)	0.733*** (0.145)	-0.0728 (0.0906)
Niveau secondaire et plus	2.022** (1.009)	0.723*** (0.146)	-0.0366 (0.0914)
Constant	-6.174*** (1.001)	-2.148*** (0.141)	-0.943*** (0.0862)
Observations	15,426	15,426	15,426
Pseudo r2	0.0135	0.0135	0.0135
Wald chi2	261.1	261.1	261.1
Prob>chi2	0.0000	0.0000	0.0000
Logpseudolikelihood	-15909	-15909	-15909

*** Significatif au seuil de 1% ; ** Significatif au seuil de 5% ; Les p-values sont entre parenthèses. La modalité de référence est "aucun niveau".

Source: Traitement des données de l'EDS 2011

VI.

Figure 6:

- 225 Year 2020 Tableau 4: l'accouchement est influencée par l'effet de composition ; tandis que la demande des
226 soins postnatals est influencée par l'effet de comportement .
- 227 Les résultats des estimations économétriques montrent que le niveau d'instruction de la femme a un effet
228 significatif positif sur la demande des soins de santé maternelle. En effet l'éducation de la femme a un effet
229 positif significatif sur la demande des soins prénatals, des soins à l'accouchement et des soins postnatals en 2004
230 et en 2011. La scolarisation des femmes les confronte à de nouvelles exigences qui leur permettent d'assurer
231 leurs tâches maternelles. Donc une politique de promotion de l'éducation des jeunes filles doit être développée
232 au niveau national surtout dans certaines régions où le problème d'accès à l'éducation se pose avec acuité.
- 233 [Golladay ()] , F Golladay . 1980. Health Washington, D.C. World Bank.
- 234 [UNDP ()] , *UNDP* 2003. (Rapport sur le Développement Humain)
- 235 [Fosu ()] 'Access to Health Care in urban areas of developing Countries'. G Fosu . *Journal of Health and Social*
236 *Behavior* 1989. 30 p. .
- 237 [Rosenzweig and Schultz ()] 'Child mortality and fertility in Colombia: individual and community effects'. M
238 Rosenzweig , T Schultz . *Health Policy and Education* 1982. 2 (3-4) p. .
- 239 [Kitagawa ()] 'Component s of a Difference Between Two Rates'. E Kitagawa . *Journal of the American Statistica*
240 *In Association* 1955. 50 (272) p. .
- 241 [Vaupel and Romo ()] 'Dec omposing Change in Life Expectancy: A Bouquet of Formulas in Honor of Nathan
242 Keyfitz's90th Birthday'. J Vaupel , R Romo . *Demography* 2003. 40 (2) p. .
- 243 [Havemann and Servaas ()] *Demand for health care in South Africa*, R Havemann , V Servaas . 2002. 2002.
- 244 [Sahn et al. ()] *Demand for health care services in Rural Tanzania*, D Sahn , S Younger , G Genicot .
245 <http://www.georgetown.edu/faculty/gg58/Tanzania.pdf> 2002.
- 246 [Addai ()] 'Determinant s of Use of Maternalchild Health Services in Rural Ghana'. I Addai . *Journal of Biosocial*
247 *Science* 2000. 32 (1) p. .
- 248 [Chakraborty et al. ()] 'Determinants of the Use of Maternal Health Services in Rural Bangladesh'. N
249 Chakraborty , M Islam , R Chowdhury , W Bari , H Akhter . *Health Promotion Interna tional* 2003. 2003.
250 18 (4) p. .
- 251 [Caldwell ()] 'Education as a factor in mortality decline: An examination of Nigerian data'. J Caldwell .
252 *Population Studies* 1979. 33 (3) p. .
- 253 [Waren ()] 'Effects of maternal education, women's roles, and child care on child on child mortality'. H Waren .
254 *Population and Development Review Supp* 1984. 10 p. .
- 255 [Magadi et al. ()] 'Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining variations between Women of
256 different communities'. M Magadi , N Madise , R Rodrigues . *Social Science and Medicine* 2000. 51 (4) p. .
- 257 [Locay and Sanderson ()] 'Health Care Financing and the Demand for Medical Care'. L Locay , W Sanderson .
258 *Living Standards Measurement Study Working Paper N° 36*, 1987.
- 259 [Anderson ()] 'Health Services Utilization: Framework and Review'. J Anderson . *Health Services Research* 1973.
260 8 (3) p. .
- 261 [Castle ()] 'Intra-house differentials in Women's status: household function and focus as determinants of
262 children's illness management and care in rural Mali'. S Castle . *Health Transition Review* 1993. 3 (2) p.
263 .
- 264 [Oaxaca ()] 'Male-Female wage differentials in Urban Labor Markets'. R Oaxaca . *International Economic Review*
265 1973. 14 (3) p. .
- 266 [Bicego and Boerma ()] 'Maternal Education, Use of Health Services and Child Survival: An Analysi s of Data
267 from Bolivia DHS Survey'. G Bicego , J Boerma . *DHS Working Papers, Institute for Resource Development*
268 *INC*, (Columbia, Maryland, USA) 1991.
- 269 [Helka and Wheat ()] 'Patterns of Utilization: The Patient Perspective'. B Helka , J Wheat . *Medical Care* 1985.
270 23 (5) p. .
- 271 [Lavy and Germain ()] *Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries. Living Standard*
272 *Measurement Study*, V Lavy , J Germain . 1994. The World Bank. 105. (Working Paper)
- 273 [Akin et al. ()] 'Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation'.
274 J Akin , D Guilkey , E Dent On . *Social Science and Medicine* 1994. 40 p. .
- 275 [Schultz ()] 'Returns to women's education'. T Schultz . *Economic Growth Center Disc ution Paper No. 603*,
276 (New Haven) 1990. Yale University
- 277 [Manley (ed.) ()] *Socioec onomic factors and access to health services as determinants of child mortality*, J
278 Manley . Barkeley 22. Mbacke, C. and Van de walle, E. (ed.) 2007. 1987. Yaoundé. University of California
279 (The demand for quality and utilisation of pre-natal care in Indonesia. Paper Presented at IUSSP)

12 CONCLUSION

- 280 [Das Gupta ()] *Standardization and Decomposition of Rates: A User's Manual. Current Population Reports*
281 *Series P23-186*, P Das Gupta . 1993. Washington, DC: U.S. (. Bureau of the Census)
- 282 [Statistiques Sanitaires Mondiales ()] *Statistiques Sanitaires Mondiales*, (Génève) 2011.
- 283 [Becker et al. ()] 'The determinants of use of maternal and child health services in Metro Cebu, the Philippines'.
284 S Becker , D Peters , C Gray , R Gultiano , R Blac K . *Health Tmnsition Review* 1993. 3 (1) p. .
- 285 [Cochrane et al. ()] 'The effects of educa tion on health'. S Cochrane , D O'hara , L Leslie . *World Bank Staff*
286 *Working Paper Number 405*, (Washington, D.C) 1980.
- 287 [Develay et al. ()] 'Utilization of health care in an African Urban area: results from a household survey in
288 Ouagadougou'. A Develay , A Sauerborn , H Diesfeld . *Social Science and Medecine* 1996. 43 (11) p. .
- 289 [Steward and Sommerfelt ()] *Utilization of maternity care services: a comparative study using DHS data*
290 *proceedings of the Demographic and Health Surveys World*, K Steward , E Sommerfelt . 1991. Washington D.
291 C; Columbia, Md: IRD/Macro. International INC. p. .
- 292 [Mekonnen and Mekonnen ()] '« Factors Influencing the Use of Maternal Health Care Services in Ethiopia'. Y
293 Mekonnen , A Mekonnen . *Population and Nutrition* 2003. 21 (4) p. . (Journal of Health)
- 294 [Elo ()] '« Utilization of Maternal Health Care Services in Peru: the Role of Women's education'. I Elo . *Health*
295 *Transi tion Review* 1992. 2 (1) p. .