

---

Dépôt Institutionnel de l'Université libre de Bruxelles /  
Université libre de Bruxelles Institutional Repository  
**Thèse de doctorat/ PhD Thesis**

**Citation APA:**

Lagasse, R. (1985). *Les déterminants de la morbidité maternelle et infantile: influence des facteurs sociaux, géographiques et culturels dans trois arrondissements wallons* (Unpublished doctoral dissertation). Université libre de Bruxelles, Ecole de Santé publique, Bruxelles.

**Disponible à / Available at permalink :** <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/213660/1/c1307a8f-3aeb-4a2d-b12d-7034337c0c71.txt>

---

(English version below)

Cette thèse de doctorat a été numérisée par l'Université libre de Bruxelles. L'auteur qui s'opposerait à sa mise en ligne dans DI-fusion est invité à prendre contact avec l'Université (di-fusion@ulb.be).

**Dans le cas où une version électronique native de la thèse existe, l'Université ne peut garantir que la présente version numérisée soit identique à la version électronique native, ni qu'elle soit la version officielle définitive de la thèse.**

DI-fusion, le Dépôt Institutionnel de l'Université libre de Bruxelles, recueille la production scientifique de l'Université, mise à disposition en libre accès autant que possible. Les œuvres accessibles dans DI-fusion sont protégées par la législation belge relative aux droits d'auteur et aux droits voisins. Toute personne peut, sans avoir à demander l'autorisation de l'auteur ou de l'ayant-droit, à des fins d'usage privé ou à des fins d'illustration de l'enseignement ou de recherche scientifique, dans la mesure justifiée par le but non lucratif poursuivi, lire, télécharger ou reproduire sur papier ou sur tout autre support, les articles ou des fragments d'autres œuvres, disponibles dans DI-fusion, pour autant que :

- Le nom des auteurs, le titre et la référence bibliographique complète soient cités;
- L'identifiant unique attribué aux métadonnées dans DI-fusion (permalink) soit indiqué;
- Le contenu ne soit pas modifié.

L'œuvre ne peut être stockée dans une autre base de données dans le but d'y donner accès ; l'identifiant unique (permalink) indiqué ci-dessus doit toujours être utilisé pour donner accès à l'œuvre. Toute autre utilisation non mentionnée ci-dessus nécessite l'autorisation de l'auteur de l'œuvre ou de l'ayant droit.

----- **English Version** -----

This Ph.D. thesis has been digitized by Université libre de Bruxelles. The author who would disagree on its online availability in DI-fusion is invited to contact the University (di-fusion@ulb.be).

**If a native electronic version of the thesis exists, the University can guarantee neither that the present digitized version is identical to the native electronic version, nor that it is the definitive official version of the thesis.**

DI-fusion is the Institutional Repository of Université libre de Bruxelles; it collects the research output of the University, available on open access as much as possible. The works included in DI-fusion are protected by the Belgian legislation relating to authors' rights and neighbouring rights. Any user may, without prior permission from the authors or copyright owners, for private usage or for educational or scientific research purposes, to the extent justified by the non-profit activity, read, download or reproduce on paper or on any other media, the articles or fragments of other works, available in DI-fusion, provided:

- The authors, title and full bibliographic details are credited in any copy;
- The unique identifier (permalink) for the original metadata page in DI-fusion is indicated;
- The content is not changed in any way.

It is not permitted to store the work in another database in order to provide access to it; the unique identifier (permalink) indicated above must always be used to provide access to the work. Any other use not mentioned above requires the authors' or copyright owners' permission.

---

2600

2600

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

LABORATOIRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE  
ET DE SANTÉ PUBLIQUE

LES DÉTERMINANTS DE  
LA MORBIDITÉ MATERNELLE ET INFANTILE

INFLUENCE DES FACTEURS SOCIAUX, GÉOGRAPHIQUES ET CULTURELS  
DANS TROIS ARRONDISSEMENTS WALLONS

PAR

R. LAGASSE

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade d'agrégé  
de l'enseignement supérieur

Monsieur le Professeur E.A. SAND m'a accueilli il y a quelques années dans son Laboratoire d'Epidémiologie et de Médecine Sociale à une époque où mon orientation professionnelle me confrontait à des choix décisifs. Peu après, il a accepté la direction scientifique de ce travail qui l'avait enthousiasmé dès l'abord. Avec beaucoup de patience et de bienveillance, il a suivi mon cheminement, parfois hésitant et incertain. Malgré la multitude de ses obligations, il a pu m'accorder chaque fois que nécessaire l'attention que je sollicitais. Ses conseils de directeur, ses remarques nombreuses et ses critiques pertinentes de lecteur vigilant m'ont beaucoup aidé. Je rends surtout hommage à son exigence de clarté dans l'exposé des idées et des arguments. Pour tout cela, qu'il trouve ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

Le Professeur C.H. THILLY est à la source de mon engagement sur le terrain de l'Epidémiologie et de la Santé Publique. Jeune médecin généraliste, j'étudiais les apports possibles de la Sociologie à la pratique médicale. C'est dans ce cadre qu'il me fut donné de suivre ses enseignements d'abord, d'amorcer ensuite une collaboration qui ne s'est pas interrompue depuis lors. L'encadrement intellectuel et le soutien moral remarquables qu'il m'a procurés, la volonté de susciter et de soutenir par tous les moyens la production scientifique, le souci de développer les perspectives à long terme sont autant de motifs pour lui exprimer ici combien grande est ma dette à son égard. Pour ce qu'il m'a apporté, et pour les horizons qu'il m'a ouverts, je lui voue une profonde gratitude.

Le Professeur P. SMETS a eu l'obligeance de répondre à mes multiples demandes lorsque je dus recourir à ses compétences statistiques. Avec une précision et une efficacité dignes d'être soulignées, il a su à chaque fois assurer son rôle de guide en cette matière. Je lui sais gré en outre d'avoir mis à ma disposition l'infrastructure technique de son laboratoire.

Le Professeur E. WOLLAST, spécialement intéressée au domaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant, a suivi avec attention la progression de mes réflexions, cherchant au maximum à confronter nos points de vue complémentaires. Sa volonté de m'associer aux travaux de son équipe, son optimisme indéfectible, ses conseils judicieux et son aide multiforme méritent largement que ma reconnaissance s'exprime dans ces lignes.

Je remercie le Professeur M. KORNITZER, car j'ai beaucoup retiré de notre collaboration, tant dans le cadre de ses enseignements que de ses travaux de recherche en épidémiologie des maladies cardiovasculaires. Il a permis en outre que je puisse bénéficier du support de son secrétariat.

Je n'oublie pas non plus que c'est le Professeur M. GRAFFAR qui m'a le premier exposé au virus de l'épidémiologie et qu'après cette inoculation déterminante il a ouvert les portes du laboratoire qu'il dirigeait alors au jeune chercheur que j'étais. Faut-il ajouter que c'est sous son impulsion que s'est créé, au sein de notre Université, un mouvement de recherche sur la croissance et le développement de l'enfant dans la ligne duquel s'inscrit mon travail ?

Roland RENARD peut être légitimement salué à cette occasion, car la paternité spirituelle de l'"Etude sur la Morbidité Différentielle de la Petite Enfance" lui revient en grande partie. Au-delà, je dois à ses vues pénétrantes bon nombre des questions qui m'ont animé depuis cinq ans que nous avons travaillé ensemble. Je ne puis oublier les discussions interminables au cours desquelles j'assistais, - avec quel étonnement ! - , au bouillonnement des idées et à l'élaboration de pistes de recherches toujours nouvelles.

Agnès NAMUROIS, à la suite de Françoise TILMANT, a partagé avec moi pendant deux ans la responsabilité du travail commandité par le C.E.P.F. Ce me fut toujours un grand plaisir de travailler avec elles, et je me dois de rendre hommage à la patience de la première à mon égard, ainsi qu'à la fructueuse capacité de collaboration de la seconde. A côté d'elles, c'est au Groupe de Sociologie Wallonne dans son ensemble, et à son directeur Jacques LEFEVRE, que je veux manifester ma sympathie; ils m'ont accueilli parmi eux pendant deux ans dans une ambiance chaleureuse qui favorisait autant les contacts amicaux que les meilleures conditions d'une recherche interdisciplinaire.

Michèle DRAMAIX m'a initié au maniement des ordinateurs. Depuis plus de dix ans, elle continue dans cette voie en éclairant avec une générosité et une amabilité peu communes les problèmes statistiques ou informatiques les plus obscurs que je lui sou mets. Pour moi, comme pour l'ensemble du Laboratoire d'Epidémiologie et de Médecine Sociale, elle est devenue indispensable. Comme tant d'autres travaux où son rôle apparaît mal au lecteur, cette thèse lui doit beaucoup. Qu'elle en soit publiquement remerciée.

Au terme de l'itinéraire que constitue la préparation de cette thèse, je suis pleinement conscient du fait qu'il constitue à la fois le résultat d'un travail solitaire et l'aboutissement d'une confrontation permanente de points de vue, d'hypothèses et d'expériences. Dans ce sens, je suis hautement redevable aux collègues et amis qui m'entourent. Je veux remercier en particulier FranceKITTEL, Perrine HUMBLET, Lydwin VERHAEGEN, Paul VANDENBUSSCHE, Bruno DUJARDIN, Philippe HENNART et Pierre BUEKENS qui ont consenti de lire les textes que je leur proposais, souvent sous une forme peu accessible; ceci fut à la source d'échanges fructueux, de discussions passionnées, et de remises en chantier, à de multiples reprises.

La lisibilité du texte qui suit doit beaucoup à cette lecture vigilante et aux critiques qu'ils m'ont adressées. Psychologue, sociologues, médecins épidémiologistes, pédiatre, gynécologue, ils m'ont aussi permis de mener ces réflexions dans une optique réellement interdisciplinaire, condition indispensable, à mon sens, d'un travail réellement scientifique dans ce domaine. Je leur suis profondément reconnaissant pour cette ouverture, pour leur curiosité intellectuelle stimulante et pour le dialogue quotidien et amical, car pareil environnement constitue actuellement une condition indispensable pour soutenir la motivation du chercheur.

Paul MAGREZ m'a apporté son concours chaque fois que la micro-informatique ou le "traitement de texte" me trouvait désemparé. Je le remercie pour son aide, sa disponibilité et son efficacité à me tirer des plus mauvais pas.

Quant à la réalisation matérielle de ce travail, elle a été rendue possible par le dévouement inlassable de trois personnes à qui j'adresse mes plus chaleureux remerciements. Malgré son horaire de travail chargé, Madame O. DEDYCKER a bien voulu accepter la tâche, ô combien fastidieuse, de la frappe de la plupart des tableaux qui jalonnent ce travail, et même de bon nombre qui n'ont pas dépassé le cap des travaux préparatoires. Fabienne GERARD a assuré la dactylographie des documents de travail, de nombreux tableaux et figures, de l'introduction de divers programmes informatiques de dépouillement, et s'est en plus acquittée des mille et une contributions logistiques que nécessita la réalisation de cette thèse. Et mon frère, Michel LAGASSE, a accepté pour m'aider de s'initier à la technique du traitement de texte, de dactylographier la totalité des pages qui suivent et par après de leur apporter en vagues successives les corrections et les remaniements que je leur infligeais sans cesse. Leur patience et leur dextérité ont eu raison en définitive de ce travail considérable et je leur en sais vivement gré. Je me dois encore de mentionner Mesdames PEIREMANS et HELMUS qui répondirent toujours avec la même gentillesse empressée à mes demandes de photocopies.

Enfin, je m'en voudrais de ne pas évoquer la contribution silencieuse mais inoubliable des trois personnes qui me sont les plus chères. Nathalie et Julie ont eu à subir les conséquences fâcheuses et diverses de mon implication dans cette thèse : leur insistance à me voir retrouver davantage de disponibilité familiale m'a certainement conduit à une meilleure organisation et à une efficacité accrue. Quant à Christine, à qui son métier de kinésithérapeute a procuré une connaissance profonde des problèmes périnataux, elle a préparé l'accouchement de cet ouvrage en assurant la qualité de mon environnement psychosocial. A ma gratitude se mêlent ma tendresse et mon affection.

T A B L E            D E S            M A T I E R E S
---

CHAPITRE A :	INTRODUCTION	1 - 12
	A.1. Autour de la naissance	2
	A.2. Les démographes et la naissance	4
	A.3. L'épidémiologie périnatale	5
	A.4. A la source des différences observées	7
	A.5. De la compréhension à l'action	8
	A.6. Culture et Santé	10
	A.7. Pour conclure	12
CHAPITRE B :	OBJECTIFS ET HYPOTHESES	13 - 24
	B.1. Introduction	13
	B.2. Objectifs	14
	1) Objectifs généraux	
	2) Objectifs spécifiques	
	B.3. Hypothèses de travail	21
	1) Les variations sociales de santé	
	2) Les variations géographiques de santé	
	3) Influence de la culture sanitaire sur la santé	
	4) Hypothèses méthodologiques relatives aux sources de données	
	B.4. Conclusion	24

CHAPITRE C :	MATERIEL	25 - 39
C.1.	Introduction	25
C.2.	Les enquêtes de l'Etude sur la Morbidité Infantile Différentielle	26
	1) Une enquête à domicile	
	2) Population-cible et échantillonnage	
C.3.	La mesure de la morbidité	32
C.4.	La culture sanitaire	34
C.5.	L'acceptation de l'enquête	37
C.6.	Conclusion	38
CHAPITRE D :	METHODES	40 - 54
D.1.	Introduction	40
D.2.	Contenu des questionnaires de la première et de la seconde enquête	40
D.3.	Les indicateurs de santé/morbidité	44
D.4.	La classification sociale	45
D.5.	Les variables culturelles	48
D.6.	Méthodes statistiques	49
	1) Relations entre variables discrètes	
	2) Relations entre variables quantitatives	
	3) Relations entre une variable quantitative et une variable discrète	
	4) Analyses multivariées	
	5) Standardisation	
D.7.	Remarques générales	54
	1) Traitement des données	
	2) Terminologie	

CHAPITRE E : VARIATIONS SOCIALES DE LA MORBIDITE MATERNELLE ET INFANTILE 55 - 76

E.1. Introduction	55
E.2. Méthodologie	57
E.3. Résultats	58
1) Période prénatale	
2) L'accouchement	
3) Les premières semaines de vie	
4) La santé de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête	
5) Vision de synthèse des résultats	
E.4. Discussion	68
1) Les inégalités sociales devant la mort et devant la maladie	
2) Persistance des inégalités sociales de santé maternelle et infantile	
3) Origines des inégalités de santé	
E.5. Conclusions	76

CHAPITRE F : VARIATIONS GEOGRAPHIQUES DE LA MORBIDITE MATERNELLE ET INFANTILE 77 - 95

F.1. Introduction	77
F.2. Méthodes	80
F.3. Résultats	82
1) Période prénatale	
2) L'accouchement	
3) Les premières semaines de vie	
4) La santé de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête	
5) Vision de synthèse	
6) Approche multivariée des variations socio-géographiques de santé autour de la naissance	
F.4. Discussion	87
1) La santé maternelle et infantile en Wallonie en 1980	
2) Les disparités géographiques de santé et leur origine	
F.5. Conclusions	93

CHAPITRE G : ETUDE DES AUTRES FACTEURS DE RISQUE CLASSIQUEMENT  
INCRIMINES DANS LA MORTALITE ET LA MORBIDITE PERI-  
NATALES 95 - 135

G.1. Introduction	95
G.2. Matériel et méthodes	97
G.3. Résultats	99
1) Facteurs de risque potentiels et catégories sociales	
2) Facteurs de risque potentiels et situation géographique	
3) Morbidité et facteurs socio-démographiques	
G.4. Discussion	108
1) Parité	
2) Age	
3) Nationalité	
4) Situation conjugale de la mère	
5) Travail professionnel durant la grossesse	
6) Tabagisme durant la grossesse	
7) Surveillance prénatale	
8) Kinésithérapie prénatale	
9) Santé maternelle	
10) Existence de fausse couche dans les antécédents	
11) Pathologies intercurrentes et complications de la grossesse	
12) Taille et poids de la mère	
13) Gain de poids pendant la grossesse	
14) Sexe de l'enfant	
G.5. Conclusions	134

CHAPITRE H : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA  
MALADIE 136 - 168

H.1. Introduction	136
H.2. Méthodologie	140
1) La culture sanitaire	
2) Indicateurs culturels utilisés	

H.3. Résultats	145
1) Variations sociales de la culture sanitaire	
2) Culture sanitaire et nationalité	
3) Variations de culture sanitaire observées entre les arrondissements	
4) Analyse en composantes principales des facteurs culturels étudiés	
5) Distribution sociale et géographique des composantes principales	
H.4. Discussion	163
H.5. Conclusions	168
 CHAPITRE I : INFLUENCE DES FACTEURS CULTURELS SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT	 169 - 216
I.1. Introduction	169
I.2. Méthodes	171
I.3. Résultats	172
1) Indicateurs de morbidité et indicateurs culturels	
2) Confrontation des indicateurs de morbidité et de l'ensemble des variables prédictives retenues	
I.4. Discussion des résultats	177
1) Période prénatale	
2) Morbidité de l'enfant à la naissance	
3) Morbidité du nourrisson évaluée dans la première enquête	
4) Morbidité de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête	
I.5. Culture sanitaire et santé : un bilan	205
1) Les enjeux de la prévention	
2) Association statistique entre les variables étudiées	
3) L'enchaînement causal des phénomènes observés	
4) Stabilité des traits de culture sanitaire	
I.6. Conclusion	215

CHAPITRE J : RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES	218 - 231
J.1. Introduction	218
J.2. Conclusions concernant les six objectifs spécifiques	219
1) Les variations sociales de santé	
2) Les variations géographiques de santé	
3) Caractéristiques démographiques, médicales et comportementales	
4) La culture sanitaire	
5) Les variations de culture sanitaire	
6) Culture sanitaire et santé	
J.3. Perspectives pour un prolongement de la recherche	229

## ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

## CHAPITRE A

### INTRODUCTION

La thèse que nous allons défendre dans les pages qui suivent a bien sûr quelque peine à se trouver pleinement définie dans un titre. C'est pourquoi nous développerons dans le chapitre B l'ensemble des objectifs que nous nous sommes efforcé d'atteindre, et des hypothèses sur lesquelles le travail repose.

Cependant, nous voudrions au préalable introduire le sujet du travail en essayant de nous situer par rapport aux différents courants, scientifiques ou non, qui nous déterminent peu ou prou, souvent de manière inconsciente, et qui nous ont porté tout au long de cette étude, mais déjà auparavant jusque dans la décision de l'entreprendre. Cette introduction permettra au lecteur, du moins nous l'espérons, de mieux comprendre dans quel contexte se posent les questions qui vont être abordées. Il s'agit en quelque sorte d'installer la toile de fond, et d'y faire apparaître les enjeux de notre travail.

Les diverses sections de cette introduction porteront successivement sur :

- A.1. le développement récent du discours sur la petite enfance, et son contexte ;
- A.2. la réponse démographique aux problèmes de natalité et de vieillissement de la population ;

- A.3. la réponse de l'épidémiologie périnatale aux mêmes problèmes et les perspectives ouvertes par l'étude des "facteurs de risque" ;
- A.4. les inégalités sociales et géographiques de santé autour de la naissance et les problèmes de leur interprétation ;
- A.5. les enjeux de la démarche "périnatale", et les implications pour une politique de santé ;
- A.6. l'utilité d'élargir à la sphère culturelle les recherches menées dans le domaine de la santé.

#### A.1. Autour de la naissance

La petite enfance se porte bien. La petite enfance est à la mode. Depuis bien avant 1979, année de l'enfance, un discours sur celle-ci a envahi le devant de la scène : les moyens de communication de masse ont fait une large place à toute une série de débats qui la concernent. De même, la maternité, la mise au monde, la "péri-natalité" ont aussi cessé d'appartenir au domaine réservé des spécialistes. Une réappropriation de cette problématique par le public tend à émerger.

L'enfant, et plus particulièrement le petit enfant, le nouveau-né, a fait progressivement son entrée dans le domaine public en raison d'un certain nombre de changements dans le contexte socio-culturel de nos pays. En premier lieu, leur évolution démographique récente a radicalement modifié les données du problème : la mortalité a considérablement chuté, mais la natalité également; il en résulte un vieillissement généralisé de la population ( cfr DUMONT et al., 1982). L'enfant est devenu un enfant rare et, de ce fait, précieux (KNIBIELHER et FOUQUET, 1982). On peut ajouter que dans nos pays, en vingt ans, les techniques médicales de contraception se sont assez fortement implantées; l'enfant est, davantage qu'auparavant, un enfant "prévu et planifié". En tous cas, le débat concernant la planification des naissances est sorti de la confidentialité pour être discuté au grand jour.

La technologie de la naissance a subi, elle aussi, une évolution très rapide en quelques années; la grossesse s'est "médicalisée" et l'accouchement s'est concentré à l'hôpital. On y assiste à un accroissement variable mais parfois important du recours à diverses techniques obstétricales, telles que la césarienne, l'induction artificielle du travail, le "monitoring" foetal, l'épisiotomie, etc. (LAURENDEAU, 1983). La naissance a basculé, historiquement, des mains des femmes dans celles des hommes "en blanc", - surtout à l'heure des "bébés-éprouvettes" -.

de l'environnement familial dans celui de l'hôpital ( GELIS, 1977 ). Nous pouvons encore évoquer ici les perspectives ouvertes récemment dans le domaine du traitement de la stérilité par des technologies sophistiquées qui tendent elles aussi à renforcer l'idée d'une maîtrise scientifique de plus en plus certaine sur les phénomènes de la reproduction.

Mais depuis peu, tout un courant se dessine en faveur de la naissance "naturelle", "sans violence" : ce courant insiste spécialement sur le traumatisme potentiel de la naissance et sur la nécessité de préparer l'accueil le plus chaleureux et le moins agressif possible pour le nouveau-né (LEBOYER, 1974). Cette confrontation de deux tendances, apparemment contradictoires, débouche parfois sur des débats passionnés, dans la mesure où d'aucuns prétendent que ces méthodes "douces" d'accouchement, - douces pour l'enfant, ajouteront certain(e)s -, vont à l'encontre des objectifs primordiaux d'une naissance "sans risque" que les techniques médicales avancées peuvent seules assurer.

Le monde politique lui-même est largement concerné. D'abord parce que c'est de lui que dépendent les législations touchant à la contraception, de même que celles qui régissent l'interruption volontaire de grossesse. L'avortement et les problèmes qui s'y rattachent font encore régulièrement la "une" des journaux, divisant l'opinion publique et montrant qu'il s'agit là d'une problématique qui ne laisse pas indifférentes ses diverses fractions. Ensuite, les décideurs sont interpellés par le choix de l'une ou l'autre politique démographique : encouragement de la natalité, surveillance prénatale, programmes de "périnatalité" éventuellement basés sur des approches de rationalisation des choix budgétaires (R.C.B.), réduction des inégalités face à la naissance, plaidoyers pour un "nouveau-né sans risque" (MINKOWSKI, 1976), etc.

D'autres éléments viennent s'ajouter aux précédents pour expliquer cette présence renforcée de la naissance dans les préoccupations du moment : nous voulons parler de la diffusion croissante des résultats "psychologiques" concernant la relation mère-enfant, et plus largement parents-enfants, depuis BOWLBY (1951) jusqu'aux écrits les plus récents de BRAZELTON (1983); le phénomène de l'attachement précoce, du mouvement bilatéral qui apparaît dès les premiers mois de la gestation n'est plus discuté uniquement dans les cénacles de spécialistes.

Enfin, nous avons assisté depuis une vingtaine d'années à une remise en question des rôles traditionnellement attribués à l'homme et à la femme, dans le couple comme dans la société. Cette réévaluation a eu pour cause, notamment, la modification du statut de la femme qui, dans les années de plein emploi, avait été appelée à participer activement à la vie économique. Des structures ont été mises en place pour assurer la garde de l'enfant dans un tel contexte, et si, actuellement, la situation de crise économique a bouleversé un certain nombre de données, il demeure que les mentalités ont évolué dans ce domaine ; un simple "retour en arrière" n'est pas imaginable.

Il ressort de tout ceci que s'est dégagé en quelques années un domaine d'intérêt collectif : ce domaine est celui qui entoure la naissance. Le nouveau-né constitue à la fois un enjeu individuel, au niveau des familles, et un enjeu collectif, au niveau des Etats. De part et d'autre des questions sont posées qui s'adressent aux divers scientifiques dont la discipline touche à la naissance. Et tout d'abord aux démographes.

## A.2. Les démographes et la naissance

Notre société connaît, à l'instar de la plupart des sociétés occidentales, une évolution démographique caractérisée par une diminution importante de ses naissances, associée à un allongement stabilisé de l'espérance de vie : le résultat sur la pyramide des âges conduit à voir se renforcer la fraction la plus âgée de la population, au détriment de sa jeunesse. Nous observons des situations, dans certains pays, où le nombre des enfants mis au monde a fléchi au point de ne plus assurer le remplacement des générations. En Wallonie, un rapport commandé par le Secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales Wallonnes faisait état en 1977 d'un solde naturel net négatif : déjà à cette époque, on avait enregistré au niveau de la Région Wallonne plus de décès que de naissances (Département de Démographie UCL, 1977). Une telle situation interpellait décideurs et chercheurs : quels remèdes proposer ? Convenait-il de favoriser la natalité par des politiques natalistes soutenues ? Et si oui, sur quels moyens asseoir une telle politique ?

De ces questions découla tout un courant de recherche, considérant qu'il fallait mieux connaître les déterminants de la natalité. La naissance y était vue comme résultant dans une certaine mesure d'une décision plus ou moins délibérée du couple, faisant intervenir des éléments très divers ; ceux-ci touchent à la situation présente et future du ménage comme à l'avenir de l'enfant, et la présence d'un nouveau-né au foyer retentit sur tous les aspects de la vie quotidienne. C'est par exemple dans ce sens que fut étudiée "La Naissance d'un Enfant" (MONNIER, 1977). C'est dans ce même esprit que fut lancée en Belgique une vaste enquête démographique sur "Le citoyen et la Population : opinions, attitudes et aspirations" (Département de Démographie U.C.L., non encore publié). Auparavant, dans l'immédiat après-guerre, les démographes avaient dû constater que la mortalité générale était à ce point faible qu'une nouvelle réduction, rapide et de grande ampleur, était dans l'immédiat fort improbable. Le taux de croissance de la population, de même que son vieillissement plus ou moins marqué, dépendait donc bien des "décisions" des couples dans le domaine de la procréation (MORSA, 1967). Si donc on désire contrôler les populations (ou tenter de le faire), il faut se limiter à la fécondité, qui conserve encore une certaine plasticité (LE BRAS, 1979).

Par un glissement assez facilement compréhensible, parce que rare et précieux, l'enfant a aussi capté l'attention des démographes au niveau de sa survie (OMS, 1978 b; MASUY-STROOBANT et al., 1979). Les enquêtes répétées sur la mortalité périnatale et infantile en témoignent: on peut se poser la question de l'origine réelle de cet intérêt collectif dans la mesure où, du point de vue du contrôle de la population, les taux de mortalité sont devenus relativement faibles dans nos pays et où un phénomène de "remplacement" de l'enfant disparu semble généralement s'observer. Sans doute ce courant de recherche vient-il plus de ce que le point de vue des familles a réussi à marquer les mentalités.

Il convient d'ajouter à ceci que le déficit net de nos populations a pu être compensé jusqu'ici par le solde migratoire. L'effet direct de l'immigration sur l'effectif de la population a été renforcé par les tendances démographiques distinctes des populations migrantes: en 1978, 16% des naissances en Belgique étaient constituées par des naissances de nationalité étrangère, et pour des provinces comme le Hainaut ou le Brabant cette proportion atteignait 26% et 24% respectivement. Une controverse existe actuellement concernant la mortalité des nouveau-nés et des nourrissons de nationalité étrangère: jusque vers les années 1975, les taux de mortalité étaient supérieurs dans ces populations immigrées. Des données plus récentes tendraient à indiquer qu'il n'en va plus de même à l'heure actuelle.

Il revient à la recherche démographique d'avoir répondu à un certain nombre de questions importantes: celles-ci concernent la description spatiale et séculaire des phénomènes de natalité et de mortalité précoce. Elles touchent aussi à l'analyse des relations entre ces phénomènes et certaines variables "socio-démographiques" parmi lesquelles l'âge, la nationalité, l'instruction, la profession et l'état-civil des parents, le sexe, la gémellité et le rang de l'enfant. Toutefois, du point de vue de l'analyse explicative, ce type d'approche paraît à première vue très limité et "le démographe, conscient du problème, se contente le plus souvent de mesurer les risques différentiels de décès attachés à ces caractères socio-démographiques, mais il vérifie rarement les mécanismes par lesquels les variables pourraient être productrices de risques différentiels" (MASUY-STROOBANT, 1983).

### A.3. L'épidémiologie périnatale

Semblable volonté de recherche étiologique transparait dans les très nombreuses définitions de l'épidémiologie. LILIENTFELD (1978) en a dénombré et analysé récemment 23, tout en se limitant aux définitions en langues anglaises publiées au cours des 50 dernières années. Si nous suivons l'OMS (1968) il s'agit de l'"étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines, ainsi que des influences qui déterminent cette distribution". Ses objectifs, orientés d'abord vers la

Description, puis vers la recherche étiologique, font en outre une place de plus en plus importante à l'évaluation des mesures de santé.

Par rapport aux démographes, on observe déjà un élargissement notable du domaine. Les données ne sont pas limitées à la mortalité, enregistrée en routine, mais elles s'étendent à la morbidité, sous toutes ses formes, et même aux caractéristiques pré-morbides, telles que les modifications physiopathologiques diverses pouvant constituer un facteur de risque ou un prédicteur d'une pathologie donnée. Cette extension de domaine ne se fait pas sans mal (cfr chap.C) : elle implique le plus souvent d'abandonner les sources officielles de données, qui ne lui permettent guère d'analyser la morbidité de manière valide, et donc de mettre en place des enquêtes spécifiques. Cette façon de procéder conduit en outre à traiter la morbidité, avérée ou prodromique, tantôt comme variable dépendante et tantôt comme variable indépendante.

L'épidémiologie appliquée à la période autour de la naissance a développé ses méthodes et ses indicateurs propres, qui concernent aussi bien la mortalité que la morbidité gynéco-obstétricale et néonatale. Les indicateurs de morbidité les plus étudiés sont la prématurité gestationnelle et le poids de naissance. Ils correspondent en fait à un ensemble très hétérogène de facteurs tels que le statut socio-économique, le comportement alimentaire de la mère au cours de la grossesse, l'enfance de la mère, les soins prénatals, les intervalles intergénéraliques, l'âge de la mère, le rang de naissance, le célibat de la mère, l'usage de médicaments ou de drogues, l'existence d'infections ou d'une toxémie pendant la grossesse, l'ethnicité et des facteurs génétiques ou autres encore mal connus. Cette liste n'est pas exhaustive, et de plus, la hiérarchie entre ces facteurs n'apparaît pas encore clairement (JENICEK et CLEROUX, 1982).

Il revient à l'épidémiologie d'avoir montré que ces facteurs jouaient un rôle sur la morbidité périnatale, ainsi que d'avoir décrit les variations observables dans le temps et dans l'espace. Pour l'évolution séculaire de la prématurité, nous manquons de recul en raison du caractère particulier de la récolte des données nécessaires. Pour la distribution géographique, nous commençons à avoir, par endroits, un aperçu des disparités régionales. De façon générale, les variations de la prématurité et des facteurs qui les sous-tendent sont en accord avec les constatations menées au niveau de la mortalité foetale ou infantile.

Pour notre pays, l'évolution séculaire de la mortalité pré- et néo-natale est assez bien documentée, de même que sa distribution spatiale (MASUY-STROOBANT, 1983). On en retiendra que, à l'instar des pays voisins, la Belgique a connu un déclin marqué de cette mortalité, mais surtout que celle-ci a connu des changements très importants dans sa distribution géographique. Depuis la dernière guerre, et jusqu'en 1975 en tous cas, le Hainaut a concentré avec les zones rurales du Sud du pays, une

part importante de la mortalité (cfr chap.F). Ces zones ont dès lors focalisé l'attention des chercheurs et des pouvoirs publics, en vue de dégager les politiques appropriées pour lutter contre ces disparités géographiques manifestes face à la mort.

A côté des disparités géographiques subsistent des différences importantes en fonction du milieu social d'appartenance (cfr. chap. E ), au point qu'on a dû faire le constat de "l'inégalité face à la mort" (SURAULT, 1979). A la fois difficile à admettre, au regard des principes constitutifs de nos sociétés, et difficile à expliquer, cette inégalité continue à apparaître inexorablement dans les chiffres qui émanent de chaque nouvelle étude. Constatation plus grave, alors que l'on pensait que l'amélioration générale des indicateurs de mortalité était accompagnée d'une réduction des différences, force est de constater qu'il n'en est rien : si tant est que ces différences se modifient, elles auraient plutôt tendance à s'accroître (CHAMBERLAIN et al, 1978).

#### A.4. A la source des différences observées.

Les paragraphes qui précèdent nous laissent confrontés à davantage de questions que de réponses. Comment expliquer les différences géographiques observées dans divers pays, dont le nôtre ? Comment rendre compte des variations sociales importantes, et persistantes ? Comment classer les divers facteurs qui sous-tendent la prématurité ? Comment identifier les groupes les plus vulnérables dans une population ? Sur quelles bases développer des politiques et des programmes visant de tels groupes ? Ou encore, comment concevoir les relations complexes entre morbidité et mortalité autour de la naissance ? Ne doit-on pas considérer qu'à vouloir réduire à toutes forces la mortalité prénatale ou péri-natale, on risque de voir augmenter le nombre de pathologies et de handicaps d'origine obstétricale ?

C'est pour répondre à ces questions que diverses stratégies de recherche ont été développées, émanant de diverses disciplines qui se partagent ce domaine aux contours imprécis qu'est la périnatalité. Les approches sont multiples. Mais nous pensons qu'elles sont convergentes, et que le domaine étudié requiert une approche réellement pluridisciplinaire, au mépris des frontières artificielles qui voudraient les cloisonner. L'approche globale requiert de tenir compte des aspects démographiques et des aspects médicaux classiques; elle impose en outre que soit approfondie l'étude des caractéristiques sociologiques ou psychosociales qui influencent les comportements de la vie quotidienne et en particulier ceux de l'enfantement et des soins aux enfants.

Diverses hypothèses ont été avancées pour rendre compte des différences observées. Certaines visent les conditions de vie et s'attachent plus spécifiquement au logement, aux revenus, aux barrières financières : les études correspondantes cernent les problèmes dans des situations de familles très défavorisées sur le plan socio-économique (RIBEAUD, 1979; TONGLET, 1984). D'autres visent l'adéquation de l'offre de services de santé à la demande, et plus encore qu'à la demande, aux besoins réels des populations couvertes : c'est l'approche évaluative des services de santé, en vue de s'expliquer la persistance de cette morbidité /mortalité que l'on qualifie d'"évitable" (RUTSTEIN et al., 1976). D'autres encore veulent approfondir la compréhension de ce qui constitue les "classes sociales", et isoler ce qui parmi elles continue à engendrer des situations inégalitaires face à la santé : d'aucuns postulent que le "stress", objectif et/ou subjectif, pourrait expliquer les variations sociales que nous avons relevées au niveau des taux d'"échec de la reproduction" (OAKLEY et al., 1983).

Divers sociologues, enfin, ont insisté sur le caractère rudimentaire des catégories professionnelles utilisées pour approcher le problème des différences sociales de santé. La classe professionnelle est en fait un ensemble hétérogène qui ne peut se substituer adéquatement à une connaissance détaillée de la vie quotidienne. On ne peut répondre aux importantes questions posées plus haut sans étudier de manière plus fine l'expérience vécue au niveau des revenus et des dépenses, des habitudes alimentaires, et des autres habitudes de la vie de tous les jours, des stimulations intellectuelles, des attentes sociales, des expériences au niveau éducatif et des relations sociales (ILLSLEY, 1983).

Le fait que la vision des phénomènes ne peut être une vision cloisonnée implique, au niveau de la méthodologie, que l'on n'arrive pas à comprendre les mécanismes en isolant les variables : une analyse multifactorielle s'impose afin de tenir compte des interactions multiples entre les variables des divers niveaux.

#### A.5. De la compréhension à l'action

Mais la finalité des études épidémiologiques ne peut plus se concevoir comme limitée aux seuls aspects de recherche scientifique et d'explication des phénomènes observés. Dans les dernières années, l'épidémiologie s'est assigné un certain nombre d'objectifs supplémentaires que nous pourrions qualifier d'opérationnels; ils concernent autant le plan de l'information sanitaire et de la recherche que celui de l'évaluation (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1981).

Pour ce qui concerne l'information, l'épidémiologie peut produire les données nécessaires à la planification et à la gestion des programmes de santé, pour définir les priorités, les besoins de la population et les moyens à mettre en oeuvre pour les satisfaire. Pour la recherche, une tendance en épidémiologie consiste à prévoir plus qu'à expliquer : cette tendance sert à sa manière les fins de prévention. Un exemple très illustratif est constitué par l'épidémiologie périnatale axée sur la notion de risque (OMS, 1978 a) : l'objectif est constitué par la maximisation de l'efficacité de la prévention, et ceci dans la mesure où elle débouche sur une politique de prévention réaliste et adaptée aux groupes "à haut risque" ainsi définis. En matière d'évaluation enfin, l'épidémiologie permet dans certains cas d'asseoir le processus scientifique grâce auquel il est possible de vérifier dans quelle mesure une politique ou un programme de santé a débouché sur les objectifs assignés au départ.

La France fournit un bel exemple de "programme finalisé" dans le domaine de la périnatalité : ce programme rassemble en effet depuis 1970 tout un ensemble de mesures et de législations. Certaines d'entre elles faisaient une large part à la notion de risque dégagée par la recherche; il s'agissait en particulier des législations réglementant la surveillance prénatale et les congés de maternité. D'autres visaient l'ensemble des femmes enceintes : normes applicables aux maternités et législation du travail. En outre, sept actions prioritaires ont été dégagées visant à diminuer la mortalité périnatale et le nombre de handicaps d'origine congénitale. Il s'agissait en l'occurrence de :

- formation et perfectionnement du corps médical
- développement de la recherche et du recueil de l'information
- prévention avant la grossesse (vaccination contre la rubéole)
- renforcement de la surveillance médicale des femmes enceintes
- amélioration de la surveillance de l'accouchement
- réanimation des nouveau-nés en salle de travail
- équipement des services d'obstétrique et des centres néonataux de soins intensifs (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979).

Avec le recul du temps, et grâce à trois enquêtes représentatives menées en 1972, 1976 et 1981, il a été possible d'évaluer les progrès effectués dans le domaine de la périnatalité. Il est par exemple permis d'observer une diminution sensible de la prématurité, sans que l'évolution des structures démographiques (âge, parité, intervalle intergénéral) ne puisse l'expliquer complètement (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1984).

La question se pose dès lors de savoir si le bénéfice peut être réellement attribué à la mise en place d'un tel programme ou si d'autres éléments doivent être pris en considération : nous songeons par exemple à l'évolution des mentalités dans le domaine de la reproduction, de la grossesse et de la naissance, à des modifications non programmées dans le travail de la femme ou dans

son statut au sein de la famille ou de la société. Nous pensons ici à des phénomènes proprement culturels concernant tout ce qui touche à la reproduction et à ses suites, dépassant largement le niveau d'instruction ou d'information de la femme enceinte ou du couple.

Enfin, en matière de prévention périnatale, bon nombre de problèmes méritent d'être soulevés. Ceux-ci touchent à l'efficacité de diverses mesures préventives, à l'orientation sélective vers des groupes sélectionnés, à l'iatrogenèse potentielle de certaines pratiques de dépistage, etc... Mais le moindre n'est pas de se poser avec certains sociologues la question de la prévention comme fait social, et de rechercher les conditions d'occurrence et les effets sociaux de cette pratique sociale. On s'intéressera dans une telle optique aux processus concourant à la production des acteurs préventifs et à la caractérisation des rôles de ces derniers, mais aussi à l'idéologie préventive, c'est-à-dire aux représentations de la santé, de la maladie et des stratégies de prévention caractérisant le discours des acteurs, et enfin aux moyens utilisés par ces derniers ainsi qu'aux effets sociaux résultant de leur mise en oeuvre (GOTTRAUX, 1982).

#### A.6. Culture et Santé

C'est dans un tel cadre que nous plantons les bases de notre travail. Nous avons vu à maintes reprises que les diverses disciplines intéressées au domaine de la périnatalité et de la petite enfance se heurtaient à des difficultés majeures au niveau de l'interprétation des disparités et inégalités que l'on peut observer. La tendance a trop souvent consisté jusqu'ici à tronçonner les problèmes pour éviter les difficultés liées à une approche plus globale, alors que cette dernière seule nous semble porteuse de promesses. En revanche, les difficultés pratiques d'une approche globale paraissent insurmontables. Tout au plus est-il possible de s'en rapprocher peu ou prou en élargissant les perspectives de l'analyse. Notre volonté est dès lors d'élargir au champ de la culture les investigations et de ne pas confiner l'étude de la périnatalité dans ses aspects médicaux et socio-démographiques classiques.

Les spécialistes de la "culture", sociologues ou anthropologues, ont insisté sur l'aspect systémique qu'elle revêt. Ensemble de valeurs et de règles d'action, elle guide des ensembles de comportement, constitue des règles pour l'action et coordonne des manières de penser et de sentir. Les historiens de la maladie ont pu montrer comment chaque société engendre SES maladies, mais aussi comment les grands fléaux et les maladies dominantes ont contribué à forger des modèles de société, et donc des cultures (SENDRAIL, 1980).

Plus attachés au présent, divers auteurs ont étudié la diversité des représentations sociales de la santé et de la maladie (HERZLICH, 1969; d'HOUTAUD, 1978), des traits culturels relatifs au corps et à la maladie (BOLTANSKI, 1968, 1971), des réactions face à la douleur (ZBOROWSKI, 1952), des attitudes face à divers symptômes (KOOS, 1954; ZOLA, 1966) ou encore des processus qui séparent l'existence d'une altération au niveau des fonctions physiologiques de sa perception, celle-ci pouvant conduire à un comportement de "non-santé" ou enfin de "maladie" ("illness behavior" et "sickness behavior") (KASL et COBB, 1966).

Ces conceptions de la santé et de la maladie marquent un changement radical par rapport à la plupart des études épidémiologiques qui partent d'une définition a priori de la maladie et qui la considèrent comme un événement plus ou moins rare. Le renversement de perspective conduit à considérer que la santé, et la maladie d'une façon ou d'une autre, concernent chacun. Dans le domaine de la périnatalité, plutôt que de focaliser l'attention sur les rares cas de décès périnataux, il convient dans cette optique de cerner les problèmes que toute mère, que toute famille, découvre avec la naissance d'un nouvel enfant.

Il est fréquent de voir exprimer l'idée que la santé et la maladie sont du ressort exclusif de la médecine. Les plaintes diverses des "patients" interpellent effectivement en premier lieu le médecin, et les efforts de ce dernier doivent être dirigés en vue de les aider à améliorer leur état. De par leur formation médicale, la plupart des praticiens ont tendance à considérer la catégorie "maladie" (sous ses diverses spécificités) comme des entités animées d'une vie propre, indépendamment des individus qui en souffrent : cette conception s'adresse aux éléments abstraits et impersonnels de la maladie.

Aux antipodes, les anthropologues, psychologues et sociologues défendent souvent un point de vue selon lequel la maladie est tellement ancrée dans un système social qu'elle dépend davantage de ce système que des déterminants et des éléments biologiques qui la conditionnent. A la suite de Margaret MEAD (1947) nous pouvons croire que la manière selon laquelle des patients perçoivent, organisent et expriment les problèmes, indépendamment de leurs fondements physiopathologiques, est incrustée dans leur comportement général; les types de comportement, -qui constituent la plus grande part de ce qui alimente l'activité médicale-, sont étroitement liés à des facteurs sociaux, psychologiques et culturels, autant qu'à des facteurs biologiques, écologiques ou génétiques. En un mot, comme la maternité et comme la naissance et ses pratiques, la maladie s'inscrit toujours dans un contexte culturel. Ceci nous amènera (chapitre H) à développer le concept de "culture sanitaire", comme un maillon à insérer dans la chaîne des explications.

#### A.7. Pour conclure

Au terme de cette introduction, nous voulons esquisser les grandes lignes de ce travail. Le point de départ est constitué par une interrogation sur les inégalités de santé; cette interrogation porte, entre autres aspects, sur les inégalités dès l'origine et sur l'origine des inégalités.

Partant des résultats accumulés dans le cadre des études de périnatalité, nous avons voulu :

1. étendre à la morbidité périnatale les investigations jusqu'ici menées essentiellement sur les données de mortalité
2. tester les relations qui peuvent exister entre le milieu social et le lieu de résidence d'une part, et la santé "autour de la naissance" d'autre part
3. tester la diversité des conceptions et attitudes en matière de santé en fonction du milieu social, de la nationalité ou des zones géographiques
4. tester la pertinence des variables culturelles relatives à la santé et à la médecine pour rendre compte des différences socio-géographiques observées.

Ces quatre axes constituent les fondements de nos objectifs et des hypothèses de travail qui seront exposés plus en détail dans le chapitre qui suit. Nous pourrons ensuite tracer le parcours méthodologique (chapitres C et D), et développer successivement les résultats. Les chapitres E et F s'attacheront aux inégalités sociales et aux disparités géographiques. Le chapitre G prendra en considération les variables socio-démographiques et médicales. A l'issue du chapitre H, développant les outils grâce auxquels nous avons étudié la "culture sanitaire", le chapitre I permettra de tester le rôle de ces variables culturelles dans l'enchaînement des phénomènes. Enfin, le chapitre J tentera une synthèse et rassemblera les conclusions portées par ce travail.

## CHAPITRE B

### OBJECTIFS ET HYPOTHESES

#### B.1. Introduction

Le premier chapitre nous a conduit à formuler un certain nombre de questions. Dans les paragraphes qui vont suivre, nous développerons ces questions en essayant de faire ressortir les objectifs qui ont été les nôtres dans le cadre de cette recherche sur la morbidité différentielle de la mère et de l'enfant. Nous énoncerons ensuite les hypothèses que nous avons voulu soumettre à l'épreuve des faits.

L'élaboration de ces objectifs et hypothèses constitue l'étape primordiale de notre travail, puisque c'est en fonction de ceux-ci que la méthodologie générale, et les questionnaires en particulier, ont été développés et mis au point (chapitres C et D). Ensuite, ils constituent les points de référence grâce auxquels nous pourrions mesurer le chemin parcouru à l'issue de la présentation des résultats. En effet, la discussion visera essentiellement à comparer les résultats observés avec les hypothèses de travail avancées dans la section qui va suivre.

## B.2. Objectifs

### B.2.1. Objectifs généraux :

-----

Le point de départ de cette étude a été constitué par un projet de recherche sur la "Morbidité Infantile Différentielle". Ce projet d'étude longitudinale d'une cohorte d'enfants avait des objectifs propres concernant l'évaluation de la santé tout au long de la période préscolaire : ceux-ci ont été présentés dans une publication antérieure (LAGASSE et al., 1984). Dans le cadre de cette thèse, nous avons défini un ensemble d'objectifs distincts qui répondent, en gros, à l'étude des variations sociales et géographiques de la santé "autour de la naissance", ainsi qu'à une volonté d'élargir à la sphère culturelle l'analyse des déterminants de la morbidité de la mère et de l'enfant. Et notre démarche pourrait être caractérisée de "socio-épidémiologique" pour reprendre la terminologie de G. THILL et de ses collaborateurs (1980).

Le problème que nous posons en premier lieu est celui des prémisses. Sur quels "à priori" allons-nous échafauder notre outil de recherche ? Dans quelles disciplines allons-nous puiser nos méthodes ? Les auteurs que nous venons de citer ont insisté avec vigueur sur la spécificité du langage scientifique qui développe, même dans ses versions "post-modernes", le projet d'une maîtrise du réel construit par un langage approprié. Ce projet engendre une double coupure : coupure épistémologique d'une part, et clivage entre les champs maîtrisables et le "reste", d'autre part. Or il se fait que, dans le cas qui nous intéresse, la coupure épistémologique s'avère dangereusement mutilante. Une définition de la maladie dans un référentiel médical "classique" conduit à tenir pour acquis, immuable et universel un ensemble de concepts qui tiennent avant tout à un moment de l'Histoire et à un endroit de la planète. Et pourtant, comme l'écrit FOUCAULT (1980) ce n'est pas "si évident que les fous soient reconnus comme des malades mentaux, (...), que les causes de la maladie soient à chercher dans l'examen individuel du corps, (etc.). Rupture des évidences, ces évidences sur lesquelles s'appuient notre savoir, nos consentements, nos pratiques".

La volonté de dépasser cette rupture conduit à rendre la parole aux profanes. C'est dans cette intention que notre enquête a été organisée et orientée vers une source d'information non médicale, afin de donner la parole aux premiers intéressés, les parents eux-mêmes, et en l'occurrence aux mères. Nous verrons dans le chapitre C les raisons, mais aussi les conséquences théoriques et pratiques de cette décision. Dans ce travail, c'est au travers de l'interrogatoire de la mère que nous tenterons d'évaluer sa propre santé (déroulement de la grossesse, santé générale...) ainsi que celle de son dernier enfant.

A côté de cette volonté, et lié à celle-ci, existait le souci de ne pas succomber à la tentation d'un rétrécissement organiciste, semblable à celui que l'épidémiologie a connu dès ses débuts. Cependant, d'emblée, l'épidémiologie s'inscrit au coeur d'un paradoxe : elle travaille sur base de la caractérisation nosologique des pathologies, mais, au-delà de ces contraintes "médico-centriques", elle inaugure une visée théorique nouvelle, plus large que celle de la clinique classique. "Le fond de l'épidémie, ce n'est pas la peste, ou le catarrhe; c'est Marseille en 1721, c'est Bicêtre en 1780, c'est Rouen en 1769..." (FOUCAULT, 1963). Malgré cela, pour assurer son caractère scientifique, elle a dû faire souvent le sacrifice de ses aspirations à envisager la globalité, et THILL et coll. (1980) relèvent par exemple à quel point dans son manuel d'"Introduction à l'Epidémiologie" JENICEK (1977) consacre le primat de la science biologique dans la définition des événements de santé/maladie et des facteurs d'environnement qui les influencent.

Or c'est un fait d'observation que de constater le décalage entre les savoirs construits par les "savants" et les conceptions du "commun" touchant à la maladie et à la santé. Ceci se traduit par toute une série de pratiques qualifiées de parallèles, plus ou moins profondément ancrées dans les survivances "folkloriques" (LOUX, 1983) ou plus nettement marquées d'un désir de réappropriation de "la santé".

Ce qui a retenu notre intérêt, ce sont les conceptions, les attitudes, les comportements partagés, les représentations collectives en matière de santé autour de la naissance. En un mot, ce sont les modèles culturels liés au perçu de la population. Nous préciserons plus loin ce que nous entendons par "culture sanitaire", et dans la section suivante apparaîtra la manière dont nous nous proposons de relier cette culture sanitaire à la santé/morbidité de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Notre démarche appartient à l'approche culturelle quand elle se centre sur la population, quand elle valorise la perception signifiante d'un phénomène par les individus et quand elle rattache les phénomènes à un système de significations. Elle partage avec l'épidémiologie une méthodologie particulière axée sur la comparaison et les méthodes quantitatives, et la volonté de décrire et d'analyser un ensemble de données factuelles ou comportementales relatives à la santé et à la maladie.

## B.2.2. Objectifs spécifiques

La référence aux étapes de la recherche épidémiologique nous servira de guide pour ordonner la présentation des divers objectifs qui sous-tendent ce travail. Il est possible d'y distinguer des objectifs descriptifs, analytiques et, dans une certaine mesure, opérationnels.

### B.2.2.1. Objectifs descriptifs

+++++

Le premier but poursuivi dans les pages qui suivent concerne la production d'un tableau descriptif de la situation de santé autour de la naissance. Il s'agit donc de compléter les informations dont nous disposons et qui se limitent le plus souvent à la mortalité; ici, comme dans bien d'autres domaines, et peut-être davantage, les seules données statistiques disponibles permettant de décrire la situation sanitaire sont des statistiques de décès. Nous voulons donc élargir le terrain d'étude à la morbidité, et même à la santé, conçue dans son sens positif. Cette ouverture des perspectives doit nous permettre de comparer les éventuelles variations de santé/morbidité aux variations de mortalité précédemment décrites.

Partant du constat que la mortalité autour de la naissance ne se distribue pas au hasard, ni socialement, ni géographiquement, nous avons décidé de vérifier qu'il en allait de même pour la santé et la morbidité. Le tableau descriptif que nous voulons brosser sera donc un tableau comparatif, à travers trois catégories sociales et trois arrondissements wallons choisis pour leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques contrastées (cfr. section C.2.2 ). De plus, le tableau portera à la fois sur le déroulement de la grossesse, sur celui de l'accouchement et sur les premiers temps de la vie de l'enfant, évalués au travers d'une enquête à double passage auprès de jeunes mères, venant d'accoucher, et six mois plus tard. Pour la facilité de l'exposé, nous distinguerons, tout au long de ce travail quatre périodes :

- la période prénatale
- la naissance
- les premières semaines de vie de l'enfant (résultats de la première enquête)
- les premiers mois de vie de l'enfant (résultats de la seconde enquête).

Les retombées possibles de ce travail descriptif sont à espérer au niveau d'une consolidation de la connaissance des problèmes périnataux tels qu'ils se présentent dans notre Région. Comment se posent les problèmes de santé, en quels termes, avec quelle acuité, et où ? Voilà quelques-unes des questions que nous pensons pouvoir cerner dans cette phase.

Il convient peut-être de revenir sur les avantages que présente l'étude de la morbidité, comparée à celle de la mortalité. La mortalité périnatale ou infantile est un phénomène rare, dans nos sociétés tout au moins. Les méthodes permettant de l'étudier sont fortement marquées par cette contrainte : la nécessité d'études longues ou portant sur des populations très vastes constitue un handicap certain (LEWIS, 1973) alors que la plupart des auteurs insistent sur la similitude des facteurs qui conduisent à la prématurité ou à la mortalité périnatale (NEWCOMBE et CHALMERS, 1981). Il y a plus : les indicateurs de morbidité constituent des indicateurs plus sensibles et plus fins, présentant un reflet plus direct de la santé globale. En effet, pour les tranches d'âge les plus jeunes qui connaissent des taux de mortalité très bas dans le contexte de nos pays, de réelles différences de niveaux de santé risquent de ne pas apparaître au travers de statistiques de mortalité. La mortalité résulte en fin de compte d'une morbidité préalable, et il semble donc plus prometteur d'étudier les stades les plus précoces de la chaîne des événements. En outre, le simple fait de l'existence de toute une morbidité non létale constitue un obstacle potentiel pour la mise en évidence par l'étude de la mortalité de besoins de santé prioritaires, ainsi que pour l'évaluation de stratégies ou de politiques de santé.

Une controverse récente vient compliquer le problème : dans quelle mesure une action préventive utilisant comme critères évaluatifs les niveaux de mortalité ne risque-t-elle pas de faire croître les niveaux de morbidité ? En d'autres mots, une réanimation néonatale intensive ne conduit-elle pas à augmenter le nombre de nouveau-nés à problèmes, susceptibles de traîner avec eux des séquelles et des handicaps divers ? (JONES et DAVIES, 1981) Voici posé le problème de la qualité de vie des survivants. Ce problème reste éminemment actuel et est encore fort débattu, même si les données les plus récentes tendent à laisser croire que les progrès récents dans ce domaine ont fort amélioré le pronostic des nouveau-nés "à risque" (HACK et al., 1979).

Un autre objectif descriptif concerne le tableau des variations culturelles sur le triple plan des milieux sociaux, des diverses nationalités et des zones géographiques étudiées. Cette démarche, somme toute assez neuve dans le domaine de la santé, consiste à décrire en fonction de nos critères d'agrégation les constellations de représentations sociales vis-à-vis de la santé, de la maladie et de la médecine. Elle doit nous permettre de tester l'hypothèse selon laquelle les catégories sociales se distinguent du point de vue de leur "culture sanitaire", et que des différences analogues permettent de distinguer les régions et les ethnies.

B.2.2.2. Objectifs analytiques :

+++++

L'aspect analytique de notre travail peut être décrit de la manière suivante :

1. nous voulons comparer les niveaux de santé à travers trois catégories sociales, définies selon des critères professionnels, éducationnels et financiers (cfr. section D.4) en vue de déterminer si le poids du milieu social se fait sentir de façon identique sur les diverses périodes autour de la naissance, et si l'on retrouve au niveau de nos indicateurs les gradients classiquement décrits pour la mortalité prénatale, périnatale et infantile au détriment des enfants des milieux les plus défavorisés. Cet objectif revient à tester, dans le domaine étudié, les relations entre variables sociales et variables de santé.
2. nous voulons simultanément nous mettre dans une situation permettant une mesure de l'influence des variables de lieu, et ceci indépendamment des variables sociales qui leur sont éventuellement associées. Pour ce faire, nous avons choisi de travailler dans trois arrondissements de la Région Wallonne, sélectionnés en fonction de leurs caractéristiques démographiques et socio-économiques tranchées : le chapitre suivant expose le détail de la procédure utilisée pour définir nos échantillons.
3. l'étape ultérieure consiste à maîtriser un maximum de variables confondantes possibles. Par rapport à une relation spécifique étudiée, on entend par variables confondantes, ou facteurs de confusion, des variables qui présentent une association statistique simultanément avec la variable dépendante étudiée (ici, la santé ou la morbidité) et les facteurs explicatifs ou prédictifs potentiels (ici, la catégorie sociale ou le lieu de résidence) (JENICEK et CLEROUX, 1982). Au nombre de telles variables confondantes nous devons inclure les caractéristiques démographiques et médicales de la mère. Celles-ci peuvent varier sensiblement d'une catégorie sociale à l'autre et d'une région à l'autre, et il a été montré que la mortalité précoce et les problèmes de prématurité étaient associés aux caractéristiques d'âge, de parité, d'ethnicité, d'état civil, et à tout un ensemble de variables médicales (poids, taille, antécédents obstétricaux, tabagisme, etc.). En un mot, nous voulons déterminer dans quelle mesure le milieu social et le lieu de résidence peuvent influencer le niveau de santé, indépendamment des variables démographiques et médicales classiquement décrites dans la littérature internationale comme facteurs ou indicateurs de risque.

4. Une hypothèse que d'aucuns avancent pour rendre compte des variations sociales et géographiques de santé porte sur les différences d'attitudes et de comportements face à des situations identiques. Par exemple, des phénomènes pathologiques semblables conduisent ici à un interventionnisme rapide et vigoureux, là à un attentisme prolongé ou même à une négation du réel. Notre objectif a été de décrire dans une première étape comment les phénomènes de santé sont perçus dans les diverses catégories sociales et dans les diverses régions étudiées. Si des différences apparaissent à ce niveau, nous pensons qu'elles sont susceptibles de rendre compte, ne fût-ce que partiellement, des différences de santé. La deuxième étape consistera alors à tester l'influence de cet ensemble de traits culturels, - ce que nous appellerons la culture sanitaire-, sur la santé maternelle et infantile autour de la naissance.

#### B.2.2.3. Objectifs opérationnels

+ + + + + + + + + + + + + + + + +

Quoique ce travail ne contienne pas en lui-même d'objectifs opérationnels à proprement parler, nous pensons que la toile de fond à laquelle se réfère implicitement un tel travail est constituée par les perspectives qu'il pourrait dégager dans le domaine de la prévention maternelle et infantile. Le décideur en cette matière se trouve confronté à divers types de problèmes.

Le premier consiste à disposer d'informations fiables, sensibles et pertinentes lui permettant d'orienter ses choix. La partie descriptive de notre travail est de nature à pouvoir élargir les données de santé actuellement disponibles au niveau de la période périnatale et de la petite enfance. La nécessité de disposer d'informations pour la planification, la gestion et l'évaluation des politiques ou des programmes de santé a été démontrée maintes fois (OMS, 1971; KLEIN-BEAUPAIN et LEFEVRE, 1973; OMS, 1975). Or, de nombreux auteurs se sont plaints de l'extrême faiblesse des statistiques de morbidité, en particulier lorsqu'il s'agit de cette tranche d'âge qui n'est couverte ni par la surveillance médicale scolaire, ni par la médecine du travail. Les quelques renseignements dont on peut disposer concernent certaines maladies particulières à déclaration obligatoire ou certains relevés hospitaliers. Encore faut-il remarquer que de nombreux cas échappent à la déclaration obligatoire, pour diverses raisons qui n'ont rien à voir avec le hasard, et qu'en ce qui concerne les statistiques hospitalières elles représentent une partie très sélectionnée de l'ensemble de la morbidité (MANCIAUX, 1971).

En relation avec cette nécessité de disposer d'informations, le décideur connaît un deuxième type de problèmes : quelles actions doit-il promouvoir, selon quelles priorités, et vers quels publics-cibles ? Si la responsabilité du décideur dans le domaine qui nous intéresse ici est de promouvoir la santé de l'enfant, le travail du chercheur consiste à lui indiquer les

meilleurs moyens pour y parvenir. Il doit donc identifier les sources de la maladie, ou des problèmes de santé, d'une part, et, d'autre part, localiser les sous-groupes dans lesquels ces problèmes se posent avec le plus d'acuité. A partir de là il peut suggérer les différentes solutions possibles en dégagant leurs avantages et leurs inconvénients. En d'autres termes, il convient d'isoler les facteurs de risque et d'élaborer des modèles explicatifs permettant d'orienter les actions préventives, et dans le même temps de cerner les indicateurs de risque et de déterminer les "groupes à risque" vers lesquels des efforts particuliers doivent être développés en priorité.

Notre démarche, qui revient à analyser dans une optique multifactorielle les déterminants et les indicateurs de la morbidité autour de la naissance, nous semble susceptible de fournir les éléments permettant de répondre aux questions du décideur. Et plus précisément, s'il ressort de notre étude que certains facteurs culturels constituent bien des indicateurs, voire des facteurs de risque pour la santé de la mère et de l'enfant, il en découlera que l'action préventive devra en tenir compte, par exemple dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé. Ceux-ci devront éventuellement être adaptés à des situations culturelles variées ( cfr. d'HOUTAUD et GUEGUEN, 1977). Ils devront aussi viser à développer des attitudes et des comportements dont l'effet positif aurait été préalablement mis en évidence.

Enfin, nous pensons pouvoir contribuer par notre travail à l'élaboration de quelques outils d'évaluation dont les décideurs ressentent le besoin. L'évaluation doit être conçue comme un processus "en spirale" : elle doit tenir compte d'un état de la situation avant implantation des programmes à évaluer; sur base de ce tableau, des objectifs sont assignés et des programmes définis, organisés et mis en place; et à la fin du processus, l'état de la situation est confronté aux objectifs. Cette confrontation permet à la fois de mesurer le chemin parcouru et les écarts par rapport aux objectifs visés, et de reformuler de nouveaux objectifs pour une phase d'implantation de nouveaux programmes. Notre étude s'inscrit au départ de cette séquence, puisqu'elle vise à tracer le tableau sanitaire de la périnatalité dans notre Région, et à analyser l'origine des problèmes rencontrés. C'est pourquoi nous pensons répondre aux vœux de la Section Francophone du Conseil Supérieur des Oeuvres de l'Enfance lorsqu'elle dégagait ses options et ses perspectives d'avenir pour la promotion de la santé familiale, maternelle et infantile dans la Communauté Française (O.N.E., 1981). Elle insistait notamment sur un triple souci qui concernait l'efficacité de l'institution, l'économie de moyens, mais aussi l'adaptation aux besoins spécifiques de la Communauté Française, tenant compte de la diversité des conditions sociologiques des sous-régions et des différences culturelles entre divers groupes de la population.

### B.3. Hypothèses de travail

Les paragraphes qui suivent visent à formuler les diverses hypothèses qui constituent l'ossature de notre travail. Elles ont été développées à partir des objectifs que nous venons de décrire en vue de permettre, à l'issue de la recherche, d'évaluer notre propre contribution dans le domaine et de forger les conclusions et recommandations finales. Ces hypothèses peuvent être classées en quatre sections, dans la mesure où elles sont relatives

- aux variations sociales de santé
- aux variations géographiques de santé
- aux variations socio-géographiques de culture sanitaire et à l'influence de la culture sanitaire sur la santé
- sur base des analyses précédentes, à la validation des indicateurs utilisés dans notre étude pour évaluer la santé.

#### B.3.1. Les variations sociales de santé.

-----

Nous nous proposons de tester l'hypothèse que la santé de la mère et celle de l'enfant sont liées à la catégorie sociale d'appartenance, et en particulier que :

- la morbidité de la petite enfance suit le même profil social que la mortalité : ceci revient à dire que les problèmes périnataux sont plus fréquents dans les catégories sociales les moins favorisées, et que, par après, la santé de l'enfant est moins bonne dans ces catégories;
- la morbidité maternelle liée à la naissance est également plus marquée dans les milieux les moins favorisés, le déroulement de la grossesse y étant moins satisfaisant;
- l'influence de la variable sociale sur la santé maternelle et infantile continue à apparaître lorsqu'on neutralise les facteurs de confusion potentiels tels que les facteurs démographiques ou médicaux, classiquement incriminés dans l'étiologie des problèmes périnataux.

### B.3.2. Les variations géographiques de santé

-----

Dans le cadre de l'approche géographique, nous voulons vérifier que la santé et la morbidité de la mère et de l'enfant présentent des différences significatives entre les trois arrondissements de Nivelles, Charleroi et Bastogne même en tenant compte des effets liés au milieu social, et en particulier que :

- l'étude de la morbidité confirme les résultats de l'étude de la mortalité pré-, péri- et post-natale, où l'on observait en 1974-1975 une situation privilégiée à Nivelles et des taux nettement défavorables à Charleroi et Bastogne (ces données étaient les dernières disponibles au moment de la planification de notre enquête) ;
- les différences géographiques de santé/morbidité ne s'expliquent pas uniquement sur base des facteurs sociaux, démographiques et médicaux classiques, même si ces facteurs interviennent pour une part dans les variations observées.

### B.3.3. Influence de la culture sanitaire sur la santé

-----

Les hypothèses à tester sont les suivantes :

- les conceptions relatives à la santé, la maladie, le corps, la médecine, etc. s'organisent avec les attitudes et les opinions de santé/maladie en des ensembles qui peuvent être conçus comme des axes de "culture sanitaire";
- il existe des configurations de culture sanitaire différentes selon :
  - la catégorie sociale
  - l'arrondissement de résidence
  - la nationalité;
- il existe des liens statistiques significatifs entre ces configurations culturelles et le niveau de santé/morbidité de la mère et de l'enfant;
- il est possible et utile d'inclure ces traits culturels dans un modèle prédictif visant à définir les groupes exposés à un risque supérieur de morbidité maternelle et/ou infantile;
- des comportements de santé/maladie considérés dans le cadre d'une politique de prévention comme bénéfiques (surveillance prénatale précoce, par ex.) ou néfastes (tabagisme, par ex.) sont liés à certains traits particuliers de culture sanitaire.

Il est peut-être utile de souligner ici que les hypothèses développées dans cette section souffrent d'un caractère moins précis que les précédentes. Ceci est dû au fait que notre travail en est encore à une phase largement exploratoire dans ce domaine. Il n'existe quasiment aucune référence extérieure permettant de donner une allure moins générale à nos hypothèses culturelles. Jusqu'ici les deux volets qui constituent notre démarche ont été abordés séparément l'un de l'autre : l'approche d'épidémiologie périnatale ne prenant pas en compte les dimensions culturelles, et l'approche culturelle n'ayant pas dépassé un stade descriptif assez général. Les représentations sociales de la santé et de la maladie ont été étudiées jusqu'ici dans des échantillons restreints et assez homogènes, et indépendamment d'une approche plus classique de la santé "objective" ou "subjective" des individus porteurs de ces représentations. Nous avons donc conscience d'ouvrir ici quelques pistes, plutôt que d'élaborer des hypothèses vraiment opérationnelles.

#### B.3.4. Hypothèses méthodologiques relatives aux sources de données.

-----

Enfin, pour clore la série de nos hypothèses de travail, ajoutons que nous voulons encore montrer que :

- dans le domaine de la périnatalité, l'analyse des problèmes de santé au travers des statistiques de mortalité (seules données disponibles en routine) ne permet pas de rendre compte des disparités de santé observables sur le plan de la morbidité.

De ceci découlerait pour le décideur l'utilité, voire la nécessité, de recourir à l'analyse de données de morbidité, soit au moyen d'enquêtes sur des échantillons probabilistes, ainsi que ce fut le cas pour notre étude, soit par d'autres voies.

#### B.4. Conclusion

Ainsi nous venons de voir de quelle manière vont être développés et abordés les principaux objectifs de ce travail. Il nous reste à présenter son organisation interne : les deux chapitres suivants auront pour but de décrire le cadre dans lequel s'inscrit cette recherche. la source de nos données (chapitre C) et l'ensemble des méthodes utilisées pour atteindre les objectifs dont il a été fait état (chapitre D). Suivront cinq chapitres de résultats qui cernent :

- chapitre E : les variations sociales de santé/morbidité;
- chapitre F : les variations géographiques de santé/morbidité;
- chapitre G : l'influence des facteurs démographiques, comportementaux et médicaux sur la santé et la morbidité de la mère et de l'enfant;
- chapitre H : les différences de conceptions et d'attitudes face à la santé et à la maladie en fonction du milieu social, de la nationalité et de l'appartenance géographique;
- chapitre I : les relations entre la culture sanitaire et les indicateurs de santé/morbidité étudiés.

Enfin, le chapitre J conduira à dégager les conclusions et recommandations qui nous semblent pouvoir être supportées par l'analyse de nos données.

## CHAPITRE C

### MATERIEL

#### C.1. Introduction

Le but de ce chapitre est de situer le cadre dans lequel a été élaboré le recueil des données qui ont permis le présent travail. C'est au début de l'année 1980 que l'"Etude sur la Morbidité Infantile Différentielle " (\$) a vu le jour, à l'initiative du Centre d'Etude de la Population et de la Famille, rattaché au Ministère de la Santé Publique et de la Famille.

L'intention des promoteurs de cette étude était de mettre sur pied un programme de recherche permettant d'approfondir les questions qui avaient été abordées par le même Centre d'Etude au travers de ses recherches démographiques. L'objectif général était posé comme suit : remonter la filière des problèmes de santé de la petite enfance, du décès vers les maladies qui y conduisent, de la maladie vers la santé, et de la santé vers ce qui la conditionne "en amont".

-----

(S) Les termes de morbidité "infantile" et "périnatale" sont à prendre au sens large dans ce travail; ils ne font pas appel aux mêmes limites dans le temps que les définitions classiques de mortalité infantile et périnatale.

Le schéma général qui avait été retenu au départ pour ce programme de recherche consistait en une étude de cohortes de naissance, longitudinale et portant sur toute la période préscolaire; les chercheurs imaginaient ainsi pouvoir suivre un certain nombre d'enfants, depuis leur naissance jusqu'à leur sixième anniversaire. C'est dans cet esprit que les stratégies d'analyse ont été développées, visant à recueillir au départ un ensemble d'informations socio-démographiques, médicales, mais aussi socio-culturelles, concernant la famille, et à accumuler au cours du temps des renseignements concernant la santé et les maladies de l'enfant au moyen d'enquêtes répétées à domicile.

## C.2. Les enquêtes de l'Etude sur la Morbidité Infantile Différentielle

### C.2.1. Une enquête à domicile -----

Comme on l'a vu, le recours à l'enquête s'avérait inéluctable pour rassembler les indicateurs nécessaires à une étude différentielle de la santé des enfants en âge préscolaire, puisque les statistiques de routine ne couvrent pas ce groupe d'âge qui ne connaît ni absentéisme scolaire, ni incapacité de travail; pour quelques maladies, la déclaration obligatoire fournit des renseignements, mais leur fiabilité est mal assurée; les dossiers d'hospitalisation fournissent des informations de qualité mais celles-ci ne couvrent que la morbidité hospitalisée et l'on sait que la décision d'hospitaliser peut dépendre de circonstances très diverses. Enfin, si nous voulions mettre en relation des informations socio-économiques, culturelles et médicales concernant la famille avec les données de morbidité, force était de recourir à une enquête personnalisée, et de constituer nous-mêmes notre banque de données en assurant le suivi d'un certain nombre d'enfants depuis leur naissance.

Des particularités méthodologiques se présentent pour cette tranche d'âge, car les problèmes de santé de la petite enfance se déroulent dans un cadre à "trois acteurs" : l'enfant, le professionnel de la santé, mais aussi le parent qui médiate la relation entre les deux premiers. Souvent l'enfant n'intervient guère dans le domaine médical que comme acteur passif : par exemple, il est présenté par sa mère à la consultation des nourrissons pour y être pesé, mesuré, examiné, etc. Les comportements de santé de l'enfant sont en fait très étroitement tributaires des opinions, attitudes, situations et comportements de santé de ses parents ou du personnel qui le prend en charge. L'enfant est avant tout " dans sa famille ", et la famille vient exercer son influence prépondérante sur son développement et sa maturation (SAND, 1984) jusqu'à ce que d'autres structures viennent prendre le relais (crèches, préguardiennats, gardiennes à domicile, etc.).

Tournant le dos aux pratiques de recherche qui privilégient les indicateurs de santé "objective" recueillis auprès des professionnels de la santé, nous avons voulu favoriser la vision subjective, nous adressant aux intéressés eux-mêmes, - c'est-à-dire en l'occurrence aux parents, et à la mère en particulier -, et ceci tant pour des raisons théoriques que pratiques (cfr. infra, p. 28 ).

Le schéma finalement retenu fut celui d'une étude :

- prospective, avec passage régulier à intervalle de 6 mois ;
- menée sur une cohorte "de naissance" ;
- représentative des naissances de régions présentant des caractéristiques socio-démographiques et économiques contrastées ;
- s'adressant directement aux mères des enfants suivis ;
- par l'intermédiaire d'un réseau d'enquêteurs à domicile.

Ces divers points méritent quelques explications. La raison d'une étude prospective est avant tout d'ordre méthodologique. Divers auteurs (cfr. CARTWRIGHT, 1960) ont insisté sur la difficulté d'obtenir a posteriori des informations fiables sur la morbidité éloignée dans le temps, et sur les biais considérables qui sont liés aux oublis dans les questionnaires rétrospectifs portant sur de longues périodes. Nous avons décidé de pallier ces inconvénients en assurant un passage régulier et rapproché (semestriel) auprès des répondantes, en débutant le plus tôt possible après la naissance de l'enfant, en agissant sur l'intérêt et la motivation des répondantes, et en fournissant un "journal de bord de l'enfant" dans lequel pouvaient être consignés au fil des jours divers renseignements concernant la santé de l'enfant. Cette approche résulte d'une modification des techniques utilisées dans les enquêtes sur les "budgets-temps", ou sur la consommation des ménages, voire dans quelques cas sur la santé et la morbidité (ROGHMANN et HAGGERTY, 1972).

Le choix d'une cohorte de naissance a été dicté par le souci de relier entre eux les événements de santé le plus précocement possible dans la vie des enfants, et notamment de pouvoir disposer d'informations directes sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. A ceci s'ajoute l'avantage que les enfants au long de l'étude auront connu un contexte temporel identique, permettant de ce fait à la fois une approche diachronique des enfants composant la cohorte et une approche synchronique des divers sous-groupes.

Les échantillons retenus devaient aussi, dans notre esprit, être représentatifs de zones administratives afin de pouvoir utiliser dans l'analyse un certain nombre de données agrégées disponibles. Cette façon de procéder permet de travailler sur deux plans. D'abord en exploitant uniquement les informations portant sur les individus et récoltées directement auprès d'eux, soit dans une optique individuelle, soit en regroupant les individus dans un certain nombre de catégories sur base de critères variés. Ensuite, en rassemblant les sujets par entité

administrative, on peut confronter les résultats de l'enquête avec des données "écologiques" recueillies à d'autres sources (données démographiques, économiques, socio-culturelles, médicales, etc.). Pour augmenter ses chances de faire ressortir les liaisons éventuelles existant entre ces variables, il faut disposer de données concernant soit le plus grand nombre d'entités, soit les entités les plus contrastées au vu des variables contextuelles pertinentes. Pour des raisons pratiques, c'est cette deuxième formule qui a été retenue.

On dispose généralement de données diverses sur les zones administratives, faciles à obtenir et très fiables, en provenance de statistiques de routine ou de recensements (TONNELIER, 1978). D'autres enquêtes indépendantes peuvent également fournir des données pertinentes. Dans notre cas, des statistiques établies au niveau de l'arrondissement révélaient au départ de la recherche d'importantes disparités géographiques de mortalité périnatale, néonatale, infantile ou générale (ANDRE et GYSELINGS, 1971; DEPT. DEMOGRAPHIE U.C.L., 1977; VAN HOUTE-MINET et WUNSCH, 1978) ainsi que des différences notables au niveau de l'offre et de la consommation des soins de santé (LEROY, 1978).

La décision de réaliser une enquête à domicile étant prise, nous devons encore préciser auprès de qui et comment l'information serait recueillie.

Très vite il apparut que la mère constituait, dans les faits, notre interlocuteur privilégié. La première enquête devant porter essentiellement sur la grossesse et l'accouchement, la mère était plus à même que son conjoint de nous fournir les divers renseignements pertinents à ce sujet. D'un point de vue pratique, et spécialement dans les semaines qui suivaient l'accouchement, nous pouvions compter sur une plus grande disponibilité matérielle, et sans doute psychologique, pour répondre à nos questions.

Nous acceptons de considérer en outre, et malgré l'indéniable augmentation de la "part du père" (cfr. DELAISI de PARSEVAL, 1981), que dans la cellule familiale actuelle, et surtout dans les premiers mois de la vie de l'enfant, c'est la mère qui a les contacts les plus fréquents avec l'enfant, et c'est à elle que reviennent en fait la plupart des gestes quotidiens qui constituent sa première éducation, ce que l'on entend généralement par la "puéri-culture". Pour ces raisons, nous pensons dès lors, à la suite d'autres auteurs (MECHANIC, 1964; CAMPBELL, 1978), que l'influence de la mère est prépondérante dans les premiers temps du développement de l'enfant. De plus, il y avait, de notre part, une volonté de préserver la standardisation et l'homogénéité dans la méthode de recueil des données; le choix du répondant a donc toute son importance. En effet, nous privilégions l'aspect subjectif (appréciation subjective de la santé des parents et du nouveau-né...) nous intéressant à des opinions et des attitudes à un moment précis et dans des circonstances particulières; le père et la mère n'ont pas nécessairement les mêmes réponses à fournir

pour toutes les questions. Il est donc préférable que ces questions s'adressent au même type de répondant pour rendre possible une comparaison des résultats. Si, au moment de l'enquête, le père était présent, nous lui demandions de garder un rôle d'observateur passif.

Enfin, les moyens disponibles ne permettaient pas d'envisager un examen psychologique ou médical des enfants et imposaient de procéder au recueil des données par le canal d'enquêteurs à domicile. Ceux-ci devaient être néanmoins spécialisés pour cette tâche; ils reçurent en outre une formation spécifique pour chaque enquête en vue de standardiser la méthode d'interrogatoire et d'éviter au maximum les biais liés aux "effets d'enquêteurs" et aux interprétations variables des questions (cfr. RENARD, 1983).

Nous insistions dès lors sur une attitude de neutralité la plus complète possible de leur part ainsi que sur l'assurance de l'anonymat des réponses (la personne étant interviewée en tant que faisant partie d'un groupe et non en tant qu'individu isolé). La prise d'informations par l'intermédiaire d'enquêteurs pose évidemment le problème de la standardisation des réponses et des comportements face à certaines situations : l'enquêteur doit-il insister devant un refus de réponse ? ...Comment ? Doit-il poser la question dans d'autres termes, au risque d'en déformer le sens premier ? Doit-il retranscrire intégralement les réponses ?... Autant de problèmes que nous avons tenté de résoudre par ces séances "d'entraînement" des enquêteurs.

#### C.2.2. Population-cible et échantillonnage.

-----

La faiblesse ou l'inexistence de l'information dans le domaine de la morbidité en Wallonie ne permettait guère de clarifier la sélection des familles à interroger. Notre approche fut donc de refuser d'emblée l'idée d'un échantillon représentatif de toute la Wallonie, faute de moyens, et de concentrer nos efforts sur deux ou trois arrondissements.

Il fut alors décidé que la population visée serait constituée par toutes les familles domiciliées dans ces arrondissements et au sein desquelles se produirait une naissance durant une période à déterminer. Le nombre de trois arrondissements fut dicté par les considérations qui suivent. Au départ, nous posions l'hypothèse d'une relation, au moins statistique, entre la mortalité et la morbidité des jeunes enfants. Nous voulions donc mener l'étude dans les arrondissements les plus contrastés selon cet indicateur de santé.

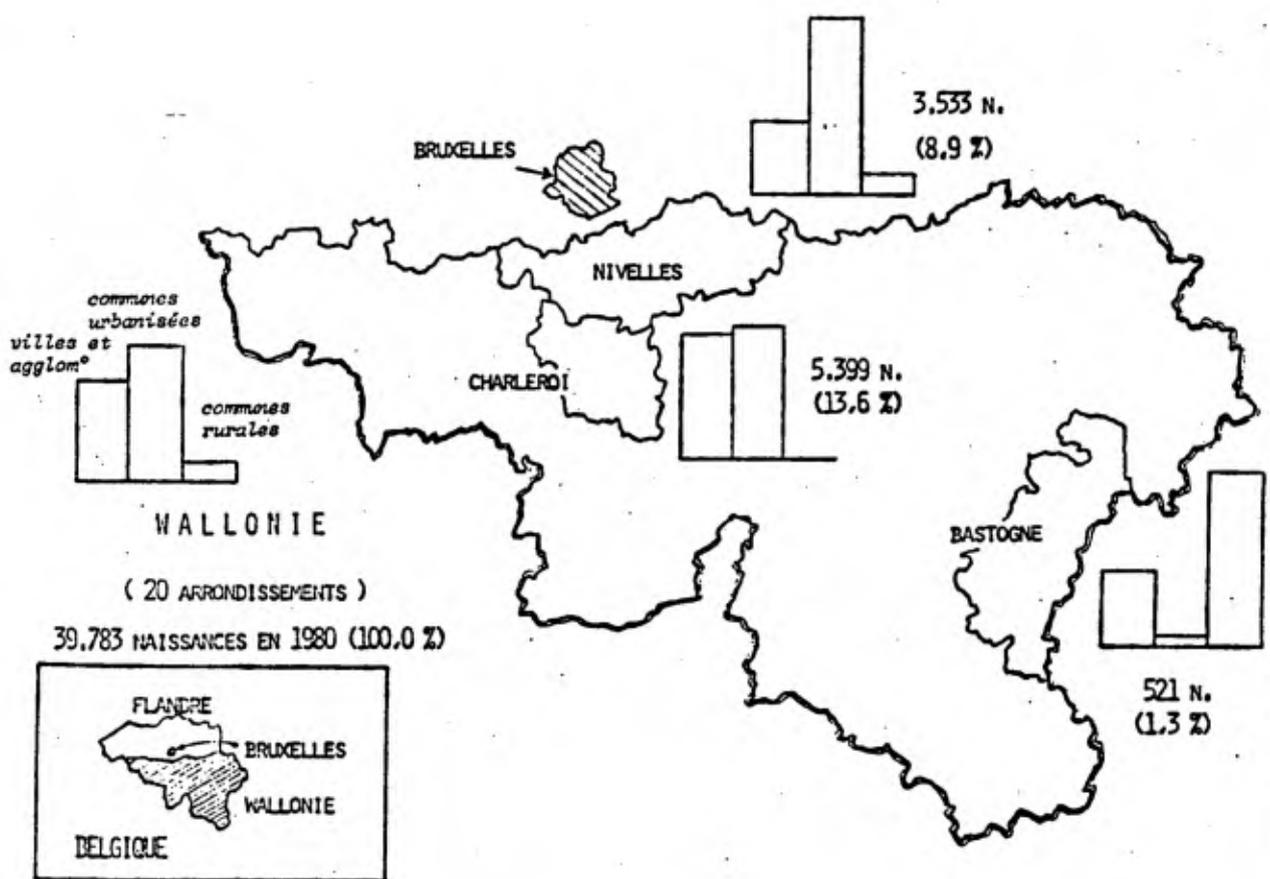


FIGURE C.1 : URBANISATION EN 1970 ( RECENSEMENT DECENTAL )

L'analyse de la mortalité néonatale et infantile en Wallonie laissait apparaître pour différentes périodes, à savoir 1966-1970 (NOEL, 1977) ou 1970 (DEPT. DEMO. UCL, 1977) la situation particulièrement privilégiée de l'arrondissement de Nivelles. A l'autre extrémité de la distribution, le Hainaut focalisait l'attention par ses résultats très défavorables. Dans cette province, les chiffres plus récents concernant la période 1972-1976 (I.N.S. : Statistiques Démographiques) attiraient l'attention sur les arrondissements de Charleroi et de Soignies. En fait, deux types d'arrondissements se partageaient alors les moins bonnes places: il s'agissait des arrondissements industriels dont nous venons de parler, mais aussi des arrondissements les moins urbanisés, tels que ceux de Virton, Marche-en-Famenne et Bastogne. Il semble dès lors que l'on puisse attribuer la surmortalité des premiers âges à des causes différentes dans ces deux types d'arrondissement (MASUY-STROOBANT, 1983).

C'est pourquoi nous avons décidé de retenir finalement les arrondissements de Nivelles et de Charleroi, en y adjoignant celui de Bastogne, arrondissement rural par excellence puisque 66.5% de sa population en 1970 vivait dans des communes rurales, selon la classification de l'I.N.S. (I.N.S., 1978). La figure C.1 présente la carte de la Wallonie: on y a repris, pour les trois arrondissements choisis et pour la Région dans son ensemble, les histogrammes présentant les proportions respectives de la population résidant en 1970 dans des villes ou agglomérations, dans des communes urbanisées, ou dans des communes rurales. On y trouve également l'effectif des naissances en 1980 et la proportion des naissances wallonnes émanant de chaque arrondissement: en 1980, Nivelles, Charleroi et Bastogne rassemblaient respectivement 8.9%, 13.6% et 1.3% des naissances de la Wallonie.

Cependant, au début de l'étude, les dernières statistiques de natalité disponibles étaient celles de l'année 1979 (I.N.S., 1980). C'est sur cette base, considérée comme le meilleur estimateur des chiffres non encore connus de l'année 1981 à venir, que furent répartis les quotas d'enquêtes à effectuer dans chaque arrondissement, et au sein de ceux-ci dans chaque commune (selon l'ancienne division administrative, avant la fusion des communes).

Le tableau C.1 présente pour les 20 arrondissements wallons les fréquences d'un certain nombre d'indicateurs socio-économiques, culturels et médico-sanitaires disponibles au moment de la planification de l'enquête. Il y apparaît d'emblée que l'arrondissement de Nivelles jouit, quels que soient les indicateurs considérés, d'une position extrêmement favorable tant sur le plan socio-économique (rapport ouvrier/employé, qualité du logement, niveau de vie) que sur le plan socio-culturel (taux de scolarité); en ce qui concerne les indicateurs de santé (taux de mortalité néonatale précoce, taux de mortalité infantile et densité d'offre médicale en omnipraticiens) cet arrondissement se place respectivement en 2ème, 6ème et 4ème position. Ajoutons qu'il n'y existe aucune ville de plus de 25.000 habitants au

TABLEAU C.1 : CLASSEMENT DES ARRONDISSEMENTS WALLONS EN FONCTION DE 10 CRITERES SOCIO - ECONOMIQUES , CULTURELS ET DEMOGRAPHIQUES

| Arrondissement    | Logements avec s.d.b. ou douche privée en 1970 (1) |            | Logements avec chauffage central en 1970 (1) |            | Taux de scolarité en 1970 (2) |            | Indice de synthèse du niveau de vie (Belgique = 100) (3) |            | Taux de mortalité infantile en 1972-76 (2 sexes) (4) |            | Taux de mortalité néonatale précoce en 1972-76 (4) |            | Densité d'offre médicale: médecin généraliste pour 10.000 hab. (5) |            | Rapport ouvrier/ employés INAMI R.G. en 1974 (6) |            | Population vivant dans des villes et aggl. urbaines (1970) (7) |            | Population vivant dans des communes rurales en 1970 (7) |            |
|-------------------|--|------------|--|------------|-------------------------------|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|--|------------|---|------------|
|                   | %  | classement | %  | classement | %                             | classement | %  | classement | %  | classement | %  | classement | %  | classement | %  | classement | %  | classement | %   | classement |
| Nivelles          | 54,8   | 1          | 38,3   | 9          | 53,4                          | 1          | 158,9  | 1          | 14,8   | 2          | 7,7  | 2          | 9,1  | 4          | 68,2   | 2          | 26,4   | 9          | 6,3   | 12         |
| Ath               | 30,1   | 20         | 17,4   | 18         | 50,0                          | 18         | 78,3   | 19         | 17,1   | 8          | 9,5  | 7          | 7,3  | 14         | 128,7  | 15         | 14,9   | 7          | 20,4  | 5          |
| Charleroi         | 44,9   | 8          | 20,7   | 11         | 48,7                          | 18         | 84,3   | 18         | 20,1   | 15         | 11,8   | 13         | 7,8  | 11         | 150,8  | 18         | 48,1   | 18         | 0,0   | 18         |
| Mons              | 39,5   | 14         | 18,8   | 18         | 50,2                          | 15         | 83,2   | 17         | 18,6   | 7          | 10,9   | 10         | 7,6  | 11         | 108,8  | 10         | 18,2   | 5          | 3,0   | 16         |
| Mouscron          | 38,2   | 17         | 14,2   | 20         | 45,5                          | 20         | -  | -          | 17,8   | 11         | 8,8  | 4          | 7,3  | 14         | 184,7  | 20         | 83,0   | 19         | 0,0   | 19         |
| Solignies         | 39,8   | 13         | 19,9   | 13         | 48,8                          | 18         | 86,3   | 15         | 20,1   | 15         | 11,9   | 15         | 7,1  | 18         | 150,4  | 17         | 36,8   | 15         | 5,4   | 14         |
| Thuin             | 38,2   | 18         | 17,4   | 18         | 50,8                          | 13         | 78,4   | 18         | 16,0   | 5          | 7,8  | 1          | 7,4  | 13         | 152,1  | 19         | 18,8   | 8          | 8,7   | 10         |
| Tournai           | 33,5   | 18         | 19,8   | 14         | 50,4                          | 14         | 95,8   | 13         | 15,3   | 3          | -  | 8          | 8,1  | 7          | 124,8  | 13         | 32,3   | 14         | 11,7  | 9          |
| Huy               | 42,2   | 10         | 22,0   | 9          | 52,7                          | 5          | 101,8  | 11         | 20,5   | 17         | 12,9   | 17         | 8,2  | 6          | 125,7  | 14         | 13,8   | 1          | 5,7   | 13         |
| Liège             | 50,0   | 4          | 28,7   | 4          | 51,3                          | 9          | 124,0  | 4          | 17,0   | 8          | 9,8  | 9          | 10,9   | 1          | 113,8  | 11         | 74,1   | 20         | 0,3   | 18         |
| Verviers          | 48,2   | 6          | 30,1   | 3          | 49,4                          | 17         | 115,1  | 7          | 15,7   | 4          | 9,4  | 8          | 7,0  | 17         | 121,4  | 12         | 38,5   | 16         | 19,8  | 7          |
| Merenne           | 38,5   | 15         | 22,7   | 7          | 52,8                          | 8          | 107,8  | 10         | 18,7   | 13         | 11,3   | 12         | 8,0  | 8          | 93,3   | 4          | 30,8   | 12         | 13,5  | 8          |
| Arion             | 54,8   | 1          | 32,8   | 2          | 52,2                          | 8          | 133,3  | 2          | 18,0   | 12         | 13,7   | 18         | 6,8  | 18         | 83,8   | 1          | 43,8   | 17         | 5,2   | 15         |
| Bestogne          | 33,0   | 18         | 20,5   | 12         | 51,2                          | 11         | 101,7  | 12         | 23,8   | 20         | 18,4   | 20         | 5,9  | 20         | 101,9  | 8          | 29,7   | 10         | 66,5  | 1          |
| Marche-en-Famenne | 42,4   | 9          | 21,8   | 10         | 52,8                          | 4          | 113,7  | 8          | 22,4   | 19         | 11,8   | 13         | 8,4  | 19         | 103,5  | 9          | 18,9   | 7          | 46,8  | 3          |
| Neufchâteau       | 40,1   | 11         | 19,8   | 14         | 52,4                          | 7          | 113,2  | 9          | 18,2   | 8          | 9,0  | 5          | 8,0  | 8          | 94,8   | 5          | 30,9   | 13         | 47,1  | 2          |
| Virton            | 50,5   | 3          | 22,7   | 7          | 53,1                          | 3          | 120,4  | 6          | 21,2   | 18         | 13,2   | 18         | 9,0  | 5          | 97,3   | 8          | 14,5   | 9          | 7,4   | 11         |
| Dinant            | 45,9   | 7          | 23,3   | 8          | 53,2                          | 2          | 122,9  | 5          | 20,0   | 14         | 12,8   | 18         | 9,7  | 2          | 97,4   | 7          | 30,1   | 11         | 28,3  | 4          |
| Nemur             | 48,8   | 5          | 28,8   | 5          | 51,3                          | 3          | 128,8  | 3          | 17,8   | 10         | 11,1   | 11         | 9,8  | 3          | 84,7   | 3          | 21,8   | 8          | 2,5   | 17         |
| Philippeville     | 39,7   | 12         | 18,0   | 17         | 50,8                          | 12         | 88,5   | 14         | 14,0   | 1          | 8,2  | 3          | 7,8  | 10         | 128,8  | 16         | 17,7   | 4          | 19,7  | 6          |
| WALLONIE          | 44,8   |            | 24,3   |            | 50,7                          |            | -  |            | 17,8   |            | 10,5   |            | 8,5  |            | 113,8  |            | 39,8   |            | 7,8   |            |

(1) Source = I.N.S. Recensement de 1970. Tome 2

(2) Source = I.N.S. Recensement de 1970. Tome 10  
le taux de scolarité est le rapport entre la population scolarisée et la population âgée de 5 à 25 ans.

(3) Source = VAN ROMPUY, P. et TEJAND, A. - Intertemporal factor analysis applied to Belgian standard of living indicators. Regional Science Research Paper, n° 5. Leuven, KUL, 1975, cité dans LEROY, X., Offre et consommation de soins en médecine générale. P.N.R.S.S., Programmation de la Politique Scientifique. Bruxelles, 1978, pp. 9-10 et p. A.38.

(4) Source = I.N.S. Statistiques démographiques

(5) Source = LEROY, X., Ibidem, p. A.21

(6) Source = LEROY, X., Ibidem PP. A.2-A.3

(7) Source = I.N.S. Typologie des communes belges (avant fusion) d'après le degré d'urbanisation au 31 décembre 1970 in : Etudes statistiques, 1978, 51 : 37-68.

1.1.1980. On pourrait caractériser cet arrondissement comme étant le plus "tertiaire" de Wallonie, et le plus favorisé sur le plan socio-économique et culturel, bien placé sur le plan de la santé, et varié du point de vue du caractère urbain ou rural des communes qui le composent.

Parmi les arrondissements les plus défavorisés sur le plan socio-économique et culturel, il en apparaît de deux sortes: les arrondissements de type urbain ou urbanisé (Charleroi, Mouscron, Soignies, Tournai) et ceux de type plus rural (Bastogne, Neufchâteau, Philippeville). Sur le plan de la santé, il faut remarquer les résultats peu favorables des arrondissements de Charleroi, Soignies, Huy et Waremme, ainsi que de l'ensemble des provinces de Namur et du Luxembourg à l'exception des arrondissements de Philippeville et Neufchâteau. Bastogne se classe dernier pour les trois indicateurs médico-sanitaires retenus et sa position peut être considérée comme moyenne pour les indicateurs de niveau de vie général et de niveau d'instruction; quant à la qualité du logement, elle y semble plutôt médiocre selon les critères utilisés, datant de 1970. De son côté, Charleroi semble occuper une position moyenne pour le logement, mais assez médiocre pour le niveau d'instruction et les conditions socio-économiques; et cet arrondissement se situe dans le troisième quartile au vu de nos indicateurs médico-sanitaires.

Des considérations budgétaires et logistiques permettaient de réaliser 1500 enquêtes par an, soit le passage de nos enquêteurs tous les six mois auprès de 750 familles. Ce nombre permet par ailleurs de réduire les intervalles de confiance dans des limites raisonnables pour la plupart des indicateurs retenus. En effet, cet intervalle au seuil de 95% vaut

$$\pm 1.96 \cdot \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}$$

Sa valeur maximale est atteinte pour  $p=q=0.5$ ; dans ce cas, avec un échantillon de 750 il vaut  $\pm 3.6\%$  et pour un effectif double  $\pm 2.5\%$ .

Un échantillonnage proportionnel des naissances dans les trois arrondissements aurait fourni un effectif de 278 enfants dans l'arrondissement de Nivelles, 435 dans celui de Charleroi et 37 dans celui de Bastogne. Les effectifs dans ce dernier arrondissement étant trop faibles pour en autoriser l'analyse séparée, nous avons décidé arbitrairement de les porter à 85, au détriment des deux autres zones. La composition finale de l'échantillon se présente donc comme suit :

- arrondissement de Nivelles : 259
- arrondissement de Charleroi : 406
- arrondissement de Bastogne : 85.

Au vu des effectifs de naissance de l'année 1979, la période à couvrir pouvait se limiter à deux mois si l'on choisissait de retenir toutes les naissances se produisant durant ce laps de temps. La période choisie fut celle allant du 15 janvier au 15 mars 1981. Cette façon de procéder présente l'inconvénient de ne pouvoir révéler les fluctuations saisonnières qui affectent la morbidité, comme la mortalité. En revanche, elle permet de disposer d'une cohorte plus homogène sous cet aspect.

A partir du 15 janvier 1981, les enquêteurs furent envoyés auprès des administrations communales afin de relever les noms et adresses de tous les enfants domiciliés dans la commune et nés entre le 15 janvier et le 15 mars. Ces listes furent alors utilisées, par ordre chronologique des naissances jusqu'à obtention du nombre d'enquêtes préalablement déterminé par commune avant fusion. Dans quelques rares cas, en raison du faible nombre de naissances, ou à cause des refus ou d'absences répétées, il fut nécessaire de compléter la liste d'adresses et d'incorporer dans l'échantillon final des enfants nés après le 15 mars 1981. Ce fut le cas pour 22 enfants sur les 750, soit pour 2.9 %.

### C.3. La mesure de la morbidité

Le lecteur trouvera dans le chapitre suivant la présentation détaillée et discutée des divers indicateurs de santé/morbidité utilisés au cours de cette étude, ainsi que l'exposé des méthodes auxquelles nous avons eu recours pour définir les variables sociales et culturelles. Auparavant, nous pensons utile d'introduire dans cette section la problématique relative à la mesure de la santé et de la morbidité.

On peut distinguer, selon les points de vue auxquels on se situe, une morbidité objective, une morbidité ressentie, et une morbidité exprimée (cfr. SULLIVAN, 1966; SCHACH et STARFIELD, 1973).

Lorsqu'on estime la morbidité objective, on recourt à un "codage de l'état de santé à but purement cognitif qui tend à faire abstraction de la représentation de l'intéressé et de toute demande de réparation ou d'aide, ceci indépendamment de sa qualité" (LEVY et al, 1975, 1977). Cette morbidité objective n'est accessible qu'au travers de dépistages de masse effectués sur des populations ou sur des échantillons représentatifs de celles-ci. Un exemple en est donné par le résultat des examens médicaux de routine dans les populations scolarisées, ceux pratiqués au début du service militaire ou encore lors d'enquêtes spéciales. Il faut toutefois remarquer que dans ces dépistages intervient un choix parmi les divers indicateurs de morbidité possibles et que la part d'arbitraire liée à ce choix réintroduit ici une certaine subjectivité, celle de ceux qui organisent ou effectuent le dépistage. En outre, la prétendue "réalité" du problème de santé est elle-même contingente à

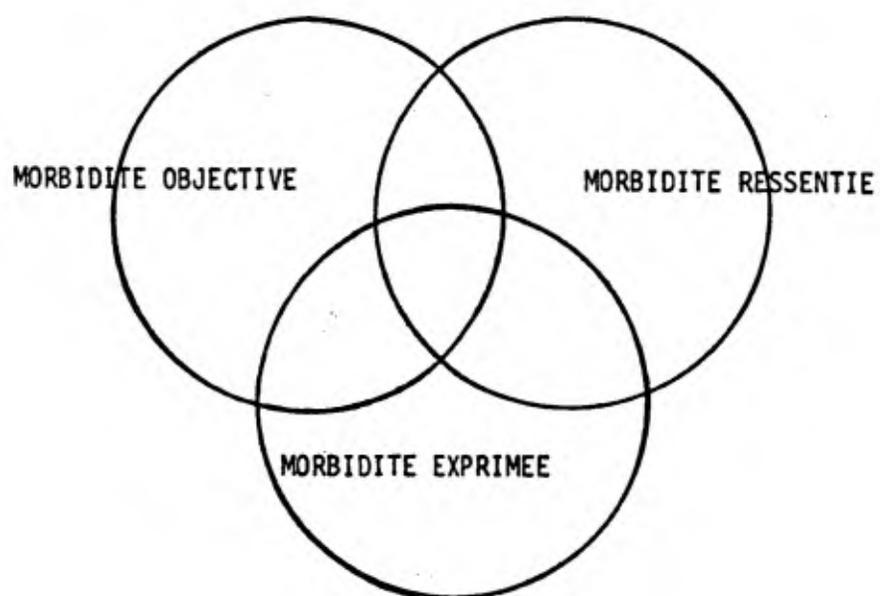
certaines normes, et en particulier aux limites de la science médicale de l'époque.

La perception du problème de santé par l'intéressé conduit à mesurer une morbidité subjective, qui est la représentation qu'élabore l'individu lorsqu'il considère son état de santé. Cette façon d'aborder le problème de la maladie est très importante si l'on accepte que "la manière dont les individus évaluent leur état de santé peut largement déterminer le moment où ils recourent à des soins et constitue par conséquent une variable digne d'étude en elle-même" (KLEIN-BEAUPAIN et LEFEVRE, 1973). Pour arriver à connaître cet aspect de la morbidité, il est inéluctable de recourir à des enquêtes ou à des sondages. C'est dans ce cadre qu'il nous faut placer la présente étude qui se propose de recueillir directement auprès des familles les informations sur la santé et la morbidité des enfants, qu'elle conduise ou non à un recours aux services de soins.

La morbidité diagnostiquée est celle qui correspond à la vision des professionnels de la santé et qui implique un accès préalable au système de soins; le plus souvent, mais pas nécessairement, elle fait suite à la prise de conscience du problème par les intéressés. C'est la plus facile à mesurer : on dispose à cette fin des statistiques hospitalières, des enregistrements de routine, des déclarations obligatoires de maladie, des relevés médico-hospitaliers établis la plupart du temps à des fins comptables. Les défauts de ce type d'indicateurs de santé sont liés à leur caractère sélectif, à la fiabilité de données établies en routine dans un but le plus souvent administratif ou financier, à la difficulté de comparer des informations d'origines aussi diverses, mais aussi de connaître l'exacte population de référence dont sont extraits les cas ainsi identifiés. Ajoutons que ce type d'indicateurs laisse aux seuls "professionnels de la santé" la responsabilité de définir les problèmes de santé et de choisir les moyens d'y faire face, et ceci au détriment d'une prise en charge par la collectivité de ses problèmes avec des moyens qui ne seraient pas exclusivement médicaux (cfr. GOLDBERG et al., 1979).

Enfin, la morbidité comportementale est celle qui reflète les implications socio-économiques des problèmes de santé ainsi que les comportements face à ces problèmes. Les principaux indicateurs utilisés ici sont les taux d'absentéisme au travail ou scolaire, ou les taux de consommation générale des divers services de santé curatifs. Avec la morbidité diagnostiquée elle constitue la morbidité "exprimée"; à la différence de celle-là, toutefois, elle nous renseigne fort peu sur les contenus pathologiques à l'origine des comportements observés, et encore moins sur les divers facteurs, individuels ou sociaux, qui les déterminent ou les influencent.

Figure C.2 : La morbidité mesurée selon trois points de vue différents : intersections et non-recouvrements. L'importance des surfaces est arbitraire.



Il convient de souligner ici combien ces différents points de vue peuvent recouvrir des entités distinctes. Le diagramme de la figure C.2 illustre les possibilités d'intersections et de recouvrements. Pour ne donner que quelques exemples, une partie de la morbidité objective demeure insoupçonnée de la part des intéressés et du corps médical; elle n'influence donc pas les statistiques de consommation. Inversement, une obligation administrative ou l'anxiété des patients suffisent parfois pour entraîner une consultation médicale ou une hospitalisation, sans qu'une pathologie définie ne puisse être diagnostiquée.

Il apparaît donc que la morbidité exprimée reflète l'aboutissement de tout un processus complexe dont les déterminants sont fort mal expliqués jusqu'à présent. Ils ne permettent pas d'inférer simplement le niveau des besoins, dans la mesure où le poids de l'offre apparaît très important (LEROY, 1978) et où diverses caractéristiques, individuelles ou collectives, viennent moduler l'expression même de la morbidité ressentie. Nous ne partageons pas par ailleurs l'idée que les besoins seraient approchés de la manière la plus adéquate par la morbidité objective, dans la mesure où le besoin n'est pas uniquement d'ordre physiologique. Nous le considérons plutôt comme "réponse anticipée aux propositions qui nous sont faites par le système social ou aux sollicitations plus ou moins impérieuses qu'il nous adresse en vue de notre adaptation, compte tenu de notre condition et de la place que nous occupons dans la structure sociale globale" (BENJAMIN, 1972). Ceci revient à dire qu'il n'y a pas de besoins "en soi", que l'on pourrait qualifier de besoins naturels : si la nécessité de manger, de boire ou de dormir correspond à une fonction physiologique, ce qui intéresse le propos du sociologue, ce sont les formes que va prendre la satisfaction de ces besoins et les conditions de cette satisfaction.

Nous verrons dans le chapitre suivant (section D.3) de quelle manière précise nous avons tenté de mesurer la morbidité dans notre échantillon, quels indicateurs et quelles questions ont été finalement retenus. Le cadre que nous venons d'établir permettra au lecteur de situer plus facilement à quels niveaux d'approche nous nous situerons.

#### C.4. La culture sanitaire

Les pages qui précèdent ont permis de rappeler quelques grandes orientations qui ont guidé les chercheurs de différentes disciplines dans l'optique d'une étude des relations entre culture et santé. Les spécialistes des sciences humaines, psychologues, sociologues et anthropologues, souvent dans le domaine de la santé mentale, ont étudié plus d'une fois l'influence des facteurs culturels dans l'étiologie de certains problèmes de santé spécifiques. D'autres approches ont voulu insister sur l'importance que revêt le contexte culturel dans la définition même de la maladie et l'orientation du comportement face à des

expériences identiques (ZOLA, 1966; KASL et COBB, 1966), les deux approches peuvent d'ailleurs fort bien se compléter.

Mais, avant d'aller plus loin, nous devons au préalable préciser de quoi nous parlons lorsque nous faisons référence à la culture. Le chapitre H développera très largement ce point, mais il est utile de mettre en place d'ores et déjà un certain nombre de concepts. La première distinction d'importance consiste à faire le départ entre la culture "cumulative" et la culture des anthropologues. La première peut s'apprécier sur un axe hiérarchique, en termes d'amélioration ou d'accroissement de niveau de culture; c'est elle qui est visée lorsqu'on parle d'un "homme cultivé". La seconde n'offre pas de prise aux jugements de valeur : elle fait référence à des manières de penser, d'être ou d'agir, profondément intériorisées et souvent inconscientes. Elle organise des règles de conduite, implicites ou explicites, qui peuvent être déduites de l'analyse des comportements. Ajoutons que ces deux "cultures", même si elles répondent à des concepts distincts, exercent néanmoins une influence réciproque certaine.

Cette deuxième acception est, il faut clairement le préciser, la seule qui nous préoccupe directement ici dans le cadre de ce que nous appelons l'interaction "culture et santé". Il s'agit là d'une restriction délibérée de notre champ d'investigation, qui élimine tous les aspects de connaissances et de "savoir-faire" dont l'influence directe est importante également sur les niveaux de santé (SMITH et KANE, 1970). Jusqu'à présent, ce point a malheureusement été fort peu étudié dans le détail, et les seules indications dont nous disposons ont trait aux relations entre variables de santé et niveau d'études; cette variable est alors utilisée comme indicateur très général d'un niveau de connaissances, en matière de santé notamment, mais elle est étroitement liée par ailleurs au niveau socio-professionnel et aux revenus. Pour notre part, nous avons inclus le niveau d'études dans la variable "catégorie sociale", en distinguant arbitrairement un niveau inférieur (+ ou - 25%), un niveau moyen (+ ou - 50%) et un niveau supérieur (+ ou - 25%) (cfr. section D.4).

Quant aux "cultures", au sens anthropologique, elles peuvent être étudiées en relation avec la santé de diverses façons. Soit au cours du temps, et c'est là le fait des historiens de la médecine ou des historiens de la maladie (FOUCAULT, 1963; JARCHO, 1966; LEONARD, 1978; KNIBIELHER et FOUQUET, 1982; SENDRAIL, 1980; LEONARD, 1981; HERZLICH et PIERRET, 1984). Soit, elles sont comparées dans l'espace, et cette démarche est celle des anthropologues s'intéressant aux cultures "primitives" (ACKERKNECHT, 1942, 1945; MEAD, 1947, 1950, SIGERIST, 1951; ALLAND, 1966, 1970) ou à des groupes ethniques ayant gardé certaines spécificités culturelles (BRAZELTON, 1969; FABREGA et al., 1970). Cette dernière approche comprend également les travaux d'auteurs Nord-Américains qui distinguent des sous-cultures au sein de leur société sur base des origines ethniques, et comparent ainsi les comportements d'Américains d'origine italienne, irlandaise ou juive (ZBOROWSKI, 1952; ZOLA, 1963,

1966). Dans le même sens, en France, des anthropologues se sont attelés depuis plusieurs années à décrire les survivances dans le folklore régional, parfois profondément ancrées dans les mentalités, de diverses croyances et pratiques touchant au domaine de la santé et de la maladie, de la mort, de la reproduction, de l'art d'élever les enfants, etc. (VAN GENNEP, 1909; GELIS et al., 1978; LOUX, 1978, 1979, 1983; GELIS, 1984).

Une autre façon d'aborder le problème des cultures est celle du sociologue qui trouve dans sa propre société une certaine diversité de systèmes culturels, au sens d'appareils symboliques inspirant toute action sociale, c'est-à-dire de valeurs, de conceptions ou d'idéologies : on observe alors qu'un certain nombre de "sous-cultures" se partagent un champ social relativement hétérogène. C'est par exemple l'optique du travail de BOLTANSKI (1971) lorsqu'il analyse les "usages sociaux du corps", et en particulier les variations de la consommation médicale des différentes classes sociales. Cela lui sert de point de départ pour analyser la "culture somatique" des différentes classes. Pour cet auteur, les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique, mais ils sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts.

Nous avons procédé de même, en élargissant à la santé ce que BOLTANSKI avait confiné dans la sphère du somatique. Nous avons voulu cerner auprès de nos répondantes les diverses manières de qualifier le normal et le pathologique, la santé, la maladie, dans les domaines psychologique, social, familial ou autres. Nous avons voulu connaître leurs opinions et leurs attitudes face à la médecine, au système de soins, au recours à tel ou tel type de réseau de soins (officiel ou parallèle, "scientifique" ou "traditionnel"). Et nous avons baptisé "culture sanitaire" cet ensemble culturel qui concerne la santé, au sens où la définit l'O.M.S. (1976) et qui constitue donc une sorte de "code des bonnes manières" de gérer sa santé physique, mentale et sociale.

Insistons cependant dès à présent pour souligner que notre incursion dans la culture ne concerne qu'une de ses provinces, et qu'il s'agit là d'une autre restriction volontaire, guidée par le souci de maximiser nos chances de dégager une relation entre la culture et la santé. Nous avons pensé en effet que si une telle relation existait, c'était dans le domaine culturel touchant le plus directement à la santé et à la maladie que nous pouvions la mettre en évidence.

Les indicateurs culturels retenus sont présentés dans le chapitre suivant, à la section D.5; leur sélection et leurs transformations pour les besoins de l'analyse sont détaillées dans la section H.2.2.

Tableau C.2. : Répartition en fonction de l'arrondissement des 619 enquêtes pour lesquelles des taux d'acceptation peuvent être déterminés. En pourcentages. Nombre d'enquêtes diffusées entre parenthèses.

$$X_2^2 = 21.04^{***} \text{ (réalisées/ non réalisées).}$$

|                             | ARRONDISSEMENT |              |              | Total        |
|-----------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|
|                             | Nivelles       | Charleroi    | Bastogne     |              |
| Enquêtes diffusées          | (238)          | (512)        | ( 85)        | (835)        |
| Réalisées                   | 77.7           | 69.5         | 91.8         | 74.1         |
| Mauvaises adresses          | 4.6            | 9.0          | 1.2          | 6.9          |
| Absences                    | 7.1            | 9.8          | 3.5          | 8.4          |
| Non prises en considération | 1.7            | 2.7          | -            | 2.2          |
| Refus                       | 8.8            | 9.0          | 3.5          | 8.4          |
| <b>T O T A L</b>            | <b>100.0</b>   | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |

### C.5. L'acceptation de l'enquête

Les enquêteurs à domicile furent en général très bien accueillis par les jeunes mères qu'ils contactèrent dans les semaines qui suivaient leur accouchement. Le tableau C.2 présente les taux de réalisation des enquêtes par arrondissement, pour les lots d'enquêtes au sujet desquels nous disposons de renseignements suffisants pour classer les motifs de non-réalisation. Leur nombre s'élève à 619, sur les 750 enquêtes effectivement réalisées (82.5%). Elles correspondent à 835 adresses distribuées aux enquêteurs, et ceci conduit à un taux global de réalisation de 74.1%.

On remarque dans ce tableau les différences importantes entre arrondissements ( $\chi^2_2 = 21.04$  \*\*\*). C'est dans celui de Charleroi que les 4 causes de non-réalisation sont les plus fréquentes (atteignant un total de 30.5%) et c'est dans celui de Bastogne qu'elles sont le moins souvent rencontrées (total = 8.2%), cependant que Nivelles occupe à chaque fois une position intermédiaire.

De façon générale, le taux de réalisation est élevé et atteint presque 75% dans l'ensemble. Les causes d'échec sont essentiellement liées à l'inexactitude des adresses fournies par les services de l'état civil, à l'absence répétée des parents et au refus clairement exprimé de participer à l'enquête. Cette troisième cause n'intervient toutefois que pour 8.4% des enquêtes diffusées : ce chiffre est particulièrement peu élevé en comparaison des résultats habituellement observés pour d'autres enquêtes dans notre pays.

On peut sans doute expliquer ces résultats positifs par le fait qu'il s'agit d'un sujet qui touche la sensibilité des personnes contactées à un moment particulièrement propice, juste après une naissance, qui est une première naissance dans bien des cas, alors que la maman est relativement disponible, durant le congé de grossesse pour celles qui travaillent à l'extérieur.

Une autre cause de non-réalisation, beaucoup plus rare, est la "non-prise en considération". Il s'agit d'enquêtes pour lesquelles un début de réalisation a eu lieu, mais qui n'ont pu être retenues pour des motifs divers, le plus souvent en raison d'une trop faible connaissance du français. Seules les questions concrètes et matérielles obtenaient dans ces cas une réponse. Nous avons préféré retirer de l'échantillon ces 18 enquêtes largement incomplètes, ou trop peu fiables au vu de la compréhension des questions, et remplacer chacune d'elles par une autre menée dans la même commune.

Il semble que les déménagements soient nettement plus fréquents dans l'arrondissement de Charleroi et que ce fait soit lié à une crise du logement et à une plus grande instabilité économique dans cette région particulièrement frappée dans la période de crise que nous connaissons actuellement (GREGA, 1981). A l'opposé, un arrondissement rural, tel celui de

Bastogne, semble caractérisé par une plus grande stabilité géographique de sa population. Ces faits ont un retentissement très clair sur la fréquence des adresses incorrectes communiquées aux enquêteurs. Quant au nombre d'enquêtes non prises en considération, il est nettement corrélé avec le nombre d'étrangers résidant dans les arrondissements investigués. Il est donc vraisemblable que l'échantillon final soit légèrement biaisé "par le bas de l'échelle sociale" et qu'une partie des naissances de parents immigrés nous échappe. Ce biais nous semble toutefois être relativement limité en raison du faible taux de non-réalisation.

Nous disposons en fait d'un indicateur permettant d'apprécier l'importance de ce biais. Il s'agit de l'âge moyen de l'enfant dans divers groupes au moment où l'enquête se réalise. En effet, plus le nombre de tentatives infructueuses sera grand dans une région ou dans un groupe, et plus le délai moyen sera grand entre le moment de la collecte des adresses et celui de la réalisation des enquêtes. On constate effectivement que l'âge moyen de l'enfant lors de la lère enquête atteint 7.7, 8.9 et 7.4 semaines respectivement dans les trois arrondissements de Nivelles, Charleroi et Bastogne (test F de Fisher = 148.7; n.d.l. = 2/746;  $P < 0.001$ ).

Si l'on répartit les enfants de l'échantillon en 3 catégories sociales, comme indiqué plus bas, on constate que leur âge moyen suit un gradient décroissant des moins favorisés aux plus favorisés : il atteint en effet 8.6., 8.3 et 7.7 semaines dans ces trois catégories ( $F = 4.18$ ; n.d.l. = 2/746;  $P [ 0.05$ ) confirmant indirectement un taux d'échec supérieur dans les milieux moins favorisés. Nous aurons à en tenir compte par la suite dans nos analyses, en travaillant dans des sous-échantillons comparables du point de vue de l'âge.

Enfin la dernière question posée aux jeunes mères concernait le désir de participer à la suite de l'enquête : 92.3% des mères répondirent qu'elles acceptaient de revoir l'enquêteur six mois plus tard pour lui communiquer de nouvelles informations concernant la santé de leur enfant. Les différences entre arrondissements étaient faibles et statistiquement non significatives. Un léger gradient positif apparaissait dans les taux d'acceptation en fonction de la catégorie sociale; il n'atteignait toutefois pas le seuil de signification à 5%. Ceci laissait présager du bon déroulement possible d'une telle enquête prospective, considéré sous l'angle de la "survie" de la cohorte suivie.

Dans les faits, nos enquêteurs ont tenté de retrouver les 750 familles à la fin de l'année 1981 : au total, 525 répondantes purent être réinterrogées ( 70% ). Les principales raisons d'échec étaient liées à une absence répétée ou à un déménagement "sans laisser d'adresse". Nous ne pouvons dès lors que nous interroger sur l'avenir qu'aurait connu cette étude prospective au cours des cinq années de suivi initialement prévues; une recherche plus active des "disparus" aurait probablement été nécessaire, impliquant des moyens logistiques particuliers.

## C.6. Conclusion

Les paragraphes qui précèdent ont présenté les grandes lignes du contexte dans lequel s'est déroulée l'étude de la "Morbidité Infantile Différentielle en Wallonie".

Des raisons logistiques autant que théoriques ont conduit les chercheurs impliqués dans cette étude à se centrer sur trois domaines : la morbidité ressentie, les comportements de santé, - tels que la consommation médicale -, et les opinions et attitudes en matière de santé, ce que nous avons appelé la CULTURE SANITAIRE. Il fut décidé d'explorer ces trois domaines au moyen de questionnaires administrés par des enquêteurs à domicile. Nous pensons en effet que les renseignements collectés par cette voie, même s'ils n'évitent pas l'écueil de la subjectivité des répondants, autorisent une étude comparative telle que celle que nous avons voulu mener, et ceci dans la mesure même où cette subjectivité constitue un des principaux centres d'intérêt.

Ensuite le souci de constituer un échantillon représentatif des naissances de trois arrondissements wallons nous conduit à insister sur le fait que les familles retenues ne sont pas représentatives de l'ensemble des familles domiciliées dans ces arrondissements, mais bien de celles qui ont connu une naissance pendant la période considérée. Il faut en tenir compte, tant pour d'éventuelles extrapolations à partir des résultats observés que pour la comparaison de ceux-ci avec des données statistiques exhaustives issues du recensement ou d'autres sources. Cependant, malgré ces restrictions, cette procédure d'échantillonnage ne constitue aucunement un handicap dans une étude comme la nôtre.

Enfin, il faut préciser que cette étude a été réalisée avec un personnel limité à un médecin épidémiologiste et un sociologue; pour l'enquête proprement dite nous avons eu recours aux services d'une soixantaine d'enquêteurs à domicile, travaillant dans le cadre d'un réseau d'enquêteurs. A cause de cette limitation de moyens, il nous fut impossible de procéder à l'examen médical des enfants de la cohorte ou de mener une interview non directive auprès de leurs parents pour approfondir certains problèmes. Les mêmes considérations pratiques ont conduit à la rédaction d'un questionnaire standardisé à questions fermées, et à l'organisation de réunions de formation des enquêteurs en vue d'éviter ou de limiter les biais d'interview. Le détail des indicateurs et des variables retenus est exposé dans le chapitre suivant.

Il faut également souligner les limites de notre approche elle-même, tant dans son objet que dans sa méthodologie. L'étude que nous présentons est focalisée sur une vision des intéressés : l'intérêt serait grand de confronter cette vue des choses avec des données comportementales émanant d'autres sources ou avec des données de "morbidité objective". Le recueil de telles données, soit par voie d'examens médicaux ou psychologiques, soit par recoupement d'informations hospitalières, médicales ou psycho-

sociales existantes, nécessiterait des procédures plus lourdes, et partant plus coûteuses, mais il permettrait sans doute d'élucider les mécanismes psycho-sociaux qui relient les comportements de santé à leurs déterminants essentiels.

Enfin, une autre limitation, plus regrettable à notre sens, est venue s'ajouter aux précédentes : faute de crédits, la cohorte des 750 enfants n'a pu être suivie que pendant dix mois, c'est-à-dire au travers de deux questionnaires, l'un administré immédiatement après la naissance, l'autre six mois plus tard. Il est certain que la poursuite de cette observation longitudinale aurait permis d'analyser les répercussions à moyen et à long terme sur le développement de l'enfant des facteurs socio-géographiques et des divers facteurs périnataux identifiés lors de la première enquête. Dans l'état actuel des choses, force nous est de restreindre considérablement nos ambitions et de nous limiter aux répercussions les plus immédiates, c'est-à-dire à l'influence des facteurs socio-géographiques, démographiques, médicaux et culturels sur le déroulement de la grossesse, sur la naissance et sur la santé de l'enfant durant ses premiers mois d'existence.

## CHAPITRE D

### METHODES

#### D.1. Introduction

Le but de ce chapitre est de présenter au lecteur l'ensemble des méthodes qui ont été utilisées pour aboutir aux résultats qui seront présentés dans les chapitres ultérieurs. Ces méthodes touchent à l'enquête elle-même (élaboration du questionnaire) au traitement des réponses (indicateur de santé/morbidité, variables culturelles, ...), à la classification sociale, et en outre au traitement statistique des variables retenues.

Le chapitre a été organisé de la façon suivante :

- D.2 : contenu des questionnaires 1 et 2;
- D.3 : opérationnalisation des indicateurs de santé/morbidité;
- D.4 : classification sociale utilisée;
- D.5 : opérationnalisation des variables culturelles;
- D.6 : méthodes statistiques.

#### D.2. Contenu des questionnaires de la première et de la seconde enquête

Le contenu des questionnaires fut élaboré en 1980 au cours de réunions rassemblant les chercheurs et un certain nombre de "témoins privilégiés", jeunes parents, infirmières sociales de l'Oeuvre Nationale de l'Enfance (O.N.E.), ou médecins travaillant dans différents milieux sociaux. La démarche, classique, consistait à traduire les concepts que nous avons présentés plus haut

en définitions opérationnelles débouchant sur la construction des indicateurs et le choix de leurs catégories. L'annexe A présente la version définitive du premier questionnaire, utilisé dans les semaines qui suivaient la naissance. Nous pouvons y distinguer trois grands volets :

1) le premier vise les états et les comportements de santé/maladie :

- de la mère :

- a) pendant la grossesse (morbidité ressentie ou exprimée, consommation de soins préventifs et curatifs);
- b) autour de l'accouchement (modalités, complications, ...);
- c) en rapport avec l'alimentation du nouveau-né (allaitement, rythme des repas, etc.);
- d) évaluation sommaire du budget-santé.

- de l'enfant depuis sa naissance :

- a) poids et taille à la naissance, croissance staturo-pondérale;
- b) maturation psychomotrice;
- c) problèmes de santé;
- d) recours aux soins préventifs et curatifs.

2) le deuxième volet vise divers aspects de la "culture sanitaire" de la répondante :

- définition de la santé et de la maladie;
- définition du corps;
- conceptions sur l'origine de la santé et de la maladie;
- définition des seuils de maladie;
- répercussions et conséquences de la maladie;
- opinions et attitudes face
  - a) à la prévention
  - b) à la contraception et à l'avortement
  - c) à diverses situations de maladie
  - d) aux médecins, à la médecine, et au système de soins
  - e) à l'information sanitaire

- dans ce volet ont été incluses également certaines questions touchant à des aspects culturels plus généraux, tels que l'optimisme face à l'avenir, la répartition sexuelle des rôles sociaux et familiaux, les inégalités sociales, et le souci de l'épargne. Ces questions trouvent leur origine dans une série d'hypothèses formulées à l'origine de l'étude et concernant le développement de l'enfant au cours de la période de suivi ou les comportements de consommation médicale.

3) le troisième volet circonscrit le contexte socio-démographique et économique, et le niveau d'instruction de la famille :

- âge et nationalité des parents;
- rang de naissance de l'enfant;
- situation familiale (présence du père, de frères et soeurs, ...)
- niveau d'études des parents et grand-parents;
- conditions de logement;
- environnement géographique;
- niveau de revenus;
- mode de garde de l'enfant;
- réseau relationnel de l'enfant.

Quant à l'annexe B, elle reprend le contenu du second questionnaire, administré six mois après le premier. On peut y distinguer les sections suivantes :

1) SANTE DE L'ENFANT :

- évolution psycho-motrice;
- alimentation;
- croissance staturo-pondérale, mois par mois;
- sommeil;
- charges de puériculture, rôle du père;
- santé, vaccinations, maladies et hospitalisations;
- consommation médicale.

2) SANTE DE LA MERE :

- poids, taille, prise de poids pendant la grossesse;
- consommation de soins préventifs pré- et post-natals;
- alimentation en temps normal et au cours de la grossesse;
- tabagisme en temps normal et au cours de la grossesse;
- consommation de soins médicaux;
- problèmes de santé : antécédents et état actuel;
- prise de médicaments;
- dépenses de santé.

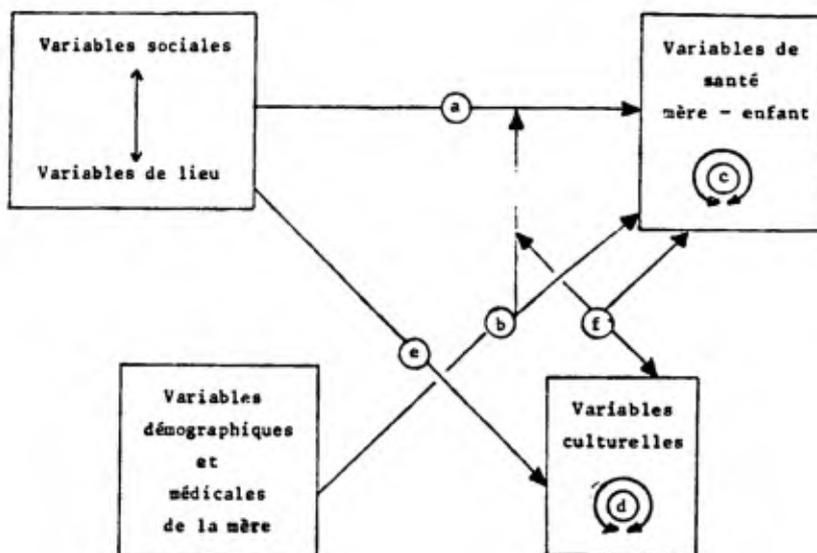
3) SANTE DU PERE :

- antécédents et état actuel.

4) SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET PROFESSIONNELLE :

- régime d'assurance maladie-invalidité;
- garde de l'enfant;
- travail professionnel et statut;
- fatigue;
- opinions concernant la prévention.

Figure D.1. : Niveaux d'analyse potentiels.



Comme le lecteur l'aura constaté, certains éléments ont été inclus dans le deuxième questionnaire qui auraient pu l'être dans le premier. C'est soit le résultat d'un choix délibéré, afin de ne pas alourdir le premier questionnaire dont la charge était déjà fort lourde, soit le résultat d'une omission involontaire. Le couplage des deux questionnaires a permis en définitive de corriger certaines lacunes du premier questionnaire, tout au moins pour les répondantes qui ont participé à ce deuxième "passage".

La figure D.1 nous montre sous forme d'un schéma simplifié comment le cadre conceptuel de l'étude nous permet d'envisager plusieurs niveaux d'analyse, et notamment :

- a.- les relations entre variables sociales ou géographiques et variables de santé péri-natale (cfr. chap. E et F)
- b.- les relations entre variables démographiques et médicales et variables de santé (cfr. chap.G)
- c.- les relations entre variables de santé entre elles (\$) ;
- d.- les relations entre variables culturelles entre elles (cfr. chap. H)
- e.- les relations entre variables socio-géographiques et variables culturelles (cfr. chap.H)
- f.- et enfin la médiation des variables culturelles entre les variables socio-géographiques et les variables de santé (chap.I).

Il est à remarquer, pour clore cette section, que toutes les variables disponibles au travers de ces deux enquêtes n'ont pas été utilisées dans le cadre de ce travail. En particulier n'ont pas été retenues les opinions s'éloignant trop du domaine de la santé, toutes les indications relatives à l'alimentation de l'enfant et celles qui touchaient à l'alimentation de la mère, à la santé du père ou au rôle du père dans les tâches de puériculture. Ces données nous semblaient perdre beaucoup de leur pertinence dans la mesure où les indicateurs de santé se trouvaient restreints à la période péri-natale, au sens large. De plus, nous avons délibérément gardé pour une analyse ultérieure toutes les informations qui concernaient la croissance staturo-pondérale et le développement psycho-moteur de l'enfant, tels qu'appréciés par la mère, ainsi que la consommation médicale et les dépenses de santé.

-----  
(\$) Cette analyse ne sera pas développée dans les pages qui suivent, mais le lecteur intéressé trouvera en annexe, dans le tableau D.A.1 la matrice de corrélation des 18 indicateurs de santé/morbidité retenus pour le présent travail.

### D.3. Les indicateurs de santé/morbidité

Certains indicateurs parmi ceux que nous avons retenus font essentiellement appel à la subjectivité de la femme interrogée: nous pensons, par exemple, à l'évaluation synthétique du déroulement de la grossesse, ce que nous appellerons le "vécu de la grossesse". Nous avons simplement posé la question "Comment s'est déroulée votre dernière grossesse", en invitant la répondante à se situer sur une échelle à quatre niveaux : "très mal, plutôt mal, plutôt bien ou parfaitement". Cette approche est essentiellement qualitative et se trouve fort éloignée de l'évaluation médicale classique, telle qu'on la retrouverait dans un dossier clinique. La corrélation de cette vision globalisante et subjective est d'ailleurs assez faible avec l'ensemble des éléments "médicaux" du type de ceux qu'on retrouverait dans un dossier de surveillance prénatale (LAGASSE et al, 1983).

D'autres indicateurs sont assez proches de données factuelles telles qu'un observateur extérieur aurait pu les noter : nous songeons à l'hospitalisation de la mère ou de l'enfant, au poids de ce dernier et à sa taille à la naissance, à la mise en couveuse, au déroulement de l'accouchement et à son terme, à l'existence de symptômes divers, etc. Il nous faut toutefois insister sur le fait que toute l'information traitée dans ce travail émane de la seule répondante et qu'un effet de "filtre" donne un aspect tant soit peu subjectif même à ces données d'ordre factuel.

Entre ces deux extrêmes se situent des questions et des réponses qui donnent plus ou moins de poids à la subjectivité de la mère : c'est le cas lorsque nous lui demandons si son enfant a été "malade" durant la période écoulée. Cette question a été posée de deux façons différentes. Lors de la première enquête, nous lui demandions : "Votre enfant a-t-il été malade depuis sa naissance, et si oui, combien de fois?". Dans la deuxième enquête, nous poussions plus avant en demandant: "Quelles maladies a-t-il eues, à quel âge et quels traitements a-t-il reçus?" Les réponses devaient être consignées dans une grille permettant un très grand nombre de combinaisons (cfr. annexe B. p. 12). Nous pensons dès lors que la première formulation porte essentiellement sur un état de maladie et la deuxième sur des pathologies plus ou moins précisément identifiées dans la nosographie propre de la répondante. Cette remarque conduit à distinguer des niveaux d'objectivation variables lorsque l'on traite des données d'enquêtes par questionnaire sur des sujets comme le nôtre. Nous y reviendrons lors de la discussion de nos résultats.

Il est inutile de revenir longuement sur l'intérêt considérable qu'il y aurait à comparer des informations de santé et de morbidité émanant de diverses sources, telles qu'un examen médical et psychologique standardisé, répété au cours du temps, ou des dossiers médicaux préexistants (consultations de routine,

dossiers de médecins-traitants consultés, dossiers hospitaliers, etc.). Cette perspective déborde largement le cadre où nous nous situons.

Ajoutons encore que les chapitres E et F présentent une série de résultats relatifs à de nombreux indicateurs de santé et de morbidité : cet ensemble couvre la plus grande partie des informations dont nous disposons concernant les états de santé et de morbidité ressentis, ainsi que l'hospitalisation. Ce dernier élément nous a paru pouvoir refléter assez correctement l'existence d'une situation grave. Mais dans un deuxième temps, pour des raisons et selon des méthodes décrites plus en détail dans le chapitre E (p.66) nous avons sélectionné au sein de ce premier ensemble 18 indicateurs de santé/morbidité couvrant les 4 périodes étudiées, et dont la principale caractéristique est de se présenter sous forme dichotomique. Cette transformation sous forme binaire était indispensable pour leur appliquer certaines méthodes d'analyse statistique, telle l'analyse de régression multilogistique (R.M.L.) .

#### D.4. La classification sociale

Pour l'épidémiologiste qui aborde la problématique de l'influence des facteurs sociaux ou des conditions sociales d'existence sur divers aspects de la santé, le problème d'une classification ou d'une échelle sociale se pose d'emblée. Il n'existe en effet aucune classification universelle utilisable pour la recherche en sciences sociales, tant la réalité que ces classifications tentent d'appréhender est mouvante et multiforme. Toutes les méthodes proposées sont insatisfaisantes à l'un ou l'autre point de vue, car elles privilégient toujours certains aspects au détriment des autres.

On sait par ailleurs combien sont liées les diverses composantes généralement retenues pour l'élaboration de ces classifications, qu'il s'agisse du niveau d'instruction et de la position professionnelle du chef de famille, ou du niveau des revenus et de la qualité de l'habitat. De plus, ainsi que l'écrit LORIAUX (1981), "même si les professions, le statut social et les classes n'étaient que des paradigmes, des constructions théoriques ou des catégories mentales sans grande attache avec le monde réel, ce qu'ils semblent être en partie, rien ne s'opposerait vraiment à leur utilisation comme modèles heuristiques ou comme outils de compréhension de la réalité".

Nous utiliserons donc les catégories sociales comme des instruments visant à rendre possible une première analyse des relations entre le milieu social d'existence et la santé. Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de la méthode de classification sociale de GRAFFAR (1956) car elle nous paraît donner une image relativement complète du niveau qu'occupe chaque famille dans la stratification sociale, et qu'elle fait appel à des renseignements qu'il est en général aisé de se procurer.

Nous avons toutefois retenu, quant à nous, trois critères de classement au lieu de cinq; à savoir la profession du père ou de la mère (celui obtenant le "score" le plus élevé), le niveau d'instruction de la mère et le revenu net familial. Les deux autres critères utilisés par GRAFFAR, - le confort du logement et le type de quartier habité -, nous semblaient laisser une part trop grande à la subjectivité des observateurs, qui, dans notre cas, étaient fort nombreux et dès lors difficiles à standardiser sur ce plan.

Pour chaque critère nous avons défini trois niveaux, au lieu de cinq dans la méthode originale, afin d'éviter la constitution de classes à effectifs très réduits : à chaque niveau correspond une note, et la moyenne des trois notes permet de classer les familles en trois catégories, celle des moins favorisés (cat.1), la catégorie intermédiaire (cat.2) et celle des plus favorisés (cat.3).

a) la profession des parents  
-----

La classification professionnelle que nous avons utilisée est la suivante :

- 1) - apprenti  
- ouvrier non qualifié, ouvrier spécialisé, ouvrier agricole  
- ouvrier qualifié
- 2) - contremaître, chef d'équipe  
- employé ou fonctionnaire de rang inférieur, soldat, sous-officier  
- artiste sous contrat d'emploi  
- chef d'exploitation agricole, horticole ou d'élevage  
- chef d'entreprise industrielle ou commerciale employant moins de 5 personnes.  
- commerçant ou artisan sans personnel  
- conjoint aidant
- 3) - cadre ou fonctionnaire de rang moyen ou supérieur, officier  
- enseignant de formation non universitaire ou universitaire  
- profession libérale  
- chef d'entreprise industrielle ou commerciale employant plus de 5 personnes  
- autres indépendants non repris ailleurs.

On attribue à la famille observée une cote correspondant au numéro de la classe professionnelle à laquelle la mère de l'enfant appartient. Toutefois, si le père de l'enfant a une profession d'un niveau supérieur, ou si sa femme n'a jamais exercé de profession, c'est celle du père qui sert à classer la famille.

b) les études des parents  
- - - - -

Une même règle vaut pour le classement du niveau d'instruction des parents, selon le dernier diplôme obtenu. Est retenu préférentiellement le niveau d'études de la mère, ou celui de son conjoint dans le cas où celui de la mère n'est pas connu. Nous avons regroupé les familles selon la répartition suivante :

- 1) - aucun diplôme  
- diplôme de fin d'études primaires
- 2) - secondaire technique ou professionnel inférieur  
- secondaire technique ou professionnel supérieur (y compris les études secondaires artistiques)  
- secondaire général  
- secondaire général supérieur
- 3) - normal gardien et primaire  
- supérieur non universitaire (y compris le régendat) et les études supérieures artistiques)  
- supérieur universitaire ou assimilé.

c) Le revenu net familial  
- - - - -

Nous avons retenu comme critère le montant du revenu net cumulé, professionnel ou non professionnel, de la famille et non pas leur source comme le faisait GRAFFAR. Le revenu est pondéré par le nombre de personnes à charge; ceci conduit à la classification suivante :

Sont classées en :

- 1) Les familles dont le revenu net familial est inférieur à 30.000 Fb/mois;  
+ les familles comportant 4 personnes ou plus et dont le revenu est de 30.000 à 35.000 Fb/mois  
+ les familles comportant 5 personnes ou plus et dont le revenu est de 35.000 à 40.000 Fb/mois  
+ les familles comportant 7 personnes ou plus, et dont le revenu est de 40.000 à 50.000 Fb/mois
- 2) Les familles dont le revenu se situe entre 40.000Fb/mois et 60.000 Fb/mois, non reprises en 1)  
+ les familles comportant 5 personnes ou plus et dont le revenu est de 60.000 à 75.000 Fb/mois  
+ les familles comportant 11 personnes ou plus et dont le revenu est de 75.000 à 100.000 Fb/mois

- 3) Les familles dont le revenu net est supérieur à 60.000 Fb/mois et comportant moins de cinq personnes.  
+ les familles comportant 5 à 10 personnes et dont le revenu net est supérieur à 75.000 Fb/mois  
+ les familles dont le revenu net est supérieur à 100.000 Fb/mois.

Les niveaux ont été arbitrairement définis pour chaque critère afin de séparer au sein de l'échantillon un quartile inférieur (cat.1), d'une part, et un quartile supérieur (cat.2), d'autre part. En définitive, les 750 enfants de la cohorte de départ se distribuent de la façon suivante : 184 (24.5%) dans la catégorie 1, 402 (53.6%) dans la catégorie 2 et 164 (21.9%) dans la catégorie 3.

Rappelons que cette classification rudimentaire a pour seul but de faciliter un travail exploratoire et de dégager des orientations pour une analyse plus détaillée. Nous avons en effet recueilli pour chaque mère et chaque père des indications plus précises sur le niveau d'instruction (échelle à 9 positions), le statut professionnel (18 catégories) et le niveau du revenu familial (échelle à 13 positions), de même qu'une appréciation par la répondante de ses conditions de logement. Le lecteur aura pu relever que nous avons favorisé la prise en compte du niveau d'études et du statut professionnel de la mère, puisque c'est elle que nous avons considérée comme l'acteur privilégié dans le cadre des soins aux enfants (cfr. supra p.28 ).

#### D.5. Les variables culturelles

Nous avons précisé dans le chapitre précédent (section C.4) sur quel domaine particulier de la culture nous avons porté notre attention, et comment nous avons développé le concept de culture sanitaire pour définir ce champ d'investigation. Les paragraphes qui suivent exposent schématiquement la manière dont nous avons tenté de couvrir ce champ au travers de notre questionnaire (annexe A, pp 7 à 20 ). Cependant le détail des procédures a été reporté au début du chapitre H afin de faciliter au lecteur la compréhension des interactions entre la méthode et les résultats eux-mêmes.

En gros, nous pouvons classer nos indicateurs culturels en trois groupes :

- les définitions fondamentales concernant la santé, la maladie, et le corps;
- les attitudes : elles touchent à une grande variété de sujets dans le domaine de la santé;
- les opinions concernant l'étiologie de "la maladie" et l'efficacité des diverses formes de prévention.

Chaque indicateur correspond au départ à une question : le nombre de réponses possibles pour chacune détermine ses catégories. Certains indicateurs sont d'emblée du type dichotomique (question en "oui/non") mais la plupart présentent plus que deux catégories. Les résultats du chapitre H sont d'abord présentés sous forme de tableaux croisés, autorisant le traitement de telles variables. Dans un deuxième temps, toutefois, nous avons dû procéder, pour des raisons de traitement statistique, à une transformation de ces variables pour leur donner uniformément une forme dichotomique (variables binaires). Ceci a été réalisé en créant pour chaque variable d'origine autant de variables binaires qu'il y avait de catégories dans la variable d'origine, moins une. Le détail de ces transformations est exposé dans la section H.2.2.

En définitive, nous avons procédé à l'analyse multivariée de 56 variables binaires : la procédure retenue a été celle de l'analyse en composantes principales (A.C.P.). Celle-ci nous a permis de dégager 5 "FACTEURS", ou COMPOSANTES PRINCIPALES (C.P.); ce sont ces 5 C.P. qui serviront de variables indépendantes à introduire dans les analyses de régression multilogistique (R.M.L.).

## D.6. Méthodes statistiques

### D.6.1. Relations entre variables discrètes

-----

Une grande partie des analyses repose sur les tests d'hypothèse d'égalité des proportions dans plusieurs échantillons indépendants. Ceux-ci ont été effectués le plus souvent à l'aide du test de chi carré calculé à partir des fréquences absolues de la table de contingence  $m \times n$ . Le nombre de degrés de liberté vaut  $(m-1).(n-1)$  et la notation utilisée est la suivante :

$$\chi^2_{n.d.l.}$$

Dans certains cas, le test n'a pas été effectué en raison du trop petit effectif et/ou de la présence de cellules vides; nous indiquons alors en regard des valeurs : N.C. (non calculé). Dans le cas particulier des tables  $2 \times 2$ , dès lors que le plus petit effectif "attendu" dans une des cellules était inférieur à 5, nous avons procédé au test exact de IRWIN - FISHER - YATES basé sur la distribution hypergéométrique (IRWIN, 1935; SNEDECOR et COCHRAN, 1971; MARTIN, 1974).

La présentation a été uniformisée dans la mesure du possible. Les effectifs totaux correspondant aux divers sous-groupes comparés ainsi qu'au total sont repris entre parenthèses dans l'en-tête des tableaux, sauf si les résultats qui y sont contenus se réfèrent à des effectifs différents pour chaque critère. Les résultats eux-mêmes sont présentés sous forme de pourcentages afin d'en faciliter la comparaison.

Quant aux degrés de signification des tests, de façon générale ils sont exprimés comme suit :

P (erreur alpha) ] 0.05 : N.S. (non significatif)  
[ 0.05 : \*  
[ 0.01 : \*\*  
[ 0.001 : \*\*\*

#### D.6.2. Relations entre variables quantitatives

-----

Le critère utilisé dans ce cadre est constitué par le calcul du coefficient de corrélation de PEARSON. Ce coefficient, variant de 0 à 1, en valeur absolue est une mesure de l'association entre deux variables. Son carré reflète la qualité d'un ajustement linéaire par la méthode des moindres carrés. Ce carré équivaut à la proportion de la variance d'une variable qui peut être attribuée à sa régression linéaire en l'autre variable (YULE, 1907). Un test de signification pour l'hypothèse

$$H_0 : \rho = 0$$

(test de STUDENT à n-2 degrés de liberté) a été calculé pour chaque coefficient à partir de la formule

$$t_{n-2} = r \cdot \frac{\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}} \quad (\text{COLTON, 1974})$$

La valeur du t ainsi calculé est alors comparée aux valeurs de la table de STUDENT.

#### D.6.3. Relations entre une variable quantitative et une variable discrète

-----

Quant au test de l'égalité des moyennes dans des échantillons indépendants, il a été effectué au moyen de l'analyse de variance à un facteur qui conduit au calcul du test F de FISHER; cette statistique est égale au rapport entre le carré moyen correspondant au facteur et le carré moyen résiduel. Les nombres de degrés de liberté valent respectivement n1 (nombre de catégories du facteur -1) et n2 (nombre d'observations - (n1+1)); n1 et n2 sont repris entre parenthèses pour chaque test effectué. La comparaison des moyennes selon cette méthode est défendable lorsque les variables étudiées suivent une distribution normale. Dans le cas contraire, il est requis de recourir aux méthodes non paramétriques.

Parmi celles-ci, nous avons utilisé le test de KRUSKAL-WALLIS qui constitue en fait une extension du test de MANN-WHITNEY pour la comparaison de  $n$  moyennes provenant d'échantillons indépendants. Ce test est plus puissant que le simple test des médianes, puisqu'il utilise la valeur du rang de chaque observation. L'hypothèse nulle avance que les médianes des  $n$  populations sont égales et le test repose sur le calcul de la statistique  $H$  de KRUSKAL-WALLIS, corrigée pour les ex-aequo; cette statistique suit une distribution de chi carré à  $(n-1)$  d.l. (SIEGEL, 1956; GERARD, 1978). Les tableaux reprennent en outre les valeurs de rang moyen dans les sous-groupes.

#### D.6.4. Analyses multivariées

##### D.6.4.1. Analyse en composantes principales

+++++

Comme il apparaîtra dans le chapitre H, nous nous sommes trouvé confronté avec une grande quantité de variables culturelles, et ce d'autant plus que nous avons procédé à leur transformation sous forme binaire généralisée. La procédure utilisée pour synthétiser l'ensemble de ce matériel a consisté à leur appliquer une analyse "factorielle" en composantes principales avec rotation oblique en faisant varier de façon dégressive le nombre de composantes principales (C.P.) dégagées. L'analyse du contenu des C.P. nous a permis de stopper le processus dès lors que nous avons obtenu 5 "facteurs". Plutôt que de nous baser sur un critère statistique arbitraire, nous avons préféré nous en remettre à une analyse subjective du contenu des Composantes Principales lors de chaque étape du processus descendant.

Le lecteur trouvera dans les tableaux de résultats les variables déterminantes pour chaque C.P. et leurs coefficients factoriels respectifs, dès lors que ceux-ci dépassent la valeur de 0.10 choisie arbitrairement ("facteurs simplifiés"); il trouvera en annexe la composition des 5 C.P. à partir de l'ensemble des 56 variables de départ ("facteurs bruts") et leurs coefficients; il y trouvera en outre les corrélations entre "facteurs simplifiés" et "facteurs bruts", ainsi que les diagrammes de dispersion correspondants. La suite de l'analyse a toutefois été conduite exclusivement au moyen des "facteurs bruts", contenant le maximum d'information.

Pour chaque sujet un score factoriel a été calculé. Lorsque certaines variables (au maximum 25% pour chaque sujet) étaient non connues (valeurs manquantes), la valeur moyenne de l'échantillon a été substituée en guise d'approximation. Pour 25 sujets, les valeurs étaient manquantes pour plus de 25% des variables, et leurs scores factoriels ont été considérés à leur tour comme inconnus et traités comme tels.

### 1.6.4.2. Analyse de régression multilogistique

+++++

La fonction multilogistique (F.M.L.) donne pour une personne caractérisée par les variables  $x_1, x_2, \dots, x_k$  introduites dans l'équation la probabilité de présenter une caractéristique binaire  $E : (E=1)$

$$p ( E = 1 / x_1, x_2, \dots, x_k ) = \frac{1}{1 + e^{-\alpha + \sum \beta_i x_i}}$$

- $p$  = probabilité de l'événement  $E$
- $x_i$  = variables indépendantes
- $\beta_i$  = coefficients multilogistiques correspondant à chacune des variables introduites dans le modèle
- $\alpha$  = constante

Ces coefficients ont été estimés par la méthode itérative de DUNCAN et WALKER basée sur un principe de maximum de vraisemblance (M.V.) (WALKER et DUNCAN, 1967). Le test  $t$  de STUDENT permet de tester pour chaque variable indépendante l'hypothèse nulle :  $b_i = 0$ , et de voir ainsi quelles sont les variables dont la contribution est statistiquement significative :

$$t = \frac{b_i}{s_{b_i}}$$

La procédure de sélection du "meilleur modèle" a consisté à partir d'un modèle saturé et de suivre un processus "pas-à-pas" consistant à éliminer à chaque étape la variable présentant la valeur de  $t$  la plus faible. La "statistique du maximum de vraisemblance" (S.M.V.) est calculée pour chaque modèle :

$$S.M.V. = 2.Ln \left[ \frac{\prod_{i=1}^{n_1} p_i \prod_{j=1}^{n_2} (1 - p_j)}{\frac{n_1^{n_1} \cdot n_2^{n_2}}{N^{n_1 + n_2}}} \right]$$

- $p$  = probabilité estimée
- $n_1$  = nombre de "cas"
- $n_2$  = nombre de "non-cas"
- $N = n_1 + n_2$

Il a pu être montré que la différence entre deux S.M.V. peut être interprétée comme un chi carré avec la restriction que les deux modèles doivent être hiérarchiques, c'est-à-dire que l'un comprend un sous-ensemble des variables explicatives de l'autre. De plus, le nombre de degrés de liberté est égal au nombre de variables explicatives soustraites du modèle supérieur (RAO, 1965). La procédure descendante a ainsi été stoppée lorsque la différence entre deux valeurs de S.M.V. consécutives dépassait le seuil fixé à 5 % (pour n.d.l. = 1. Delta S.M.V. = 3.84).

Dans le cas particulier des deux variables géographiques binaires, elles ont été traitées de façon liée, de telle sorte que l'une ne puisse être incluse dans un modèle en l'absence de l'autre. Dans ce cas précis, la valeur seuil du Delta S.M.V. vaut  $\chi^2_2 = 5.99$ .

Les tableaux présentent en regard de chaque variable indépendante retenue dans le modèle multilogistique le coefficient standardisé (correspondant à la variable centrée réduite), multiplié par 100 pour faciliter la lecture. Le lecteur trouvera en annexe les tableaux complets reprenant les coefficients non standardisés et leurs écarts-types, les valeurs de t, les moyennes des variables et leurs écarts-types, les coefficients standardisés et leurs écarts-types.

Les tableaux du chapitre I reprennent en outre la valeur de la Statistique du Maximum de Vraisemblance (S.M.V.) correspondant à chaque modèle présenté. Nous avons également calculé les "rapports interquintiles des fréquences observées" (R.F.O. 5-1) et les "rapports interquintiles des fréquences attendues" (R.F.A. 5-1). En fait, cette procédure consiste à classer les sujets par ordre croissant de "score multilogistique", dans un premier temps. Dans un deuxième temps, on calcule la fréquence de l'événement dans le quintile de risque supérieur (les 20% situés à l'extrémité supérieure de la distribution) ainsi que dans le quintile inférieur (les 20% situés à l'autre extrême de la distribution). Le rapport de ces fréquences constitue le R.F.O.1-5. On procède de même avec la somme des probabilités calculées (scores multilogistiques) et ceci conduit à calculer le R.F.A. 5-1 en comparant le quintile supérieur au quintile inférieur. Ces rapports constituent des indicateurs du risque relatif "global" lié aux variables retenues dans la fonction multilogistique.

#### D.6.5. Standardisation

- - - - -

Tant pour la présentation des résultats de morbidité par arrondissement que pour l'analyse géographique des variations de culture sanitaire, nous avons recouru à une technique de standardisation directe pour la catégorie sociale sur un échantillon restreint de répondantes belges. Le détail de la méthode est repris dans l'annexe F.A.1.

## D.7. Remarques générales

### D.7.1. Traitement des données :

+++++

Toutes les analyses ont été réalisées grâce à l'ordinateur C.D.C. des Universités Libres de Bruxelles, et au moyen des programmes S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences, version 8PO) (NIE et al, 1975), à l'exception de la fonction multilogistique qui a été calculée à l'aide d'un programme écrit en Fortran 4.

### D.7.2. Terminologie :

+++++

Une relation entre deux variables est dite positive (ou négative), si l'accroissement de l'une s'accompagne de l'accroissement de l'autre ou vice-versa (ou de sa diminution ou vice-versa). Cette formulation ne comporte donc en soi aucune connotation qualitative de relation favorable ou défavorable. En particulier, dans l'analyse des modèles multilogistiques nous observerons des coefficients positifs ou négatifs; dès lors qu'il s'agira d'indicateurs de MORBIDITE, ils correspondront en fait à des relations respectivement défavorables (coefficients positifs) ou favorables (coefficients négatifs). L'inverse sera vrai pour les indicateurs de SANTE.

Il sera question dans les pages qui suivent d'accouchements avec ou sans "particularités obstétricales" rapportées par la répondante ; le terme de "particularités" désigne l'un ou l'autre des éléments suivants, rencontré seul ou en association :

- présentation par le siège
- autre problème de présentation
- induction artificielle du travail
- anesthésie péridurale
- déchirure du périnée
- extraction avec la ventouse
- extraction avec les forceps
- césarienne.

Enfin, nous désignerons sous le vocable de "prématurité gestationnelle" le problème des enfants nés avant la fin de la 37ème semaine de gestation, à compter du premier jour des dernières règles (cfr. ANDERSON, 1977). Nous réserverons celui de "prématurité pondérale" pour les enfants pesant moins de 2.5 kgs à la naissance: ce groupe correspond depuis quelques années dans la terminologie anglo-saxonne aux "low birthweight" (L.B.W.) (cfr. THOMSON, 1983).

## CHAPITRE E

### VARIATIONS SOCIALES DE LA MORBIDITE MATERNELLE ET INFANTILE

#### E.1. Introduction

La première hypothèse que nous voulons tester dans ce travail concerne la réalité actuelle du problème des inégalités sociales de santé. Observe-t-on dans le domaine de la morbidité maternelle et infantile, aujourd'hui et dans notre région, des gradients sociaux comparables à ceux qui ont été décrits pour la mortalité périnatale (cfr. MASUY-STROOBANT, 1983)?

Il faut bien reconnaître que face à la masse imposante des travaux qui ont été consacrés à la mortalité pré-, péri- et post-natale, très peu de recherches ont été menées jusqu'ici sur la "qualité de vie" des survivants dans les tout débuts de leur vie. A quelques exceptions près, la morbidité de cette tranche d'âge a surtout été envisagée sous l'angle de la prématurité et du poids de naissance, en tant que prédicteurs principaux de la mortalité et de la morbidité ultérieure.

La plupart des auteurs s'accordent cependant à reconnaître que les caractéristiques socio-démographiques associées à la prématurité ressemblent à s'y méprendre à celles qu'on identifie habituellement pour la mortalité infantile (LEVY, 1978; RUMEAU-ROUQUETTE, 1979). Cette constatation permet à certains de considérer la prématurité comme une des variables intermédiaires, chronologiquement et causalement, dans l'enchaînement complexe

des relations qui relient les variables socio-démographiques des parents à l'éventuel décès de l'enfant (MASUY-STROOBANT, 1983).

Il en découle également que l'on peut considérer la mortalité foetale ou néonatale comme la partie émergée de l'iceberg que constitue l'ensemble des problèmes de santé autour de la naissance. Ceci revient à dire que l'on a intérêt à étudier la morbidité - par exemple, la naissance avant terme et/ou le poids de naissance subliminal -, plutôt que la mortalité de l'enfant à différentes périodes, et ceci pour deux raisons. D'abord parce que la mort constitue un événement rare, imposant des études portant sur de très grandes populations ou des périodes de temps fort longues (LEWIS et al., 1973). Ensuite parce que la prématurité constitue la variable la plus performante pour prédire la mortalité néonatale et infantile (FUCHS, 1984). Il a été montré que dans différentes catégories sociales les enfants de faible poids de naissance ont le même pronostic : la surmortalité des catégories les moins favorisées tiendrait donc essentiellement à un taux supérieur de faibles poids de naissance. (SHAH et ABBEY, 1971). Il est donc permis de penser, en termes de prévention, que l'abaissement des taux de mortalité doit passer par l'abaissement des risques de prématurité.

Une abondante littérature internationale a bien établi les liens qui existent entre la mortalité de l'enfant et le statut socio-économique de sa famille : plus le niveau est bas, plus la mortalité est importante (SHAPIRO et al., 1968; THOMSON et BARRON, 1983). Toute la question consiste à savoir de quoi l'on parle lorsqu'on utilise les concepts de "classe sociale" ou de "catégorie sociale". Car les femmes socialement les plus défavorisées sont aussi celles qui ont leurs enfants le plus précocement, qui ont une moins bonne santé en général, une taille inférieure et les familles les plus nombreuses; de plus, ce sont elles qui ont le moins souvent recours aux services médicaux et leurs comportements de santé diffèrent sensiblement. En bref, tout leur environnement est différent, depuis leurs revenus jusqu'à leur mode de vie (THOMSON et BARRON, 1983). La variable sociale est en fait une "variable remorqueur" : elle traîne derrière elle tout un ensemble de sous-variables qui appartiennent à des domaines très divers. Si l'on veut dépasser le stade de la simple identification des situations de risque, il est donc nécessaire de comprendre à travers quels mécanismes l'appartenance à un groupe social est susceptible d'accroître ou de diminuer les risques de santé : une décomposition des critères de classification sociale, et une analyse multifactorielle prenant en compte les divers corrélats du groupe social s'imposent donc dans une telle optique.

L'objectif du présent chapitre est plus modeste, puisqu'il vise à décrire la situation de santé/morbidité dans trois catégories sociales, telles que nous les avons définies plus haut (cfr. chap. D). Par commodité, nous parlerons indifféremment des catégories 1, 2 et 3, ou des catégories "inférieure, moyenne et supérieure", dans la mesure où la catégorie "supérieure" bénéficie à la fois de revenus plus élevés, d'un niveau

d'instruction supérieur et qu'elle correspond aux catégories professionnelles les plus valorisées sur le marché du travail.

Nous utiliserons un grand nombre d'indicateurs de santé et de morbidité relatifs tant à la mère qu'à son enfant. Ils nous permettront de tester l'hypothèse selon laquelle des différences de santé distinguent encore les familles de milieux sociaux différents, d'une manière comparable à celle que démontre l'étude de la mortalité différentielle. A côté de "l'inégalité devant la mort" (SURAULT, 1979), peut-on dire en 1980 qu'il y a une inégalité devant la santé commence dès la naissance ?

Ce chapitre s'ouvre sur quelques mises-au-point méthodologiques (E.2.). Il aborde alors la présentation des résultats à travers cinq sections qui étudient :

- E.3.1. la période prénatale
- E.3.2. la naissance
- E.3.3. les données de la première enquête relatives aux enfants de 4 à 9 semaines
- E.3.4. les données de la seconde enquête relatives aux enfants âgés de 7 à 9 mois
- E.3.5. une vision synoptique des résultats précédents; cette section sélectionne en outre pour la suite du travail un corpus d'indicateurs de santé/morbidité relatifs aux quatre périodes couvertes par l'étude.

Le chapitre se termine par une discussion des résultats (E.4.) et dégage les conclusions (E.5.).

## E.2.Méthodologie

En ce qui concerne l'effectif d'enfants sur lequel porteront les analyses, il faut signaler que la première enquête a eu lieu dans un intervalle d'âge relativement large puisqu'il varie entre la première et la 21ème semaine de vie, selon les cas, et de plus, la distribution du moment de l'enquête, - c'est-à-dire de l'âge de l'enfant au moment de celle-ci -, varie d'un groupe social à l'autre. Dans nos trois catégories sociales, les enfants sont âgés en moyenne de 8.6 semaines, 8.3 semaines et 7.7 semaines lors du passage de l'enquêteur à domicile. Même si ces différences ne sont pas considérables, elles sont néanmoins significatives (test F de Fisher = 4.18 \*; n.d.l. = 2/746).

Cette différence d'âge moyen peut refléter un taux de refus ou d'échec supérieur dans les tentatives d'enquête. Elle ne peut pas introduire de biais dans les résultats relatifs à la grossesse ou à l'accouchement; mais pour les questions relatives à l'état de santé de l'enfant, il est important de disposer de périodes de référence comparables entre nos groupes si nous voulons comparer des taux d'incidence de diverses pathologies. C'est pourquoi nous restreindrons l'échantillon pour cette sec-

tion à un sous-ensemble constitué par les enfants âgés de 4 à 6 semaines révolues. Par la suite, chaque fois que nous utiliserons les indicateurs de santé/morbidité relatifs à cette période, nous procéderons de même. L'âge moyen dans ce sous-ensemble s'abaisse légèrement pour atteindre les valeurs de 7, 7.2 et 6.5 semaines respectivement. Les différences sont quasi-nulles, et non significatives, permettant une comparaison valide de nos données d'incidence. En outre, 30% seulement de l'échantillon total a dû être sacrifié dans cette procédure, nous laissant avec un effectif redressé de 525 enfants.

Lors de la seconde enquête, l'enfant le plus jeune lors du passage de l'enquêteur était âgé de 6 mois, le plus âgé de 10 mois. Afin de rétrécir la distribution des âges et d'éviter les problèmes que nous venons d'évoquer pour la comparaison des taux d'incidence, nous avons restreint ici aussi l'échantillon à un sous-ensemble d'enfants, âgés dans ce cas de 7 à 9 mois révolus. Cette période de trois mois regroupe encore 526 enfants sur les 575 dont la mère a répondu à la seconde enquête, soit une proportion de 91%. Cet effectif est par ailleurs quasiment identique à celui du sous-ensemble précédent. L'âge moyen en fonction de la catégorie sociale atteint respectivement 8.5, 8.2 et 8.8 mois respectivement. Ces différences sont très faibles mais significatives ( $F = 3.50^*$ ;  $n.d.l. = 2/523$ ). Cependant, en raison de l'écart modeste qui distingue les groupes extrêmes (une semaine environ) et du fait que la différence joue ici "à notre détriment" de la catégorie supérieure (\$), nous n'avons pas jugé utile de poursuivre plus avant la restriction de l'effectif.

La constitution des trois catégories sociales utilisées dans ce travail a été décrite et discutée dans le chapitre précédent. La présentation des résultats dans ce chapitre s'appuiera essentiellement sur la présentation de tableaux de contingence ( $3 \times 3$ ). Les données présentées correspondent aux fréquences (en %) calculées sur le nombre de réponses valides. Le test statistique adéquat est constitué par le chi carré à  $2 \times (n-1)$  degrés de liberté. La probabilité d'erreur alpha associée au test sera indiquée selon les conventions suivantes :

N.S. : non significatif.. ou  $P \geq 0.05$   
\* :  $P \leq 0.05$   
\*\* :  $P \leq 0.01$   
\*\*\* :  $P \leq 0.001$

Dans certains cas, - par exemple, l'alitement ou l'hospitalisation -, on peut calculer une durée moyenne pour les cas concernés. On peut également calculer une durée moyenne rapportée à l'ensemble du groupe considéré, en divisant le total des jours (d'alitement ou d'hospitalisation) par le nombre total.

-----  
(\$) L'âge plus avancé des enfants augmente en effet la probabilité d'avoir présenté un épisode pathologique depuis la naissance.

Tableau E 1 : Vécu de la grossesse en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Réponses fournies lors de la première et de la deuxième enquête. Pourcentages calculés sur les réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. Test Chi Carré (6 d.l.)

|                         | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | Test<br>$\chi^2_6$    |
|-------------------------|-------------------|------------|------------|-------|-----------------------|
|                         | 1<br>(183)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                       |
| <u>Première enquête</u> |                   |            |            |       |                       |
| Très mal                | 4.4               | 3.7        | 2.4        | 3.6   | } 10.86 <sup>NS</sup> |
| Plutôt mal              | 14.2              | 12.9       | 9.1        | 12.4  |                       |
| Plutôt bien             | 37.2              | 32.3       | 26.8       | 32.3  |                       |
| Parfaitement            | 44.3              | 51.0       | 61.6       | 51.7  |                       |
| TOTAL                   | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 |                       |
| <u>Deuxième enquête</u> |                   |            |            |       |                       |
| Très mal                | 10.2              | 4.6        | 1.6        | 5.3   | } 16.36 <sup>*</sup>  |
| Plutôt mal              | 13.9              | 13.4       | 7.8        | 12.3  |                       |
| Plutôt bien             | 37.2              | 33.8       | 38.8       | 35.7  |                       |
| Parfaitement            | 38.7              | 48.2       | 51.9       | 46.8  |                       |
| TOTAL                   | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 |                       |

Tableau E 2 : Indices négatifs au cours de la grossesse par catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de sujets entre parenthèses. Test Chi Carré (2 d.l.)

|   | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | Test<br>$\chi^2_2$  |
|---|-------------------|------------|------------|-------|---------------------|
|   | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                     |
| Nausées importantes en début de grossesse | 48.6              | 39.3       | 29.8       | 39.5  | 12.53 <sup>**</sup> |
| Hémorragies                               | 4.9               | 6.2        | 6.1        | 5.9   | 0.42 <sup>NS</sup>  |
| Menace de fausse couche                   | 9.2               | 10.4       | 8.5        | 9.7   | 0.55 <sup>NS</sup>  |
| Cerclage du col                           | 7.1               | 2.8        | 3.1        | 3.9   | 6.77 <sup>*</sup>   |
| Hypertension                              | 13.0              | 14.9       | 7.3        | 12.8  | 6.05 <sup>*</sup>   |
| Hypotension                               | 17.4              | 17.2       | 12.8       | 16.3  | 1.85 <sup>NS</sup>  |
| Albuminurie                               | 10.9              | 13.4       | 6.7        | 11.3  | 5.28 <sup>NS</sup>  |
| Glucosurie                                | 5.5               | 7.2        | 7.3        | 6.8   | 0.69 <sup>NS</sup>  |
| Survenue d'une maladie ou plus            | 17.9              | 16.4       | 14.0       | 16.1  | 0.98 <sup>NS</sup>  |
| Prise de médicaments                      | 40.8              | 34.0       | 26.2       | 34.0  | 8.17 <sup>*</sup>   |

de répondants appartenant à la catégorie sociale étudiée : ne parlerons dans ce cas d'"index d'alitement".

Nous avons calculé le risque relatif (R.R.) en rapportant fréquence maximale observée à la fréquence minimale observée. Dans les cas où il ne s'agit pas d'indicateurs négatifs, nous préférons parler de rapports de fréquences observées (R.F.O.). même, on calcule le risque "attribuable" (R.A.), - ou la différence de fréquences observées (D.F.O.) -, en soustrayant fréquence minimale de la fréquence maximale.

Pour la comparaison de variables continues (durées séjour, poids, taille, etc.), la méthode statistique utilisée est l'analyse de variance à une dimension, conduisant à calculer statistique F de Fisher (SNEDECOR et COCHRAN, 1971). Cette statistique correspond au rapport entre le carré moyen correspondant à l'effet testé, - ici l'effet social différentiel et le carré moyen résiduel. Les degrés de liberté correspondant ces deux carrés moyens sont chaque fois repris dans les tableaux.

### E.3. Résultats

#### E.3.1. Période prénatale

- - - - -

Nous avons demandé aux jeunes mères de nous donner leur avis sur le déroulement de leur dernière grossesse, et ceci à deux reprises : quelques semaines après l'accouchement, et six à sept mois plus tard. Le tableau E.1. nous montre les fréquences de réponses à ces deux questions. On constate aisément qu'une grande majorité des répondantes fournit une réponse positive; en revanche, 16% lors de la première enquête, et 17.6% lors de la seconde, estiment que leur grossesse s'est déroulée "très mal" ou "plutôt mal". Pour ces indices, on observe des taux décroissant de vécu négatif au fur et à mesure que la catégorie sociale s'élève : ces gradients sont non significatifs dans la première enquête, mais ils s'accroissent et dépassent le seuil statistique dans la seconde, révélant une vision nettement plus positive dans les catégories sociales les plus favorisées.

Le tableau E.2. présente les distributions de réponse obtenues lors de la première enquête à toute une série de questions concernant le déroulement de la grossesse, approché sous l'angle des éventuelles complications médicales qui ont pu marquer son cours. Il s'agit des questions nos 1.2 à 1.1 (cfr. annexe A.). Quatre des dix indicateurs utilisés accusent de différences sociales très nettes et significatives : il s'agit des nausées gravidiques importantes au début de la grossesse avec un risque relatif de 1.6 si l'on compare les deux catégories sociales extrêmes. Il s'agit également du cerclage du col (R.R.

2.3). de l'hypertension pendant la grossesse (R.R.= 1.8) et de la prise de médicaments (R.R.= 1.6; ). En ce qui concerne l'albuminurie, le risque relatif atteint aussi 1.6, et le test statistique aboutit à un résultat proche du seuil de 5 %.

Il est à remarquer que toutes les différences que nous venons d'observer sont à l'avantage de la catégorie sociale supérieure. Une autre remarque s'impose également : aucune confrontation n'a été faite entre les réponses fournies par les jeunes mères lors de notre enquête à domicile et l'une ou l'autre source d'information émanant de dossiers médicaux. Il est donc essentiellement question ici de la vision rapportée d'éléments médicaux objectivables. De plus, la plupart des indicateurs utilisés se rapportent à des risques objectifs (morbidité objectivable); mais le cerclage du col dépend à la fois d'un risque objectif, de son appréhension par la répondante et par son médecin, et de la décision médicale qui en découle. Le problème de la prise de médicaments est fort semblable, si l'on excepte la question de l'automédication.

On peut encore relever dans le tableau E.2 que 121 femmes soit une femme sur six, déclare avoir été malade pendant sa grossesse; contrairement à la prise de médicaments, le milieu social ne semble pas les différencier de ce point de vue. On trouvera en annexe (tableau E.A.1.) le détail des maladies déclarées. Les effectifs en présence sont ici trop faibles pour aller au-delà d'une simple description. Quatre femmes déclarent une rubéole ou une toxoplasmose : aucune n'appartient à la catégorie supérieure. Les infections des voies respiratoires constituent le gros de la pathologie (64%) : ceci n'a rien de surprenant si l'on se rappelle que le terme de la grossesse se situait à la fin de l'hiver 1980-1981 (cfr. LAGASSE et al., 1983). Les infections urinaires sont deux fois plus fréquentes dans la catégorie inférieure par rapport aux deux autres. Et enfin, si l'on soustrait les infections des voies respiratoires, dont la grippe, (9.3%, 10.9% et 9.8% respectivement) on observe pour les "pathologies résiduelles" les fréquences suivantes : 8.6%, 5.5% et 4.2%. Ce gradient est toutefois non significatif.

Quant à la prise de médicaments, le tableau E.A.2. en annexe, permet d'analyser plus en détail leur nature. A la différence du tableau E.2 où les fréquences représentaient le taux de répondantes ayant pris "un ou plusieurs" médicaments, le total du tableau E.A.2 additionne les fréquences relatives à chaque type de médicaments, certaines répondantes en ayant consommé plusieurs. Nous parlerons dès lors d'un "index de prise de médicaments". Deux grands groupes de médications viennent en tête : les antibiotiques (6.8%) et les médicaments prescrits en vue d'empêcher une fausse couche ou un accouchement prématuré (hormones, tocolytiques et antispasmodiques) (12.2%). Pour ces deux groupes de traitements, les variations sociales sont minimes si on les soustrait de l'ensemble, le "résidu" présente un gradient social très significatif (chi carré à 2 d.l. = 23.67 \*\*\*). A ce gradient correspondent surtout les analgésiques et anti-inflammatoires, les anti-nauséux et les anti-hypertenseurs;

Tableau E 3 : Alitement et hospitalisation pendant la grossesse en fonction de la catégorie sociale.  
 Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
 Test Chi Carré (2 d.l.) et F de Fisher.

|   | C A T E G O R I E   S O C I A L E |      |      | Echantillon | Test de signification      |
|---|-----------------------------------|------|------|-------------|----------------------------|
|   | 1                                 | 2    | 3    |             |                            |
| Alitement d'une semaine ou plus(%)        | 18.5                              | 14.2 | 15.9 | 15.6        | $\chi^2 = 1.75^{NS}$       |
| Risque relatif                            | 1.3                               | 1.0  | 1.1  | -           | -                          |
| Durée moyenne d'alitement (sem.)          | 9.9                               | 7.9  | 6.1  | 8.1         | $F = 1.48^{NS}$<br>(2/113) |
| Index d'alitement § (sem.)                | 1.8                               | 1.1  | 1.0  | 1.3         | $F = 2.08^{NS}$<br>(2/745) |
| Index relatif §§                          | 1.9                               | 1.1  | 1.0  | -           | -                          |
| Hospitalisation d'une semaine ou plus(%)  | 13.6                              | 8.8  | 5.5  | 9.2         | $\chi^2 = 7.01^*$          |
| Risque relatif                            | 2.5                               | 1.6  | 1.0  | -           | -                          |
| Durée moyenne de l'hospitalisation (sem.) | 2.1                               | 3.2  | 1.8  | 2.6         | $F = 0.95^{NS}$<br>(2/66)  |
| Index d'hospitalisation § (sem.)          | 0.3                               | 0.3  | 0.1  | 0.2         | $F = 1.28^{NS}$<br>(2/744) |
| Index relatif §§                          | 2.9                               | 2.8  | 1.0  | -           | -                          |

(§) index : calculé en rapportant le nombre total de jours d'alitement ou d'hospitalisation à l'effectif total du groupe exposé au risque (cet index est donc fonction à la fois de la durée moyenne et du pourcentage de femmes alitées ou hospitalisées).  
 (§§) index relatif : il s'agit du quotient de l'index (§) concerné rapporté à l'index le plus faible observé dans les sous-groupes.

Tableau E 4 : Modalités d'accouchement par catégorie sociale.  
 Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
 Les modalités ne sont pas mutuellement exclusives.  
 Test  $\chi^2$  (2 d.l.).  
 (N.B. Toutes les modalités possibles ne sont pas reprises dans le tableau).

|                                     | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon | $\chi^2$           |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|-------------|--------------------|
|                                     | 1<br>(184)                        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |             |                    |
| Sans particularité                  | 47.8                              | 33.8       | 24.4       | 35.2        | 21.59***           |
| Episotomie sans autre particularité | 20.1                              | 28.9       | 40.2       | 29.2        | 17.06***           |
| Sous total                          | 67.9                              | 62.7       | 64.6       | 64.4        | 1.52 <sup>NS</sup> |
| Recours à la ventouse               | 6.5                               | 7.5        | 9.1        | 7.6         | 0.07 <sup>NS</sup> |
| Recours aux forceps                 | 4.3                               | 4.5        | 6.7        | 4.9         | 1.41 <sup>NS</sup> |
| Césarienne                          | 9.2                               | 10.2       | 11.6       | 10.3        | 0.52 <sup>NS</sup> |
| Sous total                          | 20.0                              | 22.2       | 27.4       | 22.8        | 2.87 <sup>NS</sup> |
| Déchirure périnéale                 | 6.0                               | 6.5        | 4.3        | 5.9         | 1.03 <sup>NS</sup> |

cette observation des traitements médicamenteux fournit une sorte de reflet des pathologies observées dans le tableau E.1.

Il est également intéressant de noter que cet "index de prise de médicaments" atteint respectivement pour les trois catégories sociales considérées 17.4%, 14.4% et 9.8% (N.S.) durant le premier trimestre de la grossesse dont on sait l'importance cruciale pour le développement harmonieux du fœtus.

Le tableau E.3 enfin nous montre les variations qui distinguent les catégories sociales du point de vue de l'alitement et de l'hospitalisation durant la grossesse. Si les femmes de la catégorie sociale la plus basse n'ont pas gardé le lit beaucoup plus souvent que les autres, en revanche elles ont été 2.5 fois plus souvent hospitalisées. De plus, lorsqu'elles ont gardé le lit, ce fut pour de plus longues durées (10 semaines en moyenne contre 6 dans la catégorie supérieure), mais le test n'atteint pas le seuil requis.

### E.3.2. L'accouchement

-----

Le tableau E.4 reprend la distribution sociale de quelques-unes des modalités d'accouchement; celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent se trouver associées. Il en ressort essentiellement que 2/3 des accouchements sont des accouchements "sans particularités obstétricales", si l'on excepte une éventuelle épisiotomie (\*). 29.2% des femmes ont signalé une épisiotomie sans autres particularités et 5.6% une épisiotomie associée à l'une ou l'autre de ces particularités. Les seules différences significatives du tableau concernent le glissement important d'un certain nombre d'accouchements sans particularités vers l'épisiotomie simple : ce glissement est d'autant plus marqué qu'on s'élève dans la catégorie sociale, et l'importance du phénomène est digne d'attention puisque l'on relève deux fois plus d'épisiotomie dans le groupe supérieur (40.2 %) que dans le groupe inférieur (20.1 %). Ces différences sont extrêmement significatives.

Par ailleurs, on peut décrire des tendances purement indicatives : les femmes du groupe 3 présentent des taux plus élevés d'interventions diverses (ventouses, forceps, césariennes) et un taux abaissé de déchirures du périnée.

En outre, des analyses supplémentaires ont montré que pour le lieu de l'accouchement, qui dans 1.6% des cas se déroule en dehors d'une maternité, le groupe social ne semble pas induire d'effet différentiel très net. Il n'en va pas tout à fait de même

-----  
(\* ) le lecteur se référera à la section D.7.2 pour la définition des accouchements "sans particularités".

Tableau E 5 : Prématurité et poids de naissance en fonction de la catégorie sociale.  
 En pourcentages (calculés sur le nombre de réponses) et en kilogrammes.  
 Test :  $\chi^2$  (2 d.l.) et test F de Fisher.

|   | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(750) | Tests                             |
|---|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|-----------------------------------|
|   | 1<br>(184)                        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                      |                                   |
| Accouchement avant la fin de la 37 <sup>ème</sup> semaine (%) | 8.2                               | 6.5        | 5.5        | 6.7                  | $\chi^2_2 = 1.07^{NS}$            |
| Poids de naissance moyen = (kgs)                              |                                   |            |            |                      |                                   |
| sexe masculin   | 3.250                             | 3.304      | 3.418      | 3.318                | F = 2.56 <sup>NS</sup><br>(2/395) |
| sexe féminin  | 3.092                             | 3.140      | 3.180      | 3.136                | F = 0.59 <sup>NS</sup><br>(2/348) |
| Poids de naissance < 2.5 kgs (%)<br>(deux sexes réunis)       | 11.5                              | 6.7        | 5.5        | 7.6                  | $\chi^2_2 = 5.40^{NS}$            |

Tableau E 6 : Fréquence et durée du séjour en couveuse en fonction des catégories sociales d'appartenance dans l'ensemble de l'échantillon.  
 En pourcentages (calculés sur le nombre de réponses) et en jours.  
 Test :  $\chi^2$  (2 d.l.) et F de Fisher.

|                                      | C A T E G O R I E   S O C I A L E |      |     | Echantillon | Tests                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------|-----|-------------|-----------------------------------|
|                                      | 1                                 | 2    | 3   |             |                                   |
| Fréquence de la mise en couveuse (%) | 19.6                              | 11.9 | 8.5 | 13.1        | $\chi^2_2 = 10.25^{**}$           |
| Risque relatif                       | 2.3                               | 1.4  | 1.0 | 1.5         | -                                 |
| Durée moyenne du séjour (jours)      | 11.6                              | 9.3  | 5.5 | 9.6         | F = 1.50 <sup>NS</sup><br>(2/95)  |
| Index de mise en couveuse (§)        | 2.3                               | 1.1  | 0.5 | 1.3         | F = 5.56 <sup>**</sup><br>(2/747) |
| Index relatif §§                     | 4.8                               | 2.4  | 1.0 | 2.7         | -                                 |

§ et §§ : cf Tableau E 3.

pour la qualification de la personne ayant pratiqué l'accouchement. On peut remarquer que sur les 30 accouchements réalisés par un omnipraticien (4% de l'ensemble), un seul concerne une femme de la catégorie sociale supérieure (0.6% , contre 4.4% et 5.2 dans les catégories 1 et 2) tandis que les pourcentages d'accouchements réalisés par un gynécologue-obstétricien s'élèvent graduellement de 83.7% à 86.8% et 91.5% en fonction du milieu social.

Le tableau E.5 présente pour nos trois groupes les fréquences d'enfants "pré-termes", c'est-à-dire nés avant la fin de la 37ème semaine à compter du premier jour des dernières règles (ANDERSON, 1977; HEMMINKI et STARFIELD, 1978; DUBIN ET JOHNSON 1980). Nous désignerons ce problème sous le vocable de "prématurité gestationnelle". On trouve également dans ce tableau les poids moyens à la naissance ainsi que les fréquences d'enfants de "faible poids de naissance" (Low Birth Weight) c'est-à-dire pesant moins de 2.5 kgs le jour de la naissance (§) Nous parlerons de prématurité pondérale dans le cas de ces naissances de moins de 2.5 kgs.

On remarque à la fois un gradient croissant pour les poids moyens à la naissance et fort logiquement des gradients inverse pour la prématurité gestationnelle et pondérale. Ce dernier indicateur accuse des différences plus nettes et le seuil de signification à 5% est presque atteint, tandis que le risque relatif vaut 2.2. Si l'on examine la taille moyenne des enfants à la naissance, dans nos trois catégories, aucune différence significative ne peut être mise en évidence.

En revanche, le tableau E.6, nous montre clairement que les différences sociales sont extrêmement marquées pour la fréquence de la mise en couveuse; le calcul du risque relatif montre que celle-ci est 2.3 fois plus fréquente dans la catégorie inférieure comparée à la catégorie supérieure. Comme en outre la durée moyenne du traitement est deux fois supérieure dans la catégorie sociale la plus basse, on en arrive à observer un "risque relatif redressé" de 4.8 entre les deux groupes; cet indice exprime le fait le rapport des nombres moyens de jours de traitement dans les deux groupes considérés.

-----  
(§) Cette définition, arbitraire il faut bien le reconnaître prévaut actuellement sur celle qui consiste à décompter les enfants pesant 2.5 kgs ou moins (OMS, 1977; cfr. THOMSON, 1983)

Par ailleurs, le tableau E.A.3, en annexe, nous présente les tableaux croisés permettant d'examiner les relations entre ces deux variables. On y constate qu'environ la moitié des "pré-termes" (47%) pèsent moins de 2.5 kgs dans l'ensemble de l'échantillon et que 41% des enfants de poids inférieur à 2.5 kgs sont des "pré-termes". On remarque également que ces proportions sont variables d'une catégorie sociale à l'autre, atteignant respectivement 57%, 42% et 44%, et 38%, 40%, et 44%.

Tableau E 7 : Episodes pathologiques présentés par les enfants depuis la naissance jusqu'au moment de l'enquête (4 à 9 semaines révolues) selon la catégorie sociale.  
En pourcentages (calculés sur le nombre de réponses).  
Test de  $\chi^2$  (2 d.l.)

|  | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(525) | $\chi^2$<br>2      |
|--|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|--------------------|
|  | 1<br>(115)                        | 2<br>(287) | 3<br>(127) |                      |                    |
| Enfant "déclaré malade"<br>par sa mère au moins<br>une fois depuis la<br>naissance | 21.7                              | 21.8       | 8.7        | 18.7                 | 10.53**            |
| Risque relatif   | 2.5                               | 2.5        | 1          |                      |                    |
| Enfant ayant présenté<br>un ou plusieurs symptômes<br>ou syndromes                 | 55.7                              | 54.1       | 42.5       | 51.6                 | 5.64 <sup>NS</sup> |
| Risque relatif   | 1.3                               | 1.3        | 1          |                      |                    |
| Enfant ayant présente<br>au moins une fois :                                       |                                   |            |            |                      |                    |
| - toux   | 30.4                              | 18.0       | 9.4        | 18.7                 | 17.68***           |
| - diarrhée   | 17.4                              | 18.0       | 17.3       | 17.7                 | 0.04 <sup>NS</sup> |
| - vomissements   | 15.7                              | 15.5       | 7.1        | 13.5                 | 5.94 <sup>NS</sup> |
| - allergies  | 9.6                               | 9.5        | 3.9        | 8.2                  | 4.03 <sup>NS</sup> |
| - ictère prolongé  | 2.6                               | 1.1        | -          | 1.1                  | 3.67 <sup>NS</sup> |
| - convulsions  | 0.9                               | 0.4        | -          | 0.4                  | 1.21 <sup>NS</sup> |
| - autres symptômes ou<br>syndromes   | 13.0                              | 21.2       | 17.3       | 18.5                 | 3.76 <sup>NS</sup> |

D'autres analyses, non présentées dans cette section montrent que la nécessité de ranimer le nouveau-né est déclarée par 39 répondantes sur 744, soit 5.2%. Les différences sociales sont faibles avec un léger excès dans le groupe social inférieur. Les jeunes mères avaient également à répondre à la question "votre enfant présentait-il un problème à la naissance ? Et si oui, lequel ?". Les réponses à cette question révèlent à nouveau un léger excès dans le groupe inférieur : 24.4% contre 19.7% et 19.5% respectivement (N.S.). Le détail des pathologies ne traduit aucune distribution particulière en fonction des catégories sociales (cfr.annexes : tableau E.A.4).

Une question distincte envisageait l'ictère du nouveau-né. Son incidence déclarée concerne plus d'un tiers des enfants, sans effet social différentiel (36.6%, 37.5% et 36.8% respectivement pour les catégories 1, 2 et 3. Toutefois, le pourcentage d'enfants ictériques ayant bénéficié d'un traitement aux rayons ultraviolets est fort variable d'une catégorie sociale à l'autre : 47.8%, 37.6% et 28.3% pour les groupes 1, 2 et 3 (Chi carré à d.l. = 5.99 \*). Ceci peut être l'indice d'une gravité variable et/ou de comportements médicaux différenciés en fonction du milieu social.

### E.3.3. Les premières semaines de vie

-----

Nous avons comparé les enfants des trois catégories sociales du point de vue de leurs poids et tailles : aucune différence notable ne ressort de la comparaison. A l'inverse, ainsi que l'on montre le tableau E.7., l'incidence de diverses pathologies n'affecte pas aléatoirement ces enfants. A la question no 20.1 (cfr annexe A) "votre enfant, depuis la naissance jusqu'à maintenant, a-t-il été malade ? Et si oui, combien de fois ?", près d'une femme sur cinq répond affirmativement. De plus, la catégorie sociale supérieure accuse ici un déficit très net et significatif avec 8.7 % de réponses positives, en comparaison de 21.7% dans la catégorie inférieure. Le risque relatif atteint 2.5 entre les catégories 1 et 3, et le risque attribuable s'élève à 13%.

A la question 20.2 "a-t-il présenté des symptômes tels que toux, diarrhée, vomissements, jaunisse prolongée, convulsions, allergies, autres (à préciser)?", plus de la moitié des mères déclarent l'incidence de l'un ou l'autre symptôme. Les différences intergroupes suivent à un autre niveau le profil des fréquences d'enfants "malades". Le risque attribuable atteint également 13%, mais le risque relatif s'abaisse à 1.3 en raison des fréquences supérieures, et le seuil de signification de 5% n'est plus atteint.

Tableau E 8 : Appréciation maternelle du poids de l'enfant et de la qualité de son sommeil, en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. Test de Chi<sup>2</sup>. (8).

|                        | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(574) | Tests                |
|------------------------|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
|                        | 1<br>(138)                        | 2<br>(305) | 3<br>(131) |                      |                      |
| <u>Poids</u>           |                                   |            |            |                      |                      |
| Enfant trop gros       | 7.2                               | 2.6        | 3.8        | 4.0                  | $\chi^2 = 12.36^*$   |
| Enfant trop mince      | 6.5                               | 2.3        | 6.9        | 4.4                  |                      |
| "Comme il faut"        | 86.2                              | 95.1       | 89.3       | 91.6                 |                      |
| <u>Sommeil</u>         |                                   |            |            |                      |                      |
| "dort bien en général" |                                   |            |            |                      | $\chi^2 = 2.36^{NS}$ |
| oui                    | 84.8                              | 88.2       | 90.8       | 88.0                 |                      |
| non                    | 15.2                              | 11.8       | 9.2        | 12.0                 |                      |
| <u>Réveil nocturne</u> |                                   |            |            |                      |                      |
| très souvent           | 21.7                              | 15.1       | 7.6        | 15.0                 | $\chi^2 = 15.59^*$   |
| souvent                | 11.6                              | 9.8        | 18.3       | 12.2                 |                      |
| peu souvent            | 12.3                              | 15.7       | 15.3       | 14.8                 |                      |
| très rarement          | 54.3                              | 59.3       | 58.8       | 58.0                 |                      |

- (8) Les questions ont été formulées comme suit :
1. Trouvez-vous votre enfant : 1) trop gros; 2) trop mince; 3) comme il faut ?
  2. Votre enfant dort-il bien en général : 1) oui ; 2) non ?
  3. Vous a-t-il réveillés la nuit (après les six premières semaines) :  
1) très souvent; 2) souvent; 3) peu souvent ; 4) très rarement ?

Si l'on analyse plus en détail les divers symptômes proposés dans cette question, on remarque d'emblée que des gradients décroissants caractérisent cinq des sept indicateurs retenus. Les exceptions sont constituées par l'uniformité des incidences de diarrhée et le "déficit" observé dans la catégorie inférieure pour la catégorie "autres", correspondant en fait à une question ouverte. Le gradient le plus net concerne la toux qui frappe 3.2 fois plus souvent les enfants de la catégorie la moins favorisée, avec une situation intermédiaire dans la catégorie moyenne ( $P[0.001]$ ).

Il est intéressant de remarquer que parmi les femmes dont le bébé a présenté l'un ou l'autre symptôme 36% seulement considèrent qu'il a été "malade" au moins une fois. Ce pourcentage varie d'ailleurs fort d'un groupe à l'autre puisqu'il atteint respectivement 39%, 40% et 20% dans les groupes sociaux 1, 2 et 3. Il apparaît donc que c'est dans la catégorie sociale supérieure que la mère rapporte le moins souvent un épisode pathologique, symptôme ou syndrome, et qu'en outre c'est dans ce même groupe que ces épisodes sont le plus rarement qualifiés de "maladies".

#### E.3.4. La santé de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête

-----

Le tableau E.8 nous présente les distributions des réponses concernant le problème du poids et du sommeil des enfants. En ce qui concerne leur poids, 92% des mères trouvent leur enfant "comme il faut". On observe en outre une différenciation sociale significative, dans le sens que plus de 6% le trouvent "trop mince" dans les catégories 1 et 3, mais plus de 7% le trouvent "trop gros" dans la seule catégorie 1.

En ce qui concerne le sommeil, on observe certaines différences entre les groupes sociaux, à travers deux questions distinctes : la première concerne une vision globale de la qualité du sommeil et l'on observe ici un gradient décroissant mais non significatif, de mères qui déclarent que l'enfant ne dort pas bien. L'autre question concerne le réveil des parents par l'enfant pendant les premiers mois : on constate que les réponses ne se distribuent pas au hasard ( $P[0.05]$ ), mais ceci est dû essentiellement à un glissement des réponses du "très souvent" (catégorie 1) au "souvent" (catégorie 3).

Tableau E 9 : Maladie et hospitalisation de l'enfant en fonction de la catégorie sociale (§). Sous-échantillon des enfants âgés de 7 à 9 mois révolus. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. Test de  $\chi^2$  (2 d.l.)

|   | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(526) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|---|---------------------------------|------------|------------|----------------------|--------------------|
|   | 1<br>(126)                      | 2<br>(278) | 3<br>(122) |                      |                    |
| Enfant ayant été malade une fois au moins depuis sa naissance :               |                                 |            |            |                      |                    |
| oui   | 76.2                            | 72.7       | 74.6       | 74.0                 | 0.59 <sup>NS</sup> |
| non   | 23.8                            | 27.3       | 25.4       | 26.0                 |                    |
| Enfant ayant été hospitalisé au moins une fois depuis sa sortie de maternité: |                                 |            |            |                      |                    |
| oui   | 14.5                            | 6.2        | 5.9        | 8.1                  | 8.88 <sup>*</sup>  |
| non   | 85.5                            | 93.8       | 94.1       | 91.9                 |                    |

(§)

L'existence d'une maladie ou d'une hospitalisation au moins, a été déterminée à la fois sur base des réponses à la question N°37 et de la grille N°38 (cf.annexe B) : "quelles maladies a-t-il eues, à quel âge, et quels traitements a-t-il reçus ?".

Tableau E 10 : Difficultés alimentaires et soucis occasionnés par l'enfant en fonction de la catégorie sociale (§). Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. Test  $\chi^2$ .

|                     | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(574) | Tests                         |
|---------------------|---------------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------------|
|                     | 1<br>(138)                      | 2<br>(305) | 3<br>(131) |                      |                               |
| <u>Alimentation</u> |                                 |            |            |                      |                               |
| Très facile         | 44.2                            | 53.1       | 60.3       | 52.6                 | $\chi^2_6 = 9.72^{\text{NS}}$ |
| Facile              | 39.9                            | 36.7       | 32.8       | 36.6                 |                               |
| Difficile           | 11.6                            | 7.2        | 4.6        | 7.7                  |                               |
| Très difficile      | 4.3                             | 3.0        | 2.3        | 3.1                  |                               |
| <u>Soucis</u>       |                                 |            |            |                      |                               |
| Beaucoup            | 13.8                            | 6.6        | 6.9        | 8.4                  | $\chi^2_2 = 9.32^{\text{NS}}$ |
| Peu                 | 38.4                            | 41.6       | 48.9       | 42.5                 |                               |
| Pas de soucis       | 47.8                            | 51.8       | 44.3       | 49.1                 |                               |

(§)

Les questions ont été formulées comme suite :

1. Estimez-vous que votre enfant, en ce qui concerne ses repas, est :  
1) très facile; 2) facile; 3) difficile; 4) très difficile ?
2. Estimez-vous que votre dernier enfant vous a occasionné depuis sa naissance :  
1) beaucoup de soucis; 2) peu de soucis; 3) pas de soucis ?

Le "tableau E.9. présente les pourcentages d'enfants ayant été malades ou hospitalisés une fois au moins depuis leur naissance. Trois quarts des répondantes déclarent que le enfant a été malade au cours de cette période de 8.5 mois environ et ceci de manière quasi uniforme dans les trois catégories sociales. On trouvera en annexe (tableau E.A.5), le détail des maladies présentées par les enfants. En revanche, si dans l'ensemble 8% des enfants ont été hospitalisés, le taux d'hospitalisation est nettement plus élevé et atteint 14.5% dans la catégorie sociale inférieure, conduisant à un test statistique significatif.

Nous nous sommes également intéressé aux problèmes posés par l'alimentation du nourrisson et par la charge globale des soucis qu'il entraîne pour sa mère. Le tableau E.10 nous montre qu'environ 11% des mères interrogées considèrent que leur enfant est "difficile ou très difficile" aux repas, mais que ce chiffre atteint 16% dans la catégorie 1 et tombe à 7% dans la catégorie 3, révélant une tendance différentielle entre les groupes sociaux considérés. On retrouve à peu près le même gradient en ce qui concerne les enfants "causant beaucoup de soucis"; les fréquences atteignent ici 14%, 7% et 7% respectivement dans nos trois groupes; le test est également non significatif.

Abordant à présent le versant positif de la santé, nous avons essayé de classer les enfants et leur mère en fonction des réponses à une question très générale: "comment qualifieriez-vous la santé de votre enfant, et la vôtre?" (cfr.annexe question nos 53.1 et 53.3). Le tableau E.11 "santé de l'enfant" nous montre que l'ensemble du tableau fournit un test d'homogénéité proche du seuil de 5% avec un gradient social croissant pour la réponse correspondant à une santé de l'enfant "très bonne ou excellente". Pris isolément, ce test conduit à un test significatif, ainsi qu'on le verra dans la vision de synthèse (tableau E.14), et le rapport des fréquences observées (\$) atteint 2.2 pour cette réponse qui concerne l'enfant sur cinq. Le tableau E.12, bâti sur le même modèle, révèle une plus grande homogénéité en comparaison du tableau précédent; on observe, en outre, un glissement vers le bas du niveau de santé estimé: la rubrique correspondant à une santé "très bonne ou excellente" ne concerne plus que 13% des répondantes, avec un rapport de fréquences observées de 1.7. Et 9.3% de ces jeunes mères se considèrent en "mauvaise santé", avec de grandes différences sociales marquées à ce niveau puisque 14% des femmes de la catégorie 1 sont dans ce cas, contre 4.6% dans la catégorie supérieure (R.F.O.=3.0).

-----  
(\$) Nous préférons parler de rapport de fréquences observées (R.F.O.) plutôt que de risque relatif (R.R.) lorsqu'il s'agit de critères autres que de morbidité ou de mortalité, pour ne pas heurter le sens négatif couramment accordé au mot "risque". La méthode de calcul est, par ailleurs, strictement identique.

Tableau E 11 : Appréciation de la santé de l'enfant lors de la seconde enquête, en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. NS. Nombre de réponses entre parenthèses.  $\chi^2_6 = 12.28$ ; P = 0.056.

|                                  | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(568) |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|
|                                  | 1<br>(136)                        | 2<br>(301) | 3<br>(131) |                      |
| Mauvaise                         | 6.6                               | 3.7        | 3.1        | 4.2                  |
| Moyenne ou<br>relativement bonne | 12.5                              | 8.3        | 7.6        | 9.2                  |
| Bonne ou<br>satisfaisante        | 69.1                              | 66.4       | 63.4       | 66.4                 |
| Très bonne ou<br>excellente      | 11.8                              | 21.6       | 26.0       | 20.2                 |
| T O T A L                        | 100.0                             | 100.0      | 100.0      | 100.0                |

Tableau E 12 : Appréciation de la santé de la mère lors de la seconde enquête, en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. NS. Nombre de réponses entre parenthèses.  $\chi^2_6 = 8.66$ .

|                                  | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(569) |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|
|                                  | 1<br>(136)                        | 2<br>(302) | 3<br>(131) |                      |
| Mauvaise                         | 14.0                              | 9.3        | 4.6        | 9.3                  |
| Moyenne ou<br>relativement bonne | 16.2                              | 17.5       | 17.6       | 17.2                 |
| Bonne ou<br>satisfaisante        | 60.3                              | 59.9       | 61.8       | 60.5                 |
| Très bonne ou<br>excellente      | 9.6                               | 13.2       | 16.0       | 13.0                 |
| T O T A L                        | 100.0                             | 100.0      | 100.0      | 100.0                |

Tableau E 13 : Fatigue maternelle évaluée lors de la seconde enquête en fonction de la catégorie sociale.  
 Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
 Nombre de réponses entre parenthèses.  $\chi^2 = 9.71$ .

|                               | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Echantillon<br>(571) |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|------------|----------------------|
|                               | 1<br>(136)                        | 2<br>(305) | 3<br>(130) |                      |
| Importante ou très importante | 14.0                              | 20.0       | 28.5       | 20.5                 |
| Noyenne                       | 40.4                              | 37.0       | 37.7       | 38.0                 |
| Modérée ou nulle              | 45.6                              | 43.0       | 33.8       | 41.5                 |
| T O T A L                     | 100.0                             | 100.0      | 100.0      | 100.0                |

Le tableau E.13 fournit une image assez contrastée par rapport à celle du tableau précédent : invitées à qualifier l'importance de leur fatigue, 20.5% de répondantes la décrivent comme "importante ou très importante". Mais ici, les différences entre groupes sont telles que le seuil statistique est atteint et, qui plus est, c'est dans la catégorie sociale supérieure que les jeunes mères accusent la plus grande fatigue, en contraste avec une santé jugée meilleure comme nous venons de le voir. Ce fait est d'autant plus surprenant qu'il existe une corrélation positive entre la fatigue de la mère et son état de santé estimé (cfr annexes : tableau E.A.6)

### E.3.5. Vision de synthèse des résultats

-----

Nous venons de constater, en brochant ce tableau de la "distribution sociale de la santé et de la morbidité", que presque tous les indicateurs dont nous disposons reflètent des différences entre les groupes considérés. Ces différences ne sont pas toutes significatives, au sens statistique du terme, mais elles s'agencent entre elles d'une façon cohérente et "monotone". Pour des raisons évidentes, nous devons opérer un choix parmi nos indicateurs afin de poursuivre l'analyse dans le sens de nos hypothèses fondamentales : pouvons-nous rendre compte de ces inégalités sociales de santé par des différences culturelles, et en particulier par des spécificités de "culture sanitaire" ? Ce point sera traité ultérieurement (cfr.chap.I), mais d'emblée nous devons concentrer notre attention sur les faits saillants que le présent chapitre a pu mettre en évidence.

Pour des raisons pratiques, nous avons sélectionné parmi l'ensemble qui vient d'être présenté un jeu restreint d'indicateurs de santé-morbidité. Cette sélection a été guidée par trois considérations :

1. nous désirions utiliser un corpus d'indicateurs relatifs aux diverses périodes étudiées (grossesse, accouchement, premières semaines de vie, premiers mois de vie);
2. nous voulions retenir les indicateurs présentant les plus marquées différences sociales;
3. enfin, nous estimions devoir garder les indicateurs "classiquement étudiés" dans la littérature, tels que la prématurité, gestationnelle ou pondérale, les problèmes de nourrisson à la naissance, et l'enfant "malade" ou hospitalisé.

Tableau E 14 : Tableau synoptique de la distribution sociale des principaux critères de santé/morbidité retenus pour la suite de l'analyse. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Test de Chi<sup>2</sup> (2 d.l.)

|   | C A T E G O R I E   S O C I A L E |      |      | Echantillon | Test<br>χ <sup>2</sup> <sub>2</sub> |
|---|-----------------------------------|------|------|-------------|-------------------------------------|
|   | 1                                 | 2    | 3    |             |                                     |
| Vécu négatif de la grossesse (1ère enquête)               | 18.6                              | 16.7 | 11.6 | 16.0        | 3.41 <sup>NS</sup>                  |
| Vécu négatif de la grossesse (2ème enquête)               | 24.1                              | 18.0 | 9.3  | 17.5        | 10.16 <sup>**</sup>                 |
| Nausées importantes en début de grossesse                 | 48.6                              | 39.3 | 29.8 | 39.5        | 12.53 <sup>**</sup>                 |
| Hospitalisation prénatale                                 | 13.6                              | 8.8  | 5.5  | 9.2         | 7.01 <sup>*</sup>                   |
| Mise en couveuse  | 19.6                              | 11.9 | 8.5  | 13.1        | 10.25 <sup>**</sup>                 |
| Prématurité   | 8.2                               | 6.5  | 5.5  | 6.7         | 1.07 <sup>NS</sup>                  |
| Poids de naissance < 2.5kgs                               | 11.5                              | 6.7  | 5.5  | 7.6         | 5.50 <sup>NS</sup>                  |
| Réanimation néonatale                                     | 6.7                               | 4.5  | 5.5  | 5.2         | 1.22 <sup>NS</sup>                  |
| Problème à la naissance                                   | 24.5                              | 19.7 | 19.5 | 20.8        | 1.98 <sup>NS</sup>                  |
| <b>Première enquête</b>                                   |                                   |      |      |             |                                     |
| Enfant "malade" (§)                                       | 21.7                              | 21.8 | 8.8  | 18.7        | 10.53 <sup>**</sup>                 |
| Symptôme (1 ou +) (§)                                     | 55.7                              | 54.1 | 42.5 | 51.6        | 5.64 <sup>NS</sup>                  |
| Toux (§)  | 30.4                              | 18.0 | 9.4  | 18.7        | 17.68 <sup>***</sup>                |
| Vomissements (§)  | 15.7                              | 15.5 | 7.1  | 13.5        | 5.94 <sup>NS</sup><br>(P=0.0514)    |
| <b>Deuxième enquête</b>                                   |                                   |      |      |             |                                     |
| Enfant "malade" (§§)                                      | 76.2                              | 72.7 | 74.6 | 74.0        | 0.59 <sup>NS</sup>                  |
| Enfant hospitalisé (§§)                                   | 14.5                              | 6.2  | 5.9  | 8.1         | 8.88 <sup>**</sup>                  |
| Difficultés alimentaires                                  | 15.9                              | 10.2 | 6.9  | 10.8        | 6.01 <sup>*</sup>                   |
| Enfant causant "beaucoup de soucis"                       | 13.8                              | 6.6  | 6.9  | 8.4         | 6.94 <sup>*</sup>                   |
| Enfant dont la santé est jugée "très bonne ou excellente" | 11.8                              | 21.6 | 26.0 | 20.2        | 9.04 <sup>*</sup>                   |

(§) restriction de l'échantillon aux enfants âgés de 4 à 9 semaines révolues.

(§§) restriction de l'échantillon aux enfants âgés de 7 à 9 mois révolus.

Ces critères nous ont conduit à retenir 18 indicateurs répartis de façon assez équilibrée sur les quatre périodes étudiées. De plus, toujours pour des raisons pratiques, nous avons opté pour une transformation binaire de nos indicateurs grâce au regroupement de certaines réponses lorsque nécessaire.

Le tableau E.14 fournit une vision synoptique de la répartition des répondantes et de leurs enfants face à ces indicateurs. On remarquera que :

- pour cinq indicateurs, les différences sont très significatives ( $P[0.01]$ );
- pour cinq autres, les différences sont significatives ( $P[0.05]$ );
- pour sept indicateurs, les différences n'atteignent pas ce seuil, mais sont à l'avantage systématique de la catégorie sociale supérieure;
- enfin, pour la dernière variable concernant l'enfant "malade" (2ème enquête), les différences sont quasi nulles.

Ce tableau synthétique produit en définitive un résumé satisfaisant des diverses observations que nous avons été amenés à présenter dans ce chapitre : il permet de constater que les variations sociales sont importantes dans ce domaine, et ceci à travers les différentes périodes étudiées. A partir du chapitre G, nos analyses porteront exclusivement sur ces 18 indicateurs de santé/morbidité.

#### E.4. Discussion

##### E.4.1. Les inégalités sociales devant la mort et devant la maladie

-----

La constatation que les hommes sont inégaux devant la mort est loin de constituer une découverte récente. Sans vouloir remonter aux origines de l'idée elle-même, on peut considérer, pour la France, que c'est aux alentours de 1830 que doit se situer le départ d'une étude scientifique des inégalités sociales. Non que cette inégalité fût devenue plus accentuée, ni plus cruelle qu'avant, mais d'une part parce que dans la société industrielle et urbaine, la misère devenait plus visible, et d'autre part parce que les données quantifiées et les vues concrètes faisaient défaut jusque là (SAUVY, 1979). Depuis ce moment, les recherches entreprises dans ce domaine ont eu à vaincre les nombreux problèmes de méthode (la mesure des inégalités, la définition des "classes" sociales, etc.) mais aussi certaines résistances de la part de la société elle-même. Ne se voyait-elle pas ainsi infliger une "mauvaise note", eu égard à ses principes constitutionnels proclamant l'égalité des droits de l'homme ?

Et pourtant, depuis plus d'un siècle et demi, les chiffres se sont accumulés pour étayer cette idée si difficile à accepter. Depuis VILLERME (1828) en France, et William FARR (1839) en Angleterre, des centaines d'observations internationales viennent additionner leur témoignage (KITAGAWA et HAUSER, 1973; PRESSAT, 1978; SURAULT, 1979). La question s'est dès lors déplacée : il ne s'agit plus tant de savoir si l'espérance de vie à la naissance présente des différences entre les divers groupes d'une société, mais surtout COMMENT et POURQUOI.

Dans ce but, on a par exemple tenté de préciser la "localisation sociale" des inégalités, en essayant de repérer les professions exposant à des risques supérieurs (DARIC, 1949; MORIYAMA et GURALNICK, 1956; KITAGAWA et HAUSER, 1973). S'il est plausible de pouvoir attribuer à certaines professions une responsabilité professionnelle directe dans la surmortalité qui les frappe telles que celle des mineurs de fond, il est en revanche plus difficile d'expliquer pourquoi leurs femmes et leurs enfants se trouvent également défavorisés face à la mort (BENJAMIN, 1965).

De plus, c'est à la régression de la mortalité infantile que l'on peut attribuer la plus grande part de la diminution de la mortalité observée au cours du XXème siècle (MECHANIC 1978). C'est entre autres pour ces raisons que les différences de mortalité dans le jeune âge ont capté avec tant d'acuité l'attention des chercheurs. Dans ce domaine-là aussi, le tableau est d'une convaincante monotonie : on peut observer un ensemble "remarquablement cohérent d'inégalités face aux phénomènes de

l'enfantement" (OAKLEY et al., 1983 ...). Une littérature extrêmement fournie montre que le statut socio-économique des familles peut expliquer la plus grande partie des différences de mortalité infantile ou prénatale : plus le statut est bas, et plus la mortalité s'élève (ANTONOVSKY et BERNSTEIN, 1977; OMS, 1978 b). Notre pays ne fait pas exception à la règle puisqu'on y a décrit les mêmes différences, et les mêmes inégalités, que ce soit pour la mortalité prénatale, néonatale ou post-natale (MASUY-STROOBANT, 1983).

Mais on connaît très mal les mécanismes par lesquels le statut socio-économique "cause" cet excès de mortalité (HEMMINKI et STARFIELD, 1978; JOHNSON et DUBIN, 1980). Ce que l'on sait, c'est que la mortalité des enfants prématurés est nettement supérieure à celle des enfants nés-à terme ou ayant un poids satisfaisant à la naissance (SHAH et ABBEY, 1971). Certains auteurs ont même pu montrer que 90% de la variance de la mortalité périnatale, étudiée sur un ensemble de plusieurs populations, pouvait être expliquée par le poids de naissance (SUSSER et al., 1972). Ceci a conduit LEWIS et al. (1973) à proposer que l'on étudie la prématurité pondérale plutôt que la mortalité, dans la mesure où cet indicateur de morbidité cumule bon nombre d'avantages sur les indicateurs classiques de mortalité autour de la naissance.

On constate ainsi indirectement que les inégalités sociales des enfants devant la mort sont le reflet d'inégalités plus générales face au déroulement de la grossesse. Quelques rares exemples permettent d'observer dans certains pays (Finlande, Suède) une chute des taux de mortalité périnatale sans diminution parallèle des fréquences d'enfants de poids insuffisant (HEMMINKI et STARFIELD, 1978). Ceci peut s'expliquer par une prise en charge intensive des enfants à haut risque ainsi que par une amélioration du pronostic vital des enfants, quel que soit leur poids de naissance. Une autre hypothèse consiste à penser que la mortalité de ces enfants serait simplement postposée (LANTOINE et PRESSAT, 1984) Il n'en reste pas moins vraisemblable que, pour des pays ayant déjà atteint des taux très faibles de mortalité périnatale, l'amélioration de ces taux passe actuellement par l'abaissement de la fréquence d'enfants prématurés, fréquence elle-même très liée au milieu social.

Les travaux sont nombreux pour décrire les variations sociales dans le domaine de la prématurité, gestationnelle ou pondérale. (MORRIS et HEADY, 1955; OAKLEY et al., 1983, ; JOHNSON et DUBIN, 1980; DOWDING, 1981; OUNSTED et SCOTT, 1982; pour la Belgique voir BUEKENS, 1981). Malheureusement, les données sont très rares pour ce qui concerne les autres aspects de la santé maternelle et infantile si l'on excepte les études qui ont été menées dans le domaine de la croissance staturo-pondérale (BRANSBY et al., 1946; ACHESON et HEWITT, 1954; MILLER et al., 1960; TOPP et al., 1970; BORMS et al., 1984). On sait en fait peu de choses sur le déroulement de la grossesse, sur celui de l'accouchement, ainsi que sur la morbidité de l'enfant dans les premiers mois de sa vie. Les rares données sur la santé de l'enfant sont

d'origine hospitalière, c'est-à-dire hautement sélectionnées (MANCIAUX, 1971; MANCIAUX et DESCHAMPS, 1978); de plus, elles sont rarement susceptibles de se prêter à une analyse sociale différentielle.

Il faut cependant signaler qu'en Belgique, on dispose des résultats de l'enquête longitudinale sur le développement somatique et psychologique de près de 200 enfants bruxellois (SAND, 1966). Il en ressort que la classe sociale, telle que définie par l'auteur et dans les limites de l'échantillon étudié, ne laisse percevoir que peu de différences entre les groupes. Concernant la fréquence des difficultés alimentaires, des troubles du sommeil, des peurs de l'enfant, de ses colères et de l'énurésie, aucune différence n'atteint le seuil de signification statistique. En revanche, les garçons des classes sociales supérieures ont un développement intellectuel significativement plus favorable, celui-ci étant évalué à 3 et à 5 ans.

Aux Etats-Unis, SHAPIRO et al. (1980) ont plus récemment testé l'hypothèse selon laquelle il existerait un continuum entre les échecs de la reproduction (avortements spontanés, mortinatalité, mortalité post-natale) et la morbidité infantile. Pour ce faire, ils ont interrogé en 1977 environ 5000 mères d'enfants âgés d'un an révolu : ils ont obtenu ainsi des informations concernant les caractéristiques socio-démographiques des familles, les épisodes de maladie, l'hospitalisation, les malformations congénitales et d'autres renseignements concernant le recours aux services de santé. Leur étude permet de conclure que le niveau d'instruction de la mère, utilisé comme indicateur de niveau social, exerce une influence sur la "morbidité lourde" (\$) parallèle à celle que l'on observe pour la mortalité post-néonatale.

#### E.4.2. Persistance des inégalités sociales de santé maternelle et infantile.

-----

Il y a vingt ans, KADUSHIN écrivait de façon quelque peu provocante : "in modern Western countries, the relationship between social class and the prevalence of illness is certainly decreasing and most probably no longer even exists" (KADUSHIN, 1964). Depuis lors, cette ambition a suscité un long débat, dont l'importance est loin d'être négligeable puisque les enjeux correspondent aux principaux objectifs des politiques de santé.

-----  
(\$) Les auteurs entendent par "morbidité lourde" ("significant illness") l'existence de pathologies de longue durée (>30 jours), nécessitant un traitement médical prolongé ou conduisant à l'hospitalisation.

Il est difficile de suivre l'opinion de KADUSHIN si d'une part l'on constate la persistance des inégalités sociales devant la mort (cfr. supra), et si l'on ne postule pas d'autre part des taux de létalité différents entre les groupes sociaux. Néanmoins, la meilleure façon de vérifier son hypothèse consiste à la confronter à l'épreuve des faits, c'est-à-dire à mesurer la morbidité différentielle.

Les tentatives dans ce domaine ne sont pas légion. La première raison en est que si la mort est un phénomène peu discutable et facilement mesurable, en revanche la maladie ne se présente pas comme un "donné" et constitue en partie une expérience subjective. La mesure dans laquelle les gens estiment certains symptômes comme dignes d'intérêt (MECHANIC, 1978) et les définissent comme nécessitant des soins (KOOS, 1954) varient largement d'un groupe social à l'autre, et d'une pathologie à l'autre. Le caractère biaisé des données de morbidité "exprimée" empêche de tirer des conclusions définitives quant aux différences éventuelles de morbidité "réelle".

La deuxième raison est que, mises à part les statistiques de consommation médico-hospitalière, pour obtenir des statistiques de morbidité force est de recourir à des enquêtes spéciales exigeant des moyens considérables. Aux Etats-Unis, certaines enquêtes de morbidité sont régulièrement menées, soit au travers d'interviews menées auprès des ménages ("household interview studies") soit au travers d'examens systématiques et standardisés d'échantillons probabilistes ("health examination surveys") (ROGHMANN, 1973). Les résultats de telles enquêtes conduisent à observer des gradients sociaux non négligeables pour ce qui concerne la morbidité chronique, même si des réserves méthodologiques peuvent être soulevées (MECHANIC, 1978). En Belgique, SIMONART (1981) a pu montrer sur base de statistiques officielles de morbidité invalidante que des écarts de santé importants séparent les catégories socio-professionnelles. En Angleterre, BLAXTER (1976), au moyen de données concernant des hommes et des femmes de 15 à 64 ans, va jusqu'à soutenir l'hypothèse que les différences de morbidité sont encore plus importantes que les différences de mortalité. Pour la petite enfance, les données font cruellement défaut.

Nous avons posé comme premier objectif du présent travail de décrire le tableau sanitaire de la petite enfance et de tester l'hypothèse selon laquelle la morbidité frapperait plus lourdement les enfants des catégories sociales les moins favorisées.

A l'issue de ce chapitre nous pouvons conclure positivement: presque tous les indicateurs considérés reflètent des différences sociales. A l'exception de la fatigue (tableau E.13), chaque fois que des différences significatives apparaissent, c'est au détriment des femmes et des enfants de la catégorie sociale inférieure. De plus, ces inégalités commencent très tôt, dès avant la naissance, puisque c'est déjà sur le déroulement de la grossesse que le milieu social marque son empreinte. On observera en outre que les variations sociales portent sur une grande

variété d'indicateurs, depuis certains qui relèvent surtout de la vision personnelle des répondantes et que nous assimilons plutôt à la morbidité ressentie, jusqu'à d'autres qui concernent des données factuelles telles que le poids à la naissance, l'incidence de certaines symptomatologies, ou encore des décisions médicales "lourdes" (mise en couveuse, hospitalisation) reflétant dans une large mesure des problèmes médicaux importants; ces indicateurs sont à notre sens assez proches d'une évaluation de la morbidité "objectivée".

Ces constatations, considérées dans leur ensemble, confirment les impressions généralement émises par les obstétriciens qui n'hésitent pas à inclure la variable sociale en bonne position dans leurs fonctions d'évaluation du risque périnatal (NEWCOMBE et CHALMERS, 1981). Toutefois, nos résultats dépassent le cadre de la seule prématurité puisqu'ils montrent que le vécu de la grossesse est déjà sensiblement différent selon les groupes sociaux et que, dans les mois qui suivent, l'hospitalisation du nourrisson est 2.5 fois plus fréquente dans la catégorie inférieure que dans la catégorie supérieure.

Certains des résultats présentés plus haut méritent cependant quelques commentaires. En premier lieu, nous avons noté que la fréquence de l'épisiotomie était deux fois plus grande dans la catégorie sociale supérieure (40.2%) que dans la catégorie inférieure (20.1%), et l'importance de la différence a de quoi surprendre. Plusieurs explications possible nous viennent à l'esprit : soit la connaissance de l'intervention elle-même et du terme qui la désigne (malgré les explications apportées lors de l'enquête, cfr.annexe A.) est inférieure dans la catégorie la plus basse, entraînant de ce fait un pourcentage inférieur de réponses la mentionnant; cette explication nous paraît assez plausible. Par ailleurs, une différence compensatoire dans le taux de déchirure pourrait faire croire à une mauvaise "interprétation" de la suture subséquente : ce n'est toutefois pas le cas, comme il ressort du tableau E.4. Soit encore, nous devons postuler une attitude différentielle de la part des accoucheurs face aux parturientes de divers milieux sociaux. Ceci nous semble en partie attribuable aux caractéristiques mêmes de parité (davantage de primipares dans la catégorie supérieure) mais pas aux taux de manoeuvres obstétricales dans la mesure où le glissement s'opère "au détriment" des accouchements "sans particularités". En outre, rien ne permet d'exclure des raisons plus subtiles pour intervenir davantage chez les femmes des milieux les plus favorisés (dispositions anatomiques, état du périnée, voire attitude préventive du médecin, etc.)

Un autre résultat surprenant concerne la fréquence des prématurés dans nos catégories sociales si l'on compare le critère gestationnel au critère pondéral. Un gradient social décroissant apparaît dans les deux cas, mais il est beaucoup plus marqué pour le poids de naissance. En outre, le tableau E.A.3. en annexe montrait clairement que la proportion d'enfants pesant 2.5kgs ou plus parmi les pré-termes variait selon la catégorie sociale : il nous semble dès lors que l'on puisse

penser qu'un certain nombre de prématurés de poids satisfaisant n'ont pas été déclarés comme tels dans l'enquête, spécialement dans la catégorie sociale inférieure. Ceci a pu induire un phénomène de sous-enregistrement pour la prématurité gestationnelle, ainsi que cela a été maintes fois avancé dans d'autres études (BUEKENS et al., 1984) et nous pensons dès lors que le critère de prématurité pondérale offre dans notre enquête davantage de garanties au niveau de la fiabilité. Il n'est toutefois pas impossible que l'effet social soit plus marqué sur le poids de naissance que sur la durée de la grossesse, les deux phénomènes étant partiellement indépendants et pouvant répondre à des déterminismes distincts.

Enfin, le tableau E.13 nous confrontait avec l'observation d'une plus grande fatigue maternelle déclarée dans la catégorie sociale supérieure. Cette constatation allait à contresens de l'ensemble des autres résultats, et en particulier de ceux concernant la vision globale de santé de la mère (tableau E.12). C'est pourquoi nous pensons avoir affaire ici à un phénomène de terminologie, ou plus exactement de représentation sociale différentielle. Les données nous manquent pour étoffer ce point de vue, mais il nous semble que le terme "fatigue" est susceptible de recouvrir des réalités fort diverses selon les milieux, épuisement physique chez les uns, lassitude, sensations dépressives chez les autres.

Il n'en reste pas moins que le tableau de santé maternelle et infantile, avant, à la naissance et après, nous apparaît sans grande équivoque : il révèle qu'à de multiples points-de-vue les inégalités sociales subsistent en ce domaine, au détriment des familles les moins favorisées sur le triple plan de la situation professionnelle, du niveau d'instruction et des revenus. Qu'il s'agisse de morbidité quasiment objectivée ou de morbidité ressentie, nous en arrivons à conclure que le risque morbide est supérieur, et parfois très nettement supérieur, pour la mère et pour l'enfant dans ces familles.

#### E.4.3. Origines des inégalités de santé.

-----

Nous avons vu que l'appartenance à un milieu social devait être considérée comme un indicateur de risque, et non comme un facteur de risque. Il n'est pas inintéressant d'arriver à localiser les risques, c'est-à-dire d'identifier les groupes présentant les risques les plus importants : cette démarche permet en effet de localiser les efforts d'une politique de santé vers les populations qui en ont le plus besoin. Mais il est nécessaire d'aller plus loin et d'identifier les mécanismes susceptibles d'expliquer des fréquences supérieures de maladie ou

de décès dans certains segments de la population. Cette deuxième étape permet de suggérer des actions préventives, agissant sur les causes des inégalités afin de les réduire. En fait, les mécanismes des inégalités sociales de santé restent largement obscurs (EMANUEL, 1977; HEMMINKI et STARFIELD, 1978; DUBIN et JOHNSON, 1980; OAKLEY, 1983 ).

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour tenter d'"expliquer" les inégalités sociales de santé. Ceci vient du fait que les représentants des diverses "classes sociales" se différencient sur une quantité impressionnante de critères. A peu près tout les distingue : leurs conditions de vie, leur habitat, leurs conditions de travail, leurs revenus, leur alimentation, leurs loisirs, leurs moyens de transport, leurs connaissances, leur niveau d'instruction, ... en un mot leur mode de vie. Les indicateurs de niveau social sont des moyens grossiers de catégoriser des styles de vie ("the life styles") : ils décrivent à la fois l'environnement dans lequel les gens vivent et ont vécu, leurs possibilités d'accéder à certaines situations ou expériences, et le type de problèmes auxquels ils ont et ont eu à faire face. Ceci implique des différences de "culture", c'est-à-dire de manières de penser, de sentir et d'agir (cfr. infra). Le concept de "style de vie" est un concept général qui recouvre un large éventail de variables en interaction profonde : nutrition, logement, manière de soigner et d'éduquer les enfants, habitudes et attitudes, valeurs et aspirations, objectifs existentiels, volonté de prendre des risques ou non, souci de prendre soin de soi, intérêt pour la santé, etc. (MECHANIC, 1978).

Il est donc indispensable, si l'on veut démêler l'écheveau des déterminismes sociaux d'examiner plus en profondeur les caractéristiques individuelles des sujets, pour les mettre en relation avec les divers risques observés. Partie d'une description large des différences sociales qui persistent à apparaître dans les statistiques "de routine", l'épidémiologie sociale progresse dans le sens de la collecte de données individuelles couvrant les divers aspects psychologiques et culturels de la vie des individus et d'une analyse multivariée de ces caractéristiques.

Les premières explications avancées pour rendre compte de la mortalité sociale différentielle faisaient appel aux conditions d'habitat, à une alimentation insuffisante et au manque de soins à tous niveaux. Dans une telle hypothèse, avec l'amélioration générale des conditions de vie et de logement, et l'accès des pays industrialisés à une alimentation qui pêche actuellement plus par ses excès que par ses carences, ou aurait pu s'attendre à voir disparaître, ou diminuer sensiblement, les inégalités sociales devant la mort. Il n'en est rien, comme nous venons de le voir. Dans le même sens, certaines études sur la mortalité infantile ont conclu que le niveau socio-économique ne jouait aucun rôle en soi, puisque l'on pouvait observer des groupes très défavorisés avec de faibles taux (WILLIE, 1959; STOCKWELL, 1962). Le statut social n'est pas pour ces auteurs une condition suffisante, et l'on doit plutôt considérer que certaines carac-

téristiques particulières, associées dans certains cas à un statut social défavorisé, peuvent conduire l'enfant à être exposé à des risques accrus : ANDERSON (1958) a suggéré que la manière de soigner l'enfant ("patterns of infant care") joue probablement un rôle important.

Il faut citer ici une étude menée dans le Nord de la France: au-delà des différences socio-économiques, la mortalité infantile est apparue plus élevée dans les familles qui ne prenaient pas de vacances en été, où les enfants ne prenaient pas de bain chaque jour, ni ne sortaient à l'extérieur, où ils étaient pesés très irrégulièrement, et enfin où l'on n'accordait pas de grande importance à leur santé (BENJAMIN, 1965).

On peut donc suspecter à la fois les pratiques d'hygiène et les variations dans l'utilisation des ressources sanitaires ou dans le recours à la médecine, préventive ou curative. Mais on ne peut ignorer des facteurs de risques liés à l'environnement matériel, au stress, objectif ou ressenti, ou à des comportements connus pour leur nocivité (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation déséquilibrée) (LECLERC et al., 1979).

Le "stress" a par exemple constitué un pôle d'attraction pour bon nombre de chercheurs, dans la mesure où ce concept est largement porté par l'air du temps, et qu'il a été galvaudé par les moyens de communication de masse, - en particulier dans le domaine des maladies cardio-vasculaires - d'une façon qui contraste avec la pauvreté des résultats scientifiques disponibles à son sujet. Pour certains auteurs "le mot stress" lui-même a fait autant pour retarder les progrès scientifiques dans ce domaine que n'avait pu le faire l'expression des "miasmes" avant les découvertes pastoriennes (CASSEL, 1976). Une revue de la littérature sur le thème des relations entre classes sociales, stress et reproduction aboutit à la conclusion que les études menées jusqu'ici ne permettent pas clairement d'attribuer au stress la responsabilité des différences sociales majeures observées dans le domaine de la reproduction et de l'enfantement. Les recherches du type nécessaire pour examiner adéquatement les relations entre stress, classes sociales et problèmes de santé périnatale n'ont tout simplement pas été menées jusqu'ici (OAKLEY et al., 1983).

Pour notre part, nous avons choisi d'examiner avec attention les relations qui pourraient exister entre certains aspects de la culture, - en l'occurrence une série de conceptions et d'attitudes relatives au domaine de la santé et de la maladie - , d'une part, et la morbidité périnatale, au sens large, d'autre part. Ceci sera plus particulièrement l'objet du chapitre I. Auparavant, nous voulons élargir notre travail descriptif pour présenter le tableau des variations géographiques de santé autour de la naissance.

## E.5. Conclusions

Ce chapitre a permis de dresser le tableau des variations sociales de morbidité pré-, péri- et post-natale. Nous avons pu retrouver des différences importantes entre les catégories sociales, et ceci malgré le caractère rudimentaire de la classification utilisée. Ces différences jouent au détriment de la catégorie inférieure d'une façon cohérente et systématique.

Pour ne rappeler que les différences significatives du point de vue statistique, les répondantes de la catégorie supérieure :

- vivent leur grossesse de manière plus positive
- subissent deux fois moins souvent un cerclage du col
- prennent moins de médicaments durant la grossesse
- sont 2.5 fois moins souvent hospitalisées durant celle-ci
- restent alitées moins longtemps lorsque nécessaire
- subissent deux fois plus d'épisiotomies.

Quant aux enfants de cette catégorie supérieure :

- ils sont mis deux fois moins souvent en couveuse, et si l'on tient compte de la durée de séjour en couveuse, le risque relatif atteint 5 pour la catégorie inférieure comparée à la supérieure
- ils sont déclarés 2.5 fois moins souvent malades depuis leur naissance jusqu'au moment de la seconde enquête
- ils sont hospitalisés 2.5 fois moins souvent entre le moment de leur naissance et celui de la seconde enquête.

Nous avons donc pu confirmer que se retrouvaient dans le domaine de la morbidité les inégalités qui avaient été décrites sur base de la mortalité.

De plus, nos indicateurs se rapportent aussi bien au déroulement de la grossesse qu'à l'incidence de pathologies diverses à la naissance et dans les premiers mois de vie de l'enfant : à ces différents moments, le milieu social marque effectivement de son empreinte l'état de santé de la mère et de l'enfant.

Enfin, qu'il s'agisse de données factuelles peu discutables comme le poids de l'enfant à la naissance par exemple, ou de déclarations davantage liées à la perception individuelle des phénomènes, les différences, voire les gradients, que nous observons jouent quasiment toujours dans la même direction. Dès lors même en l'absence d'examen médicaux standardisés, nous pouvons conclure au caractère "réel" et non seulement "subjectif" des inégalités que nous avons décrites.

Les différences que nous venons de décrire en fonction du milieu social interpellent le chercheur ou le décideur dans le domaine de la santé publique. Elles sont susceptibles d'apporter un éclairage nouveau aux divers problèmes de consommation médico-hospitalière, comme aux programmes de santé maternelle et infantile ou d'éducation pour la santé.

Cette constatation nous invite à poursuivre notre travail dans le sens d'une recherche des déterminants à l'oeuvre derrière cette différenciation sociale manifeste face à la santé et à la maladie. Nous porterons nos investigations en premier lieu vers les caractéristiques démographiques, médicales et comportementales de la mère. Ce n'est qu'ensuite que nous analyserons l'influence possible de la culture sanitaire sur la santé autour de la naissance.

Mais auparavant, nous voulons compléter le tableau descriptif entrepris dans ce chapitre en montrant comment se déroulent la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant dans trois arrondissements fort contrastés. L'arrondissement de Nivelles, proche de Bruxelles, peut être qualifié de "tertiaire" sur base des activités économiques qui y prévalent; il est moins homogène que les autres puisqu'il regroupe en outre des populations à la fois industrielles (dans le Sud-Ouest) et agricoles (dans l'Ouest). L'arrondissement de Charleroi correspond à une vaste conurbation et à un tissu industriel d'origine ancienne; il se caractérise entre autres par une fréquence élevée de travailleurs immigrés, spécialement d'origine italienne. Enfin l'arrondissement de Bastogne est le plus "vert" de Belgique: c'est l'arrondissement rural par excellence.

Loin d'aller jusqu'à imaginer une superposition parfaite, nous pensons que des cadres de vie aussi différents peuvent correspondre à des "cultures" différenciées. Notre but sera donc dans le chapitre suivant de décrire les disparités régionales de santé au travers des résultats de notre enquête sur la morbidité maternelle et infantile. Ce n'est qu'après cette deuxième étape descriptive que nous aborderons les méthodes analytiques, en vue d'essayer de rendre compte des différences observées.

## CHAPITRE F

### VARIATIONS GEOGRAPHIQUES DE LA MORBIDITE MATERNELLE ET INFANTILE

#### F.1. Introduction

Le chapitre précédent a mis en lumière à quel point, dans la Région Wallonne en 1980, les catégories sociales se distinguent à l'égard de la santé maternelle et infantile autour de la naissance. Nous allons aborder maintenant le deuxième volet de notre approche descriptive en comparant sous cet angle les situations de santé de trois arrondissements. Ceux-ci ont été choisis en raison de leurs caractéristiques socio-démographiques et économiques contrastées (cfr. supra).

L'épidémiologie, si l'on suit la définition classique qu'en donnent MAC MAHON et PUGH (1970) est "l'étude de la fréquence et de la distribution des maladies et de leurs déterminants"; elle puise dès lors ses sources historiques dans deux directions fondamentales : la comparaison des phénomènes dans le temps, et leur comparaison dans l'espace. Cette deuxième direction correspond à tout un mouvement de recherches que l'on a qualifié d'épidémiologie géographique (cfr. ADELFF 1978; DIVERS, 1981).

Il est devenu banal de constater que la mortalité ne se distribue pas au hasard à travers les pays ou les régions. Les maladies elles aussi suivent des distributions géographiques particulières. Il en va de même en ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et la petite enfance : les problèmes de santé qui les caractérisent ne se présentent pas avec la même ampleur dans les diverses zones géographiques. Pour ne parler que de la Belgique, les démographes ont clairement montré les disparités de mortalité pré-, péri- et post-natale entre les arrondissements; ces disparités ont modifié et modifient encore largement leur profil au cours du temps, mais aujourd'hui encore, on peut constater des différences importantes entre les zones (Département de Démographie U.C.L., 1977; MASUY-STROOBANT, 1983). Ainsi, par exemple pour les années 1973-1976, on relève les taux de mortalité néonatale extrêmes à Eeklo (7.20%) et à Bastogne (16.71%) . Les taux de mortalité correspondant à ces deux arrondissements sont respectivement de 9.36% et 10.34%, mais les extrêmes s'observent à Louvain (6.56%) et à Mons (13.74%). Si l'on prend comme référence les taux les plus faibles, ceci revient à constater des risques relatifs maximaux de l'ordre de 2.3 et 2.1. (MASUY-STROOBANT, 1983).

Ces disparités se traduisent encore par l'espérance de vie à la naissance, calculée à partir des tables de mortalité du moment (période 1969-1972).

Pour le sexe masculin, on relève les extrêmes suivants :

- Charleroi = 65.2 ans
- Dixmude = 70.5 ans

Pour le sexe féminin :

- Huy = 72.6 ans
- Furnes = 75.6 ans (GOSSIAUX, 1981).

Le tableau de ces importantes variations géographiques de mortalité étant établi, de nombreuses questions se posent aux chercheurs, comme aux décideurs dans le domaine de la Santé Publique. Ces différences de mortalité reflètent-elles des variations dans l'incidence des pathologies, ou dans leur létalité ? Les différences de mortalité autour de la naissance aboutissent-elles à "sélectionner" des populations moins vulnérables, et observe-t-on un aplanissement des différences régionales de la morbidité ultérieure de ce fait ? Une diminution de la mortalité autour de la naissance n'a-t-elle pas pour effet d'accroître la morbidité, et si oui, dans quelle mesure ?

Toutes ces questions sont d'une importance cruciale pour permettre de définir des stratégies de santé. Or, il faut bien constater que jusqu'ici peu de réponses peuvent être avancées. La raison majeure en est la cruelle déficience de statistiques dans le domaine de la morbidité (MANCIAUX, 1971; KLEIN-BEAUPAIN et LEFEVRE, 1973).

L'objectif du présent chapitre consiste à décrire les variations géographiques éventuelles de santé maternelle et infantile, telle que nous l'avons approchée dans notre enquête auprès de 750 jeunes mères dans 3 arrondissements wallons. Ces trois arrondissements ont été choisis pour leurs caractéristiques socio-économiques tranchées (cfr chapitre C). L'hypothèse spécifique que nous avons voulu tester ici est celle d'une similitude entre les disparités géographiques décrites dans notre Région par les démographes en ce qui concerne la mortalité de la petite enfance, et les éventuelles différences que nous pourrions observer au travers de nos indicateurs, concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que la santé du nouveau-né et du nourrisson.

Le chapitre qui va suivre a donc pour but de montrer de quelle manière les trois arrondissements étudiés se distinguent sur le plan de la santé "autour de la naissance". En fait, deux approches différentes peuvent être défendues : ou bien l'objectif poursuivi par une étude géographique consiste à décrire les différences brutes entre régions, sans tenir compte des "raisons" ou des "facteurs de confusion" qui peuvent sous-tendre de telles différences, ou bien l'objectif est de faire la part des choses et de tenter de cerner les différences nettes. Cette dernière approche revient à chercher à isoler un effet de localisation indépendant, par exemple, de la distribution sociale ou de l'origine ethnique des populations, et donc attribuable à des conditions plus spécifiquement locales.

La première de ces approches a été utilisée précédemment, et les résultats ont été publiés ailleurs (NAMUROIS et LAGASSE, 1984). Le lecteur trouvera en annexe (tableau F.A.2) une vision synoptique des variations géographiques concernant les principaux critères de santé/morbidité retenus. Sur les dix-huit critères rassemblés dans ce tableau, sept accusent des variations régionales significatives au seuil de 5%. Il s'agit des nausées gravidiques, de l'hospitalisation prénatale, de l'existence d'un problème à la naissance, de l'existence d'une maladie déclarée ou de l'existence de toux dans les 4 à 9 premières semaines, de l'hospitalisation du nourrisson et de la santé du nourrisson considérée comme excellente. A l'exception de la vision subjective de la maladie dans les 4 à 9 premières semaines, les différences observées vont toutes au désavantage des mères et des enfants de Charleroi. A Bastogne, les résultats sont fort semblables à ceux de Nivelles, sauf dans la période post-néonatale où la fréquence de toux et la fréquence d'enfants considérés comme malades y sont supérieures. La santé excellente du nourrisson est relevée moins souvent à Bastogne, mais son hospitalisation y est aussi plus rare. Ces résultats prennent d'autant plus d'importance que la méthode d'échantillonnage nous permet de considérer que nos populations représentent correctement la population des naissances de ces trois arrondissements pour la période considérée (cfr.LAGASSE et NAMUROIS, 1985).

## F.2. Méthodes

Le chapitre précédent a clairement mis en évidence que nos indicateurs de santé sont étroitement liés au milieu social. Nous devons bien évidemment tenir compte de cette association dans les comparaisons géographiques afin d'éviter un effet de confusion possible : c'est pourquoi nous présentons dans les pages qui suivent des résultats standardisés pour la catégorie sociale. De plus, afin d'éviter le biais potentiel lié à la nationalité des répondantes, nous nous restreindrons dans ce chapitre descriptif à un sous-échantillon de femmes et d'enfants belges (cfr. infra).

Les méthodes statistiques utilisées dans ce chapitre sont essentiellement les mêmes que dans le chapitre précédent. Il faut toutefois y ajouter deux techniques qui ont pour but de tenir compte des liaisons observées entre la catégorie sociale d'appartenance, le lieu de résidence et la nationalité des répondantes. La première et la plus simple consiste à restreindre l'échantillon aux femmes et enfants belges et à standardiser les résultats en donnant un poids variable aux diverses observations. L'annexe F.A.1 présente les modalités et les effets de cette sélection suivie d'une standardisation directe. On en retiendra essentiellement que cette technique aboutit à disposer dans chaque arrondissement des mêmes proportions de répondantes de chacune des catégories sociales considérées. L'autre conséquence est la diminution sensible de l'effectif sur lequel portent les analyses. La puissance des tests utilisés (Chi carré et test exact de IRWIN-FISHER-YATES pour les comparaisons de proportions, analyse de variance à une dimension et F de Fisher pour les comparaisons de moyennes) en est bien sûr affectée.

La deuxième technique utilisée dans ce chapitre est l'analyse multivariée de régression multilogistique. Ses principes ont été exposés plus haut (cfr. section D.6.4.2). Plus précisément, pour les besoins du chapitre, nous avons introduit sous forme de variables dépendantes binaires les divers indicateurs de santé/ morbidité retenus. Comme variables indépendantes, nous nous sommes limité ici à introduire la variable sociale sous sa forme ternaire (1,2,3) et les deux variables d'arrondissement sous forme binaire (Nivelles : 1 = oui; 0 = non; Bastogne : 1 = oui; 0 = non). Il ressort immédiatement de cette façon de procéder qu'un sujet domicilié dans l'arrondissement de Charleroi se voit identifié par une valeur nulle pour chacune des deux variables d'arrondissement.

Rappelons que l'objectif d'une analyse de régression multilogistique consiste à déterminer une fonction de risque intégrant un maximum de variables pertinentes pour optimiser la prédiction de ce risque. Seront considérées comme pertinentes à l'issue d'un processus de sélection "pas-à-pas" les variables

présentant dans le modèle un rôle qualifié de significatif, au sens statistique du terme, c'est-à-dire apportant une information substantielle permettant de mieux prédire l'événement par rapport auquel se calcule le risque.

L'intérêt d'introduire ici cette forme d'analyse multivariée repose sur la possibilité qu'elle offre de traiter de manière globale un large ensemble de variables indépendantes. Dans ce chapitre elles sont au nombre de trois, mais dans les chapitres ultérieurs le nombre de variables à manipuler simultanément pourra atteindre la vingtaine. Néanmoins, nous observerons déjà dans ce chapitre l'avantage de l'approche de régression multilogistique qui nous permet de travailler sur le plus large effectif de répondantes.

Nous ne reprenons dans les tableaux correspondants que les coefficients (  $\times 100$  ) relatifs aux seules variables retenues dans les modèles au terme du processus. La valeur absolue du coefficient reflète l'importance de la liaison statistique entre la variable prédictive et l'événement. Quant à son signe, il détermine le sens du "risque" : s'il est positif, le risque de l'événement (de morbidité le plus souvent) est accru dans le groupe correspondant à la valeur la plus élevée de la variable prédictive (par exemple, les habitantes de Nivelles pour la variable "Nivelles", ou les femmes des catégories supérieures pour la variable sociale). S'il est négatif, ce sera le contraire.

Enfin, rappelons que lorsque nous parlons de risque relatif (R.R.) ou de rapport de fréquences observées (R.F.O.), nous entendons le rapport du taux le plus élevé au taux le plus bas observé.

Lorsqu'un événement peut être caractérisé à la fois par sa fréquence et par sa durée, - par exemple, l'hospitalisation, l'alitement ou la mise en couveuse -, nous avons présenté d'une part la durée moyenne calculée sur les sous-ensembles de répondants ayant présenté l'événement, et d'autre part la durée moyenne rapportée à l'ensemble des sous-groupes étudiés. Nous avons appelé index d'événement ce dernier paramètre, et index relatif le rapport de l'index maximum à l'index minimum.

**TABEAU F.1. : Vécu de la grossesse en fonction de l'arrondissement de résidence.**

Réponses fournies lors de la première et de la seconde enquête. Echantillon des répondantes belges, standardisé pour la catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre des réponses. Nombre de réponses entre parenthèse: Test de Chi carré (6 d.l.).

|                         | ARRONDISSEMENT |              |              | Total        | Test $\chi^2_6$ |
|-------------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
|                         | Nivelles       | Charleroi    | Bastogne     |              |                 |
| <u>Première enquête</u> | (135)          | (274)        | ( 55)        | (464)        | 6.14 NS         |
| Très mal                | 3.9            | 4.9          | 3.2          | 4.4          |                 |
| Plutôt mal              | 11.7           | 14.1         | 8.8          | 12.8         |                 |
| Plutôt bien             | 32.4           | 34.1         | 23.4         | 32.3         |                 |
| Parfaitement            | 52.0           | 47.0         | 64.7         | 50.5         |                 |
| <b>T O T A L</b>        | <b>100.0</b>   | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |                 |
| <u>Seconde enquête</u>  | (107)          | (209)        | ( 42)        | (358)        | 4.18 NS         |
| Très mal                | 6.3            | 5.3          | 1.4          | 5.2          |                 |
| Plutôt mal              | 10.2           | 14.9         | 11.5         | 13.1         |                 |
| Plutôt bien             | 36.9           | 31.6         | 41.8         | 34.4         |                 |
| Parfaitement            | 46.6           | 48.2         | 45.3         | 47.4         |                 |
| <b>T O T A L</b>        | <b>100.0</b>   | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> |                 |

**TABEAU F.2. : Indices négatifs observés au cours de la grossesse en fonction de l'arrondissement de résidence.**  
Echantillon des répondantes belges, standardisé pour la catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. Test de Chi carré (2 d.l.).

|   | ARRONDISSEMENT |           |          | Total | Test $\chi^2_2$ |
|---|----------------|-----------|----------|-------|-----------------|
|   | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       |                 |
|   | (135)          | (275)     | ( 55)    | (465) |                 |
| Nausées importantes en début de grossesse | 35.0           | 42.5      | 32.2     | 39.2  | 3.31 NS         |
| Hémorragies                               | 5.9            | 5.9       | 3.5      | 5.6   | 0.54 NS         |
| Menace de fausse couche                   | 7.7            | 12.8      | 7.9      | 10.7  | 2.98 NS         |
| Cerclage du col                           | 2.4            | 4.7       | 1.3      | 3.6   | 2.30 NS         |
| Hypertension                              | 12.9           | 16.6      | 8.5      | 14.6  | 2.86 NS         |
| Hypotension                               | 13.3           | 17.8      | 17.1     | 16.4  | 1.32 NS         |
| Albuminurie                               | 7.8            | 17.3      | 3.2      | 12.9  | 12.41 **        |
| Glucosurie                                | 7.6            | 8.8       | 1.8      | 7.6   | 3.17 NS         |
| Survenue d'une maladie ou plus            | 16.7           | 15.0      | 13.4     | 15.3  | 0.38 NS         |
| Prise de médicaments                      | 34.3           | 39.5      | 34.6     | 37.4  | 1.26 NS         |

### F.3. Résultats

#### F.3.1. période prénatale -----

Le tableau F.1 nous montre la distribution des répondantes de chaque arrondissement par rapport au vécu subjectif de leur grossesse, dans les semaines immédiates qui suivent l'accouchement, ainsi que 6 mois plus tard. On y constate que les arrondissements sont relativement peu contrastés. Au niveau des tendances décelables, l'arrondissement de Bastogne semble caractérisé par un vécu légèrement plus positif que Charleroi, Nivelles occupant une position intermédiaire.

Le tableau F.2 reprend différents indicateurs médicaux négatifs concernant la grossesse. Les différences ne sont pas significatives, au sens statistique du terme, à l'exception de l'albuminurie qui touche 3% des répondantes de Bastogne, 2.4 fois plus souvent celles de Nivelles et 5.4 fois plus souvent celles de Charleroi. On peut néanmoins relever parmi les autres indicateurs une régularité frappante : l'arrondissement de Charleroi se caractérise pour tous les indicateurs étudiés par des résultats moins favorables. Par ailleurs, sur les dix indicateurs, la meilleure place revient à Bastogne pour sept d'entre eux et à Nivelles pour les trois autres. Les risques relatifs, tels que définis plus haut, s'échelonnent de 1.1 (survenue d'une maladie ou plus) à 5.4 (albuminurie).

Le tableau F3 présente les résultats relatifs à l'alitement et à l'hospitalisation. On y voit que près d'une femme sur cinq a dû s'aliter dans l'arrondissement de Charleroi, contre 7 % seulement à Bastogne, et plus d'une sur dix être hospitalisée à Charleroi, contre 4 % à Bastogne. Les risques relatifs valent respectivement 2.4 et 2.7. Quant aux index relatifs, qui tiennent compte en outre de la durée, ils atteignent respectivement les valeurs de 3.7 et 8.3, du fait des périodes plus courtes observées à Bastogne (1 semaine en moyenne, contre 3 à Charleroi). Il est à signaler toutefois qu'aucun des tests statistiques ne dépasse le seuil de 5%.

#### F.3.2. L'accouchement -----

Le tableau F.4 reprend les diverses modalités d'accouchement. Plus encore que dans les précédents, des différences importantes entre arrondissements sont à signaler. Environ un tiers des accouchements ne présentent aucune particularité; ceci est vrai dans les trois zones. A l'inverse,

**TABEAU F.3. : Alitement et hospitalisation pendant la grossesse en fonction de l'arrondissement de résidence.**  
Echantillon des répondantes belges, standardisé pour la catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Tests de Chi carré (2 d.l.) et F de Fisher (n.d.l.).

|  | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(463) | Test de<br>signification |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------------|
|  | Nivelles<br>(134) | Charleroi<br>(274) | Bastogne<br>( 55) |                |                          |
| Alitement d'une semaine ou plus (%)        | 15.8              | 17.9               | 7.4               | 16.0           | $\chi^2 = 3.71$ NS       |
| Risque relatif                             | 2.1               | 2.4                | 1.0               | -              | -                        |
| Durée moyenne d'alitement (semaines)       | 7.5               | 9.7                | 6.2               | 8.8            | F = 0.69 NS (2/70)       |
| Index d'alitement (semaines) §             | 1.2               | 1.7                | 0.5               | 1.4            | F = 1.85 NS (2/460)      |
| Index relatif §                            | 2.6               | 3.7                | 1.0               | -              | -                        |
| Hospitalisation d'une semaine ou plus (%)  | 6.6               | 11.4               | 4.2               | 9.1            | $\chi^2 = 4.33$ NS       |
| Risque relatif                             | 1.6               | 2.7                | 1.0               | -              | -                        |
| Durée moyenne d'hospitalisation (semaines) | 2.1               | 3.1                | 1.0               | 2.8            | F = 0.44 NS (2/39)       |
| Index d'hospitalisation (semaines) §       | 0.1               | 0.4                | 0.04              | 0.3            | F = 1.67 NS (2/460)      |
| Index relatif §                            | 3.3               | 8.3                | 1.0               | -              | -                        |

§ index = calculé en rapportant le nombre total de jours d'alitement ou d'hospitalisation à l'effectif total du groupe exposé au risque (cet index est donc fonction à la fois de la durée moyenne et du pourcentage de femmes alitées ou hospitalisées).

**TABEAU F.4 : Modalités d'accouchement par arrondissement de résidence.**  
Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
Les modalités ne sont pas mutuellement exclusives.  
Test de Chi carré (2 d.l.).

|                                      | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(465) | $\chi^2$  |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|-----------|
|                                      | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>( 55) |                |           |
| Sans particularité                   | 33.8              | 31.3               | 36.3              | 32.6           | 0.64 NS   |
| Episiotomie sans autre particularité | 28.9              | 32.4               | 9.3               | 28.7           | 11.97 **  |
| Sous total                           | 62.7              | 63.7               | 45.6              | 61.3           | 6.49 *    |
| Recours à la ventouse                | 4.1               | 8.4                | 17.5              | 8.0            | 9.32 **   |
| Recours aux forceps                  | 2.6               | 7.7                | 1.1               | 5.4            | 6.86 *    |
| Césarienne                           | 10.5              | 11.8               | 14.4              | 11.7           | 0.58 NS   |
| Sous total                           | 17.2              | 27.9               | 33.0              | 25.1           | 7.38 *    |
| Déchirure périnéale                  | 5.7               | 2.4                | 19.8              | 5.4            | 27.12 *** |

TABLEAU F.5. : Prématurité et poids de naissance en fonction de l'arrondissement de résidence.

En pourcentages (calculés sur le nombre de réponses) et en kilogrammes. Echantillon des répondantes belges, après standardisation pour la catégorie sociale. Test de Chi carré (2 d.l.) et test F de Fisher.

|   | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(464) | Tests de signification |
|---|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|------------------------|
|   | Nivelles<br>(134) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>( 55) |                |                        |
| Accouchement avant la fin de la 37ème semaine (%)       | 7.3               | 8.1                | 4.1               | 7.4            | $\chi^2_2 = 1.14$ NS   |
| Poids de naissance moyen (kgs)                          |                   |                    |                   |                |                        |
| sexe masculin   | 3.269             | 3.287              | 3.407             | 3.295          | F = 0.51 NS<br>(2/237) |
| sexe féminin  | 3.153             | 3.075              | 3.233             | 3.117          | F = 1.21 NS<br>(2/222) |
| Poids de naissance < 2,5 kgs (%)<br>(deux sexes réunis) | 9.6               | 8.5                | 4.2               | 8.3            | $\chi^2_2 = 1.53$ NS   |

TABLEAU F.6. : Fréquence et durée du séjour en couveuse en fonction de l'arrondissement de résidence.

Echantillon des répondantes belges, standardisé pour la catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Tests de Chi carré (2 d.l.) et F de Fisher (n.d.l.).

|                                      | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(465) | Test de signification  |
|--------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|------------------------|
|                                      | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>( 55) |                |                        |
| Fréquence de la mise en couveuse (%) | 13.7              | 13.6               | 18.0              | 14.2           | 0.76 NS                |
| Risque relatif                       | 1.0               | 1.0                | 1.3               | -              | -                      |
| Durée moyenne du séjour (jours)      | 8.2               | 12.9               | 4.6               | 10.3           | F = 2.22 NS<br>(2/63)  |
| Index de mise en couveuse (jours) §  | 1.1               | 1.8                | 0.8               | 1.5            | F = 0.88 NS<br>(2/462) |
| Index relatif §                      | 1.4               | 2.1                | 1.0               | -              | -                      |

(§) index = calculé en rapportant le nombre total de jours d'alitement ou d'hospitalisation à l'effectif total du groupe exposé au risque (cet index est donc fonction à la fois de la durée moyenne et du pourcentage de femmes alitées ou hospitalisées).

le recours à l'épisiotomie, en dehors d'une autre "particularité" (\$), qui atteint en moyenne une femme sur trois, est trois fois moins fréquemment rapporté par les répondantes de Bastogne ( 9.3 % ). C'est aussi dans cet arrondissement que s'observe la plus grande fréquence d'extraction à la ventouse (R.F.O. = 4.3) alors que le recours aux forceps caractérise surtout l'arrondissement de Charleroi. Au total, c'est à Nivelles que le taux global de "manoeuvres" (ventouse + forceps ) et de césarienne est le moins élevé et à Bastogne le plus important. Il est en outre intéressant de remarquer que la fréquence des déchirures périnéales est très faible à Charleroi ( 2.4% ) , doublée à Nivelles, mais presque décuplée à Bastogne, où elle atteint près de 20 %.

La prématurité, gestationnelle ou pondérale, a été étudiée en fonction de l'arrondissement de résidence, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau F.5. Aucune différence statistiquement significative ne ressort de ce dernier. On peut néanmoins faire remarquer le profil assez superposable des taux observés dans l'un et l'autre cas : Charleroi y présente une fréquence double de celle de Bastogne, que ce soit d'enfants nés avant la 38ème semaine de gestation ou pesant moins de 2.5kgs à la naissance. La situation un peu particulière de Nivelles tient au fait que la fréquence de "pré-terme" est légèrement inférieure à celle de Charleroi et celle de "petits poids" est légèrement supérieure. Les poids moyens à la naissance reflètent les mêmes tendances.

Le tableau F.6 a de quoi surprendre à première vue. On y voit que la fréquence de mise en couveuse y dépasse à Bastogne les chiffres de Charleroi et de Nivelles (R.R. = 1.3), alors que nous venons d'y constater des taux de prématurité deux fois moins élevés. Cependant, si l'on tient compte de la durée de séjour en couveuse, les résultats se redressent et l'index relatif atteint 1.0 à Bastogne, 1.4 à Nivelles et 2.1 à Charleroi, montrant un profil assez superposable à celui de la prématurité.

### F.3.3. Les premières semaines de vie

-----

Le tableau F.7 concerne la fréquence d'enfants "malades" et d'enfants ayant présenté divers symptômes ou syndromes. L'échantillon utilisé pour le calcul des taux est constitué par les seuls enfants âgés de 4 à 9 semaines lors du premier passage de l'enquêteur à domicile (cfr. supra, section E.3.3). On constate des différences non négligeables pour le premier indicateur présenté : les répondantes signalent 1.8 fois plus souvent un épisode qualifié de maladie dans l'arrondissement de Bastogne, en

-----

(\$) Pour le sens que nous avons accordé au terme "particularité", cfr. section D.7.2.

TABLEAU F.7. : Episodes pathologiques présentés par les enfants depuis la naissance jusqu'au moment de l'enquête (4 à 9 semaines révolues) en fonction de l'arrondissement de résidence. Sous-échantillon des répondantes belges, après standardisation pour la catégorie sociale. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Test de Chi carré (2 d.l.).

|  | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(322) | Test $\chi^2_2$ |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|-----------------|
|  | Nivelles<br>(105) | Charleroi<br>(177) | Bastogne<br>( 39) |                |                 |
| Enfant "déclaré malade"<br>par sa mère au moins<br>une fois depuis la<br>naissance | 21.2              | 16.4               | 30.2              | 19.6           | 4.09 NS         |
| Risque relatif   | 1.3               | 1.0                | 1.8               | -              | -               |
| Enfant ayant présenté<br>un ou plusieurs symptô-<br>mes ou syndromes               | 55.4              | 54.8               | 52.8              | 54.8           | 0.08 NS         |
| Risque relatif   | 1.0               | 1.0                | 1.0               | -              | -               |
| Enfant ayant présenté<br>au moins une fois :                                       |                   |                    |                   |                |                 |
| - toux   | 13.3              | 25.6               | 22.6              | 21.3           | 6.02 *          |
| - diarrhée   | 21.2              | 18.1               | 12.3              | 18.4           | 1.53 NS         |
| - vomissements   | 8.9               | 17.2               | 12.3              | 13.9           | 3.85 NS         |
| - allergies  | 8.9               | 8.2                | 9.0               | 8.6            | 0.05 NS         |
| - ictère prolongé  | 0.6               | 0.9                | 3.4               | 1.1            | 2.06 NS         |
| - convulsions  | 0.0               | 0.6                | 0.0               | 0.3            | 0.81 NS         |
| - autres symptômes<br>ou syndromes   | 22.1              | 15.1               | 23.4              | 18.4           | 2.94 NS         |

TABLEAU F.8. : Appréciation maternelle du poids de l'enfant et de la qualité de son sommeil, en fonction de l'arrondissement de résidence.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
 Nombre de réponses entre parenthèses. Sous-échantillon des répondantes belges, après standardisation pour la catégorie sociale. Test de Chi carré (n.d.l.).

|                        | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(359) | Test de<br>signification |
|------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------------|
|                        | Nivelles<br>(108) | Charleroi<br>(209) | Bastogne<br>( 42) |                |                          |
| <u>POIDS</u>           |                   |                    |                   |                |                          |
| Enfant trop gros       | 4.5               | 4.9                | 1.7               | 4.4            | $\chi^2_4 = 2.68$ NS     |
| Enfant trop mince      | 5.3               | 2.4                | 3.8               | 3.4            |                          |
| "Comme il faut"        | 90.1              | 92.7               | 94.5              | 92.1           |                          |
| <u>SOMMEIL</u>         |                   |                    |                   |                |                          |
| "Dort bien en général" |                   |                    |                   |                | $\chi^2_2 = 2.15$ NS     |
| oui                    | 89.8              | 85.2               | 91.7              | 87.4           |                          |
| non                    | 10.2              | 14.8               | 8.3               | 12.6           |                          |
| <u>REVEIL NOCTURNE</u> |                   |                    |                   |                |                          |
| Très souvent           | 13.2              | 19.8               | 8.4               | 16.5           | $\chi^2_6 = 19.26$ **    |
| Souvent                | 11.8              | 9.8                | 11.5              | 10.6           |                          |
| Peu souvent            | 14.0              | 9.9                | 33.4              | 13.9           |                          |
| Très rarement          | 61.1              | 60.5               | 46.7              | 59.0           |                          |

TABLEAU F.9. : Maladie et hospitalisation de l'enfant en fonction de l'arrondissement de résidence.  
 Sous-échantillon des enfants belges, âgés de 7 à 9 mois révolus, après standardisation pour la catégorie sociale.  
 Même présentation que le tableau précédent.

|  | ARRONDISSEMENT |           |          | Total | Test $\chi^2_2$ |
|--|----------------|-----------|----------|-------|-----------------|
|  | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       |                 |
| Enfant ayant été malade une fois au moins depuis sa naissance      | (101)          | (189)     | ( 37)    | (327) | 0.18 NS         |
| OUI  | 74.7           | 72.7      | 75.1     | 73.6  |                 |
| NON  | 25.3           | 27.3      | 24.9     | 26.4  |                 |
| Enfant ayant été hospitalisé une fois au moins depuis sa naissance | ( 99)          | (186)     | ( 35)    | (320) | 1.45 NS         |
| OUI  | 6.2            | 7.0       | 1.7      | 6.1   |                 |
| NON  | 93.8           | 93.0      | 98.3     | 93.9  |                 |

comparaison de leurs homologues carolorégiennes. De façon contrastante, un pourcentage identique d'enfants (de 53 à 55%) ont présenté depuis leur naissance un ou plusieurs symptômes ou syndromes. Si l'on va dans le détail, on remarque toutefois une différence significative touchant un symptôme particulier : la toux. Cette dernière est signalée presque deux fois plus fréquemment à Charleroi et à Bastogne qu'à Nivelles. Les autres symptômes ne traduisent pas de tendances systématiques en faveur ou au détriment de l'une ou l'autre zone. Signalons cependant une légère sous-représentation de l'arrondissement de Charleroi dans la seule catégorie ouverte ("autres symptômes") : 15% des mères y font référence contre 22 et 23% à Nivelles et Bastogne.

On a vu dans le chapitre précédent que la proportion d'enfants ayant présenté l'un ou l'autre symptôme et déclaré "malade" variait fort entre les catégories sociales. Il en va de même pour les arrondissements, même en tenant compte de l'effet social par la standardisation : ces pourcentages atteignent dans l'ordre 30% à Charleroi, 38% à Nivelles et 57% à Bastogne.

#### F.3.4. La santé de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête

-----

La présentation par arrondissement des données émanant de la seconde enquête commence au tableau F.8; les enfants ont en moyenne à ce moment un peu moins de 9 mois (cfr. supra, section E.3.4). On y constate que les répondantes sont satisfaites du poids de leur enfant dans des proportions fort similaires d'un arrondissement à l'autre. Il en va un peu autrement en ce qui concerne leur sommeil : on observe une tendance (non significative) pour la distribution des réponses à la question "dort-il bien en général?" Charleroi obtient 1.8 fois plus souvent des réponses négatives que Bastogne, Nivelles se situant à mi-chemin. A la question des réveils nocturnes, le même type de gradient se confirme, au désavantage des enfants de Charleroi ... et de leurs parents; le test est ici nettement significatif.

Les épisodes de maladie et l'hospitalisation du nourrisson depuis sa naissance ont été rassemblés dans le tableau F.9 qui ne révèle aucune différence significative. On peut toutefois faire remarquer, avec la prudence nécessaire, un taux d'hospitalisation nettement plus faible à Bastogne qu'ailleurs.

La même prudence s'impose pour décrire le tableau F.10, les tests effectués étant loin d'atteindre le seuil de signification de 5%. Les difficultés alimentaires ne présentent aucune variation régionale nette, même si à Bastogne les réponses extrêmes sont moins fréquentes. En revanche, une légère tendance se dessine en faveur de Bastogne pour ce qui concerne les soucis occasionnés à la mère depuis la naissance de l'enfant.

TABLEAU F.10. : Difficultés alimentaires et soucis occasionnés par l'enfant en fonction de l'arrondissement de résidence.  
 Sous-échantillon des répondantes belges, après standardisation pour la catégorie sociale.  
 Même présentation que le tableau F.8.

|                     | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(359) | Test de<br>signification |
|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------------|
|                     | Nivelles<br>(108) | Charleroi<br>(209) | Bastogne<br>( 42) |                |                          |
| <u>ALIMENTATION</u> |                   |                    |                   |                |                          |
| Très facile         | 52.8              | 51.1               | 47.5              | 51.2           | $\chi^2_6 = 4.98$ NS     |
| Facile              | 37.0              | 37.2               | 37.5              | 37.2           |                          |
| Difficile           | 6.0               | 7.8                | 15.0              | 8.1            |                          |
| Très difficile      | 4.2               | 3.9                | 0.0               | 3.6            |                          |
| <u>SOU CIS</u>      |                   |                    |                   |                |                          |
| Beaucoup            | 6.9               | 10.0               | 5.9               | 8.6            | $\chi^2_4 = 2.44$ NS     |
| Peu                 | 48.0              | 44.3               | 39.4              | 44.8           |                          |
| Pas de soucis       | 45.1              | 45.7               | 54.7              | 46.6           |                          |

TABEAU F. 11. : Appréciation de la santé de l'enfant lors de la seconde enquête, en fonction de l'arrondissement de résidence.  
Même présentation et même échantillon que le tableau F.8.  
 $\chi^2_6 = 16.44^*$

|                                  | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(355) |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|
|                                  | Nivelles<br>(107) | Charleroi<br>(206) | Bastogne<br>( 42) |                |
| Mauvaise                         | 4.2               | 4.4                | 2.8               | 4.1            |
| Moyenne ou<br>relativement bonne | 9.6               | 10.0               | 7.4               | 9.6            |
| Bonne ou<br>satisfaisante        | 55.8              | 73.3               | 64.8              | 67.0           |
| Très bonne ou<br>excellente      | 30.4              | 12.3               | 25.0              | 19.3           |
| TOTAL                            | 100.0             | 100.0              | 100.0             | 100.0          |

TABEAU F.12 : Appréciation de la santé de la mère lors de la seconde enquête, en fonction de l'arrondissement de résidence.  
Même échantillon et même présentation que le tableau F.8.  
 $\chi^2_6 = 10.85^{NS}$ ;  $P = 0.09$

|                                  | ARRONDISSEMENT    |                    |                   | Total<br>(356) |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|
|                                  | Nivelles<br>(108) | Charleroi<br>(206) | Bastogne<br>( 42) |                |
| Mauvaise                         | 8.4               | 9.8                | 8.8               | 9.3            |
| Moyenne ou<br>relativement bonne | 16.3              | 18.6               | 17.0              | 17.7           |
| Bonne ou<br>satisfaisante        | 58.4              | 64.4               | 52.6              | 61.2           |
| Très bonne ou<br>excellente      | 16.8              | 7.2                | 21.7              | 11.8           |
| TOTAL                            | 100.0             | 100.0              | 100.0             | 100.0          |

Le tableau F.11 répartit par arrondissement la position des enfants sur notre échelle de santé à quatre niveaux : les différences observées sont significatives et vont à l'avantage de Nivelles ("très bonne ou excellente") et de Bastogne ("bonne, satisfaisante, très bonne, ou excellente"). Quant aux données concernant la répondante elle-même présentées dans le tableau F.12, elles n'accusent pas de variations significatives, mais s'inscrivent dans une même tendance, défavorable à l'arrondissement de Charleroi.

Enfin, la fatigue maternelle, appréciée lors de cette seconde enquête, a été distribuée dans le tableau F.13 en 3 catégories et par zone géographique. On y voit quelques variations, non significatives; une fois de plus, l'avantage se dessine en faveur de Bastogne et de Nivelles, où 45 % des femmes interrogées plusieurs mois après leur accouchement déclarent une fatigue modérée ou nulle. Quant à la fatigue importante ou très importante, elle est déclarée par 22 % des femmes en général, mais par 11 % seulement à Bastogne.

#### F.3.5. Vision de synthèse :

Les dix-huit indicateurs dichotomiques sélectionnés dans le chapitre précédent (cfr. section E.3.5) sont distribués par arrondissement dans le tableau F.14. En contraste avec l'analyse par catégorie sociale, les différences qui apparaissent ici sont modérées. Deux seulement sont significatives : l'incidence de la toux et la fréquence d'enfants en très bonne ou excellente santé. Cinq autres tests de signification conduisent à une probabilité d'erreur alpha comprise entre 25 et 5% (2.77 [ Chi2 [ 5.99). De façon systématique, les résultats pour ces sept indicateurs sont moins favorables dans l'arrondissement de Charleroi. Une seule exception mérite d'être soulignée : il s'agit de la fréquence d'enfants considérés par leur mère lors de la première enquête comme ayant été "malades" : cette fréquence est la plus basse à Charleroi et presque deux fois plus élevée à Bastogne. Pour les six autres de ces sept indicateurs, Nivelles et Bastogne rivalisent pour les résultats les plus favorables : 3 indicateurs relatifs à la grossesse et à l'accouchement sont à l'avantage de Bastogne, 3 indicateurs concernant la santé du nourrisson sont à l'avantage de Nivelles.

TABLEAU F. 13 : Fatigue maternelle évaluée lors de la seconde enquête,  
en fonction de l'arrondissement de résidence.  
Même échantillon et même présentation que le tableau F.8.  
 $\chi^2_4 = 4.91$  NS

|                               | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | Total<br>(359) |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|
|                               | Nivelles<br>(108) | Charleroi<br>(209) | Bastogne<br>(42) |                |
| Importante ou très importante | 20.8              | 23.9               | 10.8             | 21.5           |
| Moyenne                       | 34.5              | 38.9               | 44.6             | 38.2           |
| Modérée ou nulle              | 44.7              | 37.2               | 44.6             | 40.3           |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b>       | <b>100.0</b>     | <b>100.0</b>   |

TABLEAU F. 14. : Tableau synoptique de la distribution géographique des principaux critères de santé/morbidité retenus pour la suite de l'analyse.

Restriction de l'échantillon aux répondantes belges,  
après standardisation pour la catégorie sociale.  
Même présentation que le tableau E. 14.

|   | ARRONDISSEMENT |           |          | Total | Test<br>$\chi^2_2$ |
|---|----------------|-----------|----------|-------|--------------------|
|   | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       |                    |
| Vécu négatif de la grossesse (1ère enquête)               | 15.5           | 19.0      | 12.0     | 17.1  | 1.91 NS            |
| Vécu négatif de la grossesse (2ème enquête)               | 16.5           | 20.2      | 12.9     | 18.2  | 1.54 NS            |
| Nausées importantes en début de grossesse                 | 35.0           | 42.5      | 32.2     | 39.2  | 3.31 NS            |
| Hospitalisation prénatale                                 | 6.6            | 11.4      | 4.2      | 9.1   | 4.33 NS            |
| Mise en couveuse  | 13.7           | 13.6      | 18.0     | 14.2  | 0.76 NS            |
| Prématurité   | 7.3            | 8.1       | 4.0      | 7.4   | 1.14 NS            |
| Poids de naissance < 2,5 kgs                              | 9.6            | 8.5       | 4.2      | 8.3   | 1.53 NS            |
| Réanimation néonatale                                     | 4.2            | 6.9       | 7.1      | 6.1   | 1.26 NS            |
| Problème à la naissance                                   | 19.7           | 26.2      | 14.0     | 22.9  | 5.03 NS            |
| Enfant "malade" (1ère enquête)                            | 21.2           | 16.4      | 30.2     | 19.6  | 4.09 NS            |
| Symptôme (un ou +)  | 55.4           | 54.8      | 52.8     | 54.8  | 0.08 NS            |
| Toux  | 13.3           | 25.6      | 22.6     | 21.3  | 6.02 *             |
| Vomissements  | 8.9            | 17.2      | 12.3     | 13.9  | 3.85 NS            |
| Enfant "malade" (2ème enquête)                            | 74.7           | 72.7      | 75.0     | 73.6  | 0.18 NS            |
| Enfant hospitalisé  | 6.2            | 7.0       | 1.7      | 6.1   | 1.45 NS            |
| Difficultés alimentaires                                  | 10.2           | 11.7      | 15.0     | 11.6  | 0.68 NS            |
| Enfant causant "beaucoup de soucis"                       | 6.9            | 10.0      | 5.9      | 8.6   | 1.34 NS            |
| Enfant dont la santé est jugée "très bonne ou excellente" | 30.4           | 12.3      | 25.0     | 19.3  | 15.77 ***          |

TABLEAU F. 15. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité prénatale et les variables socio-géographiques.  
Coefficients standardisés de la fonction multilogistique (X 100). Statistique du maximum de vraisemblance (S.M.V.).

|                     | Appréciation subjective négative du déroulement de la grossesse |              | Nausées importantes en début de grossesse | Hospitalisation en cours de grossesse |
|---------------------|---|--------------|---|---------------------------------------|
|                     | 1ère enquête  | 2ème enquête |   |                                       |
| NOMBRE DE SUJETS    | (-)   | (571)        | (729)                                     | (747)                                 |
| NOMBRE DE CAS       | (-)   | (100)        | (288)                                     | ( 69)                                 |
| Catégories sociales | -   | - 36         | - 23                                      | -                                     |
| Nivelles            | -   | -            | - 16                                      | - 50                                  |
| Bastogne            | -   | -            | - 13                                      | - 45                                  |
| S.M.V.              | -   | 10.1         | 17.9                                      | 17.1                                  |

TABLEAU F. 16. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité à l'accouchement et les variables socio-géographiques.  
Même présentation que le tableau F. 15.

|                     | Mise en couveuse | Prématurité gestationnelle | Poids de naissance < 2.5 kgs | Ranivé à la naissance | Problème à la naissance |
|---------------------|------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| NOMBRE DE SUJETS    | (750)            | ( - )                      | (749)                        | ( - )                 | (750)                   |
| NOMBRE DE CAS       | ( 98)            | ( - )                      | ( 57)                        | ( - )                 | (156)                   |
| Catégories sociales | - 34             | -                          | - 30                         | -                     | -                       |
| Nivelles            | -                | -                          | -                            | -                     | - 27                    |
| Bastogne            | -                | -                          | -                            | -                     | - 26                    |
| S.M.V.              | 9.6              | -                          | 4.6                          | -                     | 12.0                    |

### F.3.6. Approche multivariée des variations socio-géographiques de santé autour de la naissance

---

Les analyses présentées jusqu'ici, dans ce chapitre comme dans le précédent, reposaient sur une approche bivariée simple. Comme annoncé, nous allons enrichir progressivement notre modèle "prédictif-explicatif". Et ceci nécessite de recourir à une technique d'analyse multivariée, la régression multilogistique (R.M.L.).

Les paragraphes qui suivent visent une prise en compte simultanée du facteur social et des facteurs géographiques au moyen de la méthode de régression multilogistique de WALKER et DUNCAN (1967) dont les détails ont été exposés plus haut. Cette méthode a été appliquée aux dix-huit indicateurs de santé/morbidité sélectionnés (variable dépendante) en introduisant comme variables explicatives la variable sociale et deux variables de localisation géographique, traitées comme une paire de variables indissociables. Une procédure hiérarchique descendante pas-à-pas a été appliquée, conduisant à ne garder dans le modèle que les variables apportant une contribution statistiquement significative : cette contribution est évaluée par la différence des Statistiques de Maximum de Vraisemblance ( S.M.V. ) (cfr.pour les détails section D.6.4.2 ).

Le tableau F.15 présente ainsi les coefficients standardisés (x 100) des variables qui se maintiennent dans les modèles multilogistiques respectifs. Aucune des trois variables ne demeure pour le vécu de la grossesse (lère enquête); en revanche pour ce même vécu évalué avec 6 mois de recul, la variable sociale seule se maintient. Pour l'existence de nausées importantes en début de grossesse, la variable sociale est accompagnée des deux variables géographiques, toutes trois affectées de coefficients négatifs : clairement, le fait d'appartenir à la catégorie sociale supérieure et/ou de résider à Bastogne ou à Nivelles permet de prédire dans notre échantillon une moindre fréquence de nausées gravidiques. Quant à l'hospitalisation prénatale, elle ne maintient pas le lien significatif observé précédemment avec la variable sociale, mais les variables géographiques s'introduisent dans le modèle, avec des coefficients négatifs et importants, marquant l'avantage des répondantes des régions de Nivelles et Bastogne.

Le tableau F.16 présente de la même manière les résultats concernant la morbidité à l'accouchement. Pour la prématurité gestationnelle ainsi que la réanimation, aucune variable ne ressort de façon significative. Pour la "prématurité pondérale" et la mise en couveuse, la variable sociale seule ressort, affectée d'un coefficient négatif, indiquant clairement que ces indicateurs de morbidité sont moins fréquemment observés dans les catégories supérieures. Et pour l'existence d'un problème à la naissance, tel que nous l'avons défini, les variables géographiques ressortent de l'analyse, reflétant le désavantage des enfants carolorégiens de ce point de vue.

TABLEAU F. 17. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité du nourrisson âgé de 4 à 9 semaines et les variables socio-géographiques.  
Même présentation que le tableau F. 15.

|                     | Malade au moins une fois depuis la naissance | Enfant ayant présenté l'un ou l'autre symptôme | Toux  | Vomissements |
|---------------------|--|--|-------|--------------|
| NOMBRE DE SUJETS    | (520)  | (525)  | (392) | ( - )        |
| NOMBRE DE CAS       | ( 97)  | (271)  | ( 66) | ( - )        |
| Catégories sociales | - 35   | - 18   | - 42  | -            |
| Nivelles            | 22   | -  | - 33  | -            |
| Bastogne            | 32   | -  | - 25  | -            |
| S.M.V.              | 16.0   | 4.4  | 18.6  | -            |

TABLEAU F. 18. : Analyse multilogistique des relations entre la santé et la morbidité du nourrisson âgé de 7 à 9 mois et les variables socio-géographiques.  
Même présentation que le tableau F. 15.

|                     | Enfant ayant présenté une maladie ou + depuis sa naissance | Enfant hospitalisé depuis la sortie de maternité | Enfant difficile aux repas | Enfant causant "beaucoup de soucis" à sa mère | Santé jugée "très bonne ou excellente" |
|---------------------|--|--|----------------------------|---|--|
| NOMBRE DE SUJETS    | ( - )  | (516)  | (574)                      | (574)   | (568)                                  |
| NOMBRE DE CAS       | ( - )  | ( 42)  | ( 62)                      | ( 48)   | (115)                                  |
| Catégories sociales | -  | - 36   | - 33                       | - 32  | -                                      |
| Nivelles            | -  | - 25   | -                          | -   | 65                                     |
| Bastogne            | -  | - 59   | -                          | -   | 31                                     |
| S.M.V.              | -  | 13.2   | 5.8                        | 4.3   | 35.3                                   |

Le tableau F.17 montre quant à lui que les pathologies du nourrisson répondent à des distributions sensiblement divergentes selon qu'on les approche d'une manière subjective, - l'enfant considéré par sa mère comme ayant été malade -, ou plus objective, par la présence de symptômes ou de syndromes divers. La vision subjective indique un désavantage significatif des enfants des catégories sociales inférieures et/ou habitant la région de Bastogne, et de Nivelles dans une moindre mesure. L'approche "objective" globale révèle que l'indicateur de morbidité n'est lié qu'à la variable sociale, alors que pour le symptôme le plus fréquent, la toux, les variables géographiques marquent leur effet en plus de la catégorie sociale, ainsi que nous l'avons noté dans l'approche bivariée (tableaux E.14 et F.14). Pour l'existence de vomissements du nourrisson, aucune variable sociale ou géographique ne franchit le seuil statistique.

Le tableau F.18, enfin, montre les effets conjoints des trois variables socio-géographiques sur l'hospitalisation du nourrisson. Pour l'indicateur relatif à l'existence de maladies, aucune variable ne marque d'effet significatif. Deux autres indicateurs concernant les difficultés alimentaires et les soucis occasionnés à la mère, sont liés à la seule variable sociale, comme dans l'approche bivariée. Quant à l'indicateur de santé positive, il confirme sa relation avec la variable géographique mais le rôle de la variable sociale disparaît dans cette approche multivariée.

#### F.4. Discussion

##### F.4.1. La santé maternelle et infantile en Wallonie en 1980

-----

Nous avons rappelé dans l'introduction que le tableau descriptif des différences "brutes" entre les 3 arrondissements avait été publié précédemment. Cette description concluait à l'existence de disparités de santé très importantes entre les zones comparées.

Dans ce chapitre nous avons procédé à l'analyse des différences "nettes", c'est à dire en neutralisant l'effet des variations démographiques entre ces arrondissements. La première méthode consiste à standardiser de manière directe. Son avantage principal réside dans le fait qu'elle permet une lecture comparative des résultats dans les trois zones en disposant des taux. Ceux-ci, par rapport aux taux "bruts" ne varient guère du fait de la standardisation. Cette analyse, tenant compte de la catégorie sociale et de la nationalité, nous a conduits à

assister (cfr. tableau F.14) à la disparition de cinq différences significatives sur les sept précédemment décrites. Il faut toutefois remarquer que l'effectif a été considérablement réduit du fait de la méthode elle-même et que les tests ont perdu beaucoup de leur puissance. Il est certain que les différences elles-mêmes se sont aussi légèrement amoindries comme le révèle la comparaison des taux; mais cette réduction est mineure et ne permet pas d'attribuer au seul effet social les disparités "brutes" décrites dans le tableau F.A.2.

Nous avons par ailleurs procédé dans ce chapitre à une analyse multilogistique prenant en compte simultanément la catégorie sociale et l'arrondissement de résidence : on constate que les sept critères qui présentaient des disparités "brutes" dans l'approche bivariée maintiennent la présence des variables d'arrondissement dans les modèles multilogistiques. Cette deuxième méthode est plus puissante que la première, puisqu'elle permet de travailler sur l'ensemble de l'effectif, et elle met en évidence l'importance des variations géographiques résiduelles.

Le comportement de la variable sociale dans le modèle multivarié est plus complexe : elle atteignait le seuil de signification statistique pour dix critères sur dix-huit lorsqu'elle était étudiée de façon bivariée (tableau E.14). La régression multilogistique confirme son rôle, indépendamment du lieu de résidence, pour huit de ces dix critères : nous assistons à sa disparition du modèle multilogistique dans le cas de l'hospitalisation prénatale et de l'indicateur de santé positive du nourrisson. Mais en revanche, pour la fréquence de la prématurité pondérale et de "l'un ou l'autre symptôme ou syndrome" (enfants de 4 à 9 semaines), la variable sociale, qui était proche du seuil de signification, franchit ce seuil et s'introduit dans le modèle multilogistique.

Deux constatations méritent cependant que nous nous y attardions quelque peu : il s'agit des différences importantes qui distinguent nos arrondissements pour les taux d'épisiotomie, -allant de 9 % à Bastogne à 32 % à Charleroi -, et pour les proportions d'enfants considérés par leur mère lors de la première enquête comme "ayant été malades".

Il est connu que la fréquence de l'épisiotomie peut varier considérablement selon les endroits : d'après certaines études, elle atteint en moyenne 28 % en Belgique et en France, mais peut atteindre 63 % aux Etats-Unis et même 83 % au Québec (BUEKENS et al., 1984). Par ailleurs, cette fréquence peut dépendre de la parité, de la taille de l'enfant et du recours à diverses manoeuvres.

Plusieurs tentatives d'explications surgissent pour rendre compte du petit nombre d'épisiotomies pratiquées "seules" (9.3 %) ou associées à d'autres particularités (3.5 %) dans l'arrondissement de Bastogne.

Le plus grand recours à la ventouse devrait logiquement conduire à des taux d'épisiotomie accrus, or c'est le contraire qu'on observe. Dès lors, la première impression à la lecture du tableau tend à faire penser que le "déficit" d'épisiotomies observé dans cet arrondissement peut correspondre à l'excès de déchirures périnéales. Ceci pose la question d'une éventuelle relation causale entre ces deux phénomènes.

Une étude approfondie de plus de 20.000 dossiers d'accouchements pratiqués en Belgique entre 1974 et 1978 a permis de montrer que la pratique de l'épisiotomie dans les accouchements simples, spontanés, en présentation occipito-pubienne, n'était pas associée à une réduction de la fréquence de déchirures du 3ème et du 4ème degré (BUEKENS et al., 1984). Dans notre enquête, nous n'avons pu faire la distinction entre les divers degrés de déchirure, rendant toute comparaison impossible avec les résultats que nous venons d'évoquer. Il faut ajouter que dans l'échantillon étudié par BUEKENS et coll. le taux d'épisiotomie atteignait 22 %. Il est vraisemblable qu'un effet de seuil puisse jouer et que le taux lui-même soit déterminant pour entraîner ou non un effet protecteur au niveau d'une population. Le taux de 9 % observé à Bastogne se trouve-t-il en dessous du "seuil optimal" ?

Nous avons pensé également que la fréquence supérieure d'accouchements pratiqués par des omnipraticiens dans l'arrondissement de Bastogne, - 22.4 % contre 2.7 % à Nivelles et 1.0 % à Charleroi -, était susceptible d'expliquer le faible taux d'épisiotomie constaté. Il n'en est rien puisque ce taux d'épisiotomie n'est que de 9.5 % sur le total des 63 accouchements pratiqués à Bastogne par des gynécologues, mais de 26.3 % sur les 19 réalisés par des généralistes. Dans ces deux séries, les taux de déchirures atteignent respectivement 22.2 % et 10.5 %, allant à contresens de l'hypothèse première.

En outre, en raison des grandes similitudes entre arrondissements sous cet aspect, il nous semble que ni la parité ni le poids de naissance ne peuvent expliquer les différences de taux d'épisiotomie. Force nous est donc de penser soit qu'elles proviennent d'un "glissement" lié au mode de recueil des données et que la fiabilité de nos informations est douteuse sur ce point, soit que les attitudes médicales sont effectivement

différenciées selon les lieux (voir WENBERG et GITTELSON, 1982). et que les déchirures périnéales pourraient résulter dans ce cas d'une pratique trop parcimonieuse de l'épisiotomie. Ces hypothèses méritent certainement d'être approfondies.

La deuxième constatation évoquée ci-dessus nous confronte avec le problème des proportions fort variables d'enfants considérés par leur mère lors de la première enquête comme "ayant été malade au moins une fois depuis leur naissance". Nous avons vu que, de façon très homogène, 53 à 55 % des répondantes avaient rapporté l'un ou l'autre symptôme ou syndrome. Et, en contraste, 30 % à Bastogne, mais 16 % seulement à Charleroi, considéraient que leur enfant avait été "malade". Nous voilà à nouveau (cfr. section E.3.3) confronté avec une sensibilité différente de la mère, alors que les situations "objectivées" paraissent forts comparables d'un endroit à l'autre; tout se passe comme si les répondantes de Charleroi faisaient référence implicitement à un seuil de maladie plus élevé qu'à Bastogne, l'arrondissement de Nivelles occupant une position moyenne. Ou encore, comme si les répondantes de Bastogne omettaient de signaler certains symptômes bénins, le "seuil de perception" n'étant pas dépassé. Il s'agit bien ici du problème majeur des relations mal connues entre morbidités objective et subjective, et de l'éventuelle influence des habitudes culturelles dans ce domaine.

En simplifiant, nous pourrions schématiser de la manière suivante le processus qui conduit de l'anomalie physiopathologique ou du trouble psychosocial objectivable à la perception du phénomène par l'intéressé, et ensuite de celle-ci jusqu'à l'"étiquetage" des états perçus comme constituant une maladie :

|              |            |            |
|--------------|------------|------------|
| TROUBLE      | PERCEPTION | ETIQUETAGE |
|              | DU         | COMME      |
| OBJECTIVABLE | SYMPTOME   | MALADIE    |

Comme nous l'avons développé dans le chapitre C (p.34), la perception des symptômes est sous la dépendance d'un certain nombre de caractéristiques mal connues, et parmi elles des attitudes et des conceptions culturellement définies (ZBOROWSKI, 1952 ; ZOLA, 1966). De plus, tout symptôme perçu n'est pas considéré nécessairement comme maladie ; nous venons encore d'en avoir une démonstration dans nos propres résultats. Et les déterminants de ce deuxième "filtre" ne sont pas mieux connus que ceux du premier.

Il s'agit pourtant ici d'un domaine dont l'importance ne peut échapper à personne, puisque sa connaissance permet d'étayer les politiques de santé concernant l' "offre" des services de santé, mais aussi les programmes de prévention, de dépistage ou d'éducation pour la santé.

Il n'en reste pas moins, à cette étape du travail, que nous pouvons résumer sommairement les résultats en considérant que des inégalités sociales manifestes ont pu être mises en évidence, ainsi que des disparités importantes entre les arrondissements étudiés. Et ces disparités géographiques ne peuvent s'expliquer par le seul effet des différences sociales et ethniques, telles que nous avons pu les approcher.

#### F.4.2. Les disparités géographiques de santé et leur origine

-----

Comme le font remarquer Mac MAHON et PUGH (1970), il y a fort longtemps que sont connues les variations géographiques de santé. La variable de lieu constitue une des pierres d'angle de l'épidémiologie dans la mesure où la connaissance de la distribution géographique des maladies est d'une utilité manifeste pour la planification et l'administration des services de santé, et où elle permet de générer un grand nombre d'hypothèses étiologiques. L'interprétation de telles variations débouche sur deux possibilités : soit les habitants d'une région possèdent des caractéristiques étiologiques ou des facteurs de risque spécifique plus fréquemment que dans les régions moins affectées, soit de tels facteurs et caractéristiques sont présents dans l'environnement lui-même, entendu dans son sens le plus large. Bien évidemment, ces deux possibilités peuvent coexister.

Il convient d'entendre le terme d'environnement dans son sens large, couvrant à la fois les notions de milieu physico-chimique, biologique et social car ces diverses composantes sont susceptibles d'interférer entre elles, au point qu'il est parfois vain d'essayer de les distinguer. Nous avons montré ailleurs (LAGASSE, 1982) comment le "social" et le "milieu" constituaient un système d'interactions multiples, et comment ce système était susceptible à la fois d'agir sur les individus et leur santé, et de subir quantité d'influences émanant des mêmes individus. Une analyse géographique de la morbidité se doit donc d'étudier la santé dans le cadre d'un tel écosystème, en essayant de démêler, tant que faire se peut, l'écheveau complexe des déterminants.

La littérature internationale regorge d'exemples de distributions spatiales particulières de maladies ou de disparités géographiques au niveau de la mortalité pour des causes de décès spécifiques. Nous nous contenterons de faire allusion à quelques études qui nous touchent de plus près, soit en raison du lieu lui-même où elles se sont déroulées, soit parce qu'elles ont trait à la tranche de vie qui nous concerne, autour de la naissance.

En Belgique, on a pu montrer la nette régionalisation de certaines causes de décès. Une telle mortalité différentielle a pu être reliée à diverses variables contextuelles (WUNSCH et VAN HOUTE-MINET, 1978). Les auteurs soulignent toutefois la difficulté rencontrée au niveau de l'interprétation à partir de variables agrégées au niveau régional : tout au plus, une telle analyse permet-elle de dégager certaines variables socio-économiques, méritant ultérieurement d'être analysées plus en profondeur.

Dans notre pays, on a montré que la mortalité par maladies cardio-vasculaires distingue, approximativement, le Nord et le Sud du pays, au détriment des Wallons (GRAFFAR, 1979; KORNITZER et al., 1979). Une étude prospective, avec un suivi de 6 ans, menée sur environ 20.000 hommes âgés de 40 à 59 ans travaillant dans une trentaine d'entreprises, a permis de montrer des différences similaires au niveau de la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire, de la prévalence des pathologies coronariennes et de l'incidence d'événements coronariens mineurs ou majeurs (KITTEL, 1984).

D'autres auteurs ont montré que certains types de cancers se distinguaient selon un profil géographique particulier (RYCKEBOER et al., 1983). Pour expliquer ces variations dans l'espace, il est fait notamment appel à des hypothèses concernant le style de vie, et plus particulièrement les habitudes relatives à l'alimentation, au tabagisme et à la consommation d'alcool (TUYNS et al., 1977). Toutefois, les caractéristiques du style de vie susceptibles d'altérer la santé débordent largement ce cadre restreint.

La distribution géographique précise de certaines causes de décès, au niveau international ou au sein des divers pays, a également conduit à forger le concept de "mortalité évitable" (RUTSTEIN et al., 1976). Ce concept permet d'évaluer, négativement il est vrai, la qualité des soins médicaux en sélectionnant une catégorie d'indicateurs de mortalité spécifique constituant des "événements sentinelles", soit par leur seule existence, soit en raison d'une fréquence excessive.

Une étude pilote menée dans l'Etat du Massachusett en 1967-1968 avait conclu qu'environ un tiers de la mortalité infantile était évitable par des moyens médicaux (MUIRHEAD, 1971). Dans la même ligne, une étude anglaise (CHARLTON et al., 1983) et une étude néerlandaise (MACKENBACH, 1984) ont procédé à une

comparaison géographique de la mortalité pour 15 et 11 indicateurs de mortalité spécifiques, parmi lesquels la mortalité périnatale. Les taux standardisés de mortalité périnatale pour la période 1974-1978 variaient de 13.0 à 14.8% aux Pays-Bas selon les provinces, et de 10.0 à 24.0% selon les zones de santé en Angleterre et au Pays de Galles. Il est à signaler que de larges disparités géographiques entre les diverses régions d'Angleterre et du Pays de Galles avaient été mises en évidence bien auparavant (BUTLER et BONHAM, 1963; BRIMBLECOMBE et al., 1968).

En Belgique, nous disposons d'études qui ont bien mis en évidence la distribution spatiale de la mortalité infantile et périnatale au cours du temps. Le siècle dernier était caractérisé par une énorme surmortalité des deux Flandres; celle-ci a fait place progressivement, et parallèlement à un déclin généralisé de la mortalité infantile, à une surmortalité très nette dans le Hainaut dans la deuxième moitié du XXème siècle.

Des données plus récentes (1973-1976) indiquent un clivage Nord-Sud au niveau de la mortalité, avec des différences considérables (du simple au double) entre les arrondissements extrêmes. Pour la mortalité néonatale, qui constitue le gros de la mortalité infantile, les différences sont également importantes mais ne suivent pas la même distribution linguistico-culturelle (MASUY-STROOBANT, 1983).

Cet auteur pense pouvoir attribuer au développement économique et social inégal, mais aussi à des particularités culturelles les disparités du siècle dernier, et la surmortalité du Hainaut au lendemain de la dernière guerre : les populations "à risque social de mortalité infantile" se retrouvent davantage dans certaines régions du pays. Elle conclut en estimant qu'il y a de fortes présomptions en faveur de l'hypothèse d'une adéquation entre inégalités sociales et régionales de mortalité en ce qui concerne les régions minières et industrielles du pays. A ceci s'ajoute une permanence du caractère linguistico-culturel de la régionalisation de la mortalité infantile en Belgique au détriment de la partie méridionale du pays (Ibidem).

Si en 1975 la mortalité périnatale et infantile restait particulièrement élevée dans le Hainaut, il semble d'après des données plus récentes qu'un phénomène de rattrapage ait eu lieu depuis lors (LAMBEAU, 1984; VANDENBUSSCHE et al., 1984). Les tableaux F.A.3 et F.A.4, présentés en annexe, rassemblent divers indicateurs de mortalité relatifs aux trois arrondissements que nous avons étudiés. On y constate que, durant la période 1973-1976, les résultats divergeaient considérablement d'un arrondissement à l'autre au détriment des arrondissements de Charleroi et de Bastogne. La seule différence notable entre ceux-ci provenait d'une mortalité infantile légèrement supérieure, et surtout d'un poids beaucoup plus considérable de sa composante néonatale à Bastogne.

Pour la période 1979-1982, le tableau comparatif est tout-à-fait différent. L'arrondissement de Nivelles a perdu sa position avantageuse, sauf pour la mortalité, mais les différences sont devenues minimes. Pour la mortalité périnatale et infantile, Charleroi et Bastogne présentent des résultats fort proches de ceux de Nivelles, voire un peu meilleurs.

Il convient de signaler ici que ces derniers résultats ne nous étaient pas connus lors de la planification de l'enquête sur la morbidité infantile différentielle. La quasi-disparition des différences de mortalité a pris place entre 1975 et 1980, et les délais de publication des statistiques officielles nous ont laissé croire lors du choix des arrondissements que nous avions affaire à une situation démographique privilégiée dans l'un et nettement défavorable dans les deux autres. A posteriori, nous constatons qu'il n'en est rien et que, pour la période correspondant à notre enquête (1981), la mortalité autour de la naissance montre un visage très uniforme dans les trois arrondissements retenus.

Nous avons avancé l'hypothèse d'une superposition des disparités de morbidité et de mortalité; plus précisément, nous posons que l'étude de la morbidité révélerait dans les arrondissements de Charleroi et de Bastogne des résultats plus défavorables qu'à Nivelles. Au terme de ce chapitre, force est de constater que, s'il en va bien ainsi dans l'arrondissement de Charleroi, en revanche les résultats de Bastogne sont fort proches de ceux de Nivelles, et parfois même meilleurs. Si nous comparons cette situation de morbidité avec les données de mortalité de 1975, la question qui se pose concerne le niveau de morbidité relativement favorable à Bastogne. Mais si nous les comparons, - de manière plus logique -, aux données de mortalité les plus récentes, c'est le caractère systématiquement défavorable à Charleroi de l'ensemble de nos indicateurs de morbidité qui pose un problème.

L'impact des services de santé est loin d'être négligeable sur l'amélioration des conditions de survie à la naissance, même si une controverse subsiste quant aux rôles respectifs qu'ont pu jouer l'amélioration générale des conditions de vie d'une part, et d'autre part le développement des services de santé et des technologies médicales dans le déclin séculaire des taux de mortalité infantile et périnatale (Mac KEOWN, 1979).

Ce problème des relations qui peuvent exister entre la distribution des soins de santé et les indicateurs "de résultat" (mortalité, morbidité "objective" ) sort largement du cadre que nous nous sommes assigné. Mais il est susceptible de rendre compte de l'évolution récente de la mortalité dans le Hainaut, dans la mesure où cette province a focalisé l'attention de nombreuses études démographiques, et où des efforts particuliers ont été dirigés vers cette région. Nous manquons ici d'éléments pour avancer plus loin dans cette voie.

Il n'en demeure pas moins que la morbidité autour de la naissance reflète dans notre étude un net désavantage de la région de Charleroi. Nous proposons dès lors les interprétations suivantes, au titre d'hypothèses méritant d'être testées :

- un effort médical intense orienté vers la période périnatale (améliorations des techniques obstétricales, réanimation néonatale, soins intensifs,...) a permis aux régions les plus lourdement frappées par la mortalité autour de la naissance de rattraper le niveau des "meilleurs" arrondissements;
- cet effort médical a surtout visé le traitement des pathologies obstétricales et néonatales précoces majeures, et beaucoup moins la prévention des accouchements à problème; de ce fait la mortalité a pu être considérablement réduite, mais pas la morbidité qui la sous-tendait;
- les efforts pour réduire la mortalité ont été sélectivement déployés dans le domaine médical et très peu dans le domaine social; à nouveau ce type de stratégie est de nature à alléger les conséquences de la morbidité pré- et post-natale, mais fort peu susceptible d'agir sur les déterminants profonds de cette dernière (HEMMINKI et STARFIELD, 1978).

## F.5. Conclusions

Les données présentées ici sont les premières à décrire les disparités de santé en matière de grossesse, d'accouchement et pour la petite enfance dans la Région Wallonne. Même si elles ne couvrent pas l'entièreté de son territoire, nous pensons que la diversité des arrondissements étudiés nous permet une extrapolation prudente de nos résultats à la Wallonie, en ce sens que nous avons décrit trois situations à notre avis extrêmes. Il s'agit en effet d'un arrondissement très favorisé à de multiples égards, proche de Bruxelles et nettement marqué par le secteur tertiaire, d'un arrondissement de vieille industrie en pleine reconversion, très urbanisé, et enfin de l'arrondissement le plus "rural" de Belgique.

Nous avons pu mettre en évidence dans ce chapitre l'existence de disparités régionales de santé "autour de la naissance". Au terme de l'approche multivariée, les variations significatives observées concernent :

- les nausées gravidiques
- l'hospitalisation :
  - de la mère pendant la grossesse
  - du nourrisson durant les 7 à 9 premiers mois de vie
- les "problèmes" du nouveau-né à la naissance
- durant les 4 à 9 premières semaines :
  - . la maladie "déclarée" du nourrisson
  - . la toux
- la santé positive du nourrisson évaluée lors de la seconde enquête.

Tous les indicateurs précités traduisent une situation défavorable dans la région de Charleroi à l'exception de la maladie "déclarée" du nourrisson plus fréquente à Bastogne. Ce dernier indicateur, à la différence des autres, fait appel à des critères définitionnels subjectifs.

Les variations décrites ne semblent pas pouvoir être expliquées par le seul effet d'une composition sociale différente des populations, dans la mesure où l'approche multilogistique n'entame pas les relations entre variables géographiques et indicateurs de morbidité.

Les variations "brutes", qui avaient été décrites dans un travail antérieur, ne sont pas sensiblement entamées par une prise en compte de la composition sociale ou ethnique des trois échantillons comparés.

Nous étions partis de l'idée d'une situation de mortalité différentielle nettement défavorable "autour de la naissance" aux arrondissements de Charleroi et de Bastogne. Mais nous avons constaté qu'en matière de morbidité, si les indicateurs utilisés confirment cette position défavorable pour Charleroi, il n'en va pas du tout de même pour Bastogne. Cette constatation nous a conduit à revoir l'évolution récente de la mortalité précoce : celle-ci révèle que des changements rapides et importants ont eu lieu, permettant à Charleroi et Bastogne de rejoindre la position des "meilleurs" arrondissements wallons. Ceci souligne l'intérêt d'une étude diachronique de l'évolution, parfois rapide, des indicateurs de santé dans les diverses régions.

Enfin il nous faut insister dans ces conclusions sur la discordance observée entre le tableau sanitaire des trois arrondissements selon qu'on les compare du point de vue de la mortalité ou de la morbidité. Le classement des zones géographiques est très différent dans les deux approches, et ceci montre à quel point les réalités qu'elles décrivent sont distinctes et complémentaires. Ceci nous autorise à plaider pour un développement du recueil de statistiques de morbidité et pour l'organisation de recherches en ce sens. Car ces deux éléments constituent une nécessité croissante pour asseoir sur des critères scientifiques toute politique de santé maternelle et infantile.

Dans le cadre d'une approche multifactorielle des disparités géographiques de santé, nous avons distingué comme déterminants possibles :

- le milieu physico-chimique et biologique
- la disponibilité de services de santé de qualité
- les facteurs sociaux, parmi lesquels les facteurs démographiques et les conditions de vie (aspects socio-économiques), mais aussi les facteurs culturels.

Le cadre de notre étude se prête fort mal à l'examen du rôle des deux premiers types de déterminants "écologiques": nous ne disposons que de trois zones à comparer, même si leur profil est sensiblement différent à la fois sur le plan du milieu et de l'offre des divers services médicaux. Un tel examen nécessiterait plutôt de comparer la totalité des arrondissements de Belgique sur base d'indicateurs agrégés ou contextuels.

En revanche, la procédure d'enquêtes individuelles que nous avons utilisée nous permet d'étudier certaines caractéristiques personnelles susceptibles de rendre compte des disparités observées. Nous avons pu constater dans ce chapitre que la prise en considération du niveau social des répondantes ne faisait pas disparaître les variations géographiques.

L'objectif du chapitre suivant sera d'examiner le rôle des autres variables personnelles, classiquement incriminées dans l'étiologie des problèmes périnataux. Il s'agira en l'occurrence de tester le rôle de l'âge maternel, de la parité, de la nationalité, de l'"état civil", du travail professionnel, du tabagisme, de la surveillance prénatale et de la préparation à l'accouchement, de la santé et des antécédents médico-obstétricaux de la mère, de son poids et de sa taille, et enfin de quelques caractéristiques médicales relatives au cours de la grossesse.

Quant au troisième objectif de cette thèse, rappelons qu'il concerne l'influence des facteurs culturels sur la santé de la mère et de l'enfant autour de la naissance. Le chapitre I testera le rôle de ces facteurs dans une optique multivariée: ceci permettra de distinguer leur rôle éventuel indépendamment des autres caractéristiques personnelles analysées auparavant.

## CHAPITRE G

### ETUDE DES AUTRES FACTEURS DE RISQUE CLASSIQUEMENT INCRIMINES DANS LA MORTALITE ET LA MORBIDITE PERINATALES

#### G.1. Introduction

L'objectif du présent chapitre est de tester l'influence des variables socio-démographiques, classiquement étudiées dans la littérature, et des caractéristiques médicales de la mère sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et sur la santé de l'enfant (depuis la naissance jusqu'à l'âge de dix mois).

L'intérêt de cette démarche est double :

1) Il s'agit d'abord de voir si les caractéristiques que l'on considère généralement comme des facteurs de risque laissent observer leur influence néfaste dans le cadre de notre étude, et si oui, dans quel domaine de la périnatalité (période pré-, péri-, ou post-natale ?). Si tel n'était pas le cas, il conviendrait de souligner l'originalité de la situation dans laquelle nous avons placé le cadre de notre travail et d'en tenir compte pour la suite.

2) Dans l'éventualité où les facteurs de risque étudiés influenceraient de façon "classique" nos indicateurs de morbidité, il deviendrait nécessaire de prendre en compte leurs effets au titre de facteurs de confusion potentiels afin d'apprécier dans une optique multivariée les déterminants de la morbidité, et de rendre compte des différences observées sur le plan géographique et sur le plan social. Dès lors, les modèles multivariés testés dans les étapes ultérieures devraient intégrer ces variables socio-démographiques et médicales, à côté des autres variables culturelles que nous analyserons.

La plupart des études de périnatalité concernent l'influence de telles variables socio-démographiques et médicales sur la mortalité périnatale ou sur la prématurité et la fréquence de "petits poids" à la naissance. Parfois, ces variables ont été étudiées en relation avec d'autres indicateurs de morbidité de l'enfant (SHAPIRO et al., 1980). Au nombre de ces variables, il faut citer :

a/ facteurs fixés au début de la grossesse :

- l'âge de la mère
- la parité et les intervalles intergénéraliques
- la classe sociale, le niveau d'instruction, la profession (père, mère), les revenus
- la nationalité
- le poids et la taille de la mère
- les antécédents médicaux généraux de la mère
- le déroulement et l'issue des grossesses antérieures éventuelles
- les caractéristiques de la grossesse (gémellité, etc...)

b/ facteurs susceptibles de se modifier en cours de grossesse:

- situation conjugale de la mère (conception pré-nuptiale, illégitimité....)
- conditions de logement
- travail professionnel de la mère (transports, "pénibilité"....)
- facteurs psycho-sociaux (stress, préparation à l'accouchement....)
- état de santé de la mère, pathologies intercurrentes, infections (rubéole, toxoplasmose, listériose....), toxémie gravidique, malnutrition....
- prise de médicaments
- tabagisme
- consommation d'alcool
- habitudes alimentaires et nutrition
- surveillance de la grossesse (précocité, intensité, qualité de la surveillance....)

c/ facteurs liés à l'accouchement :

- type d'accouchement
- lieu de l'accouchement (équipement technologique....)
- qualité de l'accoucheur.

d/ facteurs post-natals :

- puériculture, façon de soigner et d'élever les nouveau-nés, garde de l'enfant.

Un grand nombre de ces variables seront abordées dans ce chapitre qui comprend les sections suivantes :

- G.2 : présentation des méthodes propres à ce chapitre;
- G.3 : exposé des résultats :
  - G.3.1 : distribution sociale des facteurs de risque étudiés;
  - G.3.2 : distribution par arrondissement de ces facteurs de risque;
  - G.3.3 : analyse des relations entre ces facteurs de risque et la morbidité pré-, péri- et post-natale;
- G.4 : discussion des résultats, permettant de les comparer avec les données de la littérature, en passant en revue les 14 facteurs de risque ou facteurs protecteurs étudiés dans ce chapitre;
- G.5 : conclusions.

G.2..Matériel et méthodes.

La méthodologie propre à ce chapitre n'est pas différente de celle des chapitres précédents. Rappelons que l'objectif de celui-ci est de tester les relations entre variables de morbidité pré-, péri- et post-natale et leurs déterminants socio-démographiques, comportementaux et médicaux. Nous avons extrait des deux questionnaires utilisés quatorze facteurs de risque ou facteurs protecteurs potentiels : ces variables, qui sont dichotomiques, soit d'origine soit après recodage, sont les suivantes :

- parité : . primipare (1), ou non (0);  
          . parité supérieure à 3 (1), ou non (0);
- âge : . moins de vingt ans (1), ou non (0);  
          . plus de trente-cinq ans (1), ou non (0);
- répondante étrangère (1), ou belge (0);
- vivant seule (1), ou en couple (situation de fait) (0);
- ayant travaillé professionnellement pendant la dernière grossesse (1), ou non (0);
- ayant fumé une cig./jour ou plus pendant la dernière grossesse (1), ou non (0);
- ayant effectué la première visite prénatale après trois mois de grossesse (surveillance prénatale "tardive") (1), ou non (0);

- ayant bénéficié de kinésithérapie prénatale (1), ou non (0)
- répondantes estimant leur santé : 0 = bonne ou excellente  
1 = moyenne ou mauvaise
- ayant présenté une ou plusieurs fausses couches par le passé (1), ou non (0);
- ayant souffert d'une ou plusieurs maladies pendant la grossesse (1), ou non (0);
- enfants gardés à l'extérieur de la maison par des non-parents (1), ou non (0).

En outre, trois variables continues ont été étudiées : la taille de la mère (exprimée en cm.) , son poids au moment de la première enquête (en kgs) et la prise de poids liée à la grossesse (en kgs).

On trouvera dans les annexes (tableau G.A.1 ) la distribution des répondantes pour chaque caractéristique , et ceci pour quatre sous-échantillons étudiés dans ce chapitre, à savoir :

- . l'échantillon global
- . le sous-ensemble des femmes ayant participé à la seconde enquête
- . le sous-groupe des mères dont l'enfant était âgé de 4 à 9 semaines révolues lors de la première enquête
- . le sous-groupe des mères dont l'enfant était âgé de 7 à 9 mois révolus lors de la deuxième enquête.

Les tableaux G.4 à G.7 présentent chaque fois la fréquence des caractéristiques de morbidité dans le sous-groupe des femmes présentant la caractéristique étudiée, ainsi que la probabilité associée au résultat du test de Chi carré à 1 degré de liberté. Ce test compare dans un tableau de contingence 2 X 2 la fréquence du critère de morbidité dans les groupes avec ou sans le facteur étudié. Lorsque nécessaire, un test exact de IRWIN-FISHER-YATES a été réalisé. Afin de permettre la comparaison, le lecteur trouvera au sommet des tableaux la fréquence des caractéristiques de morbidité dans l'ensemble de l'échantillon.

Pour la taille, le poids et le gain de poids de la mère, une analyse de variance à un facteur a été effectuée permettant de comparer les moyennes dans les sous-groupes présentant ou non les caractéristiques de morbidité. La signification du test F de FISHER est présentée dans les tableaux, avec le nombre de degrés de liberté correspondant entre parenthèses.

Une analyse multivariée de régression multilogistique "pas à pas" a également été menée (pour la méthode, cfr.chap.D). La procédure a consisté à partir d'un modèle saturé comprenant les variables sociales et géographiques ainsi que l'ensemble de nos facteurs socio-démographiques, comportementaux et médicaux; une stratégie de modèles hiérarchiques décroissants a été adoptée jusqu'à ne retenir dans le modèle final que les variables dont la suppression entraînait une perte au niveau de la statistique du Maximum de Vraisemblance (S.M.V.) supérieure au seuil fixé à 5% pour l'erreur alpha.

Tableau G.1. : Distribution par catégorie sociale de diverses caractéristiques socio-démographiques et médicales ; pourcentages calculés sur le nombre de réponses (test  $\chi^2$  à 2 d.l.) ; taille et poids moyens (test F de Fisher).

|                                | CATEGORIE SOCIALE |       |       | ECHANTILLON<br>N < 750 | TEST<br>$\chi^2$                |
|--------------------------------|-------------------|-------|-------|------------------------|---------------------------------|
|                                | 1                 | 2     | 3     |                        |                                 |
| Parité = 1                     | 35.2              | 49.5  | 47.6  | 45.6                   | 10.70**                         |
| > 4                            | 20.3              | 7.2   | 6.7   | 10.3                   | 26.09***                        |
| Age < 20 ans                   | 11.5              | 4.5   | 0.0   | 5.2                    | 24.01***                        |
| > 35 ans                       | 9.3               | 6.0   | 6.7   | 6.9                    | 2.16 N.S.                       |
| Etrangères                     | 33.2              | 13.2  | 5.5   | 16.4                   | 54.81***                        |
| Isolées                        | 4.2               | 1.9   | 0.0   | 2.0                    | 7.20                            |
| Travaillant à l'extérieur      | 19.6              | 47.0  | 80.4  | 47.5                   | 128.22***                       |
| Fumeuses                       | 31.4              | 28.6  | 17.7  | 26.8                   | 7.48*                           |
| Surveillance prénatale tardive | 49.5              | 27.9  | 22.6  | 32.0                   | 35.65***                        |
| Kiné prénatale                 | 14.8              | 35.3  | 69.5  | 37.8                   | 112.51***                       |
| En mauvaise santé générale     | 30.1              | 26.8  | 22.1  | 26.5                   | 2.22 N.S.                       |
| Fausse couche antérieure       | 19.0              | 18.5  | 23.2  | 19.7                   | 1.67 N.S.                       |
| Hypertension prénatale         | 13.0              | 14.9  | 7.3   | 12.8                   | 6.05*                           |
| Maladie pendant la grossesse   | 17.9              | 15.9  | 12.8  | 15.7                   | 1.74 N.S.                       |
| Enfant gardé par un non-parent | 2.7               | 10.0  | 34.6  | 13.4                   | 83.46***                        |
| Taille (cm)                    | 160.1             | 162.1 | 164.1 | 162.1                  | F = 10.63***<br>(n.d.l.=2/543)  |
| Poids (kgs)                    | 60.4              | 58.8  | 58.3  | 59.0                   | F = 1.67 N.S.<br>(n.d.l.=2/555) |
| Gain de poids (Kgs)            | 11.2              | 11.8  | 10.7  | 11.4                   | F = 2.43 N.S.<br>(n.d.l.=2/552) |

Tableau G.2. : Distribution par arrondissement de diverses caractéristiques socio-démographiques et médicales ; pourcentages calculés sur le nombre de réponses (test  $\chi^2$  à 2 d.l.) ; taille et poids moyens, (test F de Fisher).

|                                | ARRONDISSEMENT |           |          | ECHANTILLON<br>N < 750 | TEST<br>$\chi^2$                |
|--------------------------------|----------------|-----------|----------|------------------------|---------------------------------|
|                                | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |                        |                                 |
| Parité = 1                     | 41.3           | 49.3      | 41.2     | 45.6                   | 4.75 N.S.                       |
| > 4                            | 10.8           | 9.2       | 14.1     | 10.3                   | 1.93 N.S.                       |
| Age < 20 ans                   | 3.5            | 6.2       | 5.9      | 5.2                    | 2.42 N.S.                       |
| > 35 ans                       | 8.5            | 6.4       | 4.7      | 6.9                    | 1.79 N.S.                       |
| Etrangères                     | 7.5            | 24.9      | 3.5      | 16.4                   | 47.27***                        |
| Isolées                        | 1.6            | 2.4       | 1.3      | 2.0                    | 0.70 N.S.                       |
| Travaillant à l'extérieur      | 56.6           | 41.9      | 47.1     | 47.5                   | 13.71**                         |
| Fumeuses                       | 23.5           | 31.1      | 16.9     | 26.8                   | 7.23*                           |
| Surveillance prénatale tardive | 20.5           | 39.4      | 31.8     | 32.0                   | 26.09***                        |
| Kiné prénatale                 | 53.7           | 31.9      | 17.6     | 37.8                   | 48.22***                        |
| En mauvaise santé générale     | 24.4           | 28.1      | 26.2     | 26.5                   | 0.86 N.S.                       |
| Fausse couche antérieure       | 20.1           | 20.8      | 12.9     | 19.7                   | 2.79 N.S.                       |
| Hypertension prénatale         | 11.2           | 14.8      | 8.2      | 12.8                   | 3.61 N.S.                       |
| Maladie pendant la grossesse   | 15.8           | 16.0      | 14.1     | 15.7                   | 0.19 N.S.                       |
| Enfant gardé par un non-parent | 22.6           | 8.2       | 10.7     | 13.4                   | 28.49***                        |
| Taille (cm)                    | 163.6          | 160.7     | 163.8    | 162.1                  | F = 12.20***<br>(n.d.l.=2/543)  |
| Poids (Kgs)                    | 59.3           | 58.5      | 60.5     | 59.0                   | F = 1.12 N.S.<br>(n.d.l.=2/555) |
| Gain de poids(Kgs)             | 11.1           | 11.7      | 11.0     | 11.4                   | F = 1.29 N.S.<br>(n.d.l.=2/552) |

### G.3. Résultats

#### G.3.1. Facteurs de risque potentiels et catégories sociales -----

Le tableau G.1 montre les fréquences respectives des divers facteurs étudiés ainsi que les tailles, poids et gains de poids moyens dans nos trois catégories sociales. Il en ressort clairement que les répondantes des trois catégories sociales ne sont nullement comparables sur le plan des facteurs de risque traditionnellement mis en cause. Sur dix-huit facteurs, douze présentent des différences significatives et souvent importantes.

Ces différences ne jouent pas toutes dans le même sens en ce qui concerne un éventuel risque pour la mère et/ou pour l'enfant. De façon générale, les facteurs que nous avons étudiés sont davantage présents dans la catégorie 1, la moins favorisée sur le triple plan de la profession, de l'instruction et des revenus; on trouve ainsi davantage de grandes multipares ( ] 3 ), de très jeunes, d'étrangères, d'isolées, de fumeuses et de femmes de petite taille dans cette catégorie sociale. En outre, ces répondantes recourent plus tardivement à la surveillance prénatale, et quatre fois moins souvent à la préparation à l'accouchement que dans la catégorie supérieure. On trouve également deux fois ~~moins~~<sup>plus</sup> souvent de problèmes d'hypertension durant la grossesse par rapport aux deux autres catégories sociales.

En revanche, dans la catégorie la plus favorisée, nous observons une fréquence supérieure de primipares, de femmes exerçant une profession durant leur grossesse et de femmes confiant la garde de leur enfant à une personne étrangère à la famille.

On constate en outre que, dans la plupart des cas, les fréquences observées pour la catégorie sociale intermédiaire s'inscrivent entre les valeurs des catégories extrêmes, tendant à indiquer un véritable gradient social.

#### G.3.2. Facteurs de risque potentiels et situation géographique -----

Le tableau G.2 procède de façon analogue et présente par arrondissement de résidence les mêmes distributions de fréquence ainsi que les tailles et poids moyens, pour l'ensemble de l'échantillon. Les différences sont nettement moins prononcées que dans le tableau précédent, puisque sur les dix-huit facteurs étudiés, sept seulement montrent des résultats significatifs.

Tableau G.3. : Distribution par arrondissement de diverses caractéristiques socio-démographiques et médicales, parmi les répondantes belges, après standardisation pour la catégorie sociale d'appartenance : pourcentages calculés sur le nombre de réponses (test  $\chi^2$  à 2 d.l.) ; taille et poids moyens (test F de Fisher).

|                                | ARRONDISSEMENT |           |          | ECHANTILLON<br>N = 465 | TEST<br>$\chi^2$                |
|--------------------------------|----------------|-----------|----------|------------------------|---------------------------------|
|                                | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |                        |                                 |
| Parité = 1                     | 41.8           | 52.7      | 40.6     | 48.1                   | 5.73 N.S.                       |
| > 4                            | 10.0           | 6.4       | 13.8     | 8.4                    | 3.95 N.S.                       |
| Age < 20 ans                   | 4.3            | 5.2       | 5.6      | 5.0                    | 0.20 N.S.                       |
| > 35 ans                       | 9.4            | 6.4       | 6.8      | 7.3                    | 1.19 N.S.                       |
| Etrangères                     | -              | -         | -        | -                      | -                               |
| Isolées                        | 2.3            | 2.9       | 1.5      | 2.6                    | 0.37 N.S.                       |
| Travaillant à l'extérieur      | 53.9           | 50.4      | 51.1     | 51.5                   | 0.45 N.S.                       |
| Fumeuses                       | 27.0           | 36.2      | 16.1     | 31.1                   | 7.76*                           |
| Surveillance prénatale tardive | 19.5           | 33.1      | 30.9     | 28.9                   | 8.23*                           |
| Kiné prénatale                 | 48.6           | 38.6      | 20.5     | 39.3                   | 13.0**                          |
| En mauvaise santé générale     | 24.8           | 28.5      | 25.8     | 27.0                   | 0.53 N.S.                       |
| Fausse couche antérieure       | 20.0           | 22.7      | 12.5     | 20.7                   | 2.95 N.S.                       |
| Hypertension prénatale         | 12.9           | 16.6      | 8.5      | 14.6                   | 2.86 N.S.                       |
| Maladie pendant la grossesse   | 16.7           | 15.0      | 13.4     | 15.3                   | 0.38 N.S.                       |
| Enfant gardé par un non-parent | 18.9           | 11.0      | 14.4     | 13.7                   | 4.81 N.S.                       |
| Taille (cm)                    | 163.5          | 161.3     | 163.8    | 162.3                  | F = 4.50*<br>(n.d.l.=2/341)     |
| Poids (Kgs)                    | 59.7           | 58.4      | 60.2     | 59.0                   | F = 0.87 N.S.<br>(n.d.l.=2/350) |
| Gain de poids(Kgs)             | 11.3           | 11.8      | 10.7     | 11.5                   | F = 1.04 N.S.<br>(n.d.l.=2/347) |

Il s'agit de la fréquence d'étrangères, de fumeuses et de surveillance prénatale tardive: cette fréquence est supérieure à Charleroi, tandis qu'on observe les valeurs les plus basses à Bastogne pour la proportion d'étrangères, de fumeuses et de femmes recourant à la kinésithérapie prénatale, et à Nivelles pour la surveillance prénatale tardive. La taille moyenne est abaissée à Charleroi, par rapport à des valeurs semblables dans les deux autres arrondissements. La plus grande fréquence de préparation à l'accouchement s'observe à Nivelles.

Les deux autres facteurs présentant des différences statistiquement significatives semblent aller de pair: on note en effet un classement identique pour le travail professionnel et la garde de l'enfant par un tiers, Nivelles obtenant les fréquences les plus hautes et Charleroi les valeurs les plus basses.

Afin de tenir compte des liens multiples de ces facteurs de risque potentiels avec le milieu social et la nationalité, nous avons rassemblé dans le tableau G.3 les données concernant un sous-ensemble de notre échantillon comprenant uniquement les répondantes belges et en effectuant une standardisation directe pour la catégorie sociale (\$). Quatre différences demeurent significatives: elles concernent le tabagisme, la surveillance prénatale, la taille de la mère et surtout la préparation à l'accouchement qui reste 2.5 fois plus fréquente à Nivelles qu'à Bastogne. On remarque que c'est dans l'arrondissement de Charleroi que s'observe le plus grand nombre de fumeuses (suivi par celui de Nivelles), et la plus grande proportion de surveillances prénatales tardives (suivi de près par celui de Bastogne). La taille moyenne reste significativement abaissée à Charleroi et très semblable dans les deux autres arrondissements.

### G.3.3. Morbidité et facteurs socio-démographiques

-----

#### G.3.3.1. La morbidité prénatale

+++++

A l'exception du mode de garde de l'enfant, tous les indicateurs de risque étudiés sont susceptibles d'altérer le bon déroulement de la grossesse. Nous avons étudié leurs "effets" sur la perception subjective de ce déroulement, sur l'existence de nausées importantes en début de grossesse, ainsi que sur l'hospitalisation de la mère pendant la période de gestation. Ce dernier indicateur de morbidité est, il faut le rappeler, plus difficile à interpréter que les autres. L'hospitalisation en effet dépend de multiples facteurs parmi lesquels il faut citer l'état objectif de la mère, sa demande de soins, mais aussi la réponse

-----

(\$) La méthode est strictement identique à celle utilisée dans le chapitre F et ses détails sont exposés dans l'annexe F.A.1.

Tableau G.4. : Effet des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère sur la morbidité prénatale : morbidité dans l'échantillon global, et dans divers sous-groupes.  
En Z. Test  $\chi^2$  ou test exact de Irwin-Fisher-Yates.  
1,c

|                                 | APPRECIATION SUBJECTIVE<br>NEGATIVE DU DEROULEMENT<br>DE LA GROSSESSE |                      | NAUSEES IMPORTANTES<br>EN DEBUT<br>DE GROSSESSE | HOSPITALISATION<br>EN COURS DE<br>GROSSESSE |
|---------------------------------|---|----------------------|---|---|
|                                 | PREMIERE<br>ENQUETE   | DEUXIEME<br>ENQUETE  |   |   |
| ECHANTILLON                     | 16.0<br>(N=749)   | 17.5<br>(N=569)      | 39.4<br>(N=728)                                 | 9.1<br>(N=746)                              |
| Parité = 1                      | 11.8**  | 12.0**               | 39.6 <sup>N.S.</sup>                            | 9.1 <sup>N.S.</sup>                         |
| > 4                             | 15.6 <sup>N.S.</sup>  | 17.2 <sup>N.S.</sup> | 32.4 <sup>N.S.</sup>                            | 7.8 <sup>N.S.</sup>                         |
| Age < 20 ans                    | 10.3 <sup>N.S.</sup>  | 12.5 <sup>N.S.</sup> | 50.0 <sup>N.S.</sup>                            | 13.2 <sup>N.S.</sup>                        |
| > 35 ans                        | 19.2 <sup>N.S.</sup>  | 30.0 <sup>N.S.</sup> | 36.7 <sup>N.S.</sup>                            | 11.5 <sup>N.S.</sup>                        |
| Etrangères                      | 15.4 <sup>N.S.</sup>  | 18.2 <sup>N.S.</sup> | 48.7*   | 15.6*                                       |
| Isolées                         | 35.7 <sup>N.S.</sup>  | 27.3 <sup>N.S.</sup> | 53.8 <sup>N.S.</sup>                            | 35.7**                                      |
| Travaillant à<br>l'extérieur    | 14.0 <sup>N.S.</sup>  | 12.3**               | 37.4 <sup>N.S.</sup>                            | 5.9**                                       |
| Fumeuses                        | 17.0 <sup>N.S.</sup>  | 19.0 <sup>N.S.</sup> | 40.3 <sup>N.S.</sup>                            | 7.2 <sup>N.S.</sup>                         |
| Surveillance<br>prénat. tardive | 9.2***  | 10.5**               | 35.6 <sup>N.S.</sup>                            | 7.9 <sup>N.S.</sup>                         |
| Kiné prénatale                  | 11.0**  | 10.6**               | 32.0**  | 5.7*  |
| En mauvaise santé<br>générale   | 23.8**  | 30.0***              | 46.2 <sup>N.S.</sup>                            | 13.2*                                       |
| Fausse couche<br>antérieure     | 27.9***   | 25.0*                | 44.5 <sup>N.S.</sup>                            | 17.7***                                     |
| Hypertension<br>prénatale       | 29.2***   | 35.8***              | 49.0 <sup>N.S.</sup>                            | 12.5 <sup>N.S.</sup>                        |
| Maladie pendant<br>la grossesse | 27.1***   | 35.2***              | 52.6**  | 11.9 <sup>N.S.</sup>                        |

Tableau G.5. : Relations entre les caractéristiques biométriques de la mère et la morbidité prénatale : taille, poids et gain pondéral moyens dans les sous-groupes avec et sans la caractéristique de morbidité.  
Analyse de la variance : test F.

|                     | APPRECIATION SUBJECTIVE<br>NEGATIVE DU DEROULEMENT<br>DE LA GROSSESSE |                     | NAUSEES IMPORTANTES<br>EN DEBUT<br>DE GROSSESSE | HOSPITALISATION<br>EN COURS DE<br>GROSSESSE |
|---------------------|---|---------------------|---|---|
|                     | PREMIERE<br>ENQUETE   | DEUXIEME<br>ENQUETE |   |   |
| Taille (cm)         | oui: 160.8  | 161.5               | 161.9   | 161.9                                       |
|                     | NS  | NS                  |   |   |
| non: 162.4          | 162.2   | 162.2               | 162.2   | 162.1                                       |
|                     | NS  | NS                  |   |   |
| Poids (Kgs)         | oui: 59.0   | 59.8                | 60.0  | 58.3  |
|                     | NS  | NS                  |   |   |
| non: 59.1           | 58.9  | 58.9                | 58.4  | 59.1  |
|                     | NS  | NS                  |   |   |
| Gain de poids (Kgs) | oui: 10.7   | 10.9                | 11.6  | 10.3  |
|                     | NS  | NS                  |   |   |
| non: 11.5           | 11.5  | 11.5                | 11.4  | 11.5  |
|                     | NS  | NS                  |   |   |

du praticien au besoin et/ou à la demande : cette réponse dépend bien sûr des habitudes spécifiques du praticien, des possibilités pratiques, dans le contexte, et ne peut donc nullement être considérée comme le reflet de la seule pathologie objectivable. Malgré cela, nous pensons qu'une hospitalisation constitue l'indicateur d'une situation de risque suffisamment grave pour justifier une telle intervention.

Les tableaux qui suivent présentent de façon synoptique les résultats d'une analyse en tableaux croisés 2 X 2. Le lecteur trouvera au sommet des tableaux présentés la fréquence des caractéristiques de santé/morbidité dans l'ensemble de l'échantillon retenu pour chaque analyse. Ainsi, à titre d'exemple, dans le tableau G.4, la fréquence d'un "vécu négatif de la grossesse" (exprimé lors de la lère enquête) est-elle de 16 % dans l'ensemble (N = 749). Mais, dans le sous-groupe des primipares cette fréquence n'atteint que 11.8 %. Le test chi carré (1 d.l.) est construit sur le tableau correspondant :

|                | parité = 2 ou + | parité = 1 | total  |
|----------------|-----------------|------------|--------|
| vécu négatif : | 78              | 40         | 118    |
|                |                 | (11.8%)    | (16 %) |
| vécu positif : | 327             | 300        | 627    |
|                | 405             | 340        | 745    |

$$\chi^2 = 7.24 \quad ; \quad P = .007$$

Les tableaux G.4 et G.5 nous montrent un effet statistiquement significatif de dix facteurs sur les dix-sept étudiés, le tabagisme ne semblant pas intervenir à ce niveau, et les deux groupes d'âge extrêmes ne marquant que des tendances au niveau de l'appréciation subjective, favorable pour les plus jeunes, défavorable pour les plus de 35 ans.

Une parité supérieure à 3 n'exerce pas d'influence significative. En revanche, la primiparité conduit à une meilleure vision de la grossesse, tant dans les semaines immédiates qui la suivent, que lors de la deuxième enquête, avec un recul d'environ huit mois. Les répondantes étrangères ont un "vécu" de la grossesse très comparable à celui des Belges, malgré une fréquence plus élevée de nausées gravidiques et une hospitalisation prénatale 1.7 fois plus fréquente.

Tableau C.6. 1 Analyse multilogistique des relations entre la morbidité prénatale et les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère. Coefficients de la fonction M.L. (x 100).

|  | APPRECIATION SUBJECTIVE<br>NEGATIVE DU DEROULEMENT<br>DE LA GROSSESSE |                                       | NAUSEES IMPORTANTES<br>EN DEBUT<br>DE GROSSESSE | HOSPITALISATION<br>EN COURS DE<br>GROSSESSE |
|--|---|---------------------------------------|---|---|
|  | PREMIERE<br>ENQUETE<br>(543)<br>( 89)                                 | DEUXIEME<br>ENQUETE<br>(516)<br>( 89) |   |   |
| NOMBRE DE SUJETS +<br>NOMBRE DE CAS +  | (543)<br>( 89)  | (516)<br>( 89)                        | (729)<br>(288)                                  | (568)<br>( 48)                              |
| Catégories sociales                    | .   | .                                     | -26   | .   |
| Nivelles                               | .   | .                                     | -20   | -49   |
| Bastogne                               | .   | .                                     | -14   | -34   |
| Parité = 1                             | .   | .                                     | .   | .   |
| > 4                                    | .   | .                                     | .   | .   |
| Age < 20 ans                           | .   | .                                     | .   | .   |
| > 35 ans                               | .   | .                                     | .   | .   |
| Nationalité étrangère                  | .   | .                                     | .   | .   |
| Isolement                              | .   | 20                                    | .   | .   |
| Travail à l'extérieur                  | .   | -41                                   | .   | -43   |
| Tabagisme                              | .   | .                                     | .   | .   |
| Surveillance<br>prénatale tardive      | -44   | -46                                   | -19   | .   |
| Kinésithérapie<br>prénatale            | -26   | -40                                   | .   | .   |
| Mauvaise santé de la<br>mère           | .   | 45                                    | .   | 29  |
| Fausse couche<br>antérieure            | 40  | .                                     | .   | 28  |
| Hypertension<br>prénatale              | 34  | 45                                    | .   | .   |
| Maladie pendant la<br>grossesse        | 24  | 30                                    | 21  | .   |
| Taille                                 | -24   | .                                     | .   | .   |
| Prise de poids<br>pendant la grossesse | .   | .                                     | .   | .   |

Les répondantes ne vivant pas en couple constituent manifestement un groupe à haut risque : plus de la moitié présentent d'importantes nausées gravidiques et leur risque d'hospitalisation est quatre fois plus élevé que dans l'ensemble de l'échantillon. Leur vécu de la grossesse est largement négatif, même si la faiblesse de l'effectif (N=14) empêche d'atteindre les seuils de signification statistique.

Le travail professionnel de la femme enceinte apparaît dans notre analyse comme une caractéristique associée à un vécu meilleur et à une hospitalisation moins fréquente. Pour la surveillance tardive de la grossesse, il en va de même, nos quatre indicateurs étant plus favorables dans le groupe surveillé après le premier trimestre que dans le reste de l'échantillon et de façon très significative pour ce qui concerne les indicateurs subjectifs. La préparation à l'accouchement est liée de façon significative et favorable à nos quatre indicateurs de morbidité prénatale.

Enfin, la mauvaise santé de la mère doit être retenue comme un facteur pronostic défavorable pour le déroulement de la grossesse, quels que soient les indicateurs considérés. Le risque relatif d'hospitalisation y est proche de 2 (13.2% vs 6.7%) et le vécu négatif après huit mois 2.3 fois plus fréquent que dans le restant de l'échantillon (30.0% vs 13.0%). De façon plus spécifique, l'existence d'une fausse couche dans les antécédents est liée nettement avec le vécu de la grossesse et avec l'hospitalisation prénatale. De même, l'hypertension prénatale est associée à un vécu plus négatif et l'existence d'une maladie pendant la grossesse à la fois à un vécu plus négatif et à davantage de nausées gravidiques.

La taille, le poids et le gain de poids de la mère ont été étudiés par une analyse de variance et le tableau G.5 reprend les valeurs moyennes dans les sous-groupes présentant ou ne présentant pas la caractéristique de morbidité. Aucune différence significative ne ressort de cette analyse.

D'un point de vue multivarié, une analyse de régression multilogistique pas à pas nous a permis de tester le rôle indépendant des divers "facteurs". Les résultats sont repris dans le tableau G.6. Cette approche, pour le vécu de la grossesse, tel qu'exprimé dans le post-partum immédiat, laisse ressortir un lien favorable et significatif (au seuil de 5%, et dans l'ordre) avec :

- une consultation prénatale postérieure au premier trimestre,
- l'absence de fausse couche dans les antécédents,
- l'absence d'hypertension pendant la grossesse,
- le recours à la kinésithérapie prénatale,
- l'absence de maladie pendant la grossesse,
- et la taille maternelle.

Tableau G.7. : Effet des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère sur la morbidité de l'enfant à la naissance : morbidité dans l'échantillon global, et dans divers sous-groupes.  
En  $\chi^2$  Test  $\chi^2_{1,c}$  ou test exact de Irwin-Fisher-Yates.

|                              | ENFANT MIS EN COUVEUSE | ENFANT PREMATURE     | POIDS DE NAISSANCE < 2,500 kgs | ENFANT RANIME A LA NAISSANCE | EXISTENCE D'UN PROBLEME A LA NAISSANCE |
|------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------|--|
| ECHANTILLON                  | 13.1<br>(N=750)        | 6.7<br>(N=748)       | 7.6<br>(N=750)                 | 5.2<br>(N=744)               | 20.8<br>(N=750)                        |
| Parité = 1                   | 11.5 <sup>N.S.</sup>   | 5.6 <sup>N.S.</sup>  | 7.4 <sup>N.S.</sup>            | 5.3 <sup>N.S.</sup>          | 20.6 <sup>N.S.</sup>                   |
| > 4                          | 13.0 <sup>N.S.</sup>   | 5.3 <sup>N.S.</sup>  | 2.6 <sup>N.S.</sup>            | 7.8 <sup>N.S.</sup>          | 15.6 <sup>N.S.</sup>                   |
| Age < 20 ans                 | 17.9 <sup>N.S.</sup>   | 12.8 <sup>N.S.</sup> | 10.5 <sup>N.S.</sup>           | 8.1 <sup>N.S.</sup>          | 25.6 <sup>N.S.</sup>                   |
| > 35 ans                     | 21.2 <sup>N.S.</sup>   | 7.7 <sup>N.S.</sup>  | 15.4 <sup>*</sup>              | 9.8 <sup>N.S.</sup>          | 32.7 <sup>*</sup>                      |
| Etrangères                   | 11.4 <sup>N.S.</sup>   | 5.7 <sup>N.S.</sup>  | 6.5 <sup>N.S.</sup>            | 4.1 <sup>N.S.</sup>          | 18.7 <sup>N.S.</sup>                   |
| Isolées                      | 28.6 <sup>N.S.</sup>   | 28.6 <sup>**</sup>   | 28.6 <sup>*</sup>              | 21.4 <sup>*</sup>            | 50.0 <sup>*</sup>                      |
| Travaillant à l'extérieur    | 12.6 <sup>N.S.</sup>   | 6.2 <sup>N.S.</sup>  | 7.9 <sup>N.S.</sup>            | 4.8 <sup>N.S.</sup>          | 22.8 <sup>N.S.</sup>                   |
| Fumeuses                     | 18.3 <sup>N.S.</sup>   | 9.8 <sup>N.S.</sup>  | 12.5 <sup>*</sup>              | 5.3 <sup>N.S.</sup>          | 19.6 <sup>N.S.</sup>                   |
| Surveillance prénat. tardive | 12.1 <sup>N.S.</sup>   | 7.1 <sup>N.S.</sup>  | 6.7 <sup>N.S.</sup>            | 2.9 <sup>N.S.</sup>          | 17.9 <sup>N.S.</sup>                   |
| Kiné prénatale               | 9.2 <sup>*</sup>       | 3.2 <sup>**</sup>    | 5.0 <sup>N.S.</sup>            | 5.0 <sup>N.S.</sup>          | 21.3 <sup>N.S.</sup>                   |
| En mauvaise santé générale   | 14.6 <sup>N.S.</sup>   | 6.0 <sup>N.S.</sup>  | 7.9 <sup>N.S.</sup>            | 8.6 <sup>*</sup>             | 25.8 <sup>**</sup>                     |
| Fausse couche antérieure     | 16.3 <sup>N.S.</sup>   | 8.8 <sup>N.S.</sup>  | 8.2 <sup>N.S.</sup>            | 3.5 <sup>N.S.</sup>          | 23.8 <sup>N.S.</sup>                   |
| Hypertension prénatale       | 20.8 <sup>*</sup>      | 9.4 <sup>N.S.</sup>  | 10.4 <sup>N.S.</sup>           | 7.4 <sup>N.S.</sup>          | 24.0 <sup>N.S.</sup>                   |
| Maladie pendant la grossesse | 15.3 <sup>N.S.</sup>   | 5.9 <sup>N.S.</sup>  | 5.9 <sup>N.S.</sup>            | 5.1 <sup>N.S.</sup>          | 27.1 <sup>N.S.</sup>                   |

Tableau G.8. : Relations entre les caractéristiques biométriques de la mère et la morbidité de l'enfant à la naissance : taille, poids et gain pondéral moyens dans les sous-groupes avec et sans la caractéristique de morbidité. Analyse de la variance : test F.

|                     | ENFANT MIS EN COUVEUSE   | ENFANT PREMATURE   | POIDS DE NAISSANCE < 2,500 kgs | ENFANT RANIME A LA NAISSANCE | EXISTENCE D'UN PROBLEME A LA NAISSANCE |
|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------|------------------------------|--|
| Taille (cm)         | oui: 160.0 <sup>**</sup> | 159.8 <sup>*</sup> | 161.0 <sup>NS</sup>            | 163.4 <sup>NS</sup>          | 162.4 <sup>NS</sup>                    |
|                     | non: 162.4               | 162.3              | 162.2                          | 162.1                        | 162.0                                  |
| Poids (Kgs)         | oui: 58.6 <sup>NS</sup>  | 57.7 <sup>NS</sup> | 57.0 <sup>NS</sup>             | 59.0 <sup>NS</sup>           | 59.0 <sup>NS</sup>                     |
|                     | non: 59.1                | 59.1               | 59.2                           | 60.4                         | 59.2                                   |
| Gain de poids (Kgs) | oui: 9.9 <sup>**</sup>   | 10.2 <sup>NS</sup> | 8.3 <sup>***</sup>             | 12.0 <sup>NS</sup>           | 11.4 <sup>NS</sup>                     |
|                     | non: 11.6                | 11.5               | 11.7                           | 11.4                         | 11.4                                   |

Pour l'appréciation différée à huit mois du déroulement de la grossesse, sept variables ressortent de l'analyse. Il s'agit dans l'ordre de :

- la surveillance prénatale tardive.
- la bonne santé maternelle.
- l'absence d'hypertension prénatale.
- le travail professionnel pendant la grossesse.
- la kinésithérapie prénatale.
- l'absence de maladie.
- et le fait de vivre en couple.

La relation est chaque fois "négative", c'est-à-dire jouant dans un sens favorable. On notera que l'entrée de ces variables dans le modèle fait disparaître le lien préalablement observé entre le "vécu à huit mois" et la catégorie sociale.

En ce qui concerne l'importance des nausées gravidiques, deux facteurs ressortent de l'analyse en plus de la catégorie sociale et de l'arrondissement : il s'agit de l'absence de maladie pendant la grossesse et de la surveillance prénatale tardive, dans un sens favorable.

Enfin, pour ce qui regarde l'hospitalisation prénatale, trois facteurs viennent s'ajouter à l'arrondissement de résidence : une diminution du risque est observée en cas de travail professionnel, de bonne santé maternelle et d'absence d'antécédents de fausse couche.

#### G.3.3.2. Morbidité de l'enfant à la naissance

+++++

Dix-sept facteurs, les mêmes que précédemment, doivent être étudiés, pour la période périnatale. Nos indicateurs de morbidité sont les suivants: fréquence d'un traitement en couveuse - nous pouvons émettre ici les mêmes remarques méthodologiques que pour l'hospitalisation prénatale (cfr supra) -, fréquence de la prématurité gestationnelle (moins de 38 semaines de gestation), d'un poids de naissance inférieur à 2.5kgs, d'une réanimation néonatale, et enfin de toute autre situation "considérée par la mère comme constituant un problème médical pour le nouveau-né".

Les tableaux G.7 et G.8 nous montrent que huit facteurs seulement exercent un effet significatif: il s'agit de l'âge supérieur à 35 ans, de l'isolement conjugal, du tabagisme, de l'état de santé maternel et de l'absence de préparation à l'accouchement qui agissent dans un sens défavorable. De plus, on relève une taille et un gain de poids en moyenne supérieurs pour les mères dont l'enfant ne présente pas certaines des caractéristiques de morbidité.

Tableau C.9. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité de l'enfant à la naissance et les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère. Coefficients de la fonction M.L. (x 100).

|                                       | ENFANT MIS<br>EN COUVEUSE | ENFANT<br>PREMATURE | POIDS DE<br>NAISSANCE<br>< 2,500kg | ENFANT<br>RANIME A LA<br>NAISSANCE | EXISTENCE<br>D'UN PROBLEME<br>A LA NAISSANCE |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| NOMBRE DE SUJETS →<br>NOMBRE DE CAS → | (532)<br>( 67)            | (745)<br>( 50)      | (550)<br>( 42)                     | (565)<br>( 28)                     | (569)<br>(109)                               |
| Catégories sociales                   | -35                       | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Nivellas                              | .                         | .                   | .                                  | .                                  | -43  |
| Bastogne                              | .                         | .                   | .                                  | .                                  | -28  |
| Parité = 1                            | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| > 4                                   | .                         | .                   | -49                                | .                                  | .  |
| Age < 20 ans                          | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| > 35 ans                              | .                         | .                   | 39                                 | .                                  | .  |
| Nationalité étrangère                 | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Isolement                             | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Travail à l'extérieur                 | .                         | .                   | .                                  | .                                  | 34   |
| Tabagisme                             | .                         | .                   | 42                                 | .                                  | .  |
| Surveillance prénatale tardive        | .                         | .                   | .                                  | -37                                | .  |
| Kinésithérapie prénatale              | .                         | -52                 | .                                  | .                                  | .  |
| Mauvaise santé de la mère             | .                         | .                   | .                                  | .                                  | 24   |
| Fausse couche antérieure              | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Hypertension prénatale                | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Maladie pendant la grossesse          | .                         | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Taille                                | -31                       | .                   | .                                  | .                                  | .  |
| Prise de poids pendant la grossesse   | -44                       | .                   | -92                                | .                                  | .  |



Tableau G.10. : Effet des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère sur la morbidité post-natale. Enfants âgés de 4 à 9 semaines : morbidité dans l'échantillon global, et dans divers sous-groupes. En Z. Test  $\chi^2$ , ou test exact de Irwin-Fisher-Yates.

| ECHANTILLON                    | ENFANT "DECLARE" MALADE AU MOINS UNE FOIS DEPUIS LA NAISSANCE | ENFANT AYANT PRESENTE L'UN OU L'AUTRE SYMPTOME | ENFANT AYANT PRESENTE DE LA TOUX | ENFANT AYANT PRESENTE DES VOMISSEMENTS |
|--------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
|                                | 18.5<br>(N=525)   | 51.6<br>(N=525)                                | 18.7<br>(N=525)                  | 13.5<br>(N=525)                        |
| Parité = 1                     | 17.0 <sup>N.S.</sup>  | 56.2 <sup>N.S.</sup>                           | 18.1 <sup>N.S.</sup>             | 16.8 <sup>N.S.</sup>                   |
| > 4                            | 19.3 <sup>N.S.</sup>  | 50.8 <sup>N.S.</sup>                           | 25.4 <sup>N.S.</sup>             | 13.6 <sup>N.S.</sup>                   |
| Age < 20 ans                   | 18.2 <sup>N.S.</sup>  | 40.9 <sup>N.S.</sup>                           | 18.2 <sup>N.S.</sup>             | 9.1 <sup>N.S.</sup>                    |
| > 35 ans                       | 10.0 <sup>N.S.</sup>  | 37.5 <sup>N.S.</sup>                           | 12.5 <sup>N.S.</sup>             | 7.5 <sup>N.S.</sup>                    |
| Etrangères                     | 16.0 <sup>N.S.</sup>  | 42.7 <sup>N.S.</sup>                           | 17.1 <sup>N.S.</sup>             | 17.1 <sup>N.S.</sup>                   |
| Isolées                        | 33.3 <sup>N.S.</sup>  | 66.7 <sup>N.S.</sup>                           | 25.0 <sup>N.S.</sup>             | 41.7*                                  |
| Travaillant à l'extérieur      | 15.4 <sup>N.S.</sup>  | 48.6 <sup>N.S.</sup>                           | 14.4*                            | 12.1 <sup>N.S.</sup>                   |
| Fumeuses                       | 23.6 <sup>N.S.</sup>  | 58.9*  | 22.4 <sup>N.S.</sup>             | 15.0 <sup>N.S.</sup>                   |
| Surveillance prénatale tardive | 19.9 <sup>N.S.</sup>  | 47.7 <sup>N.S.</sup>                           | 20.9 <sup>N.S.</sup>             | 15.7 <sup>N.S.</sup>                   |
| Kiné prénatale                 | 16.1 <sup>N.S.</sup>  | 50.7 <sup>N.S.</sup>                           | 14.4 <sup>N.S.</sup>             | 10.9 <sup>N.S.</sup>                   |
| En mauvaise santé générale     | 25.3 <sup>N.S.</sup>  | 63.0**   | 21.0 <sup>N.S.</sup>             | 11.0 <sup>N.S.</sup>                   |
| Fausse couche antérieure       | 24.5 <sup>N.S.</sup>  | 56.1 <sup>N.S.</sup>                           | 22.4 <sup>N.S.</sup>             | 14.0 <sup>N.S.</sup>                   |
| Hypertension prénatale         | 17.2 <sup>N.S.</sup>  | 55.4 <sup>N.S.</sup>                           | 21.5 <sup>N.S.</sup>             | 15.4 <sup>N.S.</sup>                   |
| Maladie pendant la grossesse   | 20.2 <sup>N.S.</sup>  | 64.7*  | 25.9 <sup>N.S.</sup>             | 17.6 <sup>N.S.</sup>                   |

Tableau G.11. : Relations entre les caractéristiques biométriques de la mère et la morbidité post-natale. Enfants âgés de 4 à 9 semaines : taille, poids et gain pondéral moyens dans les sous-groupes avec et sans la caractéristique de morbidité. Analyse de la variance : test F.

|                     | ENFANT "DECLARE" MALADE AU MOINS UNE FOIS DEPUIS LA NAISSANCE | ENFANT AYANT PRESENTE L'UN OU L'AUTRE SYMPTOME | ENFANT AYANT PRESENTE DE LA TOUX | ENFANT AYANT PRESENTE DES VOMISSEMENTS |
|---------------------|---|--|----------------------------------|--|
| Taille (cm)         | oui:163.0<br>non:161.9<br>N.S.                                | 162.9<br>161.4<br>•                            | 161.6<br>162.3<br>N.S.           | 162.7<br>162.1<br>N.S.                 |
| Poids (Kgs)         | oui: 59.7<br>non: 58.9<br>N.S.                                | 59.2<br>59.0<br>N.S.                           | 60.8<br>58.7<br>N.S.             | 59.6<br>58.6<br>N.S.                   |
| Gain de poids (Kgs) | oui: 11.5<br>non: 11.2<br>N.S.                                | 11.8<br>10.7<br>•                              | 12.7<br>11.0<br>**               | 10.8<br>11.3<br>N.S.                   |

Tableau G.12. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale et les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère. Enfants âgés de 4 à 9 semaines. Coefficients de la fonction M.L. (x 100).

|  | MALADE AU MOINS<br>UNE FOIS DEPUIS<br>LA NAISSANCE | ENFANT AYANT<br>PRESENTE L'UN<br>OU L'AUTRE<br>SYMPTOME | ENFANT AYANT<br>PRESENTE DE<br>LA TOUX | ENFANT AYANT<br>PRESENTE DES<br>VOMISSEMENTS |
|--|--|---|--|--|
| NOMBRE DE SUJETS →<br>NOMBRE DE CAS →  | (520)<br>( 97)                                     | (389)<br>(197)  | (392)<br>( 66)                         | (478)<br>( 66)                               |
| Catégories sociales                    | -35  | .   | -50                                    | .  |
| Nivelles                               | 22   | .   | .                                      | .  |
| Bastogne                               | 32   | .   | .                                      | .  |
| Parité = 1                             | .  | .   | .                                      | .  |
| > 4                                    | .  | .   | .                                      | .  |
| Age < 20 ans                           | .  | .   | .                                      | .  |
| > 35 ans                               | .  | .   | .                                      | .  |
| Nationalité<br>étrangère               | .  | .   | .                                      | .  |
| Isolement                              | .  | .   | .                                      | 24   |
| Travail à l'extérieur                  | .  | .   | .                                      | .  |
| Tabagisme                              | .  | .   | .                                      | .  |
| Surveillance<br>prénatale tardive      | .  | .   | .                                      | .  |
| Kinésithérapie<br>prénatale            | .  | .   | .                                      | .  |
| Mauvaise santé de la<br>mère           | .  | 27  | .                                      | .  |
| Fausse couche<br>antérieure            | .  | .   | .                                      | .  |
| Hypertension<br>prénatale              | .  | .   | .                                      | .  |
| Maladie pendant la<br>grossesse        | .  | .   | .                                      | .  |
| Taille                                 | .  | .   | .                                      | .  |
| Prise de poids<br>pendant la grossesse | .  | 24  | 34                                     | .  |

Les enfants dont la mère est célibataire présentent trois fois plus souvent des vomissements durant cette période que le restant de l'échantillon, tandis que ceux dont la mère a travaillé pendant la grossesse sont moins souvent affectés par un problème de toux. Et si aucune différence significative n'apparaît pour distinguer les enfants déclarés au moins une fois malade depuis leur sortie de maternité, il n'en va pas de même pour ceux qui ont présenté dans le même intervalle l'un ou l'autre symptôme : le tabagisme et le mauvais état de santé de la mère ainsi que l'existence d'une maladie pendant la grossesse constituent sous cet angle des indicateurs de risque significatifs. On note en outre une taille moyenne significativement plus grande parmi les mères d'enfants ayant présenté l'un ou l'autre symptôme, mais la différence en termes absolus est faible. Enfin, si l'enfant a présenté de tels symptômes, ou plus spécifiquement de la toux, la prise de poids de la mère pendant la grossesse est significativement supérieure.

L'approche multivariée, -cfr. tableau G.12 -, prenant en compte les variables sociale et géographiques, modifie quelque peu l'impression émanant des tableaux précédents :

- pour l'existence d'une maladie: seuls demeurent comme indicateurs de risque dans le modèle multilogistique la catégorie sociale basse et le fait de résider dans l'arrondissement de Charleroi;
- pour l'existence des divers symptômes: à la catégorie sociale basse viennent se substituer comme indicateurs d'un risque accru une prise de poids importante pendant la grossesse et la mauvaise santé maternelle;
- pour la toux: le modèle fait ressortir comme indicateurs de risque la catégorie sociale basse et une prise de poids importante pendant la grossesse: les variables géographiques disparaissent du modèle, bien que restant proches du seuil de signification;
- enfin pour les vomissements: l'isolement de la mère constitue le seul indicateur de risque significatif.

#### G.3.3.4. Morbidité du nourrisson évaluée lors de la seconde enquête

+++++

Les tableaux G.13 et G.14 nous révèlent les principaux facteurs présentant une relation significative avec nos indicateurs de morbidité relatifs aux trois premiers trimestres de vie. Le sous-échantillon étudié correspond aux enfants pour lesquels la deuxième enquête a pu être réalisée, et pour l'analyse des deux premiers indicateurs nous n'avons retenu dans l'échantillon que les enfants qui étaient âgés à ce moment de

Tableau G.13. : Effet des caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère sur la morbidité post-natale. Enfants âgés de 7 à 10 mois révolus : morbidité dans l'échantillon global, et dans divers sous-groupes. En  $\chi^2_{1,c}$  ou test exact de Irwin-Fisher-Yates.

| ECHANTILLON                                    | ENFANT AYANT PRESENTE UNE MALADIE OU + DEPUIS LA NAISSANCE | ENFANT AYANT ETE HOSPITALISE DEPUIS LA SORTIE DE MATERNITE | ENFANT DIFFICILE AUX REPAS | ENFANT CAUSANT "BEAUCOUP DE SOUCIS" A LA MERE | ENFANT DONT LA SANTE EST JUGEE EXCELLENTE |
|--|--|--|----------------------------|---|---|
| ECHANTILLON                                    | 74.0<br>(N=526)  | 8.0<br>(N=526)   | 10.8<br>(N=575)            | 8.4<br>(N=574)                                | 20.2<br>(N=568)                           |
| Parité = 1                                     | 74.7 <sup>N.S.</sup>                                       | 6.5 <sup>N.S.</sup>  | 10.3 <sup>N.S.</sup>       | 8.6 <sup>N.S.</sup>                           | 19.2 <sup>N.S.</sup>                      |
| > 4  | 71.4 <sup>N.S.</sup>                                       | 8.9 <sup>N.S.</sup>  | 17.2 <sup>N.S.</sup>       | 7.8 <sup>N.S.</sup>                           | 25.4 <sup>N.S.</sup>                      |
| Age < 20 ans                                   | 75.0 <sup>N.S.</sup>                                       | 21.1 <sup>N.S.</sup>                                       | 4.2 <sup>N.S.</sup>        | 12.5 <sup>N.S.</sup>                          | 34.8 <sup>N.S.</sup>                      |
| > 35 ans                                       | 70.6 <sup>N.S.</sup>                                       | 5.9 <sup>N.S.</sup>  | 12.5 <sup>N.S.</sup>       | 10.0 <sup>N.S.</sup>                          | 20.0 <sup>N.S.</sup>                      |
| Etrangères                                     | 72.0 <sup>N.S.</sup>                                       | 19.8 <sup>***</sup>  | 9.1 <sup>N.S.</sup>        | 9.1 <sup>N.S.</sup>                           | 11.5 <sup>*</sup>                         |
| Isolées  | 63.6 <sup>N.S.</sup>                                       | 27.3 <sup>N.S.</sup>                                       | 9.1 <sup>N.S.</sup>        | 27.3 <sup>N.S.</sup>                          | 33.3 <sup>N.S.</sup>                      |
| Travaillant à l'extérieur                      | 73.2 <sup>N.S.</sup>                                       | 5.6 <sup>N.S.</sup>  | 8.9 <sup>N.S.</sup>        | 6.4 <sup>N.S.</sup>                           | 20.9 <sup>N.S.</sup>                      |
| Fumeuses                                       | 77.6 <sup>N.S.</sup>                                       | 7.7 <sup>N.S.</sup>  | 13.7 <sup>N.S.</sup>       | 10.8 <sup>N.S.</sup>                          | 21.3 <sup>N.S.</sup>                      |
| Surveillance prénat. tardive                   | 72.7 <sup>N.S.</sup>                                       | 12.5 <sup>*</sup>  | 10.4 <sup>N.S.</sup>       | 12.1 <sup>*</sup>                             | 17.2 <sup>N.S.</sup>                      |
| Kiné prénatale                                 | 74.2 <sup>N.S.</sup>                                       | 5.7 <sup>N.S.</sup>  | 8.3 <sup>N.S.</sup>        | 5.5 <sup>N.S.</sup>                           | 20.3 <sup>N.S.</sup>                      |
| En mauvaise santé générale.                    | 81.4 <sup>*</sup>  | 12.1 <sup>N.S.</sup>                                       | 16.6 <sup>*</sup>          | 15.2 <sup>***</sup>                           | 19.2 <sup>N.S.</sup>                      |
| Fausse couche antérieure.                      | 79.4 <sup>N.S.</sup>                                       | 9.6 <sup>N.S.</sup>  | 15.8 <sup>N.S.</sup>       | 10.5 <sup>N.S.</sup>                          | 18.6 <sup>N.S.</sup>                      |
| Hypertension prénatale                         | 76.3 <sup>N.S.</sup>                                       | 5.2 <sup>N.S.</sup>  | 4.5 <sup>N.S.</sup>        | 10.4 <sup>N.S.</sup>                          | 28.4 <sup>N.S.</sup>                      |
| Maladie pendant la grossesse                   | 83.1 <sup>N.S.</sup>                                       | 12.3 <sup>N.S.</sup>                                       | 9.9 <sup>N.S.</sup>        | 8.8 <sup>N.S.</sup>                           | 16.7 <sup>N.S.</sup>                      |
| Enfant gardé à l'extérieur par des non-parents | 86.6 <sup>*</sup>  | 4.6 <sup>N.S.</sup>  | 9.5 <sup>N.S.</sup>        | 4.1 <sup>N.S.</sup>                           | 26.0 <sup>N.S.</sup>                      |

⊙ P = 0.038 sans la correction de continuité; P = 0.052 avec la c.c.

Tableau G.14. : Relations entre les caractéristiques biométriques de la mère et la morbidité post-natale : taille, poids et gain pondéral moyens dans les sous-groupes avec et sans la caractéristique de morbidité. Enfants âgés de 7 à 10 mois révolus. Analyse de la variance : test F.

|                     | ENFANT AYANT PRESENTE UNE MALADIE OU + DEPUIS LA NAISSANCE | ENFANT AYANT ETE HOSPITALISE DEPUIS LA SORTIE DE MATERNITE | ENFANT DIFFICILE AUX REPAS | ENFANT CAUSANT "BEAUCOUP DE SOUCIS" A LA MERE | ENFANT DONT LA SANTE EST JUGEE EXCELLENTE |
|---------------------|--|--|----------------------------|---|---|
| Taille (cm)         | oui: 161.9<br>N.S.<br>non: 162.0                           | 161.1<br>N.S.<br>162.0                                     | 161.4<br>N.S.<br>162.2     | 163.6<br>N.S.<br>162.0                        | 163.2<br>N.S.<br>161.8                    |
| Poids (kgs)         | oui: 59.3<br>N.S.<br>non: 58.0                             | 58.0<br>N.S.<br>59.1                                       | 59.2<br>N.S.<br>59.0       | 59.4<br>N.S.<br>59.0                          | 58.8<br>N.S.<br>59.1                      |
| Gain de poids (kgs) | oui: 11.29<br>N.S.<br>non: 11.29                           | 10.93<br>N.S.<br>11.34                                     | 11.42<br>N.S.<br>11.39     | 11.00<br>N.S.<br>11.43                        | 11.34<br>N.S.<br>11.39                    |

Tableau G.15. : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale et les caractéristiques socio-démographiques et médicales de la mère. Enfants âgés de 7 à 10 mois révolus. Coefficients de la fonction M.L. (x 100).

|   | ENFANT AYANT<br>PRESENTE UNE<br>MALADIE OU *<br>DEPUIS LA<br>NAISSANCE | ENFANT AYANT<br>ETE HOSPITALI<br>SE DEPUIS LA<br>SORTIE DE<br>MATERNITE | ENFANT<br>DIFFICILE AUX<br>REPAS | ENFANT CAUSANT<br>"BEAUCOUP DE<br>SOUCIS" A<br>LA MERE | ENFANT DONT<br>LA SANTE EST<br>JUGEE<br>EXCELLENTE |
|---|--|---|----------------------------------|--|--|
| NOMBRE DE SUJETS →<br>NOMBRE DE CAS →     | (518)<br>(386)   | (467)<br>( 40)  | (569)<br>( 62)                   | (569)<br>( 48)   | (568)<br>(115)                                     |
| Catégories sociales                       | .  | .   | -32                              | .  | 23   |
| Nivelles                                  | .  | .   | .                                | .  | 62   |
| Bastogne                                  | .  | .   | .                                | .  | 32   |
| Parité = 1                                | .  | .   | .                                | .  | .  |
| > 4                                       | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Age < 20 ans                              | .  | .   | .                                | .  | 26   |
| > 35 ans                                  | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Nationalité<br>étrangère                  | .  | 54  | .                                | .  | .  |
| Isolement                                 | .  | 29  | .                                | .  | .  |
| Travail à<br>l'extérieur                  | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Tabagisme                                 | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Surveillance<br>prénatale tardive         | .  | .   | .                                | 37   | .  |
| Kinésithérapie<br>prénatale               | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Nauvaise santé de<br>la mère              | 26   | 36  | 30                               | 50   | .  |
| Fausse couche<br>antérieure               | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Hypertension<br>prénatale                 | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Maladie pendant<br>la grossesse           | 23   | .   | .                                | .  | .  |
| Taille                                    | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Prise de poids<br>pendant la<br>grossesse | .  | .   | .                                | .  | .  |
| Garde de l'enfant<br>par un non-parent    | 31   | .   | .                                | .  | .  |

sept à dix mois. Outre les facteurs précédemment soumis à l'analyse, nous avons ajouté ici le mode de garde de l'enfant, et comme modalité susceptible d'influencer l'état de santé le fait d'être confié à une tierce personne ne faisant pas partie de l'entourage familial. Au total, sur dix-huit facteurs étudiés, quatre seulement marquent un effet significatif. Il s'agit de la nationalité, de la surveillance prénatale, de la santé maternelle et de la garde de l'enfant.

Pour la maladie de l'enfant, la mauvaise santé maternelle et la garde de l'enfant à l'extérieur constituent tous deux des indicateurs de risque; quant à l'hospitalisation, les deux risques principaux sont constitués par la nationalité étrangère et par une surveillance prénatale tardive. Signalons toutefois, malgré son caractère non significatif, que dans le groupe des mères âgées de moins de vingt ans, on observe un risque relatif d'hospitalisation proche de 3 (21.1 % vs 7.6 %) et que le test exact est très proche du seuil de signification de 5% ( $P = 0.06$ ).

Les trois autres indicateurs de morbidité étudiés concernent une vision plus subjective et globalisante de l'état de santé du nourrisson. L'enfant est considéré comme difficile aux repas davantage dans le sous-groupe des répondantes en mauvaise santé. Par ailleurs, on observe que dans ce sous-groupe deux fois plus de femmes considèrent que le dernier-né leur cause "beaucoup de soucis"; ces mêmes soucis sont plus fréquents parmi les femmes ayant consulté plus tardivement lors de la gestation.

Enfin, si dans l'échantillon global un enfant sur cinq voit sa santé qualifiée d'excellente par sa mère, il ne s'en trouve qu'un sur neuf dans le groupe dont la mère est étrangère.

L'approche multivariée du tableau G.15 conduit à retenir comme variables prédictives défavorables :

- pour l'existence d'une maladie:
  - la garde de l'enfant par une tierce personne,
  - la mauvaise santé maternelle,
  - et l'existence d'une maladie pendant la grossesse.
- pour l'hospitalisation:
  - la nationalité non belge,
  - la mauvaise santé,
  - et l'isolement de la mère,en remplacement des variables socio-géographiques;
- pour les difficultés alimentaires: la mauvaise santé maternelle vient s'ajouter à la catégorie sociale;

- pour l'importance des "soucis": la mauvaise santé maternelle et une première consultation prénatale après trois mois viennent prendre la place dans le modèle de la catégorie sociale d'appartenance;
- pour la santé générale de l'enfant, un âge maternel supérieur à 19 ans. Notons que l'entrée de cette variable dans le modèle réintroduit simultanément la variable sociale dans un sens favorable aux catégories supérieures, aux côtés des variables géographiques dont le rôle avait été préalablement mis en évidence dans un sens favorable à Nivelles et Bastogne.

#### G.3.3.5. Sexe de l'enfant

+++++

Nous avons également étudié les éventuelles relations entre le sexe de l'enfant et les divers indicateurs de santé/morbidité. Une seule différence significative apparaît qui concerne la fréquence des enfants pesant moins de 2.5 kgs à la naissance: cette fréquence atteint 5.5% dans le sexe masculin mais 9.7% dans le sexe féminin ( $P[0.05]$ ). Cet écart dans les taux d'enfants de faible poids reflète la différence observée au niveau des poids de naissance moyens: ceux-ci valent respectivement 3.318 kgs pour les garçons ( $N = 398$ ) et 3.136 kgs pour les filles ( $N = 351$ ).

Les autres différences, uniquement indicatives de tendances, sont à l'avantage des filles pour la morbidité post-natale, y compris le taux d'hospitalisation.

#### G.4. Discussion

Les résultats présentés dans ce chapitre révèlent l'importance, dans notre étude, des facteurs socio-démographiques et médicaux étudiés pour le bon déroulement de la grossesse et pour l'état de santé de l'enfant à partir de la naissance. Ces facteurs sont classiquement mis en cause dans le cadre de la recherche des déterminants de la mortalité périnatale (O.M.S., 1978 b), de la prématurité (REED et STANLEY, 1977; THOMSON et BARRON, 1983) ou de l'hypotrophie (STEMBERA, 1975). La prématurité avec le poids de naissance constituent en effet deux des rares indicateurs de morbidité périnatale qui aient été étudiés en détail jusqu'ici dans la littérature. Il faut cependant déplorer que, malgré les corrélations étroites entre ces deux indicateurs de prématurité, le poids de naissance a souvent été étudié sans tenir compte de l'âge gestationnel (TERRIS, 1977; KALTREIDER et KOHL, 1980).

Il est classique de distinguer les causes médicales, liées à l'état de santé de la mère, des conditions d'environnement qui déterminent également la manière dont le processus de la gestation suit son cours. Ces deux sortes de facteurs, agissant en étroite interaction, constituent des menaces potentielles pour l'évolution de la grossesse; leur importance respective est toutefois variable en fonction des populations étudiées (RUSH, 1977).

Malgré les divergences observées entre la mortalité néonatale et la morbidité à la naissance du point de vue de leurs évolutions respectives dans le temps (THOMSON, 1983), les travaux publiés insistent sur le parallélisme observé entre l'influence des facteurs étudiés sur la mortalité d'une part, et sur la prématurité, - en termes d'âge gestationnel ou de poids de naissance -, d'autre part (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1976). Les variables prédictives, même si elles ne sont pas identiques, se superposent dans une large mesure (NEWCOMBE et CHALMERS, 1981). De plus, la prématurité, - étudiée sous l'angle de la durée de gestation ou du poids de naissance -, constitue elle-même un facteur de risque primordial pour la survie de l'enfant (SHAH et ABBEY, 1971; KALTREIDER et KOHL, 1980).

Ce parallélisme est notamment souligné pour l'influence de la catégorie sociale d'appartenance, puisque l'on observe des gradients de mortalité (mortalité périnatale, mortalité néonatale, mortalité périnatale) et de prématurité et faible poids de naissance inversement liés à la position socio-économique (DONNELLY et al., 1964; RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1972; FEDRICK et al., 1976; DOWDING, 1981).

Ce point de l'influence du milieu social a déjà été discuté dans un chapitre antérieur, en relation avec les résultats de la présente étude. Une question importante demeure toutefois: elle vise à identifier les indicateurs de risque qui se trouvent inextricablement confondus dans un indicateur de position sociale. Il en va ainsi de l'âge de la mère à l'accouchement, de

la parité, de la nationalité, du travail professionnel et de l'état civil. Au-delà, il convient de connaître encore plus en profondeur les conditions de vie quotidienne et les habitudes susceptibles d'agir sur la grossesse et sur son vécu : les comportements alimentaires, le tabagisme, les comportements de santé/maladie et l'état de santé lui-même sont très variables d'une catégorie sociale à l'autre (EMANUEL, 1977 ; OAKLEY et al., 1983 ). Tous ces paramètres étant diversement distribués dans les catégories sociales, il est nécessaire de pousser les investigations dans une optique multivariée pour établir leur responsabilité de façon indépendante.

Dans les paragraphes qui suivent nous passerons en revue les divers facteurs de risque de prématurité et/ou de faible poids de naissance étudiés dans la littérature pour les confronter aux résultats obtenus dans le cadre de notre étude.

#### G.4.1. Parité

La parité semble jouer de façon non univoque : le risque de mettre au monde un enfant prématuré ou pesant moins de 2.5 kgs serait supérieur lors d'une première grossesse, en comparaison d'une deuxième ou d'une troisième, mais le risque serait également accru chez les multipares à partir de la cinquième grossesse aboutissant à l'aspect d'une courbe de risque en "U" (PRATT et coll., 1975; KALTREIDER et KOHL, 1980). Pour certains, le risque augmenterait à partir de la quatrième grossesse (RUMEAU-ROUQUETTE, 1979), tant pour la prématurité que pour le poids de naissance. De telles données résultent toutefois d'approches bivariées et ne tiennent pas compte de l'âge maternel, très lié à la parité, ainsi que d'autres déterminants potentiels, tels que le statut social des gestantes. Pour THOMSON (1983), il y aurait un gain de poids significatif de plus ou moins 100 g. entre une première et une deuxième naissance : ceci serait dû à une amélioration de l'environnement physiologique du fœtus, comme par exemple la circulation utérine. Après la deuxième naissance un "gain" de poids serait, pour cet auteur, beaucoup plus discutable. Pour BAKKETEIG et HOFFMAN (1981) le défaut de la plupart des études est de faire référence à des approches transversales de population ("cross-sectional studies"); ces auteurs ont étudié longitudinalement l'évolution du poids de naissance pour des enfants nés de la même mère. Ils concluent que la courbe en U souvent décrite résulte d'un artefact de cohortes, et qu'en fait le risque de prématurité diminue de façon régulière avec la parité.

Notre échantillon comprend 3/4 de primipares ou deuxièmes pares; ceci reflète clairement les caractéristiques démographiques actuelles de notre région et l'importance des familles réduites. Nous avons isolé le groupe des primipares (46% de l'échantillon) et celui des grossesses d'un rang supérieur à 3 (10%) afin de tester l'influence de la parité aux deux extrémités de sa distribution.

En ce qui concerne les primipares, il nous a été impossible, dans une optique bivariée, de mettre en évidence un risque significativement supérieur. La seule différence significative conduit à relever un vécu subjectif de la grossesse meilleur; ceci est vrai aussi bien si ce vécu est évalué immédiatement après la naissance ou 6 mois plus tard. Cette observation doit être rapprochée d'une autre qui concerne l'encadrement paramédical de la grossesse et de l'accouchement : en effet, 52.8% des primipares recourent à une préparation à l'accouchement (kinésithérapie, gymnastique prénatale) et pour 27.8% d'entre elles un kinésiste est présent à l'accouchement. Ces chiffres sont significativement supérieurs ( $P[0.001]$ ) à ceux du reste de l'échantillon (37.8% et 22.1%). Or, différents auteurs ont souligné l'effet bénéfique d'une préparation à l'accouchement, tant sur le déroulement que sur le vécu maternel et sur l'attitude de la mère face à la naissance et à l'enfant (COGAN, 1980, et cfr. infra). En ce qui concerne les grossesses d'un rang supérieur à 3, aucune différence significative ne ressort de nos analyses bivariées de la morbidité maternelle ou infantile.

Si l'on envisage l'approche multilogistique du risque, on constate une confirmation de la relation observée entre primiparité et vécu de la grossesse estimé à 6 mois. Pour le vécu estimé à quelques semaines, la relation avec la parité disparaît et l'on peut attribuer ce fait à la rentrée dans le modèle de la variable "kinésithérapie prénatale". On relève, en outre, une relation significative et favorable entre une parité supérieure à 3 et le poids de naissance. Cette constatation va dans le sens des observations selon lesquelles le poids moyen augmente et le taux de poids inférieur à 2.5 kgs diminue avec la parité (HARDY et MELLITS, 1977; BAKKETEIG et HOFFMAN, 1981). Du fait de la prise en compte simultanée de l'âge maternel, la relation statistique, qui était non significative dans l'approche bivariée, franchit ici le seuil statistique.

Au total, on ne retrouve pas dans notre étude de relation franchement marquée entre parité et morbidité périnatale ainsi que cela avait été le cas dans d'autres études, en Grande-Bretagne (ALBERMAN, 1977), aux Etats-Unis (PRATT et al., 1977) et en France (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979), sur des bases nationales ou des échantillons très vastes. Ceci peut sans doute s'expliquer par la très grande homogénéité des femmes interrogées sur le plan du nombre d'enfants : le modèle familial tend à se resserrer autour du chiffre moyen de 2 enfants, et les familles "nombreuses" deviennent véritablement l'exception dans nos régions. A une approche des facteurs médico-obstétricaux liés à la parité doit venir s'ajouter celle des facteurs socio-démographiques, voire culturels. Nous pouvons penser que ces trois types de facteurs sont susceptibles de subir des modifications considérables en fonction du contexte démographique général; une telle hypothèse devrait être confrontée à la réalité des faits.

Il semble donc bien que, dans le cadre de cette enquête la primiparité ne constitue pas un facteur de risque indépendant pour la grossesse et ses suites. Cependant, le fait d'être confrontée pour la première fois avec les problèmes de la grossesse et de la maternité constitue une situation spécifique entraînant des conséquences au niveau de la perception des phénomènes et des comportements de santé/maladie.

#### G.4.2. Age

- - - - -

L'âge, - comme la parité à laquelle il est très lié, - apparaît comme une variable aux effets doubles. On décrit classiquement une augmentation du risque de prématurité et/ou de poids de naissance subliminal chez les très jeunes mères (moins de vingt ans) ainsi que chez les femmes de plus de quarante ans (RUMEAU-ROUQUETTE, 1979). La forme classique de la courbe est en U, avec un minimum dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans (KALTREIDER et KOHL, 1980). Pour la mortinatalité, un âge supérieur à trente ans semble constituer un risque indépendant de la parité (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979).

STEMBERA (1975) conclut, quant à lui, à un effet du jeune âge (moins de 18 ans) sur la prématurité gestationnelle, mais pas sur le risque pour la mère de mettre au monde un enfant dysmature. Pour les mères de plus de trente ans, il observe un risque accru d'accoucher avant le terme, mais aussi de donner naissance à des enfants dysmatures. Les observations de RUMEAU-ROUQUETTE (1979) vont dans le même sens.

SHAH et ABBEY (1971) ont montré que pour la mortalité néonatale l'effet de l'âge, comme de la parité, était dû essentiellement à l'incidence d'un poids de naissance inférieur à 2.5 kgs, alors que pour la mortalité post-néonatale la prise en compte simultanée du poids de naissance et d'autres variables laissait observer un effet "en soi" de l'âge et de la parité, au détriment des moins de 20 ans et des multipares.

En Belgique, pour les années 1974-1975, les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale, post néonatale et infantile suivent une courbe en forme de U, les risques étant systématiquement inférieurs dans les tranches d'âge de vingt à trente ans (MASUY-STROOBANT, 1979). Dans une étude multivariée de la mortinatalité, l'âge constitue la première variable issue d'une analyse par segmentation tandis que, pour la mortalité infantile, elle ressort au quatrième rang. L'auteur conseille de retenir comme variables pertinentes les âges inférieurs à vingt ans et supérieurs à trente-cinq ans.

Les données dont nous disposons vont dans le sens attendu, même si peu de différences sont significatives. Il convient de noter ici que les effectifs de ces deux tranches d'âge extrêmes sont relativement faibles, représentant respectivement 39 et 52 répondantes (5.2 % et 6.9 % de l'échantillon). Ce fait empêche plus d'une fois que des différences, importantes en termes de risque relatif, atteignent le seuil de signification requis.

Chez les mères de moins de vingt ans aucune différence n'atteint le seuil de signification statistique. Il en va notamment ainsi pour la fréquence de la prématurité (RR = 2) et de l'hospitalisation de l'enfant dans les premiers mois de la vie (RR = 2.8). Chez ces très jeunes femmes on note cependant que certains indicateurs vont dans un sens opposé, favorable, mais de manière non significative : c'est le cas pour le vécu subjectif de la grossesse, pour l'existence de symptômes en général, ou de vomissements en particulier, durant les premières semaines, et pour les difficultés rencontrées aux repas. De plus, ces jeunes mères estiment, lors de la deuxième enquête, dans 35% des cas que la santé de leur enfant est excellente, c'est-à-dire 1.8 fois plus souvent que dans le reste de l'échantillon. Dans l'analyse multilogistique de cet indicateur de santé de l'enfant, cette variable (âge [ 20 ans) est la seule à venir s'insérer dans le modèle prédictif, à côté des variables socio-géographiques.

Pour les plus de trente-cinq ans, presque tous les indicateurs relatifs à la période prénatale et à l'accouchement sont défavorables et les différences sont statistiquement significatives pour le faible poids de naissance (RR = 2.2) et pour l'existence d'une pathologie à la naissance (RR = 1.6). Dans l'approche multivariée, l'âge élevé ressort comme variable significative permettant de prédire un faible poids de naissance.

Ces constatations confirment l'impression dégagée par l'étude de la parité : les données publiées qui montrent l'"effet" néfaste de parités élevées concernent le plus souvent des données non standardisées pour l'âge et, dès lors, se limitent vraisemblablement à faire ressortir l'effet indirect de l'âge. Des données françaises révèlent ainsi un lien très significatif de la prématurité et de l'hypotrophie avec la parité dans une approche bivariée simple, ce lien disparaît lorsqu'une analyse multivariée par segmentation est effectuée. A ce moment l'âge intervient seul comme variable discriminante, en 3ème rang pour la prématurité et en deuxième pour l'hypotrophie (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979). Une approche longitudinale conduit certains auteurs à réfuter l'idée d'un risque accru pour les grandes multipares : il n'y aurait qu'une diminution du risque de prématurité au fur et à mesure que la parité augmente, si l'on tient compte de l'effet de sélection et de l'âge (BAKKETEIG et HOFFMAN, 1981).

#### G. 4.3. Nationalité

- - - - -

Il est classique de décrire un "effet ethnique" sur la fréquence de mortalité ou de morbidité périnatale. Spécialement, aux Etats-Unis, toutes les publications insistent sur les différences considérables, du simple au double, entre les femmes blanches et non-blanches du point de vue des taux de prématurité, envisagée selon le terme ou le poids de naissance (WIENER et MILTON, 1970; PRATT et al., 1977; KALTREIDER et KOHL, 1980). Des facteurs génétiques sont susceptibles d'expliquer ces différences, à côté de toute une série d'autres facteurs dont la prise en compte doit être effectuée dans une optique de standardisation des données (RUSH, dans la discussion de CHASE, 1977).

Plus près de nous, il a pu être montré en France que la nationalité de la mère, regroupée en quelques grandes catégories selon le pays d'origine (Portugal, Europe du Sud, Maghreb), montrait en défaveur des femmes immigrées des liens nets avec les taux de mortinatalité (Portugal et Maghreb), de prématurité, de malformations congénitales ainsi que de souffrance foetale ou néonatale (KAMINSKI et al., 1975; 1978). Il faut bien sûr, disent ces auteurs, prendre en considération les facteurs démographiques (âge, parité, intervalle intergénéral); mais ces facteurs n'expliquent pas entièrement les différences observées. Il en va de même pour les différences de niveau socio-culturel, pour la fatigue liée au travail professionnel ou extra-professionnel, et pour la surveillance prénatale, en moyenne plus tardive chez les migrantes. Plutôt que la nationalité comme telle, c'est le fait d'être migrante qui constituerait un risque, indépendamment des autres facteurs envisagés plus haut : interviennent à ce niveau, en liaison avec l'adaptation dans le pays d'immigration, la culture du pays d'origine et l'importance du phénomène d'acculturation; un bon indicateur d'acculturation semble être constitué par la connaissance de la langue du pays d'immigration.

En Belgique, une controverse existe actuellement au sujet de la mortalité périnatale différentielle des enfants étrangers : si les statistiques officielles ont jusqu'ici montré un risque supérieur pour ces enfants, il ne semble plus en aller de même dans les toutes dernières années (LAMBEAU, 1984).

Notre échantillon comporte 16% de femmes étrangères d'origines diverses; dans ce sous-échantillon, nous observons une fréquence significativement accrue de nausées gravidiques et d'hospitalisations prénatales. Si autour de la naissance les résultats de morbidité sont très comparables à ceux des femmes belges, en revanche, pour les enfants âgés de 7 à 10 mois on relève 2.5 fois plus d'hospitalisation que dans l'ensemble de l'échantillon ( $P < 0.001$ ) et 11.5% seulement des enfants sont jugés par leur mère en excellente santé, contre 20.2% dans l'ensemble. Si l'on tient compte des facteurs de risque associés,

la variable de nationalité ne laisse entrevoir de lien significatif que pour l'hospitalisation de l'enfant durant les 7 à 10 premiers mois de sa vie.

Les indicateurs de morbidité les plus proches d'une morbidité objectivable (terme, poids de naissance) échouent donc à confirmer dans notre étude les résultats défavorables aux enfants d'immigrés que nous venons de mentionner, et ceci malgré une taille maternelle significativement moindre dans le groupe des étrangères (P [ 0.001). Il est toutefois intéressant de constater que deux indicateurs de morbidité ressentie sont effectivement défavorables aux femmes non-belges, et en outre, très clairement, les deux indicateurs de morbidité relatifs à l'hospitalisation.

Cette double constatation nous pousse à croire que les facteurs effectifs associés à la nationalité relèvent d'une part du domaine socio-culturel, tels que la perception sociale différentielle de la douleur (ZBOROWSKI, 1952) ou la définition de la maladie (ZOLA, 1966), et d'autre part de la détermination sociale des filières médicales auxquelles il est fait recours dans une situation pathologique donnée. En France, CHAUVENET (1977) a montré qu'au sein du système hospitalier existe une hiérarchie d'institutions à laquelle correspond une "utilisation" spécifique de la part des ressortissants des divers milieux sociaux. Pour notre pays, BASTENIER et DASSETO (1977) ont étayé l'hypothèse d'une consommation médico-hospitalière différentielle selon la nationalité : les Etrangers se distinguent des Belges en ceci qu'ils recourent moins souvent à la médecine générale, a fortiori spécialisée, hors de l'hôpital, mais davantage aux soins hospitaliers.

#### G. 4.4. Situation conjugale de la mère

-----

La haute mortalité des enfants illégitimes a été mise en évidence depuis longtemps dans divers pays (O.M.S., 1978 b). Et la notion de risque lié à l'isolement maternel est une notion bien ancrée dans la littérature périnatale actuelle. En France, cette variable intervient en deuxième position dans une étude du risque d'hypotrophie par la méthode de segmentation (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979). Aux Etats-Unis, divers auteurs ont montré une fréquence accrue de poids de naissance inférieurs à 2.5 kgs chez les femmes non mariées, pour différentes tranches d'âge, tant chez les blanches que chez les non-blanches (CHASE, 1977; PRATT et al., 1977). KALTREIDER et KOHL (1980) ont montré le lien défavorable de l'illégitimité avec la fréquence de prématurés de moins de 2.5 kgs chez les blanches, et un lien semblable avec la fréquence d'enfants de moins de 2.5 kgs à terme chez les non-blanches. STEMBERA (1975) a montré un effet du célibat sur la prématurité, mais non sur la fréquence d'enfants dysmatures.

Mais il est évident que les gestantes non mariées se distinguent des autres femmes enceintes par une multitude d'éléments susceptibles de jouer le rôle de facteurs confondants à l'égard du risque périnatal.

Dans notre étude nous avons voulu cerner davantage la réalité du vécu que la "notion administrative" de l'état civil : notre méthode a donc consisté à isoler le groupe des femmes vivant seules au moment de la première enquête, pour élever leur enfant, âgé à ce moment de quelques semaines à peine. Notre échantillon comprend 2% de femmes seules, ainsi définies. De ce fait, il pourrait paraître difficile de montrer des différences significatives à propos d'un groupe aussi restreint (§).

Mais il est remarquable de constater ici que, malgré ces difficultés liées à l'effectif, sur dix-huit indicateurs de morbidité étudiés, six révèlent des différences statistiquement significatives. Pour neuf autres indicateurs, le seuil de signification n'est pas atteint mais les risques relatifs sont systématiquement défavorables, et parfois fort élevés. Dans notre approche multivariée nous constatons que cette variable ne ressort que pour deux indicateurs, l'existence de vomissements chez le nourrisson et l'hospitalisation de l'enfant.

La disparition partielle de la variable d'isolement maternel dans les divers modèles multivariés peut s'expliquer de deux façons. D'abord, sur le plan méthodologique, la faiblesse extrême de l'effectif des femmes seules suffit pour empêcher la variable de rentrer dans le modèle multilogistique. C'est le cas, par exemple, pour la prématurité, dont la fréquence est 4.3 fois plus élevée dans ce sous-groupe : un modèle logistique simple ne parvient pas à retenir comme "significative" la variable d'isolement contrairement au test exact de FISHER dans un tableau de contingence 2x2 ( $P \leq 0.01$ ). Ensuite, l'introduction de la variable sociale et des autres variables socio-démographiques dans l'analyse multivariée permet de prendre en compte les éventuels effets de confusion, ainsi que le ferait une standardisation pour tous ces facteurs qui présentent un profil profondément différent dans ce groupe de mères célibataires.

---

(§) Sur le plan méthodologique, le test exact de FISHER a dû être utilisé dans la plupart des cas en lieu et place du Chi carré inadéquat.

Il n'en reste pas moins vrai que cette variable d'isolement maternel, malgré les contraintes extrêmes du cadre de notre analyse, laisse l'impression d'un indicateur de risque important sur le plan de la morbidité périnatale. Son importance se révèle surtout en termes de risque relatif, et très peu en termes de risque attribuable, en raison de sa rareté. Il nous semble qu'il s'agit là d'une variable peu étudiée jusqu'ici d'une part en relation avec les autres facteurs de risque et d'autre part dans l'optique de sa réalité existentielle. Elle mériterait d'être approchée plus en profondeur dans des schémas d'étude radicalement différents du nôtre, focalisés sur ce sous-groupe hautement sélectionné qui nous apparaît cumuler un grand nombre de facteurs de mauvais pronostic pour la santé de la mère et de l'enfant.

#### G. 4.5. Travail professionnel durant la grossesse

-----

La question de l'influence du travail professionnel de la femme enceinte sur l'issue de la grossesse constitue actuellement l'objet d'un vaste débat scientifique au niveau international. Une revue de la littérature récente dans ce domaine (CHAMBERLAIN et GARCIA, 1983) mettait en évidence l'opposition entre une publication britannique suggérant une association défavorable entre travail professionnel pendant la grossesse et mortalité infantile (Mc DOWALL et al., 1981) et l'ensemble des travaux français indiquant un abaissement du risque d'issues défavorables de la grossesse dans le groupe des femmes "au travail" (SAUREL-CUBIZOLLES, 1979; MAMELLE, 1980; RUMEAU-ROUQUETTE, 1984).

L'existence d'un travail professionnel durant la gestation comporte à la fois des facteurs de risque évidents ou suspectés, et des éléments a priori favorables au bon déroulement de la grossesse.

D'un côté, on doit citer la fatigue liée au travail, qui vient s'ajouter à celle des travaux ménagers. - et MAMELLE et collaborateurs (1984) ont bien montré l'effet néfaste de cette fatigue professionnelle - les transports quotidiens, la difficulté de bénéficier de l'alimentation la plus adéquate et du repos nécessaire, le "stress" général au travail, sans parler de risques plus spécifiques tels que le bruit, les trépidations, les toxiques ou les radiations dans certains secteurs de travail. A côté de ces éléments, il faut aussi constater que les femmes au travail diffèrent considérablement des "femmes au foyer" sur de nombreux aspects tels que l'âge, la taille de la famille, le niveau d'instruction, les revenus, la situation professionnelle du mari et la santé générale (SAUREL-CUBIZOLLES et al., 1982). Ces différences vont le plus souvent à leur avantage en raison d'un "effet de sélection". En Belgique, comme ailleurs, on a par ailleurs montré que les femmes au travail bénéficiaient

généralement d'une meilleure surveillance prénatale que les autres (VANDENBUSSCHE et al., 1983; LAGASSE et NAMUROIS, 1984). On peut en outre penser que les conditions psychologiques de la grossesse seraient meilleures dans le cas des femmes au travail (SAUREL-CUBIZOLLES et KAMINSKI, 1983).

Cette variable se trouve donc inextricablement corrélée avec nombre d'autres, si bien que son étude ne peut valablement se faire que dans une optique multivariée, ce qui a rarement été le cas jusqu'ici. L'importance relative du travail lourd et pénible, variable selon les pays, ainsi que le poids des autres facteurs associés, sont susceptibles d'expliquer les discordances entre les diverses publications. Il en découle une nécessité d'approfondir la question dans le sens d'une meilleure définition et quantification du travail professionnel, mais aussi extra-professionnel, durant la période prénatale, en recourant éventuellement à des schémas expérimentaux ou quasi-expérimentaux (CHAMBERLAIN et GARCIA, 1983). Les auteurs français pensent néanmoins que les données actuelles tendent à montrer un effet plutôt favorable que défavorable du travail professionnel dans leur pays si l'on tient compte des facteurs maternels et sociaux, et à l'exception de plus ou moins 10% des femmes au travail confrontées à des tâches particulièrement pénibles et fatigantes (SAUREL-CUBIZOLLES et KAMINSKI, 1983). Ceci semble attribuable à la législation qui protège la femme enceinte au travail et à une prévention meilleure dans ce groupe.

Il y a 25 ans, GRAFFAR et ASIEL avaient montré l'effet néfaste, et indépendant de la classe sociale, du travail professionnel sur la fréquence de "pré-terme" et d'interventions chirurgicales nécessaires lors de l'accouchement. Ils avaient également relevé que la proportion de femmes au travail atteignait respectivement 23%, 40%, 50%, 48% et 50% dans leurs 5 catégories sociales, de la plus élevée à la plus basse (GRAFFAR et ASIEL, 1957).

Nos propres données (cf. tableau G.1) contrastent singulièrement avec ces chiffres et démontrent l'importance des changements survenus dans le contexte social du travail professionnel féminin, rendant difficile la comparaison au cours du temps de variables reflétant des réalités aussi différentes. Si environ 48% de nos répondantes travaillent à l'extérieur, ces taux sont très inférieurs dans la catégorie sociale la plus basse et très supérieurs dans la catégorie la plus élevée. Les résultats bivariés présentés dans ce chapitre montrent des tendances en faveur du travail professionnel : les différences sont le plus souvent non significatives à l'exception du vécu de la grossesse estimé à 6 mois, de l'hospitalisation prénatale et de la toux chez le nourrisson. Pour les deux premiers de ces indicateurs, l'analyse de régression multilogistique confirme le

"rôle" bénéfique et indépendant du travail. En revanche, une association défavorable et significative apparaît si l'on considère le risque pour l'enfant de présenter un problème à la naissance, mais une étude plus approfondie de ce point demeure nécessaire, en raison de la grande diversité des pathologies regroupées sous cette rubrique.

En définitive, notre étude est loin de montrer un effet néfaste et indiscutable du travail professionnel pendant la grossesse sur la santé de la mère et de l'enfant. Les indicateurs de morbidité les plus "durs", tels que la prématurité et le poids de naissance ne semblent nullement liés à cette variable. A l'inverse, le déroulement de la grossesse et son vécu apparaissent sous un jour plus favorable dans le groupe des femmes au travail.

#### G.4.6. Tabagisme durant la grossesse

-----

Le tabagisme constitue l'un des rares facteurs de risque dont la nocivité sur l'issue de la grossesse soit à peu près unanimement reconnue, qu'elle soit étudiée sous l'angle de la mortalité ou de la morbidité (TERRIS, 1977). RUSH (1977), observait un accroissement de 30% de mortalité périnatale chez les fumeuses comparées aux non-fumeuses, et, plus spécifiquement, de 45% dans les catégories sociales les plus défavorisées contre 13% dans les catégories supérieures.

De très nombreuses publications ont été consacrées aux relations entre le tabagisme d'une part et les retards de croissance pré- et post-natals ainsi que les anomalies de développement d'autre part. La majorité d'entre elles concernent le poids de naissance ainsi qu'il ressort d'une revue de la littérature sur la question (ABEL, 1980). Elles ne laissent aucun doute sur la relation statistique entre ces deux variables. Le seul point de controverse consiste à déterminer si cette relation est du type causal, ou si les femmes qui fument sont par ailleurs des femmes qui donneraient de toute façon naissance à des enfants de plus faible poids (THOMSON, 1984). Il a toutefois été possible de démontrer l'indépendance de l'association par rapport à un certain nombre de facteurs associés, tels le poids et la taille de la mère, la parité, les antécédents obstétricaux et la surveillance prénatale (MEYER, 1977).

A côté de ces éléments, ABEL (1980) conclut que le tabagisme en cours de grossesse accroît la fréquence de diverses complications de la grossesse (telles que le DPPNI)(§), de la souffrance foetale (par ex. d'acidose), d'avortements spontanés, de malformations congénitales et de pathologies néonatales ou postnatales, en particulier pulmonaires (HARLAP et DAVIES, 1974; RANTAKALLIO, 1978), en outre il affecte la croissance à long terme (HARDY et MELLITS, 1972) et le développement intellectuel de l'enfant (DUNN et al., 1977).

Une approche multivariée est ici aussi indispensable pour étudier le rôle indépendant du tabagisme et certains préconisent de recourir à des études d'intervention uni- ou multifactorielles pour établir la nature causale des liens observés (EMANUEL, 1977); d'autres estiment que le doute n'est plus permis et que le temps n'est plus à démontrer la responsabilité du tabagisme mais à lutter contre lui (GOLDSTEIN, 1977; TERRIS in Closing discussion, REED et STANLEY, 1977).

Notre étude montre que plus d'un quart des femmes interrogées (27%) ont, selon leurs dires, effectivement fumé 1 cigarette par jour ou plus durant leur dernière grossesse; les quantités fumées sont très variables, mais 14% ont fumé 10 cigarettes ou plus par jour. Ces chiffres sont à rapprocher des réponses fournies, dans notre enquête, sur les habitudes tabagiques en dehors de la grossesse : 35% déclarent être fumeuses de cigarettes, 19% ex-fumeuses et 46% non-fumeuses.

On remarque donc que 24% seulement des fumeuses habituelles abandonnent leurs habitudes pendant la période de gestation. On a vu par ailleurs le gradient social très net (tableau G.1), qui confirme les résultats généralement publiés, - selon lesquels le tabagisme est actuellement de moins en moins fréquent au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale (GOLDING et BUTLER, 1984) -, ainsi que la relative rareté du phénomène tabagique dans l'arrondissement rural de Bastogne (tableau G.2).

L'impact de ce facteur de risque sur la morbidité que nous avons étudiée ne présente pas de discordance réelle dans notre étude par rapport aux données étrangères, même si le seuil de signification est rarement atteint. Les résultats significatifs concernent (en approche bivariée) les poids de naissance et la fréquence déclarée d'un symptôme quelconque dans les premières semaines de vie. Dans l'approche multivarée, l'impact du tabagisme prénatal sur le poids de naissance se trouve confirmé et l'entrée de cette variable dans le modèle multilogistique correspondant, associée à la multiparité, à l'âge maternel et à la prise de poids pendant la grossesse, conduit à la disparition de la variable sociale.

-----  
(§) DPPNI : Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré.

En revanche, la prise en considération de la santé maternelle fait disparaître le lien significatif entre tabagisme et symptomatologie néonatale : il est permis de penser que le tabagisme de la femme nuit d'abord à sa propre santé, menaçant indirectement la santé des enfants qu'elle a mis au monde. Ceci n'exclut toutefois pas un éventuel rôle plus direct sur ces enfants exposés à fumer passivement, mais nos données trop restreintes ont échoué à mettre une telle relation en évidence.

#### G. 4.7. Surveillance prénatale

-----

La mise en place dans divers pays de systèmes de santé spécifiques destinés à promouvoir la santé maternelle et infantile ne date pas d'hier. En Belgique, l'O.N.E. a été mise en place par la loi du 5 septembre 1919 (VELGE, 1919) et les consultations prénatales y ont débuté en 1924.

Les dispositifs de surveillance prénatale sont aussi variés qu'il est possible, et ceci est vrai même au sein d'un seul pays, rendant l'utilisation de cet indicateur peu aisée. Il n'existe pas de définition opérationnelle ou standardisée des "soins prénatals" (STANLEY, 1977) et ceux ci peuvent se limiter à une approche médicale "classique", ou englober une véritable préparation psycho-prophylactique à l'accouchement ou des programmes d'éducation sanitaire (GUNN, 1983).

Il ne fait aucun doute que dans les pays au contexte socio-économique défavorable, pour lesquels des taux de mortalité et de morbidité prénatales élevés sont de règle, le développement d'un système de prévention même rudimentaire entraîne une amélioration des taux de survie et de la santé maternelle et infantile (OMS, 1976). Il en va sans doute de même pour des groupes sélectionnés de femmes à haut risque dans les pays industrialisés, telles certaines communautés très défavorisées aux Etats-Unis ou des groupes de migrantes en France (KAMINSKI, 1978). Toutefois, en raison des effets iatrogènes possibles d'une surveillance intensive de l'ensemble des femmes enceintes (ILLICH, 1975 ; LAURENDEAU, 1983), il nous semble que l'on peut dire avec SHAH et ABBEY (1971) que, si la surveillance prénatale est universellement considérée comme l'un des constituants fondamentaux d'une obstétrique de qualité, il n'existe pas d'évidence définitive que toute forme de surveillance entraîne systématiquement et de façon universelle des effets bénéfiques sur l'issue de la grossesse. Mais il est clair que, vis-à-vis de certaines causes déterminées (bactériurie, toxémie, diabète, etc.) des soins médicaux appropriés sont de nature à prévenir un certain nombre des cas de faible poids de naissance (WIENER et MILTON, 1970).

Une étude internationale récente avançait de façon générale une relation positive entre le nombre de visites prénatales et le poids de naissance; toutefois d'importantes limitations méthodologiques apparaissent, telles que l'appartenance de la grande majorité des cas à des pays en voie de développement, et la non prise en considération de variables confondantes possibles, comme le tabagisme par exemple (DONALDSON et BILLY, 1984).

En contraste avec ces éléments, une controverse importante se maintient dans les milieux scientifiques, concernant le bénéfice général à attendre, sur le double plan de la mortalité et de la morbidité, d'un accroissement des efforts de surveillance prénatale dans les pays ayant déjà atteint des niveaux de performance relativement élevés dans ce domaine (PLACEK, 1977 et RUSH, Ibid. in discussion; STANLEY, 1977, JOHNSON et DUBIN, 1980; THOMSON, 1983). L'efficacité d'une prévention accrue dans ce domaine repose en effet sur la nature causale des relations observées entre surveillance prénatale et issue de la grossesse. Or, de très nombreux facteurs de risque potentiels distinguent les femmes qui suivent une surveillance précoce, régulière et/ou intensive et les autres (ILLSLEY, 1956; WIENER et MILTON, 1970). STANLEY (1977) a pu montrer ainsi que la surveillance prénatale était accrue en cas de pathologies maternelles, de complications pendant la grossesse et de passé obstétrical défavorable. A l'inverse, la surveillance prénatale est moins bonne dans les catégories sociales inférieures, chez les très jeunes ou les âgées, les fumeuses, les grandes multipares, les femmes non-mariées, celles de petite taille et celles qui prennent le moins de poids pendant la gestation.

Analysant l'impact de la surveillance prénatale sur la mortalité néonatale, SHAH et ABBEY (1971) ont relevé une différence importante en faveur des femmes bénéficiant d'une telle surveillance, en comparaison de celles qui n'en avaient pas bénéficié. Inversement, parmi les femmes "surveillées", la mortalité néonatale était plus grande si la surveillance avait débuté au cours du premier trimestre de la grossesse plutôt que du dernier. Quant à la mortalité post-néonatale, elle suivait un gradient plus attendu, et croissait des consultantes du premier trimestre aux non-consultantes, en passant par celles du troisième trimestre.

WIENER et MILTON (1970) observaient de même un "effet" favorable de la précocité des consultations prénatales sur le poids de naissance, tout en ajoutant qu'il s'agissait davantage d'un indicateur que d'un facteur causal, dans la mesure où les femmes bénéficiant d'une surveillance précoce ou tardive différeraient vraisemblablement sur de très nombreux points, tels que l'alimentation, la charge de travail, le stress, l'anxiété, etc.

Ajoutons que le seul fait de la réduction du temps de gestation en cas de prématurité diminue le nombre de visites prénatales correspondant à une périodicité et une précocité identiques (WIENER et MILTON, 1970 ; TERRIS et GLASSER, 1974 ). Et si historiquement on peut assister dans certains pays, comme la Finlande et le Japon, à une évolution parallèle de la qualité de surveillance prénatale et des poids de naissance moyens au cours du temps, il convient de faire remarquer que la situation socio-économique et culturelle de ces pays a été par ailleurs considérablement modifiée dans le même intervalle (STANLEY, 1977).

Les résultats de notre étude ne montrent aucune liaison négative entre la santé du nouveau-né et le caractère tardif de la surveillance prénatale. Pour ce qui concerne la santé du nourrisson évaluée entre 7 et 10 mois, un seul indicateur révèle une telle liaison : il s'agit de la fréquence des mères considérant que leur enfant leur cause beaucoup de soucis depuis sa naissance. L'approche multilogistique retient dans son modèle prédictif cette variable avec la santé de la mère en éliminant la variable sociale dont on a vu plus haut le rôle défavorable pour les catégories inférieures. Il s'agit toutefois ici d'un indicateur de morbidité complexe qui ne reflète pas uniquement la problématique de l'enfant, mais plutôt les interactions entre la mère et l'enfant.

L'hospitalisation post-natale est également plus fréquente chez les enfants des femmes surveillées après 3 mois de grossesse. Mais si l'on tient compte de la nationalité de celles-ci, de leur situation conjugale et de leur état de santé, aucun lien significatif avec la surveillance prénatale ne subsiste dans notre analyse, de même que disparaissent les effets des variables sociale et géographiques.

En revanche, nous observons une fréquence abaissée de réanimation néo-natale dans ce groupe à surveillance "tardive". Dans l'approche bivariée le seuil de 5% d'erreur alpha n'est pas atteint, mais dans le modèle multilogistique, cette variable confirme son rôle, en excluant d'ailleurs les autres variables que nous avons testées.

De plus, il est tout-à-fait net que la période prénatale se caractérise par des indicateurs plus favorables en cas de surveillance tardive. Le vécu de la grossesse et la fréquence des nausées gravidiques lui sont significativement liés dans ce sens. Il est toutefois évident que le sens de la causalité est important à considérer et qu'il est difficile d'attribuer la responsabilité d'un moins bon déroulement de la grossesse à une telle surveillance, alors que la décision de fréquenter les services prénatals est fortement sous la dépendance du vécu maternel et de ses antécédents.

#### G. 4.8. Kinésithérapie prénatale

-----

C'est en 1949 que la méthode psychoprophylactique est créée en URSS; deux ans plus tard LAMAZE (1956) introduit en France l'A.S.D. (Accouchement sans douleur). Les bases scientifiques de cette méthode sont héritées des travaux que deux neuro-psychiatres soviétiques, PLATONOV et VELVOSKI, menaient depuis 1924 sur l'analgésie par hypnosuggestion. La méthode LAMAZE ne diffère guère de celle de DICK READ (1944) qui est convaincu que la douleur de l'accouchement n'est pas physiologique mais résulte de la tension et de la crainte, toutes deux créées par la société et donc non imposées par la nature.

Depuis lors, l'efficacité des diverses méthodes de préparation à l'accouchement a été étudiée avec des résultats en sens divers. Leurs effets ont été mesurés sur différents aspects de l'accouchement, tels que la souffrance néo-natale, la longueur du travail, les complications de l'accouchement, la douleur et le vécu subjectif de l'enfantement. Concernant la douleur, qui représentait l'objectif premier de ces méthodes, les résultats sont vraisemblablement moins satisfaisants qu'espéré (JAUBERT, 1979) bien qu'une revue récente de la littérature conclut à un effet clair de la préparation à l'accouchement sur la réduction de la douleur (COGAN, 1980). D'autres indicateurs sont également influencés favorablement, parmi lesquels il faut citer la quantité de médications administrées au cours de l'accouchement, la fréquence du recours aux forceps et l'attitude de la mère vis-à-vis du travail et de l'accouchement (VAN EPS, 1955; LAIRD et HOGAN, 1956; SCOTT et ROSE, 1976; CHARLES, 1978).

On a bien sûr insisté à de multiples reprises sur l'effet de sélection possible, et sur l'importance des différences sociales, économiques, culturelles et démographiques entre les femmes qui suivent les cours de préparation à l'accouchement et les autres (CAVE, 1978). Ces différences ne semblent toutefois pas pouvoir expliquer la totalité des résultats favorables observés dans ce groupe, et COGAN (1980) conclut à un effet "en soi" de la préparation à l'accouchement. Il nous semble toutefois que l'hypothèse mérite d'être approfondie en relation avec d'autres facteurs de confusion possible : nous pensons par exemple à l'attitude de la mère face à la grossesse elle-même (désirée ou non, acceptée ou non, ...) (cfr JOHNSON et DUBIN, 1980) ou encore aux attitudes générales de la mère face au corps, à la douleur, à la santé etc...

En Belgique, la préparation à l'accouchement est confiée généralement aux kinésithérapeutes et se pratique le plus souvent sous le nom de "gymnastique prénatale", bien que de nombreux aspects débordent le cadre étroit d'une gymnastique, tels la relaxation et l'apprentissage des divers stades du travail.

Nous observons dans notre enquête que 38% des répondantes ont bénéficié d'une préparation à l'accouchement, avec un très fort gradient social positif et des disparités géographiques importantes en défaveur de Charleroi et plus encore de Bastogne. On relève par ailleurs une plus grande fréquence de cette préparation parmi les primipares (P [ 0.001), les femmes d'âge moyen, les Belges (P [ 0.001), les femmes au travail ( P [ 0.001) et celles consultant durant le premier trimestre de la grossesse (P [ 0.001). Ces constatations corroborent les données publiées que nous venons d'évoquer, et confirment que l'étude des effets potentiels de la préparation à l'accouchement doit se faire dans une optique multivariée.

Nos quatre indicateurs de morbidité prénatale sont liés de manière favorable à la kinésithérapie prénatale; il en va de même pour la fréquence d'enfants prématurés ou mis en couveuse. Dans l'analyse multilogistique, nous pouvons confirmer un "effet favorable" et indépendant de la kinésithérapie prénatale sur le vécu de la grossesse ( exprimé quelques semaines ou 6 mois après la naissance) ainsi que sur la prématurité; dans ce dernier cas, c'est la seule variable significative au seuil de 5 % isolée dans un modèle multilogistique.

Nos autres indicateurs de santé/morbidité ne laissent plus apparaître de différences significatives en relation avec la préparation à l'accouchement. Il est, de ce fait, possible que les "effets" de cette préparation soient essentiellement concentrés sur la qualité de l'accouchement lui-même, et que les bénéfices à en attendre pour l'enfant ne soient qu'indirects, par exemple au travers d'une diminution du risque de prématurité ou d'une amélioration de la relation mère-enfant, voire père-enfant lorsque le père est inclus dans cette préparation ( cfr. BRAZELTON, 1984 ). Nos données ne peuvent toutefois confirmer cette hypothèse, faute de recul suffisant et d'indicateurs liés à l'évolution psychologique du nourrisson.

#### G. 4.9. Santé maternelle

-----

Il semble rationnel de penser que la santé de la mère puisse constituer l'un des premiers déterminants de sa capacité de mener la gestation jusqu'à son terme et dans les meilleures conditions pour elle-même et pour le fœtus. En effet, une littérature impressionnante concerne les risques divers (avortements spontanés, précoces ou tardifs, mortinatalité, morbidité et mortalité néonatales...) liés à une série considérable de pathologies spécifiques, obstétricales, infectieuses, cardiovasculaires, endocrinologiques; ou autres (voir par exemple KALTREIDER et KOHL, 1980; THOMSON, 1983). Le sens des relations observées est univoque et va dans le sens attendu : les pathologies de la mère augmentent le risque périnatal, par exemple pour la fréquence des enfants de faible poids à la

naissance (PLACEK, 1977; NISWANDER, 1977). THOMSON (1983) conclut que la croissance in utero est plus susceptible de donner satisfaction chez des femmes qui, avant la grossesse, ont eu une croissance meilleure et sont en bonne santé. Ce point attire l'attention sur l'importance d'effets à long terme pour certains facteurs de risque qui menacent la mère, non seulement pendant la gestation, mais parfois bien longtemps auparavant.

Certains travaux mitigent ce point de vue : POMERANCE, GLUCK et LYNCH (1974) n'ont trouvé aucune relation entre l'issue de la grossesse et la condition physique de la mère. Et JOHNSON et DUBIN (1980) sont surpris de constater l'impact minime, en termes de risque attribuable, des complications médicales et chirurgicales de la grossesse sur la prématurité. Ils en attribuent le mérite à l'efficacité des traitements mis en oeuvre et des procédures de prévention secondaire dans le cadre de la surveillance prénatale (cf. supra). BAKKETEIG et HOFFMAN (1981) ne trouvent guère de relation entre prématurité et pathologies maternelles si l'on excepte les complications de la grossesse comme l'hémorragie, la toxémie gravidique, le DPPNI ou le placenta praevia.

Nous n'avons pu trouver de travaux relatifs à l'effet sur la grossesse et sur l'enfant à naître d'un niveau de santé maternel, évalué sur une échelle de santé. Pour notre part, nous avons utilisé les réponses des mères interrogées environ six mois après l'accouchement : 74% d'entre elles estimaient à ce moment leur santé comme étant sans problème, voire excellente, et nous avons regroupé les 26% restants dans le groupe des femmes en "mauvaise santé".

On constate avec intérêt que la moitié des indicateurs de morbidité étudiés montrent une relation bivariée significative avec cette variable, et que la prise en compte des autres facteurs ne suffit pas à faire disparaître le rôle de la santé maternelle dans un modèle multilogistique. Il s'agit de la variable qui présente le profil le plus systématique, montrant ses effets négatifs aux différentes périodes étudiées : la seule exception semble être constituée par la période périnatale où l'on n'observe pas de différences significatives dans la fréquence d'enfants pré-termes, de moins de 2.5 kgs ou mis en couveuse.

Les corrélations les plus fortes concernent le déroulement de la grossesse d'une part, tant sur son versant subjectif (vécu de la grossesse) que sur celui de l'hospitalisation, et, d'autre part, le sentiment des répondantes que leur enfant leur cause beaucoup de soucis. Comme souligné plus haut, il s'agit ici de la relation mère-enfant et du poids subjectif que représente le dernier-né pour une femme qui estime ne bénéficier que d'une santé médiocre.

Il nous faut cependant revenir sur le caractère particulier de la variable utilisée. Notre indicateur de santé maternelle concerne son état de santé durant la période post-natale (environ 6 à 10 mois après la naissance) et fait appel à la seule subjectivité de la mère. Il englobe donc les problèmes de santé, "objectifs" ou non, qui résulteraient d'une naissance difficile ou de la charge physique et psychique anormale que représenterait un enfant en mauvaise santé; il risque de comporter également un caractère tautologique, en ce sens qu'une relation positive entre santé maternelle et santé de l'enfant pourrait survenir uniquement en raison d'une différence systématique d'appréciation des états de santé. Notre étude montre ici ses limites, puisque nous ne disposons pas d'éléments standardisés pour caractériser la santé de la mère, et que nous ne pouvons que constater les relations existant entre une morbidité maternelle essentiellement ressentie et certains indicateurs "plus durs" concernant l'enfant : il en va ainsi de l'existence de certains symptômes à quelques semaines, ainsi que de maladies caractérisées et de l'hospitalisation dans les premiers mois de la vie.

#### G. 4.10. Existence de fausse couche dans les antécédents

-----

Les obstétriciens connaissent depuis longtemps la valeur pronostique du passé obstétrical de leurs consultantes pour le déroulement et l'issue de la grossesse en cours. Il s'agit là d'un élément qui semble relié de façon peu douteuse, tant à la mortalité foetale ou néonatale (RUMEAU-ROUQUETTE et al., 1979), qu'à la prématurité et à l'hypotrophie (Ibidem; KARN et al., 1951). JOHNSON et DUBIN (1980) ont évalué à 3.7 le risque relatif d'accoucher avant la 37ème semaine s'il y a 2 accouchements prématurés dans les antécédents. Ces constatations ont conduit à définir un groupe particulièrement intéressant à "surveiller", celui des "récidivistes" (repeaters) (BAKKETEIG, 1977; SEIGEL, 1977; BAKKETEIG et HOFFMAN, 1981). Les risques relatifs de prématurité relevés dans la littérature sont assez variables, en raison de la multiplicité des déterminants pouvant entrer en ligne de compte.

De même, le problème clinique des femmes qui souffrent de fausses-couches à répétition est bien connu; ces femmes ont tendance à perdre leur enfant assez tardivement dans la grossesse et chaque fois approximativement à la même période (ROMAN et STEVENSON, 1983). Ces phénomènes sont généralement attribués à des désordres physiques, hormonaux ou infectieux, voire à des perturbations immunologiques.

Le caractère répétitif des issues défavorables de la grossesse chez certaines femmes ne fait que refléter la permanence chez celles-ci de certains facteurs de risque. Il s'agit essentiellement de facteurs présents dès avant la conception et qui peuvent être liés soit à la mère, soit à son

environnement physique, social ou culturel, si celui-ci ne s'est pas modifié entretemps. Toutefois, ces derniers présentent en général moins de stabilité dans le temps que ceux qui sont liés à la mère elle-même.

La neutralisation des effets environnementaux, tels que la pauvreté et ses corollaires par exemple, conduit à augmenter la part relative des naissances prématurées ou de poids subliminal attribuable aux caractéristiques "obstétricales" de la mère. Celles-ci peuvent concerner l'anatomie ou la physiopathologie du système reproducteur, et les possibilités de modifier le risque chez une femme donnée sont parfois limitées dans la mesure où les mécanismes étiologiques sont souvent mal connus (JOHNSON et DUBIN, 1980).

Quoi qu'il en soit, il convient de considérer au niveau d'une population que chez les multipares le facteur le plus important pour déterminer le risque d'un retard de croissance foetale, c'est l'existence d'un retard de croissance foetale dans les antécédents (THOMSON, 1983). Il s'agit d'une variable susceptible de jouer le rôle d'un facteur de confusion à l'égard de bon nombre d'autres variables, et il convient de la prendre en considération pour tester leurs "effets" de manière indépendante.

Dans notre étude, en raison du grand nombre de primipares, et malgré le caractère plus approximatif de la démarche théorique, nous avons préféré retenir comme indicateur de risque l'existence d'une ou plusieurs fausses couches dans les antécédents, plutôt que les caractéristiques d'accouchements antérieurs. Bien que 46% des répondantes soient des primipares, 20% dans l'ensemble ont connu une ou plusieurs fausses couches (13.1% une seule et 6.6% plusieurs). Et s'il n'y a pas de gradient social net observable, on peut relever néanmoins une fréquence de 23% dans la catégorie supérieure contre 19% dans la catégorie inférieure (N.S) alors que les proportions respectives de primipares sont de 47.6% et 35.5%. Quant aux différences entre arrondissements, il faut signaler une fréquence moindre (N.S) de tels antécédents dans l'arrondissement de Bastogne, alors que c'est l'arrondissement avec la proportion la plus élevée de parités supérieures à 3.

L'impact de tels antécédents obstétricaux sur nos indicateurs de santé/morbidité est généralement défavorable; toutefois il n'est significatif que dans la période prénatale. Le vécu de la grossesse est fortement lié à cette variable et la fréquence d'hospitalisation prénatale dans le sous-groupe correspondant est 2.5 fois plus élevée (17.7% vs 7.0%). L'analyse multivariée confirme cette observation, et permet de conclure à une corrélation effectivement défavorable pour la période prénatale.

On peut tenter d'expliquer de diverses manières l'absence de relations significatives pour les indicateurs péri- ou post-natals :

1. soit, l'impact réel étant moins marqué sur l'issue de la grossesse que sur son déroulement, l'effectif et le cadre méthodologique empêchent que les différences apparaissent au-delà du seuil requis;

2. soit, l'impact réel théorique de ces facteurs est important sur la grossesse comme sur son issue, en l'absence d'intervention, mais la détection du risque est effective dans le cadre de la surveillance prénatale. Et ce dépistage est suivi d'une prise en charge correcte et efficace conduisant, - fût-ce au prix d'une hospitalisation accrue et d'un vécu de la grossesse détérioré -, à neutraliser les risques pour l'enfant à naître.

Une analyse approfondie de nos données, ou l'étude de ces problèmes dans des cadres plus appropriés, nous semble nécessaire pour déterminer la pertinence relative de ces deux explications.

#### G. 4.11. Pathologies intercurrentes et complications de la grossesse

-----

On a souvent mis en relation les issues défavorables de la grossesse d'une part (avortement, accouchement prématuré, naissance d'enfants hypotrophiques) et les diverses pathologies pouvant survenir durant la grossesse, avec une attention particulière sur les infections, notamment urinaires, ainsi que sur les complications obstétricales de la grossesse actuelle. On a ainsi pu mettre en évidence un risque accru de naissances avant terme en cas d'hémorragie, de placenta praevia ou DPPNI, de toxémie gravidique ou d'anomalie dans la présentation (BAKKETEIG et HOFFMAN, 1981).

Pour notre part, nous avons voulu tester les relations entre nos indicateurs de santé/morbidité et quatre indicateurs liés à des pathologies de la grossesse : il s'agit de la mention d'une protéinurie, de glucosurie, d'hypertension pendant la gestation et de l'existence de l'une ou l'autre maladie intercurrente pendant celle-ci.

Seuls ces deux derniers indicateurs montrent des relations significatives; elles sont défavorables à chaque fois et concernent essentiellement la période prénatale, affectant de façon très nette le vécu de la grossesse et la fréquence des nausées gravidiques. On note également un accroissement des symptômes déclarés pour les premières semaines chez les enfants dont la mère a elle-même été malade durant sa grossesse et une fréquence supérieure d'enfants ayant été malades durant les premiers mois de leur vie. En outre, la proportion d'enfants mis

On observe que le risque de complications est significativement augmenté dans le groupe des mères ayant souffert d'hypertension prénatale, mais l'approche multivariée ne confirme pas cette relation.

Ces résultats confirment donc partiellement les attentes selon lesquelles :

- 1/ le niveau de santé durant la grossesse déterminerait le niveau de santé de l'enfant à naître,
- 2/ et les complications de la grossesse affecteraient sensiblement son déroulement, en menaçant notamment la poursuite normale jusqu'à terme.

On observe essentiellement un impact des facteurs étudiés sur le déroulement lui-même de la grossesse, dans ses aspects les plus subjectifs : vécu et fréquence de nausées gravidiques. Les indicateurs de morbidité périnatale les plus durs ne sont affectés que de façon non significative, et parfois en sens divers. Enfin, la fréquence de symptômes divers et de maladie durant la période post-natale semble liée à la fréquence de maladies pendant la grossesse : ceci peut s'expliquer soit par un effet étiologique de la morbidité maternelle sur la santé de l'enfant, soit par un effet commun sur la santé maternelle et la santé de l'enfant. Il peut alors s'agir de facteurs étiologiques communs, mais peut-être simplement d'un effet de méthode, tel qu'une différence d'appréciation des seuils de maladie entraînant une évolution parallèle des taux de morbidité chez la mère et chez son enfant.

Quant à l'effet confondant de ces facteurs, il nous faut constater que des différences sociales importantes existent, non pour la fréquence de maladies pendant la grossesse, mais bien pour celle d'hypertension, atteignant dans la catégorie supérieure près de la moitié des valeurs observées dans les 2 autres catégories. De plus, pour le "vécu de la grossesse" (estimé lors de la deuxième enquête), la catégorie sociale d'appartenance n'apparaît plus dans le modèle multilogistique dès lors que les variables démographiques et médicales (dont l'hypertension prénatale) sont introduites.

#### G. 4.12. Taille et poids de la mère

-----

L'idée que la taille et le poids de la mère influencent l'issue de la grossesse a été avancée depuis longtemps. Des données du Perinatal Mortality Survey (1958) montraient que le taux de mortalité périnatale est influencé indépendamment par la catégorie sociale du père et la taille de la mère avec un effet cumulatif de ces deux facteurs (BAIRD et THOMSON, 1969).



sociales les moins favorisées présentent une taille moyenne abaissée significativement. Il n'en va pas de même pour le poids de la mère, sans doute en raison d'une fréquence accrue de poids "excessif" dans les catégories sociales inférieures : ces dernières montrent en effet simultanément les résultats les plus élevés pour le poids et les moins élevés pour la taille.

Les données de notre enquête confirment dans une certaine mesure les observations antérieures concernant la morbidité de la période périnatale puisque la taille de la mère est inférieure en moyenne dans le groupe des répondantes dont l'enfant est né avant la 38ème semaine de gestation ou a été mis en couveuse. Une différence comparable s'observe pour la fréquence de faible poids de naissance, mais le seuil de 5% d'erreur alpha n'est pas atteint.

Pour l'existence d'une maladie ou de symptômes divers dans les premières semaines, la relation avec la taille est inversée, mais le seuil statistique n'est pas atteint non plus.

Les résultats bivariés pour la mise en couveuse sont confirmés dans une approche multifactorielle. Il convient d'y ajouter le lien significatif et favorable de la taille maternelle avec le vécu de la grossesse.

Enfin, il est remarquable de constater que, sur les 18 indicateurs testés, la variable de poids maternel ne conduit à aucune différence significative, même dans une approche bivariée simple. Les restrictions mentionnées plus haut concernant cette variable peuvent être invoquées pour expliquer la discordance relative de ce fait avec les données de la littérature.

On remarquera également pour la mise en couveuse que la variable sociale est présente dans le modèle multilogistique en l'absence des variables démographiques et médicales, et que l'introduction de la taille et du gain pondéral de la grossesse dans le modèle ne fait pas disparaître la variable sociale; elle ne diminue même pas son rôle, évalué par son coefficient dans l'équation multilogistique.

#### G. 4.13. Gain de poids pendant la grossesse

-----

Deux raisons sous-tendent l'hypothèse d'une corrélation entre le poids de naissance de l'enfant et le gain de poids de sa mère pendant la grossesse. On attend une telle corrélation d'abord parce que ce gain de poids comprend lui-même le poids de l'enfant; toutefois, il ne s'agit que d'une partie modérée, vu que la plus grande partie du gain pondéral est due à un accroissement tissulaire maternel et non foetal (HYTTEN et LEITCH, 1971). La distribution statistique de ces gains pondéraux est d'ailleurs beaucoup plus élargie que celle des poids de naissance.

Ensuite, on estime que le gain pondéral constitue un bon indicateur de l'apport nutritionnel et que ce dernier détermine le potentiel de développement foetal. Ceci semble peu discutable dans le contexte de pays aux conditions de vie peu favorables. On a pu ainsi conclure d'une étude menée dans le sud de l'Inde qu'un apport nutritionnel adéquat est nécessaire au bon développement foetal (SIBERT et al., 1978). Ce point a été confirmé au Guatemala lors d'une étude sur l'impact d'une supplémentation protéino-calorique ou uniquement calorique chez des volontaires (HABICHT et al., 1974; LECHTIG et al., 1976).

Toutefois, dans les pays industrialisés, les rapports sur la relation entre nutrition, d'une part, et croissance foetale et poids de naissance, d'autre part, sont décevants, sans conclusions ou franchement contradictoires (THOMSON, 1983). On a pu montrer cependant une relation entre le gain pondéral et le poids de naissance en Ecosse, indépendamment du poids maternel avant la grossesse (THOMSON et BILLEWICZ, 1957). Une revue de littérature confirme ce point (HYTTEN et LEITCH, 1971). Mais il y a loin de là à conclure à une relation causale puisque l'abondante littérature qui concerne la restriction du gain pondéral pendant la grossesse contient peu d'éléments, si tant est qu'il en existe, tendant à indiquer que le poids de naissance s'en trouverait diminué (HYTTEN et THOMSON, 1976).

Dans notre étude, le gain de poids associé à la grossesse, qui s'élève en moyenne à 11.4 kgs, ne présente de lien ni avec la catégorie sociale ni avec la localisation géographique. Il est clair que cette observation entame considérablement l'intérêt de cette variable pour rendre compte des disparités de santé/morbidité observées sur ce double plan.

Nos données montrent que ce facteur n'exerce aucun impact significatif sur le déroulement de la grossesse lui-même. En revanche, elles confirment largement les constatations dont nous venons de faire état : la corrélation entre le gain pondéral et le poids de naissance est de 0.20 (N=555; P [ 0.001) et les mères d'enfants pesant moins de 2.5 kgs à la naissance ou d'enfants mis en couveuse présentaient des gains de poids moyens nettement inférieurs à ceux des autres répondantes ( P [ 0.01 et P [ 0.001).

Mais une autre constatation est tout-à-fait surprenante : si l'on isole les mères dont l'enfant a présenté de la toux dans les premières semaines de vie, on relève dans ce groupe un gain pondéral significativement augmenté ( delta = 1.70 kgs; P [ 0.01). Une différence similaire dans le groupe des mères d'enfants "ayant présenté l'un ou l'autre symptôme" est seulement due à l'inclusion de la toux dans la liste des symptômes proposés. Et l'approche multivariée ne fait que confirmer ces résultats bivariés.

Afin d'approfondir cette question, nous avons divisé l'échantillon en cinq classes de gain pondéral, correspondant approximativement à des quintiles (18 %, 29 %, 20 %, 19 % et 14%) (\$). On observe alors une plus grande fréquence du premier quintile (inférieur à 8 kgs) dans la catégorie sociale inférieure et du cinquième quintile (supérieur à 15 kgs) dans la catégorie intermédiaire. Si l'on se rappelle que l'on considère comme optimal un gain de poids de 10 à 15 kgs, ces observations vont à l'avantage de la catégorie supérieure.

Par ailleurs, on retrouve des fréquences variables de poids de naissance inférieurs à 2.5 kgs dans nos 5 strates, - 17.0%, 11.2%, 2.7%, 2.7% et 2.6% -, indiquant un risque relatif entre les strates extrêmes d'environ 6.5, et un effet de seuil que l'on pourrait situer aux alentours de 8 ou 9 kgs de prise de poids.

Enfin, pour ce qui concerne les fréquences d'enfants tousses, elles atteignent respectivement 14.3%, 11.3%, 16.9%, 18.7% et 29.1% ( $P = 0.06$ ). Ces résultats précisent la portée des observations précédentes en attirant l'attention sur la spécificité du "quintile" supérieur dans lequel 14% des enfants présentent 24% des problèmes de toux déclarés. Nous ne pouvons toutefois avancer aucune explication pour en rendre compte.

#### G. 4.14. Sexe de l'enfant

-----

Généralement, les garçons pèsent 150 g. de plus en moyenne que les filles à la naissance, alors que la durée de la gestation est très comparable (THOMSON et al., 1980). La différence de croissance foetale semble apparaître à la 30ème semaine de la grossesse et être attribuable à l'imprégnation hormonale masculine. Cette différence est indépendante de la parité. Elle n'implique toutefois aucune "supériorité" du sexe masculin en termes de santé néonatale et de probabilité de survie (THOMSON, 1983). Bien au contraire, il a été montré depuis longtemps que la surmortalité masculine représentait un phénomène universellement répandu et qu'elle s'observait dès avant la naissance (Mac MAHON et PUGH, 1970 ).

-----  
(\$) Les limites sont les suivantes :

- 1) moins de 8 kgs ;
- 2) 8 à 10 kgs ;
- 3) 11 à 12 kgs ;
- 4) 13 à 15 kgs ;
- 5) plus de 15 kgs.

Dans notre enquête, nous avons confirmé la différence significative de poids à la naissance entre les deux sexes. Aucune autre différence de morbidité n'apparaît toutefois dans nos données et nous n'y relevons aucune association avec les autres facteurs de risque permettant de penser que le sexe de l'enfant pourrait jouer un rôle de variable confondante. Nous n'avons pas retenu, dès lors, cette variable dans les modèles multivariés testés ni dans la suite de nos analyses.

#### G.5. Conclusions

Ce chapitre a permis de tester le rôle de diverses caractéristiques démographiques, comportementales ou médicales de la mère sur le déroulement de la grossesse et sur ses suites. Les caractéristiques étudiées sont les suivantes :

- . démographiques :
  - âge
  - parité
  - nationalité
  - isolement maternel
- . comportementales :
  - travail professionnel
  - tabagisme
  - surveillance prénatale
  - préparation à l'accouchement
  - garde de l'enfant par un tiers
- . médicales :
  - maladie intercurrente
  - mauvaise santé générale
  - fausse-couche dans les antécédents
  - hypertension prénatale
  - taille
  - poids
  - prise de poids

Dans un premier temps, il a été montré que la distribution sociale de la plupart de ces caractéristiques est loin d'être homogène. Et que les différences d'un arrondissement à l'autre sont moins marquées que les différences en fonction de la catégorie sociale d'appartenance; ces variations géographiques concernent surtout les variables comportementales.

Dans un deuxième temps, ces caractéristiques ont été étudiées dans leurs rapports avec nos 18 indicateurs de santé/morbidité, à la fois au moyen d'analyses bivariées simples et d'analyses de régression multilogistique. Il en ressort que, à l'exception du poids de la mère, ces divers "facteurs de risque" classiquement incriminés dans la littérature dans l'étiologie des problèmes périnataux présentent effectivement des relations statistiques, parfois importantes, avec l'un ou l'autre des indicateurs de santé/morbidité étudiés. Ces relations sont discutées en relation avec les données de la littérature.

Le sexe de l'enfant a également été pris en considération, mais n'a révélé aucun lien significatif avec nos indicateurs de santé/morbidité.

Enfin, dans le cadre de notre analyse de l'origine des différences sociales et géographiques de santé, les résultats que nous avons obtenus nous conduisent à considérer ces caractéristiques comme des variables confondantes possibles. C'est pourquoi les modèles multilogistiques ont été étudiés en incluant simultanément les variables sociale et géographiques d'une part, et ces facteurs de risque d'autre part. Il en résulte que la variable sociale reste présente dans six modèles prédictifs, au lieu de dix (cfr. chap.F), et les variables géographiques dans cinq, au lieu de sept. Ceci nous laisse confrontés avec le problème de l'origine de ces différences "résiduelles".

Le chapitre suivant vise à explorer les différences de "culture sanitaire", à la fois entre catégories sociales, entre arrondissements et sur base de la nationalité, afin de préparer le terrain du chapitre ultérieur. Ce dernier se donnera en effet pour objectif de mettre en relation les variables de santé maternelle et infantile et l'ensemble des variables prédictives testées jusqu'ici en adjoignant à ces dernières les variables culturelles les plus pertinentes dégagées dans le chapitre H.

## CHAPITRE H

### LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

#### H.1. Introduction

Le présent chapitre vise à mettre en place un certain nombre de concepts et d'indicateurs afin de nous permettre d'aborder l'étude de la "culture sanitaire".

Ce concept de culture sanitaire dérive de celui de "culture somatique" élaboré par L.BOLTANSKI (1971), qui faisait référence aux usages sociaux du corps. Nous entendons par culture sanitaire l'ensemble des règles - explicites ou implicites - qui déterminent les conduites des sujets sociaux en rapport avec leur santé; ces règles apparaissent sous forme d'obligations ou d'interdits, de répulsions ou de désirs, de goûts ou de dégoûts et s'appliquent à des domaines aussi variés que l'usage du corps ou le rapport réflexif au corps (BOLTANSKI, 1971), la répartition des rôles familiaux dans la prise en charge des problèmes de santé, le recours à tel ou tel type de réseau de soins (officiel ou parallèle, "scientifique" ou "traditionnel", médecines "alternatives", ...) la qualification du "normal" et du "pathologique" dans les domaines somatique, psychologique, psycho-social, familial, ou autre.

Il s'agit donc d'une sorte de "code des bonnes manières" de gérer sa santé, physique, mentale et sociale, profondément intériorisé, essentiellement inconscient, mais partagé par les membres d'un groupe social déterminé. En fait, nous pensons qu'il n'existe pas une culture sanitaire dans une société donnée, mais plusieurs "sous-cultures" qui distinguent les divers segments de la société. Ces cultures particulières jouent selon nous le rôle de filtres, au travers desquels une culture dominante, présentée comme scientifique et universelle, peut agir en subissant une adaptation et une réinterprétation de ses éléments. Il est posé comme hypothèse que ces sous-cultures bien que liées aux conditions de vie particulières ne s'ordonnent pas selon un seul axe (celui de la stratification socio-économique hiérarchisée), mais que d'autres segmentations viennent se rajouter, telles que celles de l'appartenance à un "monde urbain ou rural", ou la nationalité d'origine.

Peu d'auteurs se sont penchés jusqu'ici sur le problème des représentations sociales de santé et de maladie. Il faut surtout mentionner Cl. HERZLICH en France. Il ressort de son travail (HERZLICH, 1969; HERZLICH et PIERRET, 1984) que pour le profane (non-médecin) le langage de la maladie n'est pas un langage du corps, mais langage du rapport avec le monde extérieur, plus précisément avec l'extérieur socialisé. Le rapport individu-société est véritablement le cadre de référence de la représentation; il aboutit à l'élaboration d'une norme du bien-portant et du malade, ainsi qu'à des normes de conduites correspondant à ces deux états.

Pour cet auteur, (d'après les résultats d'une enquête menée dans les années 1960), l'individu considère que l'état de santé le "prolonge en le reliant à la société", tandis qu'il impute la genèse de la maladie à la société agressive. En un double sens la maladie est donc considérée comme "maladie de la société" : elle est sociale dans sa distribution (chaque société a ses maladies), elle l'est aussi dans sa nature (l'agression du mode de vie, la contrainte sociale est perçue et interprétée comme maladie présente et à venir). Cette façon pour l'individu d'accuser le rôle pathogène de la société (vision exogène de la maladie) correspond à un ensemble d'images déculpabilisantes. Il s'agit peut-être d'une défense contre un sentiment de culpabilité latent relevant d'une vision endogène. Mais, quoi qu'il en soit, ces constatations amènent à se poser la question de la fonction du malade dans la société, autant que celle de son statut ou des attitudes de la société envers lui.

Le travail d'HERZLICH a le mérite d'attirer l'attention sur la vision subjective du profane dans le domaine de la santé : elle ne cherche pas à étudier la pénétration des connaissances médicales officielles, leur cheminement ou leur contenu. Son but n'est pas non plus de proposer une analyse des conduites du malade, ou des conduites d'hygiène du bien-portant, - ceci est le fait de la grande majorité des travaux américains sur les "Illness-" ou "Sickness Behaviors" (KASL et COBB, 1966) ou sur le "Health Belief Model" (BECKER, 1979) - mais il s'agit de comprendre le cadre de référence où cette information s'ordonne.

Nous regrettons toutefois dans "Santé et maladie" (HERZLICH, 1969), la quasi-absence d'une approche sociale différentielle : l'essentiel du travail concerne la description des représentations sociales dans l'ensemble de l'échantillon (40 personnes appartenant aux classes moyennes, et 40 aux classes "intellectuelles"). Or, les quelques exemples où s'ébauche une comparaison entre ces deux groupes montrent qu'ils se différencient très sensiblement. En fait, ceci n'est pas du tout surprenant et rejoint l'idée majeure du travail de HERZLICH selon laquelle la perception de la santé et de la maladie se fait dans le cadre de la relation de l'individu à la société : "santé et maladie se présentent à nous comme mode d'interprétation de la société par l'individu, comme mode de rapport de l'individu à la société" (Ibid.). Ce rapport ne peut donc être conçu que comme étroitement déterminé par la position sociale de l'individu.

Notre premier objectif dans ce chapitre est dès lors de poursuivre la démarche d'HERZLICH dans le sens d'une approche différentielle des représentations sociales de santé et de maladie, et de la compléter par l'étude de certaines attitudes appartenant à la culture sanitaire. Le chapitre suivant visera quant à lui à tester l'hypothèse selon laquelle ces facteurs culturels peuvent influencer la morbidité à quelque niveau d'appréhension que ce soit: morbidité exprimée, morbidité ressentie, mais aussi morbidité objective. Enfin, dans l'affirmative, nous devons étudier l'importance de ces facteurs culturels dans l'approche explicative des inégalités sociales et des disparités géographiques de santé.

Auparavant, et c'est l'objet du présent chapitre, nous voulons décrire de façon comparative les définitions de santé/maladie ainsi que les attitudes de santé/maladie :

- 1- dans les trois catégories sociales que nous avons définies
- 2- en fonction de la nationalité des répondantes
- 3- et dans les trois arrondissements étudiés dans notre étude.

La section H.2 sera consacrée à une présentation théorique du concept de culture sanitaire, ainsi qu'aux méthodes qui nous ont permis de l'opérationnaliser en vue de son analyse dans le cadre de ce travail.

Ensuite sera abordée la présentation des résultats. La première section descriptive (H.3.1.) montrera la variabilité des définitions et attitudes d'une catégorie sociale à l'autre et confirmera que d'importantes variations sociales existent dans le domaine de la culture sanitaire. Cette description différentielle débouche sur la nécessaire "standardisation sociale" des données pour la suite de notre analyse.

La deuxième section (H.3.2.) traitera brièvement des principales différences de culture sanitaire que l'on peut observer en fonction de la nationalité des jeunes mères. Comme on pouvait s'y attendre, les répondantes étrangères se différencient sensiblement dans ce domaine. Ceci démontre une nouvelle fois la nécessité d'une approche multivariée.

La troisième section (H.3.3.) traitera des différences régionales observées sur le plan culturel : des différences importantes apparaissent, même après standardisation pour les facteurs sociaux et ethniques. Ces différences culturelles apparaissent dès lors comme potentiellement aptes à rendre compte, ne fût-ce que partiellement, des disparités régionales de santé observées dans notre enquête.

La quatrième section (H.3.4.) présentera une vue synthétique du domaine exploré : l'ensemble des variables culturelles étudiées a été soumis à une analyse en composantes principales permettant de dégager cinq "facteurs". La façon dont les variables originelles se regroupent dans les cinq facteurs sera discutée.

Enfin, la cinquième section (H.3.5.) utilisera ces cinq composantes principales pour montrer de façon synthétique comment les diversités culturelles étudiées s'organisent à la fois sur le plan social et géographique.

## H.2. Méthodologie

### H.2.1. La culture sanitaire

-----

La définition du concept de "culture sanitaire" n'existe pas à proprement parler dans la littérature. On peut toutefois trouver des équivalents de ce concept, soit dans les "Health Beliefs" des sociologues américains, soit en France dans les "représentations sociales de la santé et de la maladie".

Le terme de culture lui-même a donné lieu à de nombreuses discussions relatives à son contenu sémantique ; et ceci d'autant plus que la signification attribuée aujourd'hui au terme culture dans le domaine des Sciences de l'Homme est totalement étrangère à celle que le langage courant lui prête, notamment en français (KROEBER et KLUCKHOHN, 1952). Les vicissitudes de ce concept sont d'abord liées à la transposition hasardeuse du terme français en allemand, ensuite de l'allemand en anglais, présentant ainsi, en lui-même un cas exemplaire du processus de diffusion "culturelle".

Parti de la notion médiévale du culte religieux, le terme français "culture" acquit au XVIIe siècle la signification de travail de la terre, et par extension ou par analogie on en vint à des expressions comme "cultiver les Lettres" ou "cultiver les Sciences". Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que des écrivains l'utilisèrent pour désigner de façon générale la formation de l'esprit, lui donnant ainsi le sens de progrès intellectuel d'une personne. Voulant reconstituer dans une "histoire universelle" l'évolution de l'humanité et des sociétés depuis les origines, des historiens allemands, - parmi lesquels se trouve Christophe ADELUNG qui publia en 1782 son "Essai sur l'histoire de la culture de l'espèce humaine" -, empruntèrent le terme en français pour désigner le progrès intellectuel et social de l'homme en général, des collectivités, de l'Humanité (ROCHER, 1968). Il acquit de ce fait une connotation collective nouvelle, mais n'en continua pas moins à porter l'idée d'un mouvement en avant et d'une amélioration.

C'est l'anthropologie anglaise, en la personne de E.B. TYLOR, qui soumit la notion de culture à une nouvelle transformation. Dans son ouvrage "Primitive Culture", paru en 1871, il donna une définition dont l'influence fut durable et importante sur les Sciences Sociales ; employant culture et civilisation comme des synonymes, il précisait vouloir signifier "dans son sens ethnographique étendu, cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société" (TYLOR, 1871). La notion anthropologique de culture était née, qui devait se frayer aisément un chemin vers la sociologie, américaine en particulier.

Pour des raisons historiques liées au poids des grands précurseurs tels que COMTE et DURKHEIM qui avaient marqué la sociologie française de leur vocabulaire particulier, ou pour des raisons de linguistique ancrant davantage la "culture" dans sa signification humaniste, les définitions sociologique et anthropologique de la culture n'apparaissaient pas encore dans les dictionnaires français jusqu'il y a une quinzaine d'années (ROCHER, 1968).

On peut tenter de définir la culture comme un ensemble lié de "manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte" (ROCHER, 1968). Cette formulation a l'avantage de faire ressortir clairement les principales caractéristiques de la culture : elle s'adresse à toute activité humaine, elle est collective, elle laisse une part d'interprétation, elle comporte des aspects objectifs et bien plus encore des aspects symboliques, elle constitue enfin un "système", même si cet aspect systémique est surtout une réalité subjectale.

En ce qui concerne la constitution culturelle de collectivités particulières ou distinctes, il faut toutefois souligner que deux phénomènes doivent être distingués : d'une part, on peut observer que, à l'instar des sociétés globales, des segments de celle-ci peuvent partager des valeurs spécifiques, et l'on est en droit de parler dans ces cas de "sous-cultures" existant en leur sein. On parlera ainsi de la culture d'une classe sociale, d'une région, d'une industrie, ou de la sous-culture des "jeunes". Mais d'autre part, le degré de conscience d'appartenir à une même sous-culture peut être très variable, dans la mesure où les aspects objectifs et rationalisés de celle-ci sont développés à des degrés divers et qu'une part importante relève de mécanismes inconscients.

Ce qui distingue nos sociétés complexes des sociétés traditionnelles, c'est qu'elles se caractérisent par une culture moins homogène. Chaque sous-collectivité opère en effet une redéfinition de certains éléments culturels, de manière à ce que ceux-ci lui soient spécifiques : redéfinition, par exemple, des valeurs et des normes pour des rôles nouveaux qui naissent dans de nouvelles sous-collectivités, pour des buts nouveaux qu'on leur assigne, etc... Mais par ailleurs les communications de masse font éclater les frontières des régions et des pays, comme celles de la pensée, et conduisent à une interpénétration croissante des cultures régionales, nationales et transnationales, sans pour autant aboutir à la standardisation et au nivellement culturels que d'aucuns avaient prévus.

Il est particulièrement intéressant de considérer le problème des relations entre les sous-cultures et la culture dominante. (On pourrait parler d'idéologie dominante si ce terme n'avait, à la suite de MARX, subi lui aussi toute une variété de déformations sémantiques lui conférant parfois un sens par trop péjoratif et militant.) Dans le domaine de la petite enfance, ce problème a particulièrement bien été étudié par BOLTANSKI (1969). Cet auteur envisage la variété des systèmes de valeurs liés à la puériculture, c'est-à-dire à la manière d'élever les enfants. Il observe qu'il s'agit là d'un objet privilégié pour qui veut saisir les caractères spécifiques de la diffusion des techniques et des savoirs à l'intérieur d'une société stratifiée. Loin d'être diffusée selon les lois du hasard, la puériculture "scientifique" a été l'objet d'une entreprise systématique, participant au projet plus vaste de "régler tous les actes de la vie, y compris les plus intimes et les plus privés". Il constate alors que cette volonté de diffuser largement les règles de puériculture sous les allures d'une mission civilisatrice s'est heurtée à un certain nombre de résistances, les membres des différentes classes sociales les interprétant et les modifiant en fonction des savoirs et des valeurs morales qui étaient les leurs. Qui plus est, on peut parler d'un véritable gradient social dans la mesure où "les savoirs circulent toujours de haut en bas, mais jamais, à l'inverse, de bas en haut" et ce gradient, par suite des résistances à la diffusion, mime en un tableau synchronique le résumé d'une histoire temporelle. Les changements s'opèrent en effet à l'intérieur de chaque classe selon un rythme différent, en fonction de la distance sociale qui les sépare des classes supérieures détenant, dans une société hiérarchisée, le monopole de l'invention et de la création.

La vision très hiérarchisée de BOLTANSKI nous semble toutefois pécher par excès de simplification si l'on donne au mot "culture" un sens plus anthropologique qu'humaniste, si l'on s'intéresse davantage aux manières de penser, de sentir et d'exprimer qu'aux savoirs et aux connaissances. On peut ainsi poser l'analogie entre culture et langage : ce dernier constitue un prisme à travers lequel s'opèrent la communication, le décodage des signaux reçus de l'environnement et l'expression propre à chacun. S'il y a un effet "social descendant" au niveau de la codification du langage et de certaines innovations, il n'en reste pas moins vrai que la langue est également soumise dans son dynamisme au jeu des diverses influences populaires ou "de terroir".

Nous pensons dès lors qu'à côté des différences observables d'une classe sociale à l'autre, nous devons reconnaître des différences culturelles liées au milieu urbain ou rural (LANNEAU et MALRIEU, 1958 ; MAGUIN et al., 1984) à la génération ("jeunes", "troisième âge") (MENDEL, 1971), à diverses ethnies, ou encore au sexe, dans la mesure où les valeurs attendues et inculquées dans le processus d'éducation sont encore éminemment marquées par le sexe de l'enfant (MECHANIC, 1964 ; BELOTTI, 1974 ; FALCONNET et LEFAUCHEUR, 1975).

## H.2.2. Indicateurs culturels utilisés

-----

Nous avons précisé plus haut (p.35) que la culture "cumulative", entendue comme un ensemble de connaissances et de savoir-faire, n'entraîne pas dans les préoccupations de ce travail. Même si la distinction est parfois difficile à opérer, il s'agit plutôt ici de la "culture des anthropologues".

Dans le domaine de la santé et de la maladie, MOSCOVICI (1968) a fort bien présenté la manière avec laquelle il convient d'analyser scientifiquement ce que l'on appelle le "sens commun". Il distingue d'une part les opinions, les attitudes et les images sociales, ces dernières étant comme les reflets internes d'une réalité externe, reproduction conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Il considère d'autre part les représentations sociales. Par ces dernières, et à la différence des précédentes, il entend des "théories", des "sciences sui generis" portant sur des valeurs autant que sur des concepts et déterminant dans le même temps l'objet et le jugement qui s'y rapporte. De plus, les représentations sociales manifestent un processus d'interaction entre le répondant et l'interrogateur. Dans ce sens, elles constituent le reflet saisissable d'une culture, telle que définie plus haut.

Cette façon d'aborder les phénomènes, dans la relation même qui se crée entre l'individu, la santé et la maladie, nous conduit à assister pour chaque répondant à la constitution d'un objet qui n'est pas considéré comme "donné" à priori, même si, souvent, dans le domaine de la santé, la culture dominante, scientifique, tend abusivement à considérer comme établies les définitions de la maladie, du corps, voire de la santé.

Pour le présent travail, nous avons utilisé un matériel d'enquête constitué par une vingtaine de questions concernant des concepts, des attitudes et des opinions appartenant au domaine de la santé et de la maladie. Nous nous trouvons ainsi à cheval sur les deux approches que MOSCOVICI distinguait. Les attitudes que nous avons enregistrées correspondent bien à des prises de position sur des problèmes controversés au sein de la société (interventionnisme médical, pratiques médicales, systèmes de santé, etc...). Quant aux définitions fondamentales, elles visent à constituer les représentations sociales de la santé, de la maladie et du corps lui-même. Enfin, les opinions relevées et concernant l'étiologie des maladies et leur prévention, elles se situent au carrefour du discours médico-scientifique et des représentations sociales de la maladie.

Le tableau H.1 nous présente les indicateurs utilisés sous une forme synoptique : il s'agit de questions choisies parmi les questions nos 27 à 51 du premier questionnaire (cfr annexe A).

Tableau H.1. : Définitions, attitudes et opinions en matière de santé couvertes par le questionnaire administré.

A. DEFINITIONS FONDAMENTALES :

- Définition de la santé : - en général
  - chez l'enfant
- Définition de la maladie : - en général
  - chez l'enfant
  - définition des seuils de maladie
- Définition du corps

B. ATTITUDES (relevant du domaine de la santé) :

- Face à l'interventionnisme curatif
- Face au recours médical : - en général
  - dans une série de "scénarios-types"
- Face à l'hygiène personnelle
- Face à la contraception
- Face à l'avortement
- Face à l'avenir (pessimisme)
- Face à la pratique médicale :
 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| { | <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecine scientifique</li> <li>- secret médical</li> <li>- médecines "naturelles"</li> </ul> | } | <ul style="list-style-type: none"> <li>"moins on fréquente"</li> <li>adaptation prescription</li> <li>médicale</li> </ul> |
|---|---|---|---|
- Face au système de santé :
 

|   |  |
|---|--|
| { | <ul style="list-style-type: none"> <li>- satisfaction / insatisfaction</li> <li>- ordre des priorités : préventif / curatif</li> <li>- hospitalisation à domicile</li> </ul> |
|---|--|

C. OPINIONS RELEVANT DIRECTEMENT DU DOMAINE DE LA SANTE :

- Etiologie des maladies
- Efficacité des diverses formes de prévention

Les questions sont parfois ouvertes, le plus souvent fermées. Dans le premier cas, une grille a été utilisée pour le codage des réponses fournies. De plus, dans les deux cas, les échelles utilisées sont de type nominal, dichotomique ou à plusieurs catégories. Pour l'approche bivariée, les tests statistiques utilisés sont constitués par le chi carré pour tester l'homogénéité de la distribution des réponses dans les divers sous-groupes.

Le problème de telles variables (échelles nominales à plusieurs catégories sans relation d'ordre) se pose pour les analyses multivariées nécessitant des variables numériques normalement distribuées, ou à tout le moins des variables dichotomiques (ANDERBERG, 1973). C'est pourquoi nous avons dû transformer notre ensemble de variables de départ en un jeu de variables binaires : une variable présentant trois modalités de réponses se transformant en deux variables binaires. (quatre modalités, trois variables binaires; etc...).

Le tableau H.2 présente la grille de conversion de nos variables culturelles sous leur forme binaire. Ainsi, par exemple, la variable V100 (cfr. annexe A, p.7 : question 27.1. : "qu'est-ce que c'est pour vous être en bonne santé ?") a été codée sous quatre rubriques :

- définition neutre de la santé
- définition faisant référence à l'absence de maladie
- définition positive de la santé
- non-réponse.

On observe dans le tableau H.2 la fréquence relative dans l'échantillon (en %) des trois premières modalités de réponse, ainsi que dans la première colonne la nouvelle numérotation (1,2,3) correspondant à trois variables binaires dérivées de la variable d'origine. Chacune prend la valeur 1 dans le cas où la mère interrogée choisit la modalité correspondante, et la valeur 0 dans le cas contraire : de la sorte, une répondante ayant défini la santé comme l'absence de maladie aura la valeur 0 pour les variables binaires 1 et 3, et la valeur 1 pour la variable binaire 2.

Il ressort de ce même tableau que 56 variables binaires ont été créées à partir de 31 variables complexes. Ce sont ces 56 variables qui seront utilisées dans ce chapitre dès que la nécessité d'une analyse multivariée l'imposera. Il a en effet été montré que les variables binaires se prêtent sans problème à toutes les analyses statistiques non affectées par des transformations linéaires, telles que la corrélation ou la régression, l'analyse en composantes principales, etc. (ANDERBERG, 1973)

Tableau H.2. : Les variables soumises à l'analyse et leur transformation sous forme binaire.

| N° | DEFINITIONS   | FREQUENCE<br>DANS<br>L'ECHANTILLON<br>(%) | VARIABLE<br>D'ORIGINE |
|----|---|---|-----------------------|
| 1  | Définition (0) neutre de la santé de l'adulte                   | 4.7                                       |                       |
| 2  | Définition (0) par la maladie de la santé de l'adulte           | 38.7                                      | V 100                 |
| 3  | Définition (0) positive de la santé de l'adulte                 | 51.5                                      |                       |
| 4  | Définition (0) neutre de la santé de l'enfant                   | 1.7                                       |                       |
| 5  | Définition (0) par la maladie de la santé de l'enfant           | 16.5                                      | V 103                 |
| 6  | Définition (0) positive de la santé de l'enfant                 | 75.7                                      |                       |
| 7  | Définition (F) de la santé de l'adulte : physique (2)           | 18.7                                      |                       |
| 8  | psychique (1,3,7)   | 55.9                                      | V 141                 |
| 9  | sociale (4)   | 6.8                                       |                       |
| 10 | Définition (F) de la santé de l'enfant : physique (1,2)         | 30.5                                      |                       |
| 11 | psychique (4,7)   | 49.7                                      | V 138                 |
| 12 | sociale (5)   | 0.8                                       |                       |
| 13 | Définition (0) de la maladie de l'enfant par critères physiques | 43.1                                      |                       |
| 14 | psychiques (moral)  | 29.6                                      |                       |
| 15 | fonctionnels (immobilisation)                                   | 2.3                                       | V 109                 |
| 16 | sociaux (activités)   | 16.0                                      |                       |
| 17 | professionalisés (recours aux soins)                            | 2.3                                       |                       |
| 18 | Définition du seuil de maladie : douleur                        | 11.6                                      |                       |
| 19 | malaise   | 35.3                                      |                       |
| 20 | incapacité fonctionnelle  | 37.7                                      | V 123                 |
| 21 | recours aux soins   | 15.5                                      |                       |
| 22 | Définition du corps : mécanique                                 | 8.1                                       |                       |
| 23 | intégré au moi  | 40.8                                      |                       |
| 24 | indistinct du moi   | 45.6                                      | V 137                 |
| 25 | politique   | 5.4                                       |                       |

Tableau H.2 (suite)

| N° | ATTITUDES   | FREQUENCE<br>DANS<br>L'ECHANTILLON<br>(%) | VARIABLE<br>D'ORIGINE |
|----|---|---|-----------------------|
| 26 | Résistance à la maladie   | 16.8                                      | V 121                 |
| 27 | Autonomie dans l'approche curative  | 45.3                                      | V 122                 |
| 28 | Déterminants de la santé chez l'enfant : fonds de santé                             | 46.5                                      |                       |
| 29 | environnement   | 19.6                                      | V 129                 |
| 30 | hygiène alimentaire   | 12.3                                      |                       |
| 31 | soins médicaux  | 20.4                                      |                       |
| 32 | Contraception et dépendance face au système médical                                 | 11.6                                      | V 158                 |
| 33 | Avortement et libre arbitre des parents (couple)                                    | 23.2                                      | V 210                 |
| 34 | Avortement et libre arbitre de la mère (seule)                                      | 19.2                                      | V 211                 |
| 35 | Pessimisme face à l'avenir : [ ++   | 55.5                                      |                       |
| 36 | [ +   | 26.9                                      | V 214                 |
| 37 | "Moins on fréquente les médecins, et mieux on se sent"                              | 58.0                                      | V 218                 |
| 38 | Soumission et dépendance face aux prescriptions méd. [ ++                           | 45.3                                      |                       |
| 39 | [ +   | 46.7                                      | V 233                 |
| 40 | Attitude favorable au secret médical  | 34.8                                      | V 223                 |
| 41 | Face au système de santé en Belgique : - insatisfaction face<br>aux coûts excessifs | 41.3                                      |                       |
| 42 | - satisfaction  | 47.3                                      | V 202                 |
| 43 | Face aux priorités à donner : préventif plutôt que curatif                          | 71.6                                      | V 226                 |
| 44 | Attitude favorable à l'hospitalisation à domicile                                   | 36.8                                      | V 203                 |
| 45 | Face à l'épargne : [ --   | 11.3                                      |                       |
| 46 | [ +   | 13.5                                      | V 212                 |
|    |   |   |                       |
|    | OPINIONS  |   |                       |
| 47 | Etiologie de la maladie : - conditions de travail, stress                           | 56.0                                      | V 116                 |
| 48 | - environnement   | 41.7                                      | V 117                 |
| 49 | - fatalisme   | 25.2                                      | V 118                 |
| 50 | - fonds de santé  | 32.1                                      | V 119                 |
| 51 | - hygiène personnelle   | 44.1                                      | V 120                 |
| 52 | Prévention par : - hygiène du milieu  | 47.3                                      | V 132                 |
| 53 | - vaccinations  | 66.5                                      | V 133                 |
| 54 | - bilans de santé réguliers   | 28.3                                      | V 134                 |
| 55 | - hygiène personnelle   | 50.1                                      | V 135                 |
| 56 | - changer la société  | 5.3                                       | V 136                 |

Tableau H.3 : Richesse de la définition spontanée de la santé de l'adulte. Nombre d'éléments distincts de définition en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre total de personnes interrogées. Test Chi<sup>2</sup> ( 2 d.l. ). Nombre de sujets entre parenthèses.

|             | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | T O T A L<br>(750) | Test<br>X <sup>2</sup> <sub>2</sub> |
|-------------|-----------------------------------|------------|------------|--------------------|-------------------------------------|
|             | 1<br>(184)                        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                    |                                     |
| 1 rép. ou + | 93.5                              | 98.8       | 99.4       | 97.6               | 18.17 <sup>***</sup>                |
| 2 rép. ou + | 18.5                              | 29.1       | 38.4       | 28.5               | 16.98 <sup>***</sup>                |
| 3 rép.      | 1.1                               | 3.7        | 10.4       | 4.5                | 18.72 <sup>***</sup>                |

Tableau H.4 : Richesse de la définition spontanée de la santé de l'enfant, en fonction de la catégorie sociale. Même présentation que le tableau H.3.

|             | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | T O T A L<br>(750) | Test<br>X <sup>2</sup> <sub>2</sub> |
|-------------|-----------------------------------|------------|------------|--------------------|-------------------------------------|
|             | 1<br>(184)                        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                    |                                     |
| 1 rép. ou + | 92.4                              | 98.5       | 97.0       | 96.7               | 14.68 <sup>***</sup>                |
| 2 rép. ou + | 32.1                              | 39.6       | 59.2       | 42.0               | 28.26 <sup>***</sup>                |
| 3 rép.      | 3.3                               | 4.7        | 6.7        | 4.8                | 2.21 <sup>NS</sup>                  |

### H.3. Résultats :

#### H.3.1. Variations sociales de la culture sanitaire

-----

##### H.3.1.1. Définitions de la santé, de la maladie et du corps

+++++

Nous disposons de plusieurs questions dans l'enquête pour approcher le problème de la définition de la santé pour les répondantes. Deux d'entre elles se présentent sous forme ouverte. Ce type de questions permet à la répondante d'exprimer ses conceptions de la manière la plus libre (JAVEAU, 1978). Les réponses ont dû, de ce fait, être recodées selon une grille de transfert. Deux axes, définis à priori, ont servi de toile de fond à cette organisation des réponses : il s'agit d'une part de l'axe permettant de classer ces dernières dans le domaine du physique, du moral ou du social, faisant donc référence à la bien connue définition de l'O.M.S. (O.M.S., 1976), et d'autre part de celui qui distingue une vision positive propre, une vision "neutre", ou une vision "en creux" de la santé comme absence de maladie (HERZLICH, 1969).

La plupart des répondantes fournirent une réponse qu'il était possible d'assigner sans mal à l'une des catégories de la grille (cfr annexe H.A.1.). Le tableau H.3 nous montre cependant qu'un certain nombre, étroitement lié à la catégorie sociale, fournit une réponse complexe nécessitant l'usage de plusieurs catégories simultanément pour une même répondante. Ce tableau porte sur la première question ouverte, qui concerne la santé en général ("qu'est-ce que c'est pour vous "être en bonne santé?"), tandis que le tableau H.4 concerne la santé de l'enfant ("qu'est-ce que c'est pour vous un enfant en bonne santé?").

La comparaison des deux tableaux permet de constater deux phénomènes : premièrement, il existe un gradient net et hautement significatif d'une catégorie sociale à l'autre si l'on considère la richesse de la définition spontanée de la santé. Il faut noter que les différences que l'on peut observer pour l'utilisation "d'une catégorie ou plus" proviennent uniquement du plus grand nombre de non-réponses dans les catégories sociales inférieures. Deuxièmement, l'utilisation de "deux catégories ou plus" s'observe plus fréquemment pour la deuxième question, concernant l'enfant, que pour la première, et ceci est vrai à travers les trois catégories sociales. Le concept de santé pour un enfant semble donc plus riche que le concept correspondant pour l'adulte.

Tableau H.5 : Richesse de la définition spontanée de la maladie de l'adulte, en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Même présentation que le tableau H.3.

|             | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(750) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|-------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|             | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| 1 rép. ou + | 89.7              | 96.8       | 98.2       | 95.3           | 18.21***           |
| 2 rép. ou + | 16.8              | 20.4       | 23.8       | 20.3           | 2.64 <sup>NS</sup> |
| 3 rép.      | -                 | 1.7        | 3.7        | 1.7            | 7.02*              |

Tableau H.6 : Richesse de la définition spontanée de la maladie de l'enfant, en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Même présentation que le tableau H.3.

|             | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(750) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|-------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|             | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| 1 rép. ou + | 91.8              | 96.5       | 98.2       | 95.7           | 9.96*              |
| 2 rép. ou + | 32.1              | 39.8       | 52.4       | 40.7           | 15.08***           |
| 3 réponses  | 3.8               | 6.5        | 12.8       | 7.2            | 11.15**            |

Tableau H.7 : Contenu de la définition de la santé de l'adulte : utilisation comparée du premier axe ou des trois axes proposés, ainsi que de la question ouverte ou de la question fermée. Pourcentages calculés sur le total des répondants (premier axe) ou sur le total des réponses (trois axes). Nombre de répondants ou de réponses entre parenthèses.

|                                    | QUESTION OUVERTE |                 | QUESTION FERMEE  |                  |
|------------------------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
|                                    | 1er axe<br>(750) | 3 axes<br>(998) | 1er axe<br>(750) | 3 axes<br>(2224) |
| Etre détendu, pas fatigué          | 4.7              | 5.3             | 21.7             | 16.4             |
| Définition négative                | 38.7             | 32.6            | 18.3             | 21.2             |
| Définition positive                | 51.5             | 58.0            | 59.1             | 62.0             |
| Non réponse ou réponse inclassable | 5.2              | 4.1             | 0.9              | 0.4              |

Les tableaux H.5 et H.6 concernent respectivement la distribution des réponses à deux questions ouvertes sur la maladie en général et la maladie de l'enfant. Les mêmes constatations s'imposent : la richesse définitionnelle va croissant avec la catégorie sociale d'une part, et dans chaque catégorie sociale elle est supérieure pour la santé de l'enfant.

Une difficulté méthodologique en découle pour la suite de l'analyse. Devons-nous utiliser la totalité du contenu des réponses, ce qui ne va pas sans poser de problèmes techniques (maniement statistique des réponses multiples, référence à un effectif de réponses et non plus de répondants, biais possibles dans certaines analyses du fait du gradient social marqué pour la richesse définitionnelle...), ou pouvons-nous considérer que la simplification de la procédure résultant de la prise en compte uniquement de la première dimension de la réponse n'introduit pas de distorsion dommageable dans l'analyse ? Un problème semblable se présente avec les questions fermées correspondantes puisque, dans ce cas, nous avons explicitement prévu la possibilité de trois réponses à classer par ordre d'importance.

Le tableau H.7 nous permet de comparer les résultats fournis par ces deux approches dans le cas de la question concernant la santé en général. Les pourcentages se réfèrent donc respectivement au total des répondantes (utilisation du premier axe) ou au total des réponses fournies (utilisation des trois axes). On constate que des différences apparaissent; toutefois elles sont assez modérées et ne changent pas substantiellement l'allure des résultats.

Considérant le gain important sur le plan des procédures, et la faible intensité du biais introduit, nous utiliserons dorénavant la seule "première dimension" des réponses fournies. On peut raisonnablement penser que cette façon de faire équivaut, par ailleurs, à celle qui eût prévalu si d'emblée nous n'avions prévu qu'une seule réponse possible pour les questions, tant ouvertes que fermées.

D'autre part, ce dernier tableau nous permet également d'étudier les différences considérables qui séparent les réponses fournies pour les mêmes définitions selon qu'on les approche par question ouverte ou fermée. Ce point de méthodologie sociologique a depuis longtemps retenu l'attention des chercheurs (MUCCHIELLI, 1969) et il est classique de donner la préférence aux questions ouvertes, si ce n'est pour des raisons de facilité pratique (JAVEAU, 1978). Quoiqu'il en soit, il ressort de nos données que l'effet induit par la proposition d'un cadre de référence donné est très net. S'agit-il d'un biais de méthode, ou ne doit-on pas plutôt considérer qu'il s'agit d'un phénomène psycho-sociologique, en soi, dont il convient de tenir compte (cfr RENARD, 1983) ? Nous aurions ici, dans une telle optique, l'indication tangible de la plasticité relative de certaines conceptions sur lesquelles reposent les comportements médicaux des répondantes.

Tableau H. 8. : Contenu de la définition de la santé de l'adulte et catégorie sociale .

Pourcentages calculés sur le total des répondants. Nombre de répondants entre parenthèses.

Question ouverte :  $\chi^2_6 = 15.85^*$ . Question fermée :  $\chi^2_6 = 31.72^{***}$

|  | QUESTION OUVERTE  |            |            |       |                      | QUESTION FERMEE   |            |            |       |                     |
|--|-------------------|------------|------------|-------|----------------------|-------------------|------------|------------|-------|---------------------|
|  | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$           | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$          |
|  | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                      | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                     |
| être détendu,<br>pas fatigué               | 4.9               | 5.0        | 3.7        | 4.7   | 0.48 <sup>NS</sup>   | 27.2              | 21.9       | 15.2       | 21.7  | 7.27 <sup>*</sup>   |
| définition<br>négative                     | 39.1              | 39.3       | 36.6       | 38.7  | 0.38 <sup>NS</sup>   | 18.5              | 18.6       | 17.1       | 18.3  | 0.20 <sup>NS</sup>  |
| définition<br>positive                     | 45.7              | 51.7       | 57.3       | 51.5  | 4.75 <sup>NS</sup>   | 50.5              | 59.5       | 67.7       | 59.1  | 10.59 <sup>**</sup> |
| non réponse ou<br>réponse inclas-<br>sable | 10.3              | 4.0        | 2.4        | 5.2   | 13.56 <sup>***</sup> | 3.8               | -          | -          | 0.9   | N.C.                |
|  | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 | -                    | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 | -                   |

Tableau H. 9. : Contenu de la définition de la santé de l'enfant et catégorie sociale .

Pourcentages calculés sur le total des répondants. Nombre de répondants entre parenthèses.

Question ouverte :  $\chi^2_6 = 12.78^*$ . Question fermée :  $\chi^2_6 = 32.66^{***}$ .

|  | QUESTION OUVERTE  |            |            |       |                    | QUESTION FERMEE   |            |            |       |                    |
|--|-------------------|------------|------------|-------|--------------------|-------------------|------------|------------|-------|--------------------|
|  | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$         | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$         |
|  | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                    | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |       |                    |
| bien constitué,<br>pas handicapé           | 2.2               | 1.2        | 0.6        | 1.7   | 1.58 <sup>NS</sup> | 14.7              | 16.2       | 9.1        | 14.3  | 4.73 <sup>NS</sup> |
| définition<br>négative                     | 15.8              | 18.4       | 12.8       | 16.5  | 2.76 <sup>NS</sup> | 19.6              | 19.9       | 14.6       | 18.7  | 2.26 <sup>NS</sup> |
| définition<br>positive                     | 71.7              | 76.2       | 81.1       | 75.7  | 4.19 <sup>NS</sup> | 60.8              | 63.9       | 75.7       | 65.7  | 9.61 <sup>**</sup> |
| non réponse ou<br>réponse inclas-<br>sable | 10.3              | 4.2        | 5.5        | 6.0   | 8.42 <sup>*</sup>  | 4.9               | -          | 0.6        | 1.3   | N.C.               |
|  | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 | -                  | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0 | -                  |

Le tableau H.8 présente le détail de cette analyse. Il organise sur un axe "définition neutre - définition négative - définition positive" la distribution sociale de ces conceptions générales de la santé, en réponse à une question soit ouverte, soit fermée. Il en ressort que l'effet "d'induction" dont nous venons de parler agit de façon comparable dans les trois catégories sociales étudiées. Plus de la moitié des répondantes ayant adopté une définition "a contrario" de la santé dans une question ouverte évoluent face à la question fermée vers une définition plus neutre (ceci est vrai spécialement dans les catégories inférieures) ou plus positive (dans les catégories supérieures). Ce phénomène de redressement positif du concept répond vraisemblablement à une anticipation des attentes de l'interrogateur à la suite de la confrontation du répondant avec le cadre des réponses proposées (cfr. MUCCHIELLI, 1969).

Par ailleurs, la partie gauche du tableau nous montre un gradient très significatif, avec un rapport de 5 à 1, pour la fréquence des non-réponses ou réponses inutilisables. Par ces dernières, nous entendons des réponses non définitionnelles du genre de "la santé, c'est quelque chose de très important", reflétant des attitudes dignes d'intérêt, mais impossibles à classer selon notre point de vue. On relève dans cette même partie du tableau un léger gradient pour une définition de santé positive, croissant avec les catégories sociales (RFO=1.25; N.S.). La partie droite du tableau permet de constater la diminution, voire la disparition des non-réponses, et l'accentuation du gradient croissant des réponses positives (RFO=1.34; P[0.01]), cependant que les réponses neutres présentent un gradient décroissant (RFO=1.79; P[0.05]) en raison de l'effet d'induction différentiel. Il est remarquable de constater que cet effet de redressement positif se marque d'autant plus fort qu'il s'agit d'une catégorie sociale accordant déjà ses préférences à une définition positive.

Il est intéressant de comparer ces données avec celles qui sont reprises dans le tableau H.9. Il s'agit ici de la santé de l'enfant. En ce qui concerne les tendances générales, il est assez proche du précédent: à la question ouverte, les répondantes de la catégorie supérieure répondent plus fréquemment dans le sens d'une définition positive (RFO=1.13; N.S.) et moins fréquemment dans le sens d'une non-réponse ou d'une réponse inclassable. A la question fermée, le gradient social des réponses positives s'accroît et devient significatif, avec un rapport de 1.25, cependant que les réponses neutres se retrouvent moins souvent dans la catégorie 3 que dans la catégorie 1. La différence notable entre les deux tableaux provient du fait que, pour l'enfant, la définition positive de la santé revient beaucoup plus souvent, et cela quelle que soit la catégorie sociale. Au total, trois quarts des répondantes y recourent spontanément: ceci peut expliquer qu'un effet d'induction par la présentation d'une question fermée ne puisse jouer qu'à son détriment, eu égard aux alternatives présentées. Nonobstant, le pourcentage de réponses positives demeure plus élevé pour l'enfant dans chaque catégorie sociale.

Tableau H.10. : Orientation somatique, psychique ou sociale de la définition de la santé de l'adulte en fonction des catégories sociales. En pourcentages, calculés sur le total des répondants. Nombre de répondants entre parenthèses. Question ouverte :  $\chi^2_6 = 6.50$  NS. Question fermée :  $\chi^2_6 = 8.92$  NS.

|   | QUESTION OUVERTE    |            |            |                |            | QUESTION FERMEE     |            |            |                |            |
|---|---------------------|------------|------------|----------------|------------|---------------------|------------|------------|----------------|------------|
|   | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$ | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$ |
|   | 1<br>(184)          | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |            | 1<br>(184)          | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |            |
| DEFINITION SOMATIQUE                                    | 19.0                | 18.7       | 25.0       | 20.1           | 3.10 NS    | 14.1                | 17.7       | 25.6       | 18.5           | 8.00 *     |
| DEFINITION PSYCHIQUE                                    | 25.0                | 31.3       | 29.9       | 29.5           | 2.46 NS    | 56.5                | 56.5       | 51.8       | 55.5           | 1.12 NS    |
| DEFINITION SOCIALE                                      | 6.5                 | 6.7        | 6.1        | 6.5            | 0.07 NS    | 7.1                 | 7.2        | 5.5        | 6.8            | 0.57 NS    |
| SANS REPONSE OU<br>REPONSES INCLASSABLES<br>SUR CET AXE | 49.5                | 43.3       | 39.0       | 43.9           | 3.95 NS    | 22.3                | 18.7       | 17.1       | 19.2           | 1.68 NS    |
| T O T A L   | 100.0               | 100.0      | 100.0      | 100.0          |            | 100.0               | 100.0      | 100.0      | 100.0          |            |

Tableau H.11. : Orientation somatique, psychique ou sociale de la définition de la santé de l'enfant en fonction des catégories sociales. En pourcentages, calculés sur le total des répondants. Nombre de répondants entre parenthèses. Question ouverte :  $\chi^2_6 = 6.14$  NS. Question fermée :  $\chi^2_6 = 51.10$  \*\*\*.

|  | QUESTION OUVERTE    |            |            |                |            | QUESTION FERMEE     |            |            |                |            |
|--|---------------------|------------|------------|----------------|------------|---------------------|------------|------------|----------------|------------|
|  | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$ | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$ |
|  | 1<br>(184)          | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |            | 1<br>(184)          | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |            |
| DEFINITION SOMATIQUE                                   | 31.5                | 35.6       | 31.7       | 33.7           | 1.31 NS    | 43.5                | 29.6       | 16.5       | 30.1           | 30.17 ***  |
| DEFINITION PSYCHIQUE                                   | 29.3                | 31.1       | 34.8       | 31.5           | 1.23 NS    | 31.0                | 49.5       | 68.3       | 49.1           | 48.38 ***  |
| DEFINITION "SOCIALE"                                   | 13.0                | 10.7       | 15.2       | 12.3           | 2.37 NS    | 1.1                 | 1.0        | 0.0        | 0.8            | 1.71 NS    |
| NON REPONSE OU<br>REPONSES INCLASSABLES<br>SUR CET AXE | 26.1                | 22.6       | 18.3       | 22.5           | 3.02 NS    | 24.5                | 29.9       | 15.2       | 20.0           | 4.61 NS    |
| T O T A L  | 100.0               | 100.0      | 100.0      | 100.0          |            | 100.0               | 100.0      | 100.0      | 100.0          |            |

Les tableaux H.10 et H.11 présentent la distribution sociale des réponses aux mêmes questions, ouvertes et fermées, mais selon un autre point de vue. Ce n'est plus l'axe positif-négatif qui a été utilisé cette fois pour regrouper les réponses, mais l'axe somatique - psychique - social. Dans les deux tableaux, les réponses à la question ouverte ne se distinguent pas significativement d'une catégorie sociale à l'autre, et aucun gradient ne semble s'en dégager.

Toute autre est l'impression qui ressort des réponses aux questions fermées. Pour la définition générale, on voit s'opposer dans le tableau H.10, relatif à la santé de l'adulte, un gradient croissant pour la définition somatique ("être en bonne condition physique"), 1.8 fois plus fréquente dans la catégorie supérieure que dans la catégorie inférieure, et un gradient légèrement décroissant pour la définition psychique ("être détendu, pas fatigué", "avoir bon moral, être gai, content de vivre" ou "continuer à faire des projets..."). Le premier gradient seul traduit des différences statistiquement significatives (RFO = 1.82; P[0.05] ).

Le tableau H.11, relatif à la santé de l'enfant, donne l'impression inverse : on note un fort gradient somatique décroissant faisant référence à la constitution de l'enfant et à sa croissance : les fréquences de réponses en ce sens sont d'autant plus rares qu'on s'élève dans l' "échelle sociale" (RFO=2.64 ; P[0.001] ) ; ceci s'oppose à un gradient croissant avec la catégorie sociale pour la définition psychique ("bien dans sa peau, content..." ou "éveillé, intelligent, débrouillard") (RFO=2.20;P[0.001]). Quoique les définitions proposées ne soient pas superposables à celles du tableau précédent, il est intéressant de retenir cette discordance au niveau de l'influence sociale sur les conceptions de la santé. Pour l'adulte en effet, les catégories sociales supérieures recourent davantage à une vision somatique de la santé, et pour l'enfant davantage à une vision psychologique.

En ce qui concerne la conception de la maladie, nous disposons de deux questions ouvertes concernant respectivement la maladie en général (Qu'est-ce que c'est pour vous "être malade"?) et la maladie pour l'enfant (Qu'est-ce que c'est pour vous "un enfant malade?"), ainsi que d'une question fermée visant à préciser les seuils à partir desquels les répondants se considèrent bien-portants ou malades (S).

-----

(S) "Je peux dire que je suis malade : 1) quand j'ai mal quelque part; 2) quand je ne suis pas bien; 3) quand je suis incapable de sortir de chez moi; 4) quand le médecin a dit que j'étais malade."

Tableau M. 12.: Contenu de la définition de la maladie de l'adulte et catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le total des répondants.

Nombre de répondants entre parenthèses.

( $\chi^2_{10} = 15.69^{NS}$ ).

|                                       | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$         |
|---------------------------------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|                                       | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| atteinte physique                     | 41.3              | 42.0       | 43.9       | 42.3           | 0.26 <sup>NS</sup> |
| atteinte morale                       | 15.8              | 15.7       | 13.4       | 15.2           | 0.52 <sup>NS</sup> |
| immobilisation                        | 14.7              | 16.4       | 13.4       | 15.3           | 0.89 <sup>NS</sup> |
| limitation des activités quotidiennes | 8.7               | 10.0       | 16.5       | 11.1           | 6.41*              |
| intervention médicale                 | 7.1               | 7.2        | 9.1        | 7.6            | 0.72 <sup>NS</sup> |
| non-réponse ou réponse inclasable     | 12.5              | 8.7        | 3.7        | 8.5            | 8.72*              |
|                                       | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                  |

Tableau M. 13.: Contenu de la définition de la maladie de l'enfant et catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le total des répondants.

Nombre de répondants entre parenthèses.

( $\chi^2_{10} = 15.55^{NS}$ ).

|                                       | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(750) | $\chi^2_2$         |
|---------------------------------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|                                       | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| atteinte physique                     | 38.0              | 44.0       | 46.3       | 43.1           | 2.76 <sup>NS</sup> |
| atteinte morale                       | 31.0              | 30.6       | 25.6       | 29.6           | 1.61 <sup>NS</sup> |
| immobilisation                        | 3.8               | 1.7        | 1.8        | 2.3            | 2.61 <sup>NS</sup> |
| limitation des activités quotidiennes | 14.7              | 15.2       | 19.5       | 16.0           | 1.95 <sup>NS</sup> |
| intervention médicale                 | 2.2               | 1.7        | 3.7        | 2.3            | 1.94 <sup>NS</sup> |
| non-réponse ou réponse inclasable     | 10.3              | 6.7        | 3.0        | 6.8            | 7.26*              |
|                                       | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                  |

Tableau M. 14.: Seuils de maladie et catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.

Nombre de réponses entre parenthèses.

( $\chi^2_6 = 14.71^*$ ).

|                           | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(743) | $\chi^2_2$         |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|                           | 1<br>(177)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| douleur                   | 14.1              | 10.0       | 12.8       | 11.6           | 2.40 <sup>NS</sup> |
| sensation de malaise      | 31.6              | 33.8       | 42.7       | 35.3           | 5.34 <sup>NS</sup> |
| limitation dans activités | 33.3              | 40.8       | 34.8       | 37.7           | 3.68 <sup>NS</sup> |
| recours aux soins         | 20.9              | 15.3       | 9.8        | 15.5           | 8.09*              |
|                           | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                  |

Le tableau H.12 , relatif à la maladie de l'adulte, nous montre que peu de différences se marquent ici entre les diverses catégories sociales, si l'on excepte, mais ceci n'est pas nouveau, la fréquence décroissante des non-réponses ou des réponses inclassables. Nous retiendrons néanmoins l'existence d'un gradient croissant pour la référence à une limitation des activités quotidiennes (\$) (RFO=1.90; P[0.05). Cette différence ne peut être attribuée uniquement à un effet indirect des réponses inclassables ou absentes puisque l'élimination de ces dernières réduit à peine le gradient observé ( RFO = 1.72 ).

Le tableau H.13 présente les mêmes données pour la maladie de l'enfant (\$). Il peut être lu de deux manières. L'examen des différences sociales d'abord nous montre seulement un effet significatif sur les non-réponses et réponses inclassables. On retrouve également un léger effet non significatif sur la référence à une limitation des activités quotidiennes (RFO=1.33). La deuxième lecture du tableau nous permet de constater les différences, similaires au sein de chaque catégorie, entre les conceptions relatives à l'enfant et celles relatives à l'adulte. Pour l'enfant, on ne recourt pas davantage à la sphère physique, somatique, mais davantage à la limitation des activités journalières (16.0 % versus 11.1 %), et bien plus encore à l'atteinte du moral (1.95 fois plus souvent : 29.6 % vs 15.2 %). L'immobilisation, de même que le recours à la médecine, n'est quasiment plus utilisée comme critère de définition.

Quant à la question des seuils à partir desquels les répondantes se considèrent malades (question 31, annexe A , p.9 ) le tableau H.14 permet de voir qu'ici les catégories sociales se distinguent les unes des autres de façon significative, et spécialement en raison d'une référence nettement plus fréquente au système médical dans la catégorie inférieure (20.9% vs 9.8%). Nous verrons plus loin que cette observation n'est pas nécessairement en contradiction avec les tableaux précédents.

-----

(\$) Une grille de décodage (cfr. annexe H.A.2 ) permet de classer de manière superposable les réponses concernant les deux questions ouvertes. L'examen de cette grille laisse entrevoir qu'elle combine à la fois un axe de contenu, et un axe de conséquences ou de comportements. Le premier concerne la sphère (physique ou psychique) utilisée pour définir la maladie, tandis que le second fait davantage référence à une notion de seuil d'incapacité fonctionnelle ou sociale. Parmi les comportements qui permettent à certaines répondantes de définir ce qui constitue la maladie, il en est un qui retiendra plus particulièrement notre attention : il s'agit du recours à la médecine. Nous observons ici une sorte de "raisonnement à rebrousse-poil", puisque ce n'est plus la maladie qui définit la nécessité du recours à la médecine, mais ce recours qui atteste de l'existence de la maladie.

Tableau H.15. : Définitions du corps et catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le total des réponses obtenues.

Nombre de réponses entre parenthèses.

( $\chi^2_6 = 22.14^{**}$ ).

|                         | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(921) | $\chi^2_2$           |
|-------------------------|-------------------|------------|------------|----------------|----------------------|
|                         | 1<br>(221)        | 2<br>(499) | 3<br>(201) |                |                      |
| "corps-machine"         | 11.3              | 8.8        | 3.0        | 8.1            | 10.42 <sup>***</sup> |
| "partie de nous"        | 36.7              | 39.9       | 47.8       | 40.8           | 5.78 <sup>NS</sup>   |
| "nous-même"             | 43.0              | 46.3       | 46.7       | 45.6           | 0.82 <sup>NS</sup>   |
| "produit de la société" | 9.0               | 5.0        | 2.5        | 5.4            | 9.20 <sup>*</sup>    |
| Total                   | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                    |

Tableau H.16. : Attitudes d'intervention face à la maladie et catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.

Nombre de réponses entre parenthèses.

|                   | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL<br>(746) | $\chi^2_2$         |
|-------------------|-------------------|------------|------------|----------------|--------------------|
|                   | 1<br>(180)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                    |
| Résistance        | 17.2              | 16.7       | 17.1       | 16.9           | 0.03 <sup>NS</sup> |
| Recours aux soins | 82.8              | 83.3       | 82.9       | 83.1           |                    |
| Total             | 100.0             | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                  |

Nous en arrivons enfin à un troisième type de définition, qui concerne à présent le corps. L'importance d'une telle définition n'échappe à personne dans le cadre d'une approche de la santé et de la maladie, puisque, dans la médecine occidentale actuelle à tout le moins, la notion (floue) de maladie se réfère prioritairement au corps, à ses dysfonctions biologiques et à ses incapacités fonctionnelles. Historiquement, la médecine est devenue chez nous principalement une science du corps humain, même si, subsidiairement, elle reprend actuellement en considération des phénomènes psychiques (conséquences ou cause de phénomènes biologiques) et parfois sociaux (surtout comme expressions des désordres précités) (cfr FOUCAULT, 1963; FABREGA, 1980). Un des principaux problèmes qui se posent aujourd'hui dans la pratique courante consiste d'ailleurs dans l'existence de "patients-problèmes" (BALINT, 1960; VON MERING et al., 1966; FABREGA et al., 1969) qui s'obstinent à se plaindre malgré l'incapacité de la technologie la plus raffinée à leur découvrir un quelconque dysfonctionnement sur le plan physiologique.

Ces considérations sont à la base de la classification des définitions du corps que nous avons proposée, de même que certaines notions émanant de la sociologie du sport (BROHM, 1975; BEUVENS, 1980).

Nous distinguons dès lors une approche mécanique (corps-machine), reflet d'une dissociation radicale entre l'"esprit" et le corps, une approche que nous qualifierons d'"intégrée" (corps = partie de nous), une troisième dans laquelle corps et "esprit" sont tellement liés que nous parlerons d'approche "fusionnée" (corps = nous-même), et enfin une vision politique du corps, considéré à la fois comme produit social et instrument de lutte sociale (corps = produit de la société) (voir annexe A, question no 35).

Le tableau H.15 est révélateur des différences entre les catégories sociales considérées de ce point de vue ( $P[0.01]$ ). La vision "fusionnée" ("nous-même") vient en premier et concerne près de la moitié des répondantes (45.6 %), sans vraies différences entre les catégories sociales. Un gradient croissant ( $RFO=1.30$ ) mais non significatif, caractérise la vision intégrée ("partie de nous") qui vient en second et touche 40.8 % des femmes interrogées. Un gradient inverse caractérise la vision du "corps-produit-de-la-société" ( $RFO=3.6$ ) de façon significative, et bien davantage encore la vision d'un "corps-machine" ( $RFO=3.8$ ;  $P[0.001]$ ).

Tableau H.17. : Autonomie et dépendance face au système de soins en fonction de la catégorie sociale d'appartenance.  
 Pourcentage calculés sur le nombre de réponses.  
 Nombre de réponses entre parenthèses.

|            | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | T O T A L | $\chi^2_2$ |
|------------|---------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
|            | 1<br>(180)                      | 2<br>(402) | 3<br>(164) |           |            |
| Autonomie  | 41.1                            | 43.5       | 55.5       | 45.6      | 8.62*      |
| Dépendance | 58.9                            | 56.5       | 44.5       | 54.4      |            |
| Total      | 100.0                           | 100.0      | 100.0      | 100.0     | -          |

Tableau H.18. : Catégorie sociale et attitudes face à la défense et à la promotion de la santé de l'adulte.  
 Pourcentages de réponses correspondant aux premiers choix.  
 Nombre de réponses entre parenthèses.  $\chi^2_{14} = 26.56^*$

|  | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | T O T A L | $\chi^2_2$          |
|--|---------------------------------|------------|------------|-----------|---------------------|
|  | 1<br>(174)                      | 2<br>(402) | 3<br>(164) |           |                     |
| Fonds de santé                           | 32.8                            | 39.3       | 40.9       | 38.1      | 2.88 <sup>NS</sup>  |
| Prévention primaire :                    |                                 |            |            |           |                     |
| - logement                               | 10.3                            | 6.2        | 1.8        | 6.2       | 10.50 <sup>**</sup> |
| - revenus                                | 1.7                             | 0.7        | 0.6        | 0.9       | NC                  |
| - travail                                | 10.3                            | 10.0       | 6.1        | 9.2       | 2.44 <sup>NS</sup>  |
| - entourage                              | 1.7                             | 1.0        | 0.0        | 0.9       | NC                  |
| - hygiène personnelle<br>et alimentation | 19.5                            | 24.1       | 32.3       | 24.9      | 7.63*               |
| Bilans de santé réguliers                | 5.7                             | 3.2        | 3.0        | 3.8       | 2.28 <sup>NS</sup>  |
| Soins curatifs adéquats                  | 17.8                            | 15.4       | 15.2       | 15.9      | 0.60                |
| Total                                    | 100.0                           | 100.0      | 100.0      | 100.0     | -                   |



Tableau H.19.: Catégorie sociale et attitudes face à la défense et à la promotion de la santé de l'enfant.

Pourcentages de réponses correspondant aux premiers choix.

Nombre de réponses entre parenthèses.  $\chi^2_{14} = 34.95^{**}$

|  | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | TCTAL<br>(741) | $\chi^2_2$           |
|--|---------------------------------|------------|------------|----------------|----------------------|
|  | 1<br>(175)                      | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |                      |
| Fonds de santé                           | 40.0                            | 48.3       | 51.8       | 47.1           | 5.23 <sup>NS</sup>   |
| Prévention primaire :                    |                                 |            |            |                |                      |
| - logement                               | 12.0                            | 4.7        | 2.4        | 5.9            | 16.35 <sup>***</sup> |
| - revenus                                | 1.1                             | 0.5        | 0.0        | 0.5            | NC                   |
| - entourage                              | 2.9                             | 2.0        | 1.8        | 2.2            | NC                   |
| - parents                                | 9.7                             | 10.2       | 15.2       | 11.2           | 3.44 <sup>NS</sup>   |
| - hygiène personnelle<br>et alimentation | 14.9                            | 10.4       | 14.6       | 12.4           | 3.22 <sup>NS</sup>   |
| Consultations préventives<br>régulières  | 4.0                             | 8.7        | 4.9        | 6.7            | 5.42 <sup>NS</sup>   |
| Soins curatifs adéquats                  | 15.4                            | 15.2       | 9.1        | 13.9           | 4.06 <sup>NS</sup>   |
| Total                                    | 100.0                           | 100.0      | 100.0      | 100.0          | -                    |

Tableau H.20. : Opinion concernant la responsabilité du choix des méthodes contraceptives en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. ( $\chi^2_{10} = 43.28$ ) (§)

|                   | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(723) | $\chi^2_2$           |
|-------------------|---------------------|------------|------------|----------------|----------------------|
|                   | 1<br>(175)          | 2<br>(387) | 3<br>(161) |                |                      |
| Médecin           | 22.3                | 10.1       | 4.3        | 11.8           | 28.39 <sup>***</sup> |
| C.P.F.            | 0.6                 | 0.3        | 0.0        | 0.3            | -                    |
| Couple concerné   | 20.6                | 17.1       | 17.4       | 18.0           | 1.05 <sup>NS</sup>   |
| Femme seule       | 5.7                 | 4.9        | 3.7        | 4.8            | 0.74 <sup>NS</sup>   |
| Couple + conseils | 36.6                | 51.9       | 64.6       | 51.0           | 25.56 <sup>***</sup> |
| Femme + conseils  | 14.3                | 15.8       | 9.9        | 14.1           | 3.27 <sup>NS</sup>   |
| T O T A L         | 100.0               | 100.0      | 100.0      | 100.0          |                      |

(§) "Qui est le mieux placé pour choisir le moyen contraceptif le plus adéquat ?".

fort gradient décroissant s'applique aux mesures visant les conditions de logement, tant pour l'adulte que pour l'enfant ( $P[0.01$  et  $P[0.001$ ) tandis que l'on observe un gradient croissant et significatif pour l'attitude en général favorable à une hygiène personnelle, notamment alimentaire, ( $P[0.05$ ). Pour la santé de l'enfant, on relève un gradient croissant, non significatif, pour l'influence d'une bonne entente parentale.

En matière de contraception et d'interruption de grossesse, nous avons voulu tester la part de prise en charge personnelle dans le choix des moyens contraceptifs utilisés et d'autre part situer la répondante face aux critères jugés adéquats pour justifier une interruption de grossesse. Le tableau H.20 répond à la première approche : on y constate que la responsabilité du choix des moyens contraceptifs appartient au seul médecin davantage dans les catégories inférieures, et au couple, aidé de divers conseils, davantage dans les catégories supérieures. Il s'agit véritablement d'un glissement au niveau de la responsabilisation dans cette matière.

Quant au tableau H.21, il nous montre les attitudes face à la dépénalisation de l'avortement : il ressort clairement que pour sept conditions présentées, un gradient social croissant existe, témoignant d'une plus grande ouverture à la dépénalisation de l'avortement dans les catégories supérieures. Sur les sept gradients, quatre sont significatifs du point de vue statistique.

Le tableau H.22 présente la distribution sociale de trois attitudes concernant la "soumission au médecin" lors de la prescription d'un traitement, la "nocivité ressentie" d'un recours assidu à la médecine et l'exigence d'un secret médical absolu. Le premier aspect révèle une plus grande autonomie dans l'interprétation de la prescription parmi les couches les plus favorisées ( $P[0.01$ ) tandis que le deuxième montre dans les catégories inférieures un sentiment plus net de la relation négative entre la santé ressentie et la fréquentation des médecins ( $P[0.05$ ). Aucun gradient social significatif n'intervient pour l'exigence d'un secret médical absolu, même si les catégories inférieures semblent plus portées vers une telle exigence.

Le tableau H.23 s'intéresse à diverses attitudes concernant le domaine de la "politique de santé" : satisfaction ou non face aux aspects économiques du fonctionnement du système de santé, orientation préférentielle des priorités vers les secteurs préventif ou curatif et préférence pour une hospitalisation à domicile comme substitut de la prise en charge hospitalière. Il peut paraître inattendu que les questions économiques ne distinguent pas sensiblement les catégories sociales, même si une légère tendance laisse percevoir un poids financier plus grand dans la première catégorie. C'est au niveau des priorités ressenties par la répondante que le contraste apparaît : un

Tableau H.21. : Opinions concernant les conditions d'une dépénalisation de l'avortement en fonction de la catégorie sociale d'appartenance. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de réponses entre parenthèses. (§)

|                                 | Catégories sociales |            |            | TOTAL<br>(706) | $\chi^2$ |    |
|---------------------------------|---------------------|------------|------------|----------------|----------|----|
|                                 | 1<br>(174)          | 2<br>(377) | 3<br>(155) |                |          |    |
| Menace pour la vie de la mère   | 87.4                | 90.0       | 98.2       | 91.7           | 13.54    | ** |
| Malformation foetale certaine   | 83.0                | 89.9       | 87.4       | 87.6           | 5.25     | NS |
| Menace pour la santé de la mère | 75.0                | 79.5       | 82.5       | 79.1           | 2.94     | NS |
| Risque de malformation foetale  | 63.8                | 64.7       | 68.4       | 65.3           | 0.88     | NS |
| Problème économique familial    | 28.2                | 31.0       | 40.0       | 32.3           | 6.02     | *  |
| Décision des parents            | 16.9                | 23.2       | 33.3       | 23.9           | 12.58    | ** |
| Décision de la mère             | 14.9                | 18.1       | 29.3       | 18.8           | 12.14    | ** |

(§) "En Belgique, on parle actuellement de permettre l'avortement dans certaines conditions. Seriez-vous favorable à ce qu'il soit permis :

- 1) si la vie de la mère est en danger,
- 2) si la santé de la mère est en danger,
- 3) si on est sûr que l'enfant sera anormal,
- 4) si il y a un risque que l'enfant soit anormal,
- 5) si les parents n'ont pas les moyens d'élever un enfant de plus,
- 6) si les parents le décident ainsi,
- 7) si la femme est seule à en décider ainsi.

Tableau M.22. : Distribution sociale de trois attitudes face à la médecine  
 Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.  
 Nombre de sujets entre parenthèses. Test de Chi Carré  
 à 2 et 4 degrés de liberté.

|   | Catégories sociales |       |       | TOTAL | $\chi^2_2$ | $\chi^2_4$ |
|---|---------------------|-------|-------|-------|------------|------------|
|   | 1                   | 2     | 3     |       |            |            |
| ATTITUDE FACE A LA<br>PRESCRIPTION MEDICALE   | (177)               | (401) | (164) | (742) |            |            |
| 1. Observance stricte   | 57.1                | 41.4  | 44.5  | 45.8  | 12.34 **   | } 15.59    |
| 2. Adaptation personnelle   | 35.6                | 50.6  | 51.2  | 47.2  | 12.47 **   |            |
| 3. Observance exceptionnelle  | 7.3                 | 8.0   | 4.3   | 7.0   | 2.47 NS    |            |
| "MOINS ON FREQUENTE LES MEDECINS<br>ET MIEUX ON SE SENT"                                      | (175)               | (401) | (163) | (739) |            |            |
| 1. Plutôt d'accord  | 37.7                | 33.4  | 22.7  | 32.1  | 9.44 **    | } 11.61    |
| 2. Ni pour ni contre  | 22.3                | 25.7  | 34.4  | 26.8  | 6.85 *     |            |
| 3. Plutôt pas d'accord  | 40.0                | 40.9  | 42.9  | 41.1  | 0.31 NS    |            |
| "LE MEDECIN NE DOIT PARLER DE CE<br>DONT JE SOUFFRE AVEC PERSONNE,<br>MEME AVEC MON CONJOINT" | (175)               | (399) | (162) | (736) |            |            |
| 1. Plutôt d'accord  | 30.3                | 22.6  | 24.7  | 24.9  | 3.86 NS    | } 3.90     |
| 2. Ni pour ni contre  | 9.7                 | 11.0  | 10.5  | 10.6  | 0.22 NS    |            |
| 3. Plutôt pas d'accord  | 60.0                | 66.4  | 64.8  | 64.5  | 2.18 NS    |            |

Tableau H.23. : Distribution sociale de trois attitudes face aux orientations du système de santé.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.

Nombre de répondants entre parenthèses.

Test de Chi carré à 2 et 6 degrés de liberté.

|   | Catégories sociales |       |       | TOTAL | $\chi^2_2$ | $\chi^2_6$ |
|---|---------------------|-------|-------|-------|------------|------------|
|   | 1                   | 2     | 3     |       |            |            |
| ATTITUDE FACE AUX ASPECTS ECONOMIQUES DU SYSTEME DE SANTE | (176)               | (398) | (159) | (733) |            |            |
| 1. Satisfaction   | 44.3                | 50.3  | 48.4  | 48.4  | 1.72 NS    | } 5.08 NS  |
| 2. La médecine est trop coûteuse                          | 21.0                | 14.1  | 15.1  | 16.0  | 4.51 NS    |            |
| 3. Revendication d'une médecine gratuite                  | 25.0                | 26.9  | 26.4  | 26.3  | 0.22 NS    |            |
| 4. Il existe des abus dus au système de remboursement     | 9.7                 | 8.8   | 10.1  | 9.3   | 0.26 NS    |            |
| PRIORITES RESSENTIES                                      | (175)               | (397) | (162) | (734) |            |            |
| 1. Prévention   | 64.6                | 69.8  | 90.7  | 73.2  | 34.39 ***  |            |
| 2. Traitement   | 35.4                | 30.2  | 9.3   | 26.8  |            |            |
| L'HOSPITALISATION A DOMICILE = PREFERENCE POUR            | (178)               | (397) | (163) | (738) |            |            |
| 1. L'hosp. à domicile                                     | 36.5                | 35.3  | 43.6  | 37.4  | 3.47 NS    |            |
| 2. L'hôpital  | 63.5                | 64.7  | 56.4  | 62.5  |            |            |

Tableau H.24. : Distribution sociale de deux attitudes concernant l'avenir

et l'épargne. Pourcentages calculés sur le nombre de réponses. Nombre de sujets entre parenthèses.

Test de Chi carré à 2 et 4 degrés de liberté.

|  | Catégories sociales |       |       | TOTAL | $\chi^2_2$ | $\chi^2_4$  |
|--|---------------------|-------|-------|-------|------------|-------------|
|  | 1                   | 2     | 3     |       |            |             |
| "NOS ENFANTS CONNAITRONT UNE VIE PLUS DIFFICILE QUE NOUS"  | (174)               | (395) | (161) | (730) |            |             |
| 1. Plutôt d'accord   | 68.4                | 56.5  | 46.0  | 57.0  | 17.22 ***  | } 22.66 *** |
| 2. Ni pour ni contre   | 15.5                | 29.4  | 36.6  | 27.7  | 19.88 ***  |             |
| 3. Plutôt pas d'accord   | 16.1                | 14.2  | 17.4  | 15.3  | 1.00 NS    |             |
| "IL FAUT DEPENSER AU FUR ET A MESURE CE QU'ON GAGNE, CAR ON NE SAIT JAMAIS CE QUI ARRIVERA DEMAIN" | (175)               | (402) | (164) | (741) |            |             |
| 1. Plutôt d'accord   | 24.0                | 7.7   | 7.3   | 11.5  | 35.52 ***  | } 36.24 *** |
| 2. Ni pour ni contre   | 9.7                 | 14.7  | 15.2  | 13.6  | 3.03       |             |
| 3. Plutôt pas d'accord   | 66.3                | 77.6  | 77.4  | 74.9  | 8.99 *     |             |

gradient social croissant très significatif se dégage en faveur de la prévention dans les catégories supérieures (RFO=1.40; P[0.001). Quant aux préférences pour être soigné à domicile ou à l'hôpital, une légère tendance ressort en faveur du domicile dans la catégorie supérieure.

Enfin, le tableau H.24 présente les réponses à deux questions d'ordre plus général concernant le pessimisme face à l'avenir ainsi que l'attitude face à l'épargne. Ces deux questions ont trait à la manière d'aborder les problèmes en général, - et donc, parmi eux, ceux de la santé -, dans un cadre chronologique. Dans le domaine sanitaire, l'influence d'un tel cadre est susceptible d'influencer la manière d'aborder les questions de prévention, puisqu'il s'agit bien là d'une forme d' "investissement-santé", dont le rendement est perçu d'emblée comme différé dans le temps (cfr. SIMMONS, in HYMAN, 1970 ).

Ces deux questions distinguent de façon très claire les catégories sociales. Dans les catégories inférieures, deux tiers des répondantes manifestent une attitude pessimiste face à l'avenir et le gradient décroissant est très hautement significatif (RFO=1.49; P[0.001). Face aux problèmes d'épargne en revanche, on ne trouve pas de gradient à proprement parler mais la catégorie inférieure s'oppose aux deux autres par une orientation plus marquée vers le fait de dépenser au jour le jour (RFO=3.29; P[0.001) bien que le souci d'épargner obtienne encore deux tiers des suffrages dans cette même catégorie, contre trois quarts dans les deux autres.

#### H.3.1.3. Conceptions concernant l'étiologie des maladies et l'efficacité des moyens de prévention

+++++

A quelles causes attribuer l'origine des maladies et quels moyens privilégier pour prévenir leur apparition ? Telles sont les deux questions pour lesquelles nous présentons la distribution des réponses dans cette section.

Le tableau H.25 présente cinq types de causes possibles présentées aux répondantes sous la forme d'une question fermée (annexe A, question no 29) nécessitant un classement de 1 à 5. Si l'on ne retient que les "classements en première position", les deux derniers items, "milieu physique" et "stress", rassemblent plus de la moitié des répondantes pour la tête du classement; ceci s'oppose à une vision plus endogène, présente "en premier" chez un tiers d'entre elles ("constitution" ou "mode de vie personnel"). Le cinquième item présente une conception fataliste et banalisée de la maladie, la décrivant comme un accident inévitable dans le cours d'une existence "normale": 13 % des femmes interrogées le classent en première position.

Tableau H.25. : Etiologie attribuée à la maladie et catégorie sociale.

Pourcentages de réponses plaçant les facteurs incriminés en tête ( $\chi^2$  à 2 degrés de liberté) et scores moyens ( $\chi^2$  à 8 degrés de liberté).

Nombre de réponses entre parenthèses.

|                       | X DE "PREMIERS CLASSES" |            |            |       |                    | SCORES MOYENS     |            |            |       |                     |
|-----------------------|-------------------------|------------|------------|-------|--------------------|-------------------|------------|------------|-------|---------------------|
|                       | CATEGORIE SOCIALE       |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$         | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_8$          |
|                       | 1<br>(175)              | 2<br>(400) | 3<br>(163) |       |                    | 1<br>(175)        | 2<br>(400) | 3<br>(163) |       |                     |
| Fatalisme             | 15.9                    | 10.0       | 16.6       | 12.9  | 6.40*              | 2.48              | 2.26       | 2.44       | 2.36  | 10.05 <sup>NS</sup> |
| Constitution          | 13.6                    | 17.5       | 9.8        | 14.9  | 5.72 <sup>NS</sup> | 2.76              | 2.86       | 2.59       | 2.76  | 9.98 <sup>NS</sup>  |
| Mode de vie personnel | 17.6                    | 16.3       | 15.3       | 16.4  | 0.39 <sup>NS</sup> | 3.24              | 3.26       | 3.24       | 3.25  | 6.71 <sup>NS</sup>  |
| Milieu physique       | 23.0                    | 21.4       | 16.6       | 20.7  | 2.35 <sup>NS</sup> | 3.29              | 3.17       | 2.98       | 3.16  | 11.24*              |
| Stress                | 29.1                    | 35.8       | 42.9       | 35.8  | 7.00*              | 3.43              | 3.56       | 3.82       | 3.59  | 16.94*              |

Tableau H.26. : Choix des modes de prévention en fonction de la catégorie sociale d'appartenance.

Pourcentages de réponses plaçant en premier les modes de prévention présentés ( $\chi^2$  à 2 degrés de liberté) et scores moyens ( $\chi^2$  à 8 degrés de liberté).

Nombre de réponses entre parenthèses.

|                            | X DE "PREMIERS CLASSES" |            |            |       |                    | SCORES MOYENS     |            |            |       |                     |
|----------------------------|-------------------------|------------|------------|-------|--------------------|-------------------|------------|------------|-------|---------------------|
|                            | CATEGORIE SOCIALE       |            |            | TOTAL | $\chi^2_2$         | CATEGORIE SOCIALE |            |            | TOTAL | $\chi^2_8$          |
|                            | 1<br>(175)              | 2<br>(400) | 3<br>(164) |       |                    | 1<br>(175)        | 2<br>(400) | 3<br>(164) |       |                     |
| Changer la Société         | 2.3                     | 2.5        | 3.7        | 2.7   | NC                 | 1.36              | 1.39       | 1.41       | 1.39  | 5.80 <sup>NS</sup>  |
| Prévention secondaire      | 14.9                    | 7.3        | 8.5        | 9.3   | 8.47*              | 3.11              | 2.82       | 2.74       | 2.87  | 21.53**             |
| Hygiène publique           | 21.1                    | 18.0       | 13.4       | 17.7  | 3.49 <sup>NS</sup> | 3.33              | 3.33       | 3.30       | 3.32  | 11.27 <sup>NS</sup> |
| Hygiène de vie personnelle | 12.6                    | 25.9       | 46.3       | 27.2  | 40.42***           | 3.12              | 3.49       | 4.03       | 3.52  | 67.22***            |
| Vaccinations adéquates     | 49.1                    | 47.3       | 28.7       | 43.6  | 19.19***           | 4.23              | 4.00       | 3.55       | 3.93  | 29.36***            |

Les différences sociales ne se portent pas sur l'axe exogène/endogène, mais plutôt, au sein d'une conception exogène, sur la distinction entre une responsabilité attribuée au "milieu physique" ou au "stress" : le premier est accusé davantage dans les catégories inférieures tandis que le second l'est davantage par les catégories supérieures.

Le tableau H.26 concerne les choix des répondantes en matière de prévention: il fournit une image cohérente avec la précédente. A nouveau, les critères choisis ont été ordonnés selon leur fréquence croissante dans l'ensemble de l'échantillon. Une action radicale sur l'ensemble de la société, remettant en cause les bases mêmes d'un mode de vie, ne recueille que très peu de réponses ( 2.7 %). Ensuite vient la prévention secondaire, représentée par une surveillance médicale régulière ( 9.3 %). Enfin, viennent trois aspects de prévention primaire, soit de santé publique ( 17.7 % ), soit personnelle ( 27.2 % ), soit encore médicale par les vaccinations ( 43.6 % ). Au total, près de 90% des réponses concernent ces trois critères.

Les différences sociales sont extrêmement claires : pour la prévention personnelle (action sur le mode de vie et l'alimentation) un très fort gradient social croissant existe ( $R=3.67$ ;  $P[0.001]$ ) tandis que des gradients opposés caractérisent l'hygiène publique (N.S.), la prévention secondaire ( $P[0.05]$ ) et surtout les programmes de vaccination ( $P[0.001]$ ).

### H.3.2. Culture sanitaire et nationalité

-----

Il est classique de considérer que les origines ethniques constituent la façon la plus simple de classer culturellement les membres de nos sociétés hétérogènes. C'est la procédure qui a été, et qui reste la plus utilisée, notamment par les sociologues de la santé qui se sont penchés sur les problèmes de variations culturelles face à la douleur (ZBOROWSKI, 1952) ou face à diverses symptomatologies (ZOLA, 1966). Diverses études sur la périnatalité ont procédé de même ( KAMINSKI et al., 1975; KAMINSKI, 1978 ; RUMEAU-ROUQUETTE, 1979; MASUY-STROOBANT, 1983 ).

Il est par ailleurs certain que dans notre région coexistent des "manières de faire, de penser et de sentir" très différentes parmi les populations immigrées, en comparaison des populations autochtones. Toutefois, l'homogénéité culturelle est loin d'être démontrée, tant pour ces dernières que pour les familles migrantes aux origines diverses et plus ou moins récemment immigrées. Il ne serait donc pas judicieux de se contenter d'une dichotomie simple, - autochtones / immigrés -, et force nous est de décrire plus en détail la diversité des "cultures" auxquelles nous avons affaire.

Dans notre enquête, 123 répondantes sur 750 (16,4%) et 165 conjoints sur 734 (22,5%) n'avaient pas la nationalité belge. Les couples "mixtes" étaient au nombre de 76. Toutefois, pour les raisons expliquées plus haut, nous avons privilégié dans l'enquête le rôle maternel, considérant surtout que pour les premières phases de la vie et davantage encore pour la conduite de la grossesse et de l'accouchement, son influence était prépondérante par rapport à celle de son conjoint (cfr chap. C). Notre classification se base dès lors sur la nationalité de la mère.

Les 123 répondantes étrangères se répartissent comme suit :

- 20 proviennent d'Europe du Nord ou d'Europe Centrale;
- 68 proviennent d'Europe du Sud, essentiellement d'Italie;
- 35 proviennent d'autres continents, parmi lesquelles une majorité sont d'origine maghrébine.

La faiblesse des effectifs nous empêche de mener à bien une analyse au sein de chacune des "familles culturelles". Une telle étude ne manquerait pas d'intérêt, mais elle demande à être menée dans un autre cadre et avec d'autres méthodes. D'autant que des observations démographiques récentes insistent sur la spécificité des familles migrantes de nos régions eu égard à la mortalité périnatale et infantile : contrairement à des observations menées en France (KAMINSKI et al., 1975) la mortalité périnatale serait moindre en Belgique dans les familles immigrées comparées à l'ensemble des familles belges (LAMBEAU, 1984). Toutefois les données de MASUY-STROOBANT relatives aux années 1974-1975 montraient encore une surmortalité périnatale dans les familles immigrées, mais ceci en l'absence d'une standardisation pour la catégorie professionnelle du père (MASUY-STROOBANT, 1983).

Dans le cadre de notre travail, si l'on examine les réponses des femmes étrangères au questionnaire concernant les représentations sociales de la santé et de la maladie, il est permis, malgré les limitations que nous venons d'évoquer, de décrire quelques grandes tendances, et de comparer leurs réponses à celles des répondantes belges :

- la définition du corps est sensiblement différente chez les étrangères, spécialement chez les non-Européennes qui lui donnent davantage la définition "c'est une partie de nous" ou "c'est le produit de la société";
- la définition de la santé de l'enfant est davantage négative, en référence à la maladie, et plus souvent conçue sur le plan somatique que sur celui de l'humeur ou du psychisme;
- la spécification du seuil de maladie se détermine plus souvent à partir de la douleur (chez les Européennes du Sud) ou du diagnostic médical (chez les non-Européennes);

- en ce qui concerne la défense et la promotion de la santé, l'accent est mis davantage sur les conditions de travail, et, chez les Européennes du Sud, sur la prévention secondaire;

- pour la prévention, les Européennes du Sud accordent davantage d'importance à l'hygiène publique et moins à l'hygiène personnelle;

- les non-Européennes accordent une importance plus grande au secteur curatif que préventif; par ailleurs, dans le cadre de la relation médicale, elles manifestent plus de dépendance face à la prescription médicale et se plaignent plus souvent de mal comprendre les explications du médecin;

- en général, elles sont plus favorables à l'opinion selon laquelle "moins on fréquente les médecins, et mieux on se sent"; toutefois, face à des "scénarios-types", elles se montrent plus interventionnistes que les mères belges;

- enfin, elles sont moins enclines à accepter l'idée de la planification familiale (non-Européennes), donnent la préférence aux moyens naturels (Européennes du Sud et non Européennes) et se montrent plus dépendantes du corps médical dans ce domaine; quant à l'avortement, les non-Européennes sont beaucoup moins prêtes à envisager sa dépénalisation.

Du tableau que nous venons de brosser, il ressort clairement que les attitudes en matière de santé sont effectivement liées aux ethnies d'origine, et ce phénomène impose qu'on en tienne compte pour la suite du présent travail. Et c'est pourquoi dans la section qui suit, et qui vise une analyse géographique bivariée, nous présenterons un tableau des variations culturelles dans nos trois arrondissements en retirant de l'échantillon les femmes étrangères. Par après, dans l'analyse multilogistique des risques de morbidité, nous continuerons à utiliser l'ensemble de l'échantillon, du fait que nous avons d'ores et déjà introduit dans les modèles testés la variable de nationalité (cfr chap G) et que nous la garderons en concurrence lorsque nous introduirons en outre les variables culturelles (chapitre I).

Tableau H 27 : Richesse des définitions spontanées de la santé et de la maladie.  
 Nombre de réponses en fonction de l'arrondissement de résidence.  
 Pourcentages calculés sur un sous-échantillon de femmes belges  
 après standardisation directe pour la catégorie sociale.  
 Test de Chi<sup>2</sup> (2 d.l.). Nombre de sujets entre parenthèses.

|                         | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(465) | Test<br>χ <sup>2</sup> <sub>2</sub> |
|-------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|-------------------------------------|
|                         | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |                |                                     |
| <b>Santé - Adulte</b>   |                   |                    |                  |                |                                     |
| 1 réponse ou +          | 97.1              | 96.0               | 90.9             | 95.7           | 3.71 <sup>NS</sup>                  |
| 2 réponses ou +         | 32.0              | 25.7               | 21.7             | 27.0           | 2.55 <sup>NS</sup>                  |
| 3 réponses              | 4.4               | 4.5                | 1.3              | 4.1            | 0.82 <sup>NS</sup>                  |
| <b>Santé - Enfant</b>   |                   |                    |                  |                |                                     |
| 1 réponse ou +          | 95.5              | 95.9               | 93.6             | 95.5           | 1.14 <sup>NS</sup>                  |
| 2 réponses ou +         | 45.3              | 38.4               | 51.7             | 42.0           | 3.70 <sup>NS</sup>                  |
| 3 réponses              | 5.5               | 4.6                | 6.5              | 5.1            | 0.61 <sup>NS</sup>                  |
| <b>Maladie - Adulte</b> |                   |                    |                  |                |                                     |
| 1 réponse ou +          | 93.8              | 93.0               | 86.9             | 92.5           | 2.83 <sup>NS</sup>                  |
| 2 réponses ou +         | 24.9              | 15.9               | 18.9             | 18.9           | 5.00 <sup>NS</sup>                  |
| 3 réponses              | 2.1               | 1.1                | 3.2              | 1.6            | 1.78 <sup>NS</sup>                  |
| <b>Maladie-Enfant</b>   |                   |                    |                  |                |                                     |
| 1 réponse ou +          | 94.7              | 92.0               | 94.4             | 93.1           | 1.32 <sup>NS</sup>                  |
| 2 réponses ou +         | 45.6              | 36.1               | 47.4             | 40.2           | 5.00 <sup>NS</sup>                  |
| 3 réponses              | 9.4               | 5.7                | 9.5              | 7.2            | 2.23 <sup>NS</sup>                  |

Tableau H 28 : Contenu de la définition de la santé de l'adulte et arrondissement de résidence.  
 Même présentation que le tableau H 27.  
 Question ouverte = χ<sup>2</sup><sub>6</sub> = 19.94<sup>\*\*</sup> Question fermée = χ<sup>2</sup><sub>4</sub> = 3.76<sup>NS</sup>.

|  | QUESTION OUVERTE   |                  |                   |                |                             | QUESTION FERMEE    |                  |       |                |                             |
|--|--------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|--------------------|------------------|-------|----------------|-----------------------------|
|  | ARRONDISSEMENT     |                  |                   | TOTAL<br>(465) | χ <sup>2</sup> <sub>2</sub> | ARRONDISSEMENT     |                  |       | TOTAL<br>(465) | χ <sup>2</sup> <sub>2</sub> |
| Nivelles<br>(135)                          | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) | Nivelles<br>(135) |                |                             | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |       |                |                             |
| être détendu,<br>pas fatigué               | 2.4                | 3.8              | 11.1              | 4.2            | 7.80 <sup>*</sup>           | 19.8               | 24.1             | 13.0  | 21.6           | 3.77 <sup>NS</sup>          |
| définition<br>négative                     | 47.0               | 41.6             | 19.4              | 40.5           | 12.08 <sup>**</sup>         | 17.2               | 16.8             | 20.3  | 17.3           | 0.34 <sup>NS</sup>          |
| définition<br>positive                     | 47.8               | 50.7             | 60.4              | 51.0           | 2.35 <sup>NS</sup>          | 63.0               | 59.1             | 66.7  | 61.1           | 1.53 <sup>NS</sup>          |
| non réponse ou<br>réponse inclas-<br>sable | 2.9                | 4.0              | 9.1               | 4.3            | 3.71 <sup>NS</sup>          | -                  | -                | -     | -              | -                           |
| <b>TOTAL</b>                               | 100.0              | 100.0            | 100.0             | 100.0          |                             | 100.0              | 100.0            | 100.0 | 100.0          |                             |



Tableau H 30 : Orientation somatique, psychique ou sociale de la définition de la santé de l'adulte en fonction de l'arrondissement de résidence.  
Même présentation que le tableau H 27.  
Question ouverte =  $\chi^2_6 = 16.50^*$ . Question fermée =  $\chi^2_6 = 2.92^{NS}$ .

|  | QUESTION OUVERTE |                 |               |       |                     | QUESTION FERMEE |                 |               |       |                    |
|--|------------------|-----------------|---------------|-------|---------------------|-----------------|-----------------|---------------|-------|--------------------|
|  | ARRONDISSEMENT   |                 |               | TOTAL | $\chi^2_2$          | ARRONDISSEMENT  |                 |               | TOTAL | $\chi^2_2$         |
|  | Nivelles (135)   | Charleroi (275) | Bastogne (55) | (465) |                     | Nivelles (135)  | Charleroi (275) | Bastogne (55) | (465) |                    |
| définition somatique                               | 22.9             | 19.8            | 13.8          | 20.0  | 1.98 <sup>NS</sup>  | 22.3            | 18.1            | 13.9          | 18.8  | 1.74 <sup>NS</sup> |
| définition psychique                               | 21.0             | 27.4            | 47.6          | 27.9  | 12.89 <sup>**</sup> | 55.3            | 57.4            | 58.1          | 56.8  | 0.17 <sup>NS</sup> |
| définition sociale                                 | 6.2              | 7.3             | 10.2          | 7.3   | 1.31 <sup>NS</sup>  | 5.2             | 7.7             | 7.8           | 7.0   | 0.86 <sup>NS</sup> |
| sans réponse, ou réponses inclassables sur cet axe | 49.9             | 45.6            | 28.5          | 44.8  | 7.50 <sup>*</sup>   | 17.2            | 16.8            | 20.3          | 17.3  | 0.35 <sup>NS</sup> |
| TOTAL  | 100.0            | 100.0           | 100.0         | 100.0 |                     | 100.0           | 100.0           | 100.0         | 100.0 |                    |

Tableau H 31 : Orientation somatique, psychique ou sociale de la définition de la santé de l'enfant en fonction de l'arrondissement de résidence.  
Même présentation que le tableau H 27.  
Question ouverte =  $\chi^2_6 = 11.59^{NS}$ . Question fermée =  $\chi^2_6 = 2.63^{NS}$ .

|  | QUESTION OUVERTE |                 |               |       |                    | QUESTION FERMEE |                 |               |       |                    |
|--|------------------|-----------------|---------------|-------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------|-------|--------------------|
|  | ARRONDISSEMENT   |                 |               | TOTAL | $\chi^2_2$         | ARRONDISSEMENT  |                 |               | TOTAL | $\chi^2_2$         |
|  | Nivelles (135)   | Charleroi (275) | Bastogne (55) | (465) |                    | Nivelles (135)  | Charleroi (275) | Bastogne (55) | (465) |                    |
| définition somatique                               | 38.2             | 34.3            | 28.2          | 34.7  | 1.93 <sup>NS</sup> | 27.5            | 29.9            | 31.0          | 29.4  | 0.29 <sup>NS</sup> |
| définition psychique                               | 35.2             | 28.6            | 38.1          | 31.6  | 3.21 <sup>NS</sup> | 49.7            | 50.2            | 55.0          | 50.7  | 0.38 <sup>NS</sup> |
| définition sociale                                 | 7.6              | 13.9            | 20.7          | 12.8  | 6.69 <sup>*</sup>  | 1.7             | 1.0             | -             | 1.1   | NC                 |
| sans réponse, ou réponses inclassables sur cet axe | 19.0             | 23.3            | 13.1          | 20.8  | 3.26 <sup>NS</sup> | 21.1            | 18.8            | 14.0          | 18.9  | 0.98 <sup>NS</sup> |
| TOTAL  | 100.0            | 100.0           | 100.0         | 100.0 |                    | 100.0           | 100.0           | 100.0         | 100.0 |                    |

Tableau H 32 : Contenu de la définition de la maladie de l'adulte et arrondissement de résidence.  
Même présentation que le tableau H 27.

$$\chi^2_{10} = 9.58^{NS}$$

|                                       | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(465) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                                       | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |                |                    |
| atteinte physique                     | 43.8              | 42.0               | 30.5             | 41.2           | 3.13 <sup>NS</sup> |
| atteinte morale                       | 13.8              | 15.0               | 24.8             | 15.8           | 3.98 <sup>NS</sup> |
| immobilisation                        | 18.4              | 16.3               | 17.3             | 17.0           | 0.30 <sup>NS</sup> |
| limitation des activités quotidiennes | 10.2              | 11.9               | 11.1             | 11.3           | 0.28 <sup>NS</sup> |
| intervention médicale                 | 7.6               | 7.8                | 3.2              | 7.2            | 1.21 <sup>NS</sup> |
| non réponse, ou réponse inclassable   | 6.2               | 7.0                | 13.1             | 7.5            | 2.83 <sup>NS</sup> |
| TOTAL                                 | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 33 : Contenu de la définition de la maladie de l'enfant et arrondissement de résidence.  
Même présentation que le tableau H 27.

$$\chi^2_{10} = 4.77^{NS}$$

|                                       | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(465) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                                       | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |                |                    |
| atteinte physique                     | 44.4              | 42.9               | 36.5             | 42.6           | 1.01 <sup>NS</sup> |
| atteinte morale                       | 29.3              | 28.1               | 38.4             | 29.7           | 2.28 <sup>NS</sup> |
| immobilisation                        | 2.7               | 2.9                | 1.3              | 2.6            | 0.22 <sup>NS</sup> |
| limitation des activités quotidiennes | 15.4              | 16.5               | 17.0             | 16.3           | 0.06 <sup>NS</sup> |
| intervention médicale                 | 2.9               | 1.7                | 1.1              | 1.9            | 0.58 <sup>NS</sup> |
| non réponse, ou réponse inclassable   | 5.3               | 8.0                | 5.6              | 6.9            | 1.32 <sup>NS</sup> |
| TOTAL                                 | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 34 : Seuils de maladie et arrondissement de résidence.

Même présentation que le tableau H 27

$$\chi^2_6 = 5.60$$

|                                  | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(464) | test<br>$\chi^2_2$ |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                                  | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(274) | Bastogne<br>(55) |                |                    |
| douleur                          | 9.0               | 8.5                | 16.7             | 9.6            | 3.49 <sup>NS</sup> |
| sensation de<br>malaise          | 33.7              | 37.1               | 30.5             | 35.3           | 1.03 <sup>NS</sup> |
| limitation dans<br>les activités | 43.4              | 39.2               | 33.9             | 39.8           | 1.43 <sup>NS</sup> |
| recours aux soins                | 13.9              | 15.2               | 18.9             | 15.3           | 0.54 <sup>NS</sup> |
| TOTAL                            | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 35 : Définition du corps et arrondissement de résidence.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses dans le même sous-échantillon : femmes belges avec standardisation pour la catégorie sociale.

$$\chi^2_6 = 18.67^{**}$$

|                            | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(592) | test<br>$\chi^2_2$ |
|----------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                            | Nivelles<br>(162) | Charleroi<br>(367) | Bastogne<br>(63) |                |                    |
| "corps-machine"            | 6.8               | 11.2               | 1.6              | 9.0            | 7.34*              |
| "partie de nous"           | 49.4              | 37.3               | 31.7             | 40.0           | 8.82*              |
| "nous-même"                | 40.7              | 45.2               | 61.9             | 45.8           | 8.30*              |
| "produit de la<br>société" | 3.1               | 6.3                | 4.8              | 5.2            | 2.32 <sup>NS</sup> |
| TOTAL                      | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 38 : Arrondissement de résidence et déterminants de la santé de l'adulte.

Même présentation que le tableau H 27.

$$\chi^2_{14} = 19.34^{NS}$$

|                                       | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(464) | test<br>$\chi^2_2$ |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                                       | Nivelles<br>(134) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |                |                    |
| Fonds de santé                        | 43.4              | 34.7               | 49.3             | 38.9           | 5.55 <sup>NS</sup> |
| <u>Prévention<br/>primaire</u>        |                   |                    |                  |                |                    |
| - logement                            | 3.6               | 6.7                | 13.3             | 6.6            | 5.22 <sup>NS</sup> |
| - revenus                             | 0.7               | 1.2                | 0.0              | 0.9            | N C                |
| - travail                             | 9.6               | 8.2                | 3.5              | 8.1            | 1.94 <sup>NS</sup> |
| - entourage                           | 0.0               | 0.7                | 1.1              | 0.6            | N C                |
| - hygiène personnelle et alimentation | 21.7              | 29.4               | 14.3             | 25.4           | 6.91*              |
| Bilans de santé réguliers             | 4.8               | 4.1                | 1.3              | 4.0            | N C                |
| Soins curatifs adéquats               | 16.2              | 14.9               | 17.2             | 15.6           | 0.18 <sup>NS</sup> |
| <b>TOTAL</b>                          | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 39 : Arrondissement de résidence et déterminants de la santé de l'enfant.

Même présentation que le tableau H 27.

$$\chi^2_{14} = 18.54^{NS}$$

|                                       | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(465) | test<br>$\chi^2_2$ |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                                       | Nivelles<br>(135) | Charleroi<br>(275) | Bastogne<br>(55) |                |                    |
| Fonds de santé                        | 53.9              | 41.7               | 55.7             | 46.9           | 7.11*              |
| <u>Prévention<br/>primaire :</u>      |                   |                    |                  |                |                    |
| - logement                            | 4.6               | 6.3                | 1.3              | 5.2            | N C                |
| - revenus                             | 0.0               | 0.6                | 1.1              | 0.5            | N C                |
| - entourage                           | 0.2               | 3.9                | 2.9              | 2.7            | N C                |
| - parents                             | 9.5               | 11.3               | 17.7             | 11.6           | 2.52 <sup>NS</sup> |
| - hygiène personnelle et alimentation | 10.9              | 13.4               | 4.0              | 11.5           | 4.57 <sup>NS</sup> |
| Consultations préventives régulières  | 6.9               | 8.3                | 5.4              | 7.5            | 0.82 <sup>NS</sup> |
| Soins curatifs adéquats               | 13.9              | 14.5               | 12.0             | 14.0           | 0.19 <sup>NS</sup> |
| <b>TOTAL</b>                          | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 40 : Opinion concernant la responsabilité du choix des méthodes contraceptives en fonction de l'arrondissement de résidence. Même présentation que le tableau H 27.

$$\chi^2_{10} = 4.89^{NS}$$

|                   | ARRONDISSEMENT    |                    |                  | TOTAL<br>(453) | Test<br>$\chi^2_2$ |
|-------------------|-------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|
|                   | Nivelles<br>(130) | Charleroi<br>(269) | Bastogne<br>(54) |                |                    |
| Médecin           | 9.5               | 12.4               | 12.6             | 11.6           | 0.95 <sup>NS</sup> |
| C.P.F.            | 0.5               | -                  | -                | 0.1            | NC                 |
| Couple concerné   | 20.6              | 17.6               | 13.8             | 18.0           | 1.65 <sup>NS</sup> |
| Femme seule       | 6.5               | 3.9                | 4.0              | 4.7            | 0.97 <sup>NS</sup> |
| Couple + conseils | 49.3              | 51.8               | 53.3             | 51.3           | 0.38 <sup>NS</sup> |
| Femme + conseils  | 13.6              | 14.3               | 16.3             | 14.3           | 0.27 <sup>NS</sup> |
| TOTAL             | 100.0             | 100.0              | 100.0            | 100.0          |                    |

Tableau H 41 : Arrondissement de résidence et opinions concernant les conditions d'une dépenalisation de l'avortement. Même présentation que le tableau H 27.

|                                     | ARRONDISSEMENT     |                     |                   | TOTAL<br>(>444) | test<br>$\chi^2_2$  |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
|                                     | Nivelles<br>(>126) | Charleroi<br>(>269) | Bastogne<br>(>48) |                 |                     |
| Menace pour la vie de la mère       | 93.9               | 91.4                | 93.0              | 92.3            | 0.82 <sup>NS</sup>  |
| Malformation foetale certaine       | 87.1               | 88.4                | 87.3              | 87.9            | 0.16 <sup>NS</sup>  |
| Menace pour la santé de la mère     | 82.9               | 79.7                | 67.9              | 79.3            | 5.11 <sup>NS</sup>  |
| Risque de malformation foetale      | 66.2               | 66.4                | 51.4              | 64.7            | 4.15 <sup>NS</sup>  |
| Problème économique pour la famille | 40.5               | 32.2                | 14.5              | 32.5            | 11.93 <sup>**</sup> |
| Décision des parents                | 30.1               | 22.7                | 9.3               | 23.2            | 9.57 <sup>**</sup>  |
| Décision de la mère                 | 24.9               | 17.7                | 8.2               | 18.7            | 7.52 <sup>*</sup>   |



Tableau H 42 : Distribution par arrondissement de 3 attitudes face à la médecine.  
Même présentation que le tableau H 27.

|  | ARRONDISSEMENT |           |          | TOTAL | test               |                    |
|--|----------------|-----------|----------|-------|--------------------|--------------------|
|  | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       | $\chi^2_2$         | $\chi^2_4$         |
| ATTITUDE FACE A LA PRESCRIPTION MEDICALE   | (135)          | (274)     | (55)     | (464) |                    |                    |
| 1. observance stricte  | 45.5           | 41.0      | 51.9     | 43.6  | 2.74 <sup>NS</sup> |                    |
| 2. adaptation personnelle  | 48.8           | 50.1      | 43.8     | 49.0  | 0.79 <sup>NS</sup> | 3.79 <sup>NS</sup> |
| 3. observance exceptionnelle   | 5.7            | 8.8       | 4.3      | 7.4   | 2.35 <sup>NS</sup> |                    |
| "MOINS ON FREQUENTE LES MEDECINS ET MIEUX ON SE SENT"                                | (134)          | (274)     | (55)     | (463) |                    |                    |
| 1. plutôt d'accord   | 27.6           | 29.7      | 36.8     | 29.9  | 1.45 <sup>NS</sup> |                    |
| 2. ni pour ni contre   | 34.9           | 22.1      | 34.4     | 27.3  | 9.01*              | 12.96*             |
| 3. plutôt pas d'accord   | 37.5           | 48.2      | 28.8     | 42.8  | 9.11*              |                    |
| LE MEDECIN NE DOIT PARLER DE CE DONT JE SOUFFRE AVEC PERSONNE MEME AVEC MON CONJOINT | (134)          | (274)     | (53)     | (461) |                    |                    |
| 1. plutôt d'accord   | 26.6           | 25.4      | 15.6     | 24.6  | 3.05 <sup>NS</sup> |                    |
| 2. ni pour ni contre   | 17.0           | 6.2       | 7.3      | 9.5   | 12.88**            | 16.61**            |
| 3. plutôt pas d'accord   | 56.4           | 68.5      | 77.0     | 65.9  | 9.70**             |                    |

Tableau H 43 : Distribution par arrondissement de 3 attitudes face aux orientations du système de santé.  
Même présentation que le tableau H 27.

|   | ARRONDISSEMENT |           |          | TOTAL | test               |                     |
|---|----------------|-----------|----------|-------|--------------------|---------------------|
|   | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       | $\chi^2_2$         | $\chi^2_6$          |
| ATTITUDE FACE AUX ASPECTS ECONOMIQUES DU SYSTEME DE SANTE | (133)          | (271)     | (54)     | (459) |                    |                     |
| 1. satisfaction   | 46.1           | 47.1      | 69.6     | 49.5  | 9.79**             |                     |
| 2. la médecine est trop coûteuse                          | 16.1           | 14.9      | 12.1     | 14.9  | 0.29 <sup>NS</sup> | 12.09 <sup>NS</sup> |
| 3. revendication d'une médecine gratuite                  | 27.7           | 27.1      | 8.9      | 25.1  | 8.63*              |                     |
| 4. il existe des abus dus au système de remboursement     | 10.2           | 10.8      | 9.4      | 10.5  | 0.12 <sup>NS</sup> |                     |
| PRIORITES RESSENTIES                                      | (131)          | (273)     | (54)     | (459) |                    |                     |
| 1. prévention   | 73.6           | 70.2      | 80.3     | 72.4  | 2.46 <sup>NS</sup> |                     |
| 2. traitement   | 26.4           | 29.8      | 19.7     | 27.6  |                    |                     |
| L'HOSPITALISATION A DOMICILE-PREFERENCE POUR              | (134)          | (271)     | (54)     | (459) |                    |                     |
| 1. l'hosp. à domicile                                     | 42.3           | 37.7      | 36.0     | 38.8  | 1.01 <sup>NS</sup> |                     |
| 2. l'hôpital  | 57.7           | 62.3      | 64.0     | 61.2  |                    |                     |



Tableau H 44 : Distribution par arrondissement d'attitudes concernant l'avenir et l'épargne.  
Même présentation que le tableau H 27.

|  | ARRONDISSEMENT |           |          | TOTAL | test               |                    |
|--|----------------|-----------|----------|-------|--------------------|--------------------|
|  | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       | $\chi^2_2$         | $\chi^2_4$         |
| "NOS ENFANTS CONNAITRONT UNE VIE PLUS DIFFICILE QUE NOUS"  | (133)          | (273)     | (52)     | (458) |                    |                    |
| 1. plutôt d'accord   | 58.3           | 58.3      | 54.2     | 57.9  | 0.35 <sup>NS</sup> |                    |
| 2. ni pour ni contre   | 31.5           | 26.6      | 22.8     | 27.6  | 1.68 <sup>NS</sup> | 5.75 <sup>NS</sup> |
| 3. plutôt pas d'accord   | 10.2           | 15.1      | 23.0     | 14.6  | 4.80 <sup>NS</sup> |                    |
| "IL FAUT DEPENSER AU FUR ET A MESURE CE QU'ON GAGNE, CAR ON NE SAIT JAMAIS CE QUI ARRIVERA DEMAIN" | (135)          | (275)     | (55)     | (465) |                    |                    |
| 1. plutôt d'accord   | 10.8           | 9.3       | 8.5      | 9.7   | 0.32 <sup>NS</sup> |                    |
| 2. ni pour ni contre   | 17.8           | 12.1      | 9.0      | 13.4  | 3.59 <sup>NS</sup> | 4.21 <sup>NS</sup> |
| 3. plutôt pas d'accord   | 71.4           | 78.5      | 82.5     | 76.9  | 3.70 <sup>NS</sup> |                    |

Tableau H 45 : Etiologie attribuée à la maladie et arrondissement de résidence.  
Pourcentages de réponses plaçant les facteurs incriminés en tête de classement ( $\chi^2$  à 2 degrés de liberté) et scores moyens ( $\chi^2$  à 8 degrés de liberté).  
Nombre de réponses entre parenthèses.

|                       | I DE "PREMIERS CLASSES" |           |          |       |                    | SCORES MOYENS  |           |          |       |                     |
|-----------------------|-------------------------|-----------|----------|-------|--------------------|----------------|-----------|----------|-------|---------------------|
|                       | ARRONDISSEMENT          |           |          | TOTAL | $\chi^2_2$         | ARRONDISSEMENT |           |          | TOTAL | $\chi^2_8$          |
|                       | Nivelles                | Charleroi | Bastogne | (462) |                    | Nivelles       | Charleroi | Bastogne | (462) |                     |
|                       | (135)                   | (274)     | (53)     |       |                    | (135)          | (274)     | (53)     |       |                     |
| Fatalisme             | 14.1                    | 12.3      | 16.1     | 13.3  | 0.67 <sup>NS</sup> | 2.44           | 2.31      | 2.38     | 2.36  | 6.98 <sup>NS</sup>  |
| Constitution          | 16.7                    | 12.7      | 29.7     | 15.8  | 9.74 <sup>**</sup> | 2.85           | 2.67      | 3.18     | 2.78  | 11.25 <sup>NS</sup> |
| Mode de vie personnel | 16.1                    | 14.2      | 14.0     | 14.8  | 0.28 <sup>NS</sup> | 3.19           | 3.21      | 3.42     | 3.23  | 9.61 <sup>NS</sup>  |
| Milieu physique       | 16.2                    | 23.7      | 15.7     | 20.6  | 4.00 <sup>NS</sup> | 3.11           | 3.24      | 2.69     | 3.14  | 15.40 <sup>NS</sup> |
| Stress                | 35.9                    | 39.4      | 24.6     | 36.7  | 4.30 <sup>NS</sup> | 3.56           | 3.66      | 3.33     | 3.59  | 5.51 <sup>NS</sup>  |
| TOTAL                 | 100.0                   | 100.0     | 100.0    | 100.0 | -                  | -              | -         | -        | -     | -                   |

Tableau H 46 : Choix des modes de prévention préférentiels en fonction de l'arrondissement de résidence.  
 Pourcentages de réponses plaçant les facteurs incriminés en tête de classement ( $\chi^2$  à 2 degrés de liberté)  
 et scores moyens ( $\chi^2$  à 8 degrés de liberté).  
 Nombre de réponses entre parenthèses.

|                            | X DE "PREMIERS CLASSES" |                    |                  |                |                    | S C O R E S M O Y E N S |                    |                  |                |                     |
|----------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|----------------|--------------------|-------------------------|--------------------|------------------|----------------|---------------------|
|                            | ARRONDISSEMENT          |                    |                  | TOTAL<br>(463) | $\chi^2$           | ARRONDISSEMENT          |                    |                  | TOTAL<br>(463) | $\chi^2$            |
|                            | Nivelles<br>(134)       | Charleroi<br>(274) | Bastogne<br>(55) |                |                    | Nivelles<br>(134)       | Charleroi<br>(274) | Bastogne<br>(55) |                |                     |
| Changer la société         | 3.4                     | 2.9                | 1.8              | 2.9            | 0.33 <sup>NS</sup> | 1.44                    | 1.39               | 1.28             | 1.39           | 2.02 <sup>NS</sup>  |
| Prévention secondaire      | 9.7                     | 9.2                | 6.7              | 9.0            | 0.44 <sup>NS</sup> | 2.95                    | 2.87               | 2.68             | 2.87           | 7.44 <sup>NS</sup>  |
| Hygiène publique           | 16.5                    | 14.7               | 17.8             | 15.6           | 0.45 <sup>NS</sup> | 3.26                    | 3.29               | 3.21             | 3.27           | 3.96 <sup>NS</sup>  |
| Hygiène de vie personnelle | 31.1                    | 28.2               | 18.1             | 27.9           | 3.35 <sup>NS</sup> | 3.61                    | 3.52               | 3.51             | 3.54           | 9.13 <sup>NS</sup>  |
| Vaccinations adéquates     | 39.8                    | 45.1               | 56.7             | 45.0           | 4.50 <sup>NS</sup> | 3.81                    | 3.94               | 4.31             | 3.95           | 11.04 <sup>NS</sup> |
| TOTAL                      | 100.0                   | 100.0              | 100.0            | 100.0          | -                  | -                       | -                  | -                | -              | -                   |

#### H.3.4. Analyse en composantes principales des facteurs culturels étudiés.

-----

Nous avons déjà insisté sur la multiplicité des questions et réponses se rapportant dans notre enquête aux représentations sociales de la santé et de la maladie ainsi qu'aux attitudes face à celle-ci et aux divers modes de prise en charge. De plus, les réponses sont le plus souvent codées sous forme de classifications simples à plusieurs catégories (échelles nominales) rendant impossible l'application directe des méthodes statistiques applicables aux seules variables numériques normalement distribuées. Il a donc été nécessaire de transformer nos variables culturelles (31 variables complexes) en 56 variables dichotomiques.

On trouvera en annexe le tableau H.A.3 qui présente les corrélations observées entre les 56 variables binaires. On y constate que 30 se trouvent corrélées au moins à une autre avec un coefficient supérieur ou égal à 0,125, (cette valeur correspondant au seuil de signification de 0.001 dans un échantillon de  $n = 700$ ). Nous n'avons pas repris ici les corrélations artificielles existant entre des variables binaires créées à partir d'une même variable complexe.

Il ressort de ce tableau que certaines variables sont assez nettement corrélées avec une série d'autres. Il s'agit notamment des définitions de la santé (positif / négatif ou physique / psychique), de la résistance à la maladie, de l'autonomie dans l'approche curative, et de son opposé, la dépendance face à la prescription médicale, ainsi que toutes les variables (28 à 31) concernant les déterminants de la santé de l'enfant.

Il n'est pas possible d'en tirer une conclusion définitive sur l'organisation des attitudes de santé, puisque le nombre élevé de corrélations significatives reflète en partie la relative redondance des questions introduites dans le questionnaire de départ et retenues pour la présente analyse. Cette approche nous permet toutefois de clarifier quelque peu le domaine et de commencer à cerner selon quels axes certaines attitudes de santé pourraient se structurer, tout en gardant à l'esprit que d'autres, tout aussi importantes, voire davantage, ne se trouvent pas reprises en raison de l'orientation de départ du questionnaire lui-même. Elle nous confirme dans l'idée qu'une simplification du "matériel culturel" disponible est souhaitable et défendable puisque les réponses obtenues s'organisent avec une certaine cohérence interne.

Tableau H. 47. : Composition des cinq composantes principales dégagées des 50 variables culturelles binaires : coefficients des scores factoriels (X 100). Seuls les coefficients supérieurs à 0.10 figurent dans ce tableau.

| N° de la CP | Coefficient (X 100) | N° de la variable (cf tableau H.2.) | Contenu de la variable binaire           |
|-------------|---------------------|-------------------------------------|--|
| 1.          | - 27                | 5                                   | Déf. de santé par maladie (E)            |
|             | - 25                | 2                                   | Déf. de santé par maladie (A)            |
|             | - 12                | 13                                  | Déf. physique de maladie (E)             |
|             | 24                  | 3                                   | Déf. positive de santé (A)               |
|             | 28                  | 6                                   | Déf. positive de santé (E)               |
| 2.          | - 21                | 38                                  | Dépendance ++ face à prescription        |
|             | - 20                | 54                                  | Prévenir = bilans de santé               |
|             | - 11                | 31                                  | Dét. santé = soins médicaux              |
|             | 10                  | 37                                  | "Moins on fréquente les médecins, ..."   |
|             | 11                  | 13                                  | Déf. physique de maladie (E)             |
|             | 12                  | 52                                  | Prévenir = hygiène du milieu             |
|             | 12                  | 44                                  | Hospitalisation à domicile               |
|             | 12                  | 55                                  | Prévenir = hygiène personnelle           |
|             | 16                  | 27                                  | Autonomie dans prise en charge           |
|             | 21                  | 39                                  | Relative indépendance prescr.            |
| 3.          | - 28                | 8                                   | Définition psychique de santé (A)        |
|             | - 22                | 11                                  | Définition psychique de santé (E)        |
|             | - 20                | 24                                  | Corps = Moi                              |
|             | 14                  | 23                                  | Corps = partie de Moi                    |
|             | 19                  | 10                                  | Définition physique de santé (E)         |
|             | 27                  | 7                                   | Définition physique de santé (A)         |
| 4.          | - 27                | 28                                  | Dét. santé = fonds de santé              |
|             | - 25                | 50                                  | Etiologie maladies = fonds de santé      |
|             | - 18                | 49                                  | Etiologie maladies = inévitables         |
|             | - 16                | 36                                  | Optimisme + - face à l'avenir            |
|             | - 13                | 33                                  | Dépénal. avortement = décision parents   |
|             | - 11                | 34                                  | Dépénal. avortement = décision mère      |
|             | 12                  | 32                                  | Dépendance dans choix contraception      |
|             | 13                  | 29                                  | Déterm. santé = environnement            |
|             | 14                  | 30                                  | Déterm. santé = alimentation             |
|             | 16                  | 35                                  | Pessimisme face à l'avenir               |
|             | 18                  | 51                                  | Etiologie maladies = hygiène personnelle |
|             | 22                  | 48                                  | Etiologie maladies = environnement       |
| 5.          | - 31                | 42                                  | Satisfait du syst. de soins B            |
|             | - 15                | 53                                  | Prévenir = vacciner                      |
|             | - 14                | 20                                  | Seuil maladie = incapacité f.            |
|             | - 14                | 13                                  | Définition physique maladie (E)          |
|             | - 10                | 3                                   | Définition positive santé (A)            |
|             | 12                  | 56                                  | Prévenir = changer la société            |
|             | 12                  | 14                                  | Définition psychique maladie (E)         |
|             | 13                  | 19                                  | Seuil maladie = malaise                  |
|             | 14                  | 40                                  | Favorable au secret médical absolu       |
|             | 16                  | 33                                  | Dépénal. avortement = décision parents   |
|             | 17                  | 34                                  | Dépénal. avortement = décision mère      |
| 32          | 41                  | Revendication gratuite soins B      |  |

C'est justement le but de l'analyse en Composantes Principales de synthétiser un ensemble de variables en examinant les intercorrélations qui les unissent. L'idée sous-jacente consiste à considérer que certaines variables ne font que proposer des facettes complémentaires d'une seule et même dimension. L'objectif de l'analyse est dès lors de retrouver sous la complexité des variables fournies les  $n$  dimensions qu'elles recouvrent et dont le nombre est au plus égal à celui des variables introduites. Notre intérêt se portait bien sûr à dégager le plus petit nombre de ces dimensions, appelées Composantes Principales (C.P.).

Le tableau H.47 présente les principaux résultats d'une analyse en composantes principales menée sur les 56 variables binaires évoquées plus haut. Le nombre de cinq facteurs a été arrêté à la suite d'une progression pas à pas au cours de laquelle, à chaque étape, le contenu des facteurs fut analysé dans une optique de condensation maximale de l'information et de redondance minimale entre les "facteurs" (\$) dégagés. Pour la clarté, ce tableau présente les "facteurs simplifiés", c'est à dire qu'il ne reprend que les variables affectées d'un coefficient supérieur à 0.10 dans la fonction correspondant à chaque composante principale. Le seuil retenu est purement arbitraire, et le seul objectif de cette phase est de permettre de décrire d'une manière simple le contenu de ces "facteurs". On trouvera en annexe (tableau H.A.4) la composition complète des cinq "facteurs bruts", ainsi que les corrélations entre les "facteurs simplifiés" (tels qu'ils apparaissent dans le tableau H.47) et les "facteurs" bruts (voir figures H.A.6 à H.A.10). Le tableau H.A.5 reprend également les coefficients de corrélation entre les "facteurs" bruts eux-mêmes.

Au vu de ces cinq "facteurs" et des variables qui interviennent dans leur composition, il est permis de considérer qu'il s'agit là des axes majeurs selon lesquels peuvent être organisées les conceptions, opinions et attitudes de santé reprises dans les premières sections de ce chapitre. Nous décrirons pour chacune de ces Composantes Principales un versant positif, qui correspond aux variables affectées d'un tel coefficient. Ce versant détermine donc le sens positif du score factoriel. De l'autre côté, le versant négatif correspond aux variables affectées d'un coefficient négatif.

Le premier axe que nous qualifierons de "santé positive", intègre les réponses aux questions ouvertes sur la santé, tant pour l'adulte que pour l'enfant. Il oppose les réponses où la santé se définit en soi, positivement, et celles où elle n'est définie que par référence à la maladie.

-----  
(S) Nous parlerons dorénavant de "facteurs" ou de composantes principales (C.P.) indifféremment et dans le même sens.

Le deuxième "facteur" a essentiellement trait aux relations entre la répondante et la médecine : nous le qualifierons de facteur d'"autonomie", étant donné qu'il reflète la possibilité pour la répondante de gérer de façon autonome ses problèmes de santé. Au niveau de la prévention, l'utilité de l'hygiène personnelle s'y oppose à l'utilité d'une surveillance médicale régulière; au niveau de la prescription médicale, une attitude plus interprétative des conseils s'oppose à une attitude d'obéissance stricte. On retrouve également dans ce facteur la propension à soutenir la proposition "moins on fréquente les médecins, et mieux on se sent!", ainsi qu'une définition de la maladie de l'enfant en termes de problèmes physiques, plutôt que psychiques.

Le troisième "facteur" concerne tout spécialement la dimension physique (somatique) de la définition de la santé : nous l'appellerons donc "facteur de santé somatique". Sur l'axe de ce facteur viennent aussi s'opposer deux définitions du corps : en négatif, "mon corps, c'est moi-même" (vision fusionnelle) et en positif, "mon corps, c'est une partie de moi" (vision intégrée).

Le quatrième "facteur" est plus complexe, mais en définitive il semble admissible de le qualifier de "facteur de vision exogène". On trouve en effet sur cet axe, en négatif, des conceptions fatalistes concernant l'étiologie des maladies et des conceptions de santé proches de l'idée qu'il s'agit d'un capital ("un fonds de santé") plus ou moins consistant à la naissance, et dont l'importance peut à la fois garantir la santé et prémunir contre la maladie. A l'opposé, en positif, se retrouvent des causes de maladie susceptibles de prévention (action sur l'environnement, alimentation) ou des déterminants de la santé permettant une action de promotion.

Il est moins facile d'interpréter la présence du pessimisme général sur cet axe, opposé à un relatif optimisme, ou la présence en négatif des attitudes favorables à l'avortement. Dans le premier cas, on peut proposer l'hypothèse d'une perception pessimiste qui s'appliquerait particulièrement à la dégradation du milieu externe, et poussant à intervenir sur l'environnement. Dans le deuxième, l'avortement semble représenter, non pas l'interventionnisme comme tel, mais plutôt l'absence d'interventionnisme plus précoce au niveau de la contraception, et donc un échec de la prévention.

Le cinquième facteur dégagé s'organise autour des attitudes de la répondante face au système de soins tel qu'il fonctionne et tel qu'il est perçu. En premier lieu et sur le versant positif de cet axe, viennent la revendication d'une gratuité des soins, - par opposition à une satisfaction à l'égard du système de soins -, ainsi qu'une attitude favorable à l'avortement. En positif vient s'inscrire aussi l'utilité préventive reconnue à une action politique globale sur la société, par opposition à des vaccinations (prévention strictement médicale). Enfin, toujours sur le versant positif, la définition psychique de la maladie de

TABLEAU H48 : Distribution par catégorie sociale des composantes principales de culture sanitaire : rangs moyens et test de Kruskal-Wallis. Chi carré corrigé à 2 d.l. (N = 750)

| Composantes Principales | CATEGORIE SOCIALE |       |       | Test = $X^2_{2,c}$ |
|-------------------------|-------------------|-------|-------|--------------------|
|                         | 1                 | 2     | 3     |                    |
| Santé positive          | 332.1             | 361.4 | 399.2 | 8.45 *             |
| Autonomie               | 276.9             | 366.2 | 445.0 | 52.84 ***          |
| Santé somatique         | 404.9             | 364.7 | 315.1 | 15.09 ***          |
| Vision exogène          | 405.0             | 361.0 | 324.2 | 12.22 **           |
| Prise en charge élargie | 360.7             | 351.0 | 395.2 | 5.09 NS            |

TABLEAU H49 : Distribution par arrondissement des composantes principales de culture sanitaire : rangs moyens et test de Kruskal-Wallis. Chi carré corrigé à 2 d.l. (N = 750).

| Composantes Principales | ARRONDISSEMENT |           |          | Test $X^2_{2,c}$ |
|-------------------------|----------------|-----------|----------|------------------|
|                         | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |                  |
| Santé positive          | 354.8          | 345.7     | 470.5    | 24.65 ***        |
| Autonomie               | 391.9          | 349.4     | 338.6    | 7.57 *           |
| Santé somatique         | 366.7          | 368.8     | 323.8    | 3.25 NS          |
| Vision exogène          | 323.0          | 394.9     | 334.9    | 19.76 ***        |
| Prise en charge élargie | 397.4          | 359.7     | 272.5    | 22.25 ***        |

TABLEAU H50 : Distribution des composantes principales de culture sanitaire par arrondissement. Résultats concernant les femmes belges, standardisés pour la catégorie sociale : rangs moyens et test de Kruskal-Wallis Chi carré corrigé à 2 d.l. (N = 465).

| Composantes Principales | ARRONDISSEMENT |           |          | test $X^2_{2,c}$ |
|-------------------------|----------------|-----------|----------|------------------|
|                         | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |                  |
| Santé positive          | 217.2          | 218.2     | 289.9    | 14.46 ***        |
| Autonomie               | 233.2          | 224.1     | 222.7    | 0.48 NS          |
| Santé somatique         | 239.0          | 228.2     | 188.2    | 5.85 NS          |
| Vision exogène          | 208.0          | 240.5     | 200.4    | 7.83 *           |
| Prise en charge élargie | 249.6          | 229.5     | 156.9    | 19.50 ***        |

l'enfant, de même que l'utilisation de la sensation de malaise comme critère de la maladie doivent se comprendre comme une extension du concept de maladie et donc vraisemblablement comme un abaissement du seuil de recours aux soins, préventifs ou curatifs. La présence ici d'une attitude favorable au secret médical le plus poussé peut éventuellement s'interpréter comme résultant de l'extension du concept de maladie à des domaines considérés comme relevant de l'intimité la plus étroite. Ce cinquième facteur nous semble donc mériter le nom de "facteur de prise en charge élargie" en matière de santé.

Les sections qui précèdent ont clairement démontré que de grandes variations culturelles distinguent les catégories sociales et les arrondissements étudiés, du point de vue des conceptions et attitudes regardant la santé et la maladie. Pour des raisons méthodologiques, nous avons dû recourir à une organisation et à une simplification du matériel disponible. Ceci nous a conduit à dégager cinq composantes principales de "culture sanitaire" : pour chacune d'entre elles, une répondante obtient un score, en fonction des réponses fournies aux diverses questions. La section qui suit décrit la distribution de ces cinq "facteurs culturels" tant en fonction de la catégorie sociale que de l'arrondissement de résidence.

#### H.3.5. Distribution sociale et géographique des composantes principales.

-----

Le tableau H.48 compare les distributions dans nos trois catégories sociales. Le test utilisé pour la comparaison est un test non paramétrique basé sur la comparaison des rangs moyens dans les groupes. Il en ressort que quatre sur les cinq "facteurs" dégagés dans la section précédente présentent un gradient social significatif : celui-ci est ascendant pour les deux premiers, que nous avons qualifiés de "santé positive" et d'"autonomie", et descendant pour les C.P. "santé somatique" et "vision exogène". La C.P. "demande de prise en charge élargie" ne montre aucune différence significative entre les catégories sociales; tout au plus existe-t-il une tendance à observer des scores plus élevés dans la catégorie sociale supérieure.

Le tableau H.49 procède de manière similaire avec les arrondissements. Il en ressort que Bastogne se distingue par un score de "santé positive", Nivelles par un score d'"autonomie" et Charleroi par un score de "vision exogène" plus souvent élevé. Quant à la demande de "prise en charge élargie", elle est surtout le fait des répondantes de Nivelles, à l'opposé des répondantes de Bastogne, les Carolorégiennes se situant entre les deux positions.

Le tableau H.50 présente les mêmes résultats après standardisation pour la catégorie sociale, dans le sous-ensemble des répondantes belges. Les différences géographiques concernant la C.P. "autonomie" s'estompent dans une large mesure, devenant non significatives, et celles qui concernent la "vision exogène" s'atténuent légèrement, tout en maintenant des valeurs significativement supérieures à Charleroi. Quant aux C.P. "santé positive" et "prise en charge élargie", elles gardent intactes les différences géographiques mentionnées dans le paragraphe précédent. Bastogne présentant le rang moyen le plus élevé pour la première et le plus bas pour la seconde.

#### H.4 Discussion

Les sections qui précèdent ont eu pour objet de cerner le mieux possible un ensemble de conceptions, d'opinions et d'attitudes relatives à la santé et à la médecine. Nous avons appelé culture sanitaire cet ensemble complexe de traits culturels, et avons tenté de les opérationnaliser en vue de les introduire à leur tour dans notre analyse de morbidité différentielle.

La première constatation importante émane de l'ensemble de la section H.3.1. Nous y avons montré à quel point nos trois catégories sociales, définies pourtant de manière assez simple, se différencient entre elles à l'égard des traits culturels ainsi étudiés. En soi, ceci n'a rien pour surprendre, et correspond à l'intuition générale. Notre travail fait en quelque sorte figure de "pionniers"; car la plupart des travaux consacrés jusqu'ici aux rapports entre culture et santé sont restés confinés dans une problématique "behavioriste" visant à rendre compte du recours plus ou moins rapide ou plus ou moins fréquent des membres des différentes classes sociales aux soins médicaux. Et la description d'une "sous-consommation médicale" par les plus pauvres et les plus démunis, spécialement marquée dans le domaine de la prévention, est un acquis ancien.

Certains auteurs ont dès lors cherché à étudier le rôle de diverses variables intermédiaires pour "expliquer" ces différences de recours et d'utilisation. MECHANIC (1964) a montré que plus la catégorie sociale était basse, et plus souvent se rencontrait une attitude fataliste à l'égard de la prévention. KOOS (1954) avait montré auparavant que l'environnement culturel des catégories socio-économiques variait parallèlement si l'on considérait la capacité d'évaluer la gravité des symptômes médicaux ou le taux d'utilisation des services de soins. Selon cet auteur, le "pauvre" est moins susceptible à la fois de trouver les symptômes assez sérieux pour y chercher remède et d'obtenir un traitement lorsqu'il en éprouve le besoin. Il ajoutait à cette observation que les répondants des classes inférieures étaient plus portés à croire que leur cas n'intéressait pas le médecin consulté.

SIMMONS (in HYMAN, 1970) a avancé qu'une explication pourrait venir du fait que les plus défavorisés sont en général moins favorables à l'idée de différer une satisfaction immédiate en vue d'atteindre des buts plus éloignés. Enfin, d'autres auteurs ont observé une structuration familiale du recours aux soins médicaux et posé l'hypothèse que ces "schémas familiaux" étaient non seulement liés à la fréquence des états pathologiques, mais aussi à une véritable structuration culturelle des comportements de maladie (PICKEN et IRELAND, 1969).

Ces différentes attitudes ont été également envisagées dans notre travail. Nous n'avons pas trouvé de réel gradient social concernant une attitude fataliste face à l'étiologie des maladies (tableau H.25) puisque les taux les plus élevés de réponses de ce type s'observent à la fois dans la catégorie inférieure et dans la catégorie supérieure. Pour ce qui regarde la promotion de la santé, c'est même dans la catégorie supérieure que se retrouve la plus forte proportion de réponses fatalistes ("fonds de santé"). Nous pouvons rapprocher de nos observations que certains auteurs ont souligné le fait que, même si une attitude fataliste peut retenir un sujet de recourir aux soins préventifs et/ou curatifs, on peut néanmoins relever une certaine dose de fatalisme auprès des sujets qui recherchent activement des soins médicaux (HYMAN, 1970).

Ce qui ressort manifestement de nos tableaux, c'est qu'en matière de prévention les diverses catégories sociales ne donnent pas la même importance à ses différentes facettes : les choix se portent préférentiellement sur l'amélioration des conditions de logement et de travail dans la catégorie la plus basse, mais sur l'hygiène personnelle et l'alimentation dans la catégorie supérieure. Ces choix semblent correspondre à une appréhension "correcte" des situations de risque distinctes menaçant la santé des répondantes et de leur famille. En outre, on se souviendra ici que la consultation prénatale précoce et la préparation à l'accouchement sont davantage le fait des femmes les plus favorisées (cfr. chapitre G).

Quant à une perception différentielle des symptômes, nous n'avons pas analysé dans ce travail les réponses présentées par les jeunes mères face à une série de scénarios-types (cfr. annexe A., p.16, question 41). Ceci nous eût permis une comparaison avec les données publiées antérieurement par KOOS (1954). Nous avons cependant pu noter dans le tableau H.14 que les répondantes des diverses catégories sociales ne recouraient pas aux mêmes critères pour se définir comme "malades". La sensation de malaise est davantage utilisée par les femmes les plus favorisées, cependant que celles de la catégorie inférieure se basent plus souvent que les autres sur le recours aux soins pour définir le seuil de la maladie.

Enfin, l'hypothèse de SIMMONS évoquée ci-dessus semble trouver une certaine confirmation dans le fait que trois fois plus de répondantes de la catégorie 1, par rapport à la catégorie supérieure, déclarent une attitude poussant à dépenser au jour le jour plutôt qu'à épargner en prévision de l'avenir.

Les représentations sociales de la santé et de la maladie ont été étudiées par Cl. HERZLICH (1969) en France, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Mais nous ne trouvons que peu de points de comparaison entre son travail et le nôtre dans la mesure où cet auteur s'est avant tout intéressée à interroger en profondeur un petit nombre d'informateurs, appartenant aux couches moyennes ou supérieures.

En revanche, le travail mené en Lorraine sur l'image de la santé ( d'HOUTAUD et GUEGUEN, 1977 ; d'HOUTAUD, 1978 ) nous donne l'occasion de comparer nos résultats à ceux qui émanent de leur approche par questionnaire de larges échantillons socialement hétérogènes. Leurs informateurs sont bien-sûr spécifiques, d'abord eu égard à leur région de résidence, la Lorraine, et dans la mesure où ils représentent, non l'ensemble de la population, mais la clientèle du Centre de Bilans de Santé de Vandoeuvre lez Nancy. A la différence de celui d'HERZLICH, le travail mené en Lorraine concernait uniquement l'image de la santé et de la médecine, en excluant de son champ d'investigation les représentations sociales de la maladie.

Les principaux résultats de ce travail montraient une différenciation nette des catégories socio-professionnelles à l'égard des représentations sociales de la santé. Selon la perspective qu'il utilise pour décoder les réponses (fournies à une question ouverte), d'HOUTAUD (1978) observe ce qu'il appelle des "stades" dans l'organisation sociale des réponses. Les types de réponses ne sont jamais spécifiques d'une catégorie professionnelle, mais doivent être conçus davantage à la manière des massifs montagneux qui ne respectent pas les frontières des Etats. Le premier stade décrit correspond aux choix préférentiels des agriculteurs, le deuxième à ceux des employés et le troisième à ceux des cadres. Les ouvriers formant une sorte de "pont culturel" entre les agriculteurs et les employés.

La première perspective conduit à distinguer une définition de la santé comme :

- 1er stade : non-maladie
- 2ème stade : bien-être psychologique
- 3ème stade : usage hédoniste de la vie.

La deuxième perspective vise les moyens de promouvoir la santé et distingue :

- 1er stade : la prévention
- 2ème stade : l'hygiène
- 3ème stade : l'équilibre.

Enfin, la troisième perspective s'articule autour de la référence au corps. Celui-ci est impliqué dans la définition de la santé au premier stade pour ses potentialités (capacité de travail) mais au troisième pour lui-même, le corps étant, dans les classes supérieures, "moins destiné à exercer un rôle instrumental qu'à localiser le JE dans le vivant organique".

A ceci s'ajoute le fait que deux représentations négatives de la santé prédominent chez les non-cadres : la santé définie par l'absence de maladies et la santé déterminée par le contrôle du médecin. A l'opposé apparaissent chez les cadres des représentations que l'auteur qualifie d'"usage hédoniste de la vie" et qui portent une nette connotation positive.

Une deuxième étude, visant cette fois également les représentations de la médecine, a été menée à partir de questions fermées adressées à 615 personnes fréquentant le même Centre de Bilans de Santé (d'HOUTAUD et GUEGUEN, 1977). Les résultats de cette étude rejoignent les précédents, en ce sens que les représentations de la santé et de la médecine semblent se différencier à la façon des catégories socio-professionnelles, même si ces deux types de représentations ne se laissent pas facilement situer les unes par rapport aux autres.

Sur l'axe principal d'une analyse de correspondances multiples les auteurs distinguent d'un côté les cadres supérieurs et moyens et les employés, de l'autre les contremaîtres, les ouvriers et les agriculteurs (travailleurs manuels). Aux premiers correspond une vision de la santé faite d'épanouissement, de connaissance de soi et de précaution, et consistant à "se sentir bien dans sa peau". Au deuxième groupe, une vision faite de résistance physique et de chance. Pour les-uns, le médecin doit surtout éduquer les bien-portants, pour les autres, soigner les malades. D'un côté on relève la responsabilité personnelle de chacun sur sa santé, de l'autre des tendances fatalistes.

Si nous comparons ces données avec nos propres résultats, nous devons conserver présent à l'esprit à quel point le domaine est neuf et encore largement inexploré, et combien ceux-ci gardent un caractère exploratoire. D'une manière générale, nous avons mis en évidence dans notre étude des différences culturelles entre catégories sociales qui vont dans le sens des données françaises :

- . la définition de la santé est plus souvent positive dans la catégorie supérieure ;
- . le sentiment de "mal-être" est plus souvent utilisé dans cette catégorie sociale pour définir le seuil de maladie, alors que le recours aux soins sert plus souvent de critère dans la catégorie inférieure ;
- . le corps est moins souvent instrumentalisé dans la catégorie supérieure ;
- . en matière de prévention, les répondantes les plus favorisées donnent la préférence à l'hygiène personnelle et alimentaire, les moins favorisées à une action sur le logement et les conditions de travail, ou encore aux vaccinations et aux bilans de santé réguliers.

Par ailleurs, nous avons constaté que les traits de culture sanitaire ne se distribuent pas de manière uniforme en fonction de la nationalité ou de l'arrondissement de résidence.

Pour l'influence des origines ethniques sur la culture sanitaire, nous pensons qu'un travail d'approfondissement est nécessaire sur base d'autres informations : notre échantillon visait la représentativité pour trois arrondissements durant une période donnée, et les effectifs de répondantes étrangères sont de ce fait trop limités pour se plier à une analyse poussée.

Quant à l'analyse géographique des variations culturelles, elle ne peut être confrontée à des données du même genre concernant notre Région, en raison du caractère original de notre recherche. Mais elle nous a permis de faire ressortir que :

- . Bastogne se caractérise par une définition de la santé plus souvent positive, et les femmes interrogées y recourent plus souvent à des critères psychologiques pour la définir ; ce point ressort nettement des comparaisons de scores factoriels pour les composantes principales de "santé positive" et de "santé somatique" ;
- . Bastogne se distingue par une référence plus fréquente qu'ailleurs à une vision "fusionnelle" du corps ( "notre corps, c'est nous-même" ) ;
- . c'est à Bastogne que s'observe le plus souvent une attitude de résistance à la maladie, et le moins souvent une mise en cause de l'hygiène personnelle et de l'alimentation dans les déterminants de la santé ;
- . c'est encore à Bastogne que les répondantes apparaissent les moins favorables à une dépénalisation de l'avortement ;
- . cet arrondissement se différencie des deux autres sur la question du secret médical, de la satisfaction face au

ystème de soins et sur l'opinion que "moins on fréquente les médecins, et mieux on se sent" ;

- . enfin, la vision la plus "endogène" de la santé et de la maladie apparaît à Bastogne ; on observe des résultats un peu moins marqués à Nivelles, mais très différents à Charleroi.

L'ensemble de ces observations pose la question de l'empreinte du milieu rural sur la culture sanitaire des femmes interrogées dans l'arrondissement de Bastogne, l'arrondissement "vert" par excellence de Belgique. On se rappellera que, dans un contexte tout différent il est vrai, d'autres auteurs ont pu décrire dans le domaine de la santé une opposition culturelle entre la ville et la campagne (MAGUIN et al., 1984). Mais, il va de soi que la Belgique n'est pas la France, du point de vue de la ruralité spécialement, et il nous semblerait hasardeux de comparer sur ce point les Ardennes à l'Hérault !

#### H.5 Conclusions

Au terme de ce chapitre, nous estimons avoir démontré :

1. que la culture sanitaire varie très nettement d'une catégorie sociale à l'autre ;
2. que la nationalité des répondantes se trouve aussi liée à des positions particulières en cette matière ;
3. et que les mères interrogées dans l'arrondissement de Bastogne se distinguent des autres sur bon nombre de ces questions relatives à la culture sanitaire.

L'organisation du matériel d'enquête, au moyen d'une analyse factorielle nous a permis de dégager cinq composantes principales, au regard desquelles les catégories sociales et les arrondissements se distinguent d'une façon hautement significative. Nous pensons dès lors que ces "facteurs", en raison des relations évidentes qu'ils entretiennent avec nos variables socio-géographiques, constituent des variables potentiellement explicatives dans le cadre d'une analyse des inégalités sociales et des disparités régionales de santé et de morbidité.

L'objet du chapitre suivant sera d'analyser en détail les relations qui unissent nos indicateurs de santé/morbidité et les composantes principales ( C.P. ) qui viennent d'être dégagées. Ce travail sera mené dans une optique multivariée, dans un premier temps en introduisant les variables culturelles seules, ensuite en y adjoignant les variables précédemment retenues au chapitre G dans les divers modèles multilogistiques.

## CHAPITRE I

### INFLUENCE DES FACTEURS CULTURELS SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

#### I.1. Introduction

Nous avons pu montrer dans le chapitre G que diverses variables socio-démographiques comportementales et médicales présentent des relations significatives avec nos indicateurs de santé de la mère et de l'enfant. Ces multiples relations viennent parfois, dans un modèle multivarié, se substituer à celles que l'on avait observées sur le plan social ou géographique, et dans ces cas ce fait doit être interprété comme la preuve du rôle "confondant" ou "intermédiaire" de ces variables.

Quant au chapitre H, il avait pour but de clarifier le domaine des représentations sociales de la santé, de la maladie et de la médecine en général. A partir d'un grand nombre de questions de définitions, d'opinions et d'attitudes, il a été possible de dégager par une analyse en composantes principales cinq "facteurs" que nous avons dénommés de la façon suivante :

- 1) conception positive de la santé
- 2) autonomie face au système de soins
- 3) vision "somatique" de la santé et de la maladie
- 4) vision exogène de la santé et de la maladie
- 5) revendication de prise en charge élargie des problèmes de santé.

Nous avons montré également que ces traits culturels distinguaient assez nettement les répondantes selon les

catégories sociales et les arrondissements. Semblable constatation nous amène à penser que ces "facteurs culturels" pourraient bien jouer eux aussi le rôle de variables intermédiaires, et seraient donc susceptibles d'expliquer, ne serait-ce qu'en partie, les variations de santé décrites dans les chapitres antérieurs.

Le présent chapitre se donne pour but de tester l'influence des "facteurs culturels" dégagés dans le chapitre précédent sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement; ainsi que sur la santé du nouveau-né. La thèse défendue ici peut être formulée comme suit : la culture sanitaire présente un lien significatif avec la santé maternelle et infantile, et la prise en considération des facteurs culturels fait disparaître, au moins en partie, les différences de santé observées entre catégories sociales et entre arrondissements.

La démarche actuelle consistera à présenter dans une première étape les relations entre nos 18 variables de santé / morbidité et l'ensemble de nos 5 variables de culture sanitaire, à savoir les composantes principales dégagées au long du chapitre précédent. Ceci se fera, à l'image des résultats du chapitre G, sous forme d'une analyse de régression multilogistique.

Dans une deuxième étape, nous introduirons ces 5 variables culturelles dans des modèles élargis comprenant les variables sociale, géographiques et "classiques" jouant un rôle significatif dans les divers modèles testés au cours du chapitre G. L'objectif de cette deuxième étape est double. Il s'agit tout d'abord d'observer le comportement, dans les modèles analysés, des variables étudiées précédemment. Trois situations différentes pourraient survenir selon les cas :

- les variables culturelles ne jouent aucun rôle significatif dans le modèle élargi;
- les variables culturelles (une ou plusieurs) jouent un rôle significatif, mais ne modifient pas le comportement des autres variables, en comparaison des modèles "restreints";
- les variables culturelles (une ou plusieurs) jouent un rôle significatif, et modifient le comportement des variables précédemment introduites dans les modèles restreints, en se substituant à elles, ou même en inversant leurs effets. Dans le cas particulier de la disparition des variables sociales et/ou géographiques, il en résulterait la possibilité de "rendre compte" par des facteurs culturels des différences géographiques et sociales observées précédemment.

Le deuxième objectif assigné à cette étape consiste à évaluer le gain réalisé, au niveau prédictif, en enrichissant le modèle au moyen des variables culturelles jouant un rôle statistiquement significatif dans les modèles élargis. Sans

arriver à "expliquer" nécessairement les variations géographiques ou sociales, voire le jeu de certaines caractéristiques socio-démographiques, nous pouvons attendre de l'introduction des variables culturelles une amélioration des fonctions prédictives pour différents risques étudiés.

## I.2. Méthodes

La méthode d'analyse multivariée par régression multilogistique (RML) a été utilisée comme précédemment (méthode expliquée en détail pp. 52-53 ).

Dans un premier temps nous présentons les résultats d'une telle analyse avec les seules variables culturelles comme variables indépendantes. Dans un deuxième temps, nous intégrons celles-ci au jeu des variables précédemment dégagées.

La stratégie d'utilisation de la méthode consiste à introduire dans le modèle "saturé" :

- la variable sociale (codée en 1,2,3) et les deux variables géographiques (binaires)
- les variables "classiques" ayant démontré un rôle statistiquement significatif au terme du chapitre G (sous forme binaire).
- et les 5 composantes principales dégagées au terme du chapitre H (sous forme de scores " distribution continue).

Ensuite une simplification du modèle saturé est opérée par une procédure "hiérarchique descendante"(\$). Pour chaque variable, le t de Student (\$\$) est calculé. Le modèle inférieur, à chaque étape, est constitué par la suppression de la variable correspondant au plus petit t de Student. A chaque modèle correspond une Statistique de Maximum de Vraisemblance (S.M.V.) (cfr p.52). La procédure descendante est stoppée lorsque la différence entre deux valeurs de S.M.V. consécutives dépasse le seuil de 5% ( $\chi_1^2 = 3.84$ ). Dans le cas particulier des deux variables géographiques, comme auparavant, elles ont été traitées de façon liée, de telle sorte que l'une ne puisse être incluse dans le modèle final en l'absence de l'autre. Dès lors la différence de S.M.V. doit atteindre la valeur de  $\chi_2^2 = 5.99$  pour retenir les variables géographiques dans le modèle.

-----  
(\$) Le modèle saturé correspond "celui qui comprend toutes les variables prédictives testées. La démarche consiste alors à retirer une par une pour simplifier le modèle.

(\$\$) t = coeff./erreur standard du coeff.

Tableau I 1 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité prénatale et les composantes principales de la culture sanitaire. Coefficients de la fonction multilogistique (x 100) Statistique du maximum de vraisemblance et rapports de fréquences interquintiles (observés et attendus).

|                                | Appréciation subjective négative du déroulement de la grossesse |              | Nausées importantes en début de grossesse | Hospitalisation prénatale |
|--------------------------------|---|--------------|---|---------------------------|
|                                | 1ère enquête  | 2ème enquête |   |                           |
| Nombre de sujets →             | (724)   | (551)        | (705)                                     | (722)                     |
| Nombre de cas →                | (116)   | ( 95)        | (282)                                     | ( 67)                     |
| <u>Composantes principales</u> |   |              |   |                           |
| Santé positive                 | -   | -            | -   | -                         |
| Autonomie                      | -   | -            | -   | -                         |
| Santé somatique                | -   | -            | -   | -                         |
| Vision exogène                 | -   | -            | -   | 33                        |
| Prise en charge élargie        | -   | -            | -   | -                         |
| S.M.V.                         | -   | -            | -   | 6.3                       |
| R.F.O. <sub>5</sub> = 1        | -   | -            | -   | 2.4                       |
| R.F.A. <sub>5</sub> = 1        | -   | -            | -   | 2.3                       |

La méthode de traitement des données manquantes est identique à celle utilisée auparavant, consistant à exclure les sujets pour lesquels une variable au moins fait défaut. Ceci entraîne des modifications dans les effectifs correspondant aux divers modèles retenus : ces effectifs sont repris dans les tableaux ainsi que le nombre de "cas" présentant le critère de morbidité. Ce fait explique que nous ayons obtenu de légères différences par rapport aux modèles multilogistiques du chapitre G. Afin de permettre la comparaison, nous avons recalculé les modèles du chapitre G sur des échantillons strictement identiques à ceux qui résultaient de l'introduction des variables culturelles. Ces modèles recalculés sont systématiquement repris dans les tableaux I.5 à I.7.

Les tableaux présentent en regard de chaque variable indépendante retenue dans le modèle multilogistique le coefficient standardisé (correspondant "la variable centrée réduite) multiplié par 100. On trouvera en annexe les tableaux complets correspondant aux coefficients non standardisés, "leurs écarts-types, aux t de Student, aux moyennes des variables et " leurs écarts)types, aux coefficients standardisés et " leurs écarts-types. On trouvera également dans ce chapitre les figures correspondant aux fréquences observées et attendues dans les quintiles de risque global.

Les tableaux présentés reprennent en outre la valeur de la Statistique de Maximum de Vraisemblance (S.M.V.) correspondant au modèle final de chaque analyse, ainsi que le rapport des fréquences observées (R.F.O. 5-1 et attendues (d'après la fonction multilogistique calculée) et R.F.A. 5-1 dans le cinquième quintile par rapport à celles du premier quintile. (Pour les détails de la procédure de calcul de ces rapports, cfr.p.53).

### I.3. RESULTATS

#### I.3.1. Indicateurs de morbidité et indicateurs culturels

-----

Les quatre premiers tableaux (I.1 à I.4) présentent les résultats d'une analyse multilogistique des liens unissant les "facteurs culturels" dégagés lors de notre analyse en composantes principales et les variables de morbidité pré-, péri- et post-natale.

Il ressort du tableau I.1 qu'une liaison statistique significative n'a pu être mise en évidence que pour un des quatre indicateurs de morbidité prénatale, en l'occurrence l'hospitalisation de la mère au cours de la grossesse. La CP "vision exogène" montre ici une liaison dans un sens positif, et le seuil de signification est atteint : ce coefficient positif montre que les femmes ayant été hospitalisées au cours de leur grossesse, expri-

Tableau I 2 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité du nouveau-né et les composantes principales de la culture sanitaire.  
Même présentation que le tableau I 1.

|                                | Couveuse | Prématurité | Poids de naissance < 2.5 kgs | Ranimé à la naissance | Problème à la naissance |
|--------------------------------|----------|-------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Nombre de sujets +             | (725)    | (723)       | (725)                        | (721)                 | (725)                   |
| Nombre de cas +                | ( 94)    | ( 48)       | ( 57)                        | ( 37)                 | (150)                   |
| <u>Composantes principales</u> |          |             |                              |                       |                         |
| Santé positive                 | -        | -           | -                            | -                     | -                       |
| Autonomie                      | -        | -           | -                            | -                     | -                       |
| Santé somatique                | 24       | -           | -                            | -                     | -                       |
| Vision exogène                 | 35       | -           | -                            | -                     | 31                      |
| Prise en charge élargie        | -        | -31         | -                            | -                     | -                       |
| S.M.V.                         | 13.9     | 4.1         | -                            | -                     | 10.9                    |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1        | 2.6      | 2.8         | -                            | -                     | 1.7                     |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1        | 2.7      | 2.2         | -                            | -                     | 1.9                     |

Tableau I 3 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale et les composantes principales de la culture sanitaire. Enfants âgés de 4 à 9 semaines.  
Même présentation que le tableau I 1.

|                                | Malade au moins une x depuis la naissance | Enfant ayant présenté l'un ou l'autre symptôme | T o u x | Vomissements |
|--------------------------------|---|--|---------|--------------|
| Nombre de sujets +             | (505)                                     | (510)  | (510)   | (510)        |
| Nombre de cas +                | ( 92)                                     | (263)  | ( 95)   | ( 67)        |
| <u>Composantes principales</u> |   |  |         |              |
| Santé positive                 | 28  | -  | -       | -            |
| Autonomie                      | -   | -  | -       | -            |
| Santé somatique                | -   | -  | -       | -            |
| Vision exogène                 | -   | -  | -       | -            |
| Prise en charge élargie        | -   | -  | -       | -            |
| S.M.V.                         | 5.2                                       | -  | -       | -            |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1        | 1.6                                       | -  | -       | -            |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1        | 1.8                                       | -  | -       | -            |

ment lors de la première enquête une vision plus "exogène" de la santé et de la maladie. Rappelons que cette composante principale intègre essentiellement les réponses aux questions concernant l'origine de la maladie et les déterminants de la santé, mais aussi le pessimisme face à l'avenir, la dépendance face au système médical en matière de contraception et l'attitude à l'égard de l'avortement. Nous l'avons qualifiée de "vision exogène" parce que son versant positif s'oppose essentiellement à une représentation fataliste de la maladie et à une conception de la santé comme un donné (fonds de santé) (cfr. tableau H.47). Le rapport des fréquences entre le 5ème et le 1er quintile de risque atteint 2.4 (valeurs observées) et 2.3 (valeurs calculées).

Le tableau I.2 reprend les indicateurs de morbidité à la naissance. On y remarque que pour trois des cinq indicateurs retenus le lien d'une ou plusieurs variables culturelles est statistiquement significatif. Il s'agit de la mise en couveuse de l'enfant, de la prématurité et de l'existence d'un problème de santé à la naissance. Les variables culturelles en cause sont la "santé somatique" et la "vision exogène" dans un sens défavorable pour la mise en couveuse, la "prise en charge élargie" dans un sens favorable pour la prématurité, et la "vision exogène" nouveau dans un sens défavorable pour l'existence d'un problème à la naissance.

La vision "somatique" de la santé et de la maladie s'oppose à une vision plus psychique ou sociale : elle fait essentiellement appel aux critères physiologiques ou physiopathologiques pour définir santé et maladie. Quant à la "demande de prise en charge élargie", elle résulte d'une convergence sur la cinquième composante principale de diverses attitudes d'insatisfaction concernant l'organisation des soins en Belgique, le souci d'une plus large dépénalisation de l'avortement, l'abaissement du seuil de maladie et l'élargissement du concept de prévention "l'ensemble du fonctionnement de la société (cfr. tableau H.47).

Le tableau I.3 s'intéresse aux problèmes de santé du nourrisson dans les premières semaines. Aucun lien significatif n'apparaît pour les symptômes pris individuellement (toux ou vomissements) ou dans leur ensemble. En revanche, on remarque une liaison positive (défavorable) entre la CP "santé positive" et le fait d'être déclaré malade au moins une fois depuis la naissance ( $P [ 0.05 ]$ ). La "santé positive", rappelons-le, s'oppose "la santé définie par l'absence de maladie. Le rapport des fréquences interquintile atteint 1.6 pour les valeurs observées et 1.8 pour les valeurs prédites par la fonction multilogistique.

Enfin le tableau I.4 nous montre une liaison avec une ou deux variables culturelles pour chacun des cinq indicateurs de santé/morbidité concernant les enfants âgés de 7 à 9 mois : pour les quatre premiers indicateurs (maladie, hospitalisation, difficultés alimentaires et enfants "causant beaucoup de soucis") la CP "santé somatique" montre un lien significatif et le coefficient est à chaque fois positif, indiquant une relation défavorable entre une "vision somatique de la santé et de la maladie" et la santé de l'enfant. Le rapport des fréquences

Tableau 14 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale et les composantes principales de la culture sanitaire. Enfants âgés de 7 à 10 mois.  
Même présentation que le tableau 11.

|                                    | Enfant ayant<br>présenté 1 maladie<br>ou + depuis<br>sa naissance | Hospitalisé<br>depuis la sortie<br>de maternité | Enfant<br>difficile aux<br>repas | Enfant causant<br>"beaucoup de<br>soucis" | Santé jugée<br>"excellente" |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|-----------------------------|
| Nombre de sujets →                 | (508)   | (498)   | (554)                            | (554)                                     | (548)                       |
| Nombre de cas →                    | (379)   | ( 41)   | ( 59)                            | ( 47)                                     | (113)                       |
| <u>Composantes<br/>principales</u> |   |   |                                  |   |                             |
| Santé positive                     | -   | -   | -                                | -   | -                           |
| Autonomie                          | -   | -   | -                                | -   | 23                          |
| Santé somatique                    | 26  | 46  | 29                               | 39  | - 25                        |
| Vision exogène                     | -   | - 33  | -                                | -   | -                           |
| Prise en charge<br>élargie         | -   | -   | -                                | -   | -                           |
| S.M.V.                             | 6.2   | 12.0  | 4.5                              | 6.5                                       | 9.3                         |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1            | 1.2   | 5.0   | 2.5                              | 3.2                                       | 1.8                         |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1            | 1.2   | 4.3   | 2.1                              | 2.7                                       | 2.0                         |

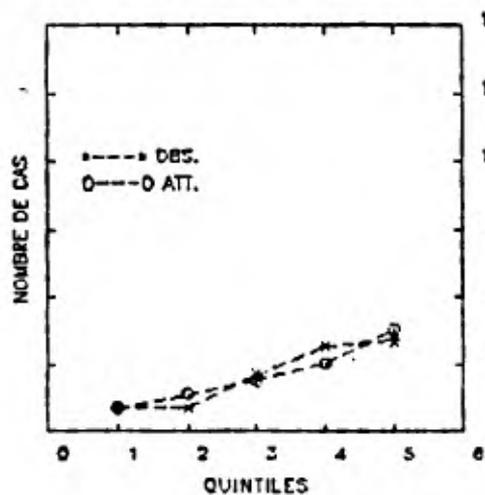
interquintile est surtout élevé pour l'hospitalisation du nourrisson, pour laquelle la "vision exogène" intervient également : ce rapport est de 5.0 et de 3.2 pour les valeurs observées et attendues respectivement.

Quant aux enfants dont la santé est jugée excellente par leur mère, il apparaît que la CP "santé positive" est également liée à cet indicateur avec un coefficient négatif; "l'autonomie", quant à elle, lui est liée avec un coefficient positif correspondant à une relation favorable entre ces deux variables. "L'autonomie" constitue le deuxième facteur dégagé par l'A.C.P. et nous semble refléter assez clairement l'indépendance de la répondante face au système médical pour la gestion des problèmes de santé qu'elle rencontre.

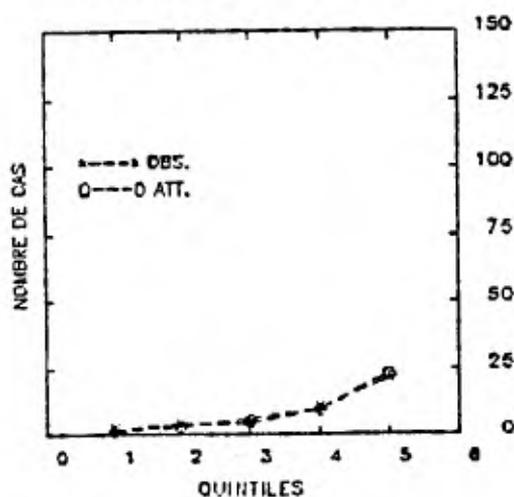
Tableau I 5 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité du nouveau-né et l'ensemble des variables testées.  
Même présentation que le tableau I 1. Comparaison des modèles SANS et AVEC les "facteurs" culturels.

|                                     | Poids de naissance < 2,5 Kgs |       | Existence d'un problème à la naissance |       |    |    |
|-------------------------------------|------------------------------|-------|--|-------|----|----|
|                                     | (535)                        | (535) | (549)                                  | (549) |    |    |
| Nombre de sujets                    | (535)                        | (535) | (549)                                  | (549) |    |    |
| Nombre de cas                       | (42)                         | (42)  | (105)                                  | (105) |    |    |
| Catégories sociales                 | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Nivelles                            | .                            | .     | -42                                    | -37   |    |    |
| Bastogne                            | .                            | .     | -30                                    | -27   |    |    |
| Parité = 1                          | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| > 4                                 | -46                          | -51   | .                                      | .     |    |    |
| < 20 ans                            | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| > 35 ans                            | 39                           | 40    | .                                      | .     |    |    |
| Nationalité étrangère               | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Isolement                           | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Travail à l'extérieur               | .                            | .     | 33                                     | 35    |    |    |
| Tabagisme                           | 41                           | 41    | .                                      | .     |    |    |
| Surveillance prénatale tardive      | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Kinésithérapie prénatale            | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Mauvaise santé de la mère           | .                            | .     | 23                                     | 23    |    |    |
| Fausse couche antérieure            | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Hypertension prénatale              | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Maladie pendant la grossesse        | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Taille                              | .                            | .     | .                                      | .     |    |    |
| Prise de poids pendant la grossesse | -91                          | -98   | .                                      | .     |    |    |
| C P 1                               | X                            |       | X                                      |       |    |    |
| C P 2                               |                              |       |  |       |    |    |
| C P 3                               |                              |       |  |       |    |    |
| C P 4                               |                              |       |  |       | 37 | 31 |
| C P 5                               |                              |       |  |       |    |    |
| S.M.V.                              | 40.2                         | 44.5  | 27.8                                   | 34.5  |    |    |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1             | 6.8                          | 11.5  | 4.8                                    | 3.8   |    |    |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1             | 15.1                         | 19.2  | 3.8                                    | 4.6   |    |    |

MD13 PROBLEME A LA NAISSANCE



MD10 PETIT POIDS DE NAISS



### I.3.2. Confrontation des indicateurs de morbidité et de l'ensemble des variables prédictives retenues

-----

#### I.3.2.1. Morbidité prénatale

+++++ + + + + + + + + + + + + + +

Lorsque l'on applique la méthode d'analyse multilogistique à la morbidité prénatale, en ajoutant les "facteurs" culturels dans les modèles dégagés au chapitre G, les modèles terminaux correspondent à ceux dégagés précédemment en l'absence des composantes principales : dans cette optique les cinq variables culturelles testées ne présentent aucune liaison statistique significative avec les indicateurs de morbidité étudiés pour cette période.

#### I.3.2.2. Morbidité de l'enfant à la naissance

+++++ +

Pour trois des cinq indicateurs de morbidité périnatale (mise en couveuse du nouveau-né, prématurité, et existence d'une réanimation néonatale) le rôle des variables culturelles testées n'a pu être démontré dans une telle optique multivariée. Il convient de remarquer en particulier la disparition des deux variables culturelles dont le rôle significatif apparaissait pour la mise en couveuse et de la C.P. "prise en charge élargie" qui était liée à la prématurité en l'absence des autres facteurs (cfr. tableau I.2).

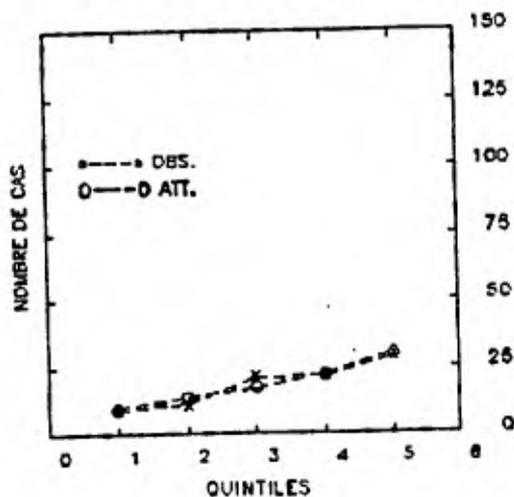
En revanche, ainsi que le montre le tableau I.5, la prise en compte simultanée des variables socio-démographiques, comportementales et médicales, permet à la C.P. "vision exogène" de révéler un lien significatif avec la fréquence d'un poids de naissance subliminal. La statistique du Maximum de Vraisemblance (S.M.V.) gagne 4.3 points et les rapports de fréquences interquintil considérablement accrus, passant par exemple de 6.5 à 11.0 pour les valeurs observées.

Pour l'existence d'un problème à la naissance, une variable culturelle vient s'ajouter dans le modèle aux variables précédentes: il s'agit de la "vision exogène" (delta S.M.V.= 6.7; P [ 0.01), affectée d'un coefficient positif. Curieusement, le rapport de fréquences interquintile observé passe de 4.8 à 3.8. Ceci est dû au fait que la fréquence observée passe de 30.2% à 31.2% dans le cinquième quintile, mais de 6.4% à 8.2% dans le cinquième.

Tableau 1 6 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale du nourrisson et l'ensemble des variables testées. Enfants âgés de 4 à 9 semaines. Même présentation que le tableau 1 5.

|                                     | Enfant malade au moins une fois depuis sa naissance. |       |
|-------------------------------------|--|-------|
|                                     | (505)  | (505) |
| Nombre de sujets →                  | (505)  | (505) |
| Nombre de cas →                     | ( 92)  | ( 92) |
| Catégories sociales                 | -34  | -37   |
| Nivelles                            | 24   | 25    |
| Bastogne                            | 33   | 29    |
| Parité = 1                          | .  | .     |
| > 4                                 | .  | .     |
| > 20 ans                            | .  | .     |
| > 35 ans                            | .  | .     |
| Nationalité étrangère               | .  | .     |
| Isolement                           | .  | .     |
| Travail à l'extérieur               | .  | .     |
| Tabagisme                           | .  | .     |
| Surveillance prénatale tardive      | .  | .     |
| Kinésithérapie prénatale            | .  | .     |
| Mauvaise santé de la mère           | .  | .     |
| Fausse couche antérieure            | .  | .     |
| Hypertension prénatale              | .  | .     |
| Maladie pendant la grossesse        | .  | .     |
| Taille                              | .  | .     |
| Prise de poids pendant la grossesse | .  | .     |
| C P 1                               | X  | 28    |
| C P 2                               |  | .     |
| C P 3                               |  | .     |
| C P 4                               |  | .     |
| C P 5                               |  | .     |
| S.M.V.                              | 15.29  | 20.22 |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1             | 3.5  | 3.4   |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1             | 2.5  | 3.4   |

MO14 MALADE 4 A 9 SEMAINES



### I.3.2.3. Morbidité de l'enfant âgé de 4 à 9 semaines

+++++

En ce qui concerne les symptômes, pris isolément (toux ou vomissements) ou dans leur ensemble, les variables culturelles testées ne révèlent aucune liaison significative, avec la morbidité du nourrisson pendant les premières semaines.

Comme il ressort du tableau I.6, il n'en va pas de même pour le fait d'être déclaré malade au moins une fois depuis la naissance : alors qu'à l'exception des variables sociale et géographiques, aucune des variables classiques n'avait fait son entrée dans le modèle testé au chapitre G, une variable culturelle rentre dans le modèle élargi (  $P[0.05]$  ). Il s'agit de "la santé positive" avec un coefficient positif. Ceci montre que les mères d'enfants déclarés malades sont aussi celles qui ont davantage tendance "avoir une vision positive de la santé. Le rapport des fréquences interquintile atteint 3.4 (val.obs.) contre 3.5 précédemment. Cette légère régression est due au fait que la fréquence observée dans le cinquième quintile passe de 27.8% à 29.9%, mais dans le premier quintile de 7.8% à 8.8%.

### I.3.2.4. Morbidité et santé de l'enfant âgé de 7 à 9 mois

+++++

Le tableau I.7 nous présente les modèles élargis pour quatre indicateurs de santé/morbidité relatifs à la deuxième enquête, étant donné que pour le cinquième indicateur aucun facteur culturel ne peut être retenu.

Pour l'existence d'une ou plusieurs maladies durant les dix premiers mois de vie de l'enfant, trois variables étaient apparues comme liées de façon défavorable et significative, à savoir la mauvaise santé maternelle, la garde de l'enfant par une tierce personne et l'existence d'une maladie au cours de la grossesse (cfr. chap G.). D'autre part une variable culturelle, la CP "santé somatique", apparaissait isolément avec un coefficient positif (cfr. tableau I.4). Le jeu simultané des variables culturelles et non-culturelles nous fait assister au maintien de la CP "santé somatique" et à la disparition de "l'existence d'une maladie pendant la gestation". Le gain obtenu au niveau de la S.M.V. est significatif ( $P [ 0.05]$  (\$) ).

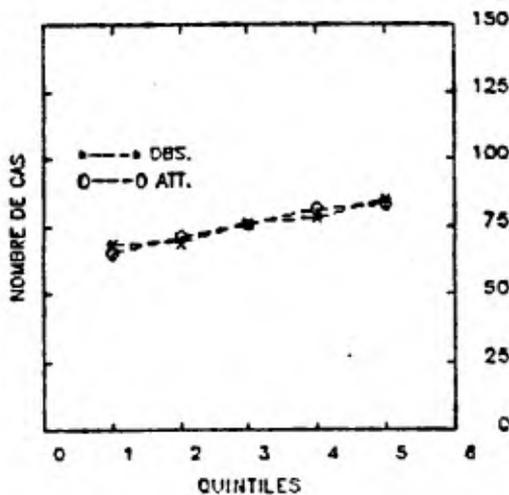
-----  
(\$) La S.M.V. vaut 12.6 sans la C.P. "santé somatique", et atteint 17.7 après son introduction.

Il faut remarquer ici un problème de méthodologie particulier : du fait de l'introduction des variables culturelles, l'effectif des répondantes sur lequel porte l'analyse passe de 518 ( tableau G.15) à 500 ; qui plus est, le modèle retenu est légèrement différent en ce sens que l'existence d'une maladie en cours de grossesse disparaît du modèle de ce simple fait.

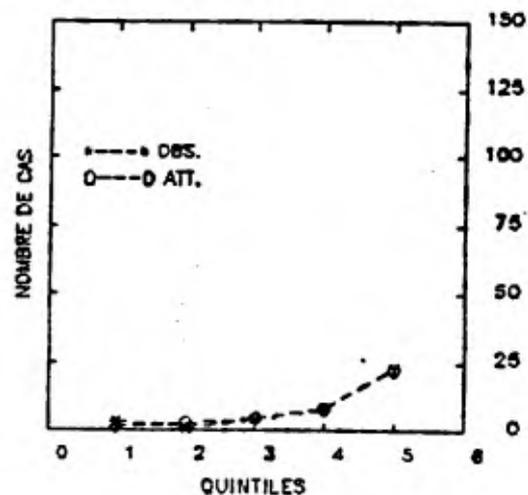
Tableau 17 : Analyse multilogistique des relations entre la morbidité post-natale et l'ensemble des variables testées. Enfants âgés de 7 à 10 mois.  
Même présentation que le tableau 15.

|                                     | Enfant ayant présenté une maladie ou + depuis la naissance |       | Enfant ayant été hospitalisé depuis la sortie de la maternité |       | Enfant causant "beaucoup de soucis" |       | Enfant dont la santé est jugée excellente |       |
|-------------------------------------|--|-------|---|-------|-------------------------------------|-------|---|-------|
|                                     | (500)  | (500) | (453)   | (453) | (549)                               | (549) | (548)                                     | (548) |
| Nombre de sujets                    | (500)  | (500) | (453)   | (453) | (549)                               | (549) | (548)                                     | (548) |
| Nombre de cas                       | (376)  | (376) | (39)  | (39)  | (47)                                | (47)  | (113)                                     | (113) |
| Catégories sociales                 | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | 21  | .     |
| Niveau                              | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | 63  | 69    |
| Satogne                             | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | 33  | 33    |
| Parité = 1                          | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Age > 20 ans                        | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | 28  | 26    |
| Nationalité étrangère               | .  | .     | 58  | 65    | .                                   | .     | .   | .     |
| Isolément                           | .  | .     | 30  | 35    | .                                   | .     | .   | .     |
| Travail à l'extérieur               | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Tabagisme                           | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Surveillance prénatale tardive      | .  | .     | .   | .     | 37                                  | 36    | .   | .     |
| Kinésithérapie prénatale            | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Mauvaise santé de la mère           | 30   | 28    | 38  | 37    | 52                                  | 53    | .   | .     |
| Fausse couche antérieure            | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Hypertension prénatale              | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Maladie pendant la grossesse        | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Taille                              | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Prise de poids pendant la grossesse | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| Garde de l'enfant par un non-parent | 29   | 29    | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| C P 1                               | X  | .     | X   | .     | X                                   | .     | X   | .     |
| C P 2                               | .  | .     | .   | .     | .                                   | - 36  | .   | .     |
| C P 3                               | .  | 24    | .   | 47    | .                                   | 33    | .   | - 26  |
| C P 4                               | .  | .     | .   | - 52  | .                                   | .     | .   | .     |
| C P 5                               | .  | .     | .   | .     | .                                   | .     | .   | .     |
| S.M.V.                              | 12.6   | 17.7  | 27.4  | 42.5  | 18.0                                | 27.7  | 43.7                                      | 46.0  |
| R.F.O. <sub>5</sub> - 1             | 1.1  | 1.3   | 4.1   | 7.8   | 3.6                                 | 7.4   | 3.9                                       | 4.8   |
| R.F.A. <sub>5</sub> - 1             | 1.2  | 1.3   | 5.2   | 15.4  | 3.9                                 | 7.6   | 4.3                                       | 4.7   |

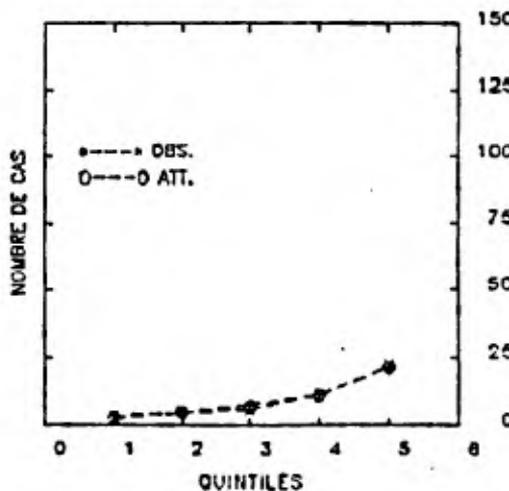
MO25 MALADE 7 A 9 MOIS



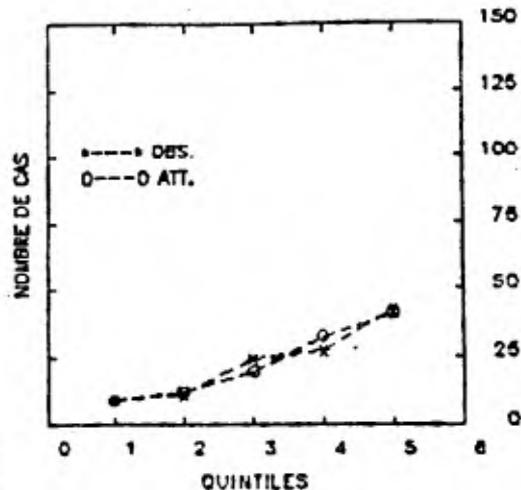
MO29 ENFANT HOSPITALISE



MO31 SOUCIS



MO27 SANTE EXCELLENTE



Mais, comme la fréquence de cet indicateur de morbidité avoisine les 75 %, le rapport des fréquences interquintile n'augmente que très faiblement. Il n'en va pas de même pour l'hospitalisation de l'enfant : la liaison de ce critère avec la nationalité, l'état conjugal et la santé de la mère était manifeste, puisqu'on observe des rapports de fréquences interquintiles supérieurs à 4 en l'absence des variables culturelles. L'entrée simultanée et très significative ( $P [ 0.001)$  de deux variables culturelles, les CP "santé somatique" et "vision exogène", conduit à presque doubler et tripler ces rapports de fréquences entre les quintiles extrêmes.

Si, pour les difficultés alimentaires, aucune variable culturelle ne demeure en fin de compte dans le modèle élargi, en revanche, pour l'enfant causant beaucoup de soucis à sa mère, la CP "autonomie" vient ajouter son rôle favorable à l'effet défavorable de la C.P. "santé somatique", en plus de la mauvaise santé maternelle et d'une surveillance prénatale postérieure au premier trimestre. Le rapport des fréquences interquintile est doublé de ce fait, passant de 3.6 à 7.4.

Enfin, seul indicateur de santé positif considéré dans ce travail, la "santé de l'enfant jugée excellente par sa mère" se voit liée à la CP "santé somatique", en substitution de la variable de catégorie sociale. On a vu plus haut que ces deux variables indépendantes étaient étroitement liées entre elles. Le coefficient obtenu ici est négatif, - indiquant une vision moins "somatique" parmi les mères dont l'enfant est en meilleure santé - et le rapport de fréquences atteint 4.8 pour les valeurs observées au lieu de 3.9 précédemment.

#### I.4. Discussion des résultats

Nous avons recouru dans ce chapitre à une analyse multivariée des déterminants possibles de la santé et de la morbidité autour de la naissance. Notre démarche a consisté, rappelons-le, à appliquer à chacun de nos 18 indicateurs de santé/morbidité un modèle prédictif constitué des variables sociale et géographiques, des variables démographiques, médicales ou comportementales issues du chapitre G, et des 5 composantes principales, qualifiées de variables de culture sanitaire. Notre objectif était de sélectionner grâce à une procédure "descendante pas-à-pas" les seules variables dont la contribution au modèle prédictif des différents risques ressortait significativement, au sens statistique du terme.

Depuis le chapitre E, chaque indicateur de santé/morbidité a fait l'objet d'une analyse en plusieurs phases. La première étudiait sa relation avec les catégories sociales (chapitre E). La deuxième prenait simultanément en considération la catégorie sociale d'appartenance et l'arrondissement de résidence (chapitre F). La troisième phase élargissait le modèle "prédictif-explicatif" aux déterminants démographiques, médicaux et comportementaux (chapitre G). Enfin ce chapitre-ci incluait en outre dans les modèles multilogistiques les variables de culture sanitaire sous la forme des 5 composantes principales.

A l'issue de ce travail, nous tenterons de prendre le recul nécessaire à la synthèse des résultats. La section I.5 sera l'occasion d'aborder les enjeux de la prévention, la discussion de la valeur statistique des relations observées, ainsi que le sens d'une interprétation causale de ces résultats. Enfin, il nous faudra discuter dans cette dernière section le problème de la stabilité des traits culturels que nous avons mesurés.

Mais la discussion des résultats passera en revue au préalable les divers indicateurs de santé/morbidité relatifs aux quatre périodes couvertes par notre travail. Pour chacun nous essayerons de faire ressortir les principales conclusions auxquelles nous ont conduit les différentes phases que nous venons de rappeler.

##### I.4.1. Période prénatale

-----

En ce qui concerne la période prénatale, nous constatons l'absence des variables culturelles dans les modèles multilogistiques dégagés par nos analyses. Ceci est d'autant plus étonnant que trois des variables dépendantes étudiées concernent essentiellement une approche subjective de la grossesse, la quatrième portant sur l'hospitalisation au cours de celle-ci.



pour le désigner. Un des principaux objectifs de notre travail étant de rechercher les déterminants de la santé et de la maladie de l'enfant dans la période autour de la naissance, il nous semble justifié d'avoir procédé ainsi. Cependant, on peut se demander si cette approche se justifie également pour situer le vécu de la grossesse, et si, ce faisant, nous ne succombons pas nous-même à un biais culturel, consistant à assimiler la grossesse à une maladie et à développer une réflexion sur celle-ci autour d'un axe strictement médical. Semblable attitude, conduisant à médicaliser la grossesse et l'accouchement, est particulièrement le fait de nos sociétés industrialisées, depuis une époque historique relativement récente par ailleurs (LAURENDEAU, 1983).

On peut aussi se demander si le cadre qui détermine le plus nettement le vécu de la femme enceinte ne concerne pas davantage le statut sexuel et le rôle de la femme dans la société, la place de l'enfant (des enfants) dans la famille, le désir/non-désir d'enfant au moment de la grossesse. Tous ces aspects qui distinguent largement les groupes sociaux, -autant que les représentations sociales de la santé ou de la maladie peuvent le faire-, nous semblent à l'issue de ce travail éventuellement plus indiqués pour estimer l'impact "du social et du culturel" sur le déroulement de la grossesse.

Mais il devient très difficile à ce niveau de faire la part entre les conditions du milieu et de la culture, si tant est qu'on puisse jamais démêler pareil écheveau. BOLTANSKI (1971) ne va-t-il pas jusqu'à écrire : "il n'est sans doute pas en effet de façon plus cachée et plus totale de succomber à l'idéalisme culturaliste que de prétendre distinguer à toute force (...) ce qui, dans un comportement donné, est imputable à l'action des "variables économiques" et à l'action des "variables culturelles"."

Ce point n'a jamais, à notre connaissance, été analysé comme tel, mais divers éléments peuvent être glanés pour appuyer cette hypothèse. Dans "La naissance d'un enfant", A.MONNIER (1977) nous montre la différence, allant du simple au triple entre la fréquence de conceptions prénuptiales en fonction des catégories socio-professionnelles : 11% chez les cadres supérieurs et professions libérales, contre 38% chez les ouvriers. Il nous montre également que l'abandon des activités professionnelles est beaucoup plus important chez les ouvrières que chez les cadres après la naissance du second enfant. Quant au caractère pénible du travail pendant la grossesse, il n'est pas comparable pour les ouvrières (dont 5% seulement travaillent moins de 40 heures par semaine) et pour les cadres (55%) : ces horaires débouchent très logiquement dans cette étude sur une fatigue physique et nerveuse supérieure dans les catégories les moins favorisées.

Ces différences reflètent très nettement le poids des conditions d'existence, mais aussi de certaines attitudes ancrées dans le milieu social : attitudes concernant la planification des naissances, et susceptibles de modifier la fréquence d'enfants "désirés/acceptés/non-désirés". La présence du mari à l'accouchement, significativement plus fréquente dans les catégories favorisées (60% contre 38%), ou le recours différentiel à la préparation à l'accouchement sans douleur (53% contre 16%) traduisent encore les différences plus subtiles qui distinguent les femmes des différentes classes du point de vue de la conduite de leur grossesse et de la naissance.

Divers auteurs ont insisté sur l'influence de facteurs psychologiques sur le déroulement de la grossesse, ainsi que sur celui de l'accouchement et sur son issue, évaluée en termes d'anomalies et/ou de complications obstétricales (DAVIDS et DE VAULT, 1962). On a pu montrer une relation défavorable entre la durée du travail à l'accouchement et l'existence de conflits profonds concernant la sphère reproductrice et la maternité (UDDENBERG et al., 1976). De même, une attitude négative face à la grossesse et à la maternité conduirait à des accouchements plus douloureux (NETTELBLADT et al., 1976), indépendamment du déroulement de l'accouchement d'un point de vue obstétrical.

Dans une autre étude, deux variables psychologiques permettaient de discriminer significativement les multipares avec ou sans complications à l'accouchement : il s'agissait de l'anxiété "pour soi" (fears for self) et de la dépendance (ERICKSON, 1976). Mais bien plus que l'anxiété, pour certains auteurs ce serait l'incapacité de la communiquer et de la négocier au niveau conscient qui constituerait la source des difficultés rencontrées à l'accouchement : ainsi BLAXTER (1974) suggérait un lien entre des tendances à contrôler des émotions intenses d'une part et l'existence d'un travail long et peu efficace d'autre part.

Selon GORSUCH et KEY (1974), les nombreux travaux portant sur ces questions relatives à l'influence du "stress" et de l'anxiété en autorisaient à considérer que la question n'était plus de savoir si il existait un effet psychophysiologique sur la femme enceinte, mais plutôt comment s'opérait l'impact des facteurs psycho-sociaux sur la grossesse. Cet auteur relevait l'effet défavorable d'événements stressants (stressful life events) sur l'issue de la grossesse, et ceci indépendamment de l'anxiété actuelle de la femme enceinte, évaluée à divers moments de la grossesse. Plus spécifiquement, on a pu mettre en relation l'importance et le nombre d'événements stressants d'une part et le déclenchement prématuré du travail d'autre part (NEWTON et al, 1979).

Il a toutefois été reproché à la plupart de ces études d'évaluer l'anxiété ou l'existence d'événements stressants de manière rétrospective. Si l'on évalue de tels indicateurs tard dans la grossesse, ou a fortiori après la grossesse, le risque d'un biais de mesure existe effectivement : les déclarations de

la répondante sont en effet susceptibles d'avoir été influencées par la connaissance qu'elle avait des difficultés mêmes de la grossesse ou de l'accouchement. Ce n'est dès lors pas d'une association causale qu'il faut parler, mais d'une simple corrélation. Si cette critique ne manque pas de pertinence, elle échoue toutefois à rendre compte de certains résultats, tels que ceux de GORSUCH et KEY (1974), qui ont examiné les femmes tout au long de la grossesse de façon prospective, et qui n'observent ni accroissement de l'anxiété au cours du temps ni relations croisées entre événements stressants et anxiété : ils concluent que c'est l'anxiété du premier trimestre qui est de mauvais pronostic, alors que c'est à la fin de la gestation que les événements stressants ont un effet négatif sur l'issue de la grossesse.

Il ressort de ce qui précède que l'on est en droit de considérer la grossesse, de même que l'accouchement, comme un stade important dans l'évolution de la personnalité, exigeant de la part de la future mère une forte dose d'adaptation et des réponses à des situations nouvelles (BIBRING, 1961). Certains éléments vont venir compliquer l'ajustement, et l'on peut songer aux événements stressants, parmi lesquels les problèmes de santé côtoient les problèmes économiques ; d'autres facteurs vont faciliter ce travail d'adaptation, tels que la capacité de faire face aux problèmes de façon consciente, ou de demander et d'obtenir les supports nécessaires dans l'entourage ou dans les milieux spécialisés. C'est ici par exemple que les habitudes culturelles pourraient éventuellement rendre compte des avantages ou des handicaps que connaissent les divers milieux sociaux.

Dans notre propre enquête, nous constatons l'existence d'un gradient social lié au vécu de la grossesse : ce gradient est significatif pour les réponses émanant de la seconde enquête. Mais nous observons d'autre part que la variable sociale disparaît du modèle multilogistique dès lors qu'y rentre la variable relative à la kinésithérapie prénatale, autrement dit la "préparation à l'accouchement". Nous savons par ailleurs qu'il s'agit là d'une variable hautement corrélée à la catégorie sociale et que les femmes des milieux modestes y recourent bien moins souvent que les autres. La question reste ici de savoir si les femmes de tels milieux adoptent un tel comportement sous le poids des contraintes du milieu (barrières financières, incapacité de se libérer des occupations professionnelles ou domestiques, ...) ou en raison d'une attitude ancrée dans un système culturel distinct (barrière psycho-culturelle). Une autre question demeure : faute de recourir à une "préparation à l'accouchement" dans le cadre paramédical que nous envisageons, ont-elles recours à d'autres supports sociaux ou psychologiques, comme par exemple dans la famille, étroite (la mère de la répondante) ou élargie, ou dans les relations extra-familiales? L'importance de tels supports sociaux a en effet été maintes fois mise en évidence dans la prévention de troubles divers, y compris pendant la grossesse (NUCKOLLS et al., 1972 ; CASSEL, 1976).

En définitive, il nous semble que nos résultats, loin de démontrer l'absence d'effets culturels sur l'expérience subjective de la femme enceinte, nous amènent plutôt à conclure que le domaine culturel que nous avons investigué, et qui concerne très spécifiquement la manière de concevoir et d'aborder les problèmes de santé/maladie, ne montre pas de lien évident avec cette dernière; dès lors nous pensons que pour les répondantes, l'expérience de la grossesse dépasse largement le cadre de référence médical dans lequel les professionnels ont souvent tendance à l'enfermer. Pour étayer cette hypothèse, il s'agirait d'investiguer très largement les répercussions existentielles, objectives et subjectives, de la grossesse, et d'étudier comment l'impact de la grossesse est éventuellement modulé par les cadres culturels dans lesquels la femme a l'habitude de se mouvoir.

#### I.4.1.2. Nausées gravidiques

+ + + + +

Les premières descriptions connues des nausées du début de la grossesse remontent à l'an 2000 A.J.C., dans un papyrus égyptien, et le phénomène était bien connu d'Hippocrate (FAIRWEATHER,1968). En contraste, l'approche épidémiologique de ce problème est extrêmement récente, et très peu de données sont disponibles concernant l'étiopathogénie de cette affection (JARNFELT-SAMSIOE et al., 1983): moins de 30 publications concernent ce sujet depuis 1950.

Diverses théories sont avancées pour en rendre compte : elles se regroupent essentiellement en 3 chapitres, à savoir les théories réflexes, les théories "névrotiques" et les théories toxémiques. Ces dernières, dans leur version moderne, ont souvent insisté sur le rôle des hormones dont les taux s'accroissent pendant la grossesse, en particulier les gonadotrophines chorioniques (HCG) dont la concentration augmente pendant le premier trimestre essentiellement. Des corrélations ont été observées par certains auteurs (KAUPPILA, et al.1979) permettant de postuler une relation causale. Mais semblable relation semble être mise en brèche par plusieurs auteurs (FAIRWEATHER, 1968; SOULES et al.1980; JARNFELT-SAMSIOE et al.,1983). Ces derniers, s'appuyant notamment sur le fait que les nausées de la grossesse s'observent surtout chez des femmes intolérantes à la contraception orale, avancent l'hypothèse du rôle des hormones stéroïdiennes et de la tolérance hépatique. A l'appui de leur thèse, ils observent une variabilité intra-individuelle importante, d'une grossesse à l'autre, une diminution de la durée des nausées au fur et à mesure que la parité s'accroît, -faisant songer à un phénomène d'accoutumance-, une fréquence très élevée dans les grossesses gémellaires et l'apparition tardive des symptômes chez certaines patientes (JARNFELT-SAMSIOE,1983).

Ces résultats ne vont toutefois pas directement à l'encontre des théories psychogénétiques concernant l'étiologie de l'affection. C'est à KALTENBACH (1891) que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur les facteurs psychologiques qui pouvaient être à l'oeuvre: cet auteur concluait que "les vomissements de la grossesse sont habituellement l'expression d'une névrose, combinée d'une certaine manière à l'hystérie et rapidement améliorable par un traitement à base de suggestion" ( in FAIRWEATHER, 1968). Dans le même sens allaient les observations de certains auteurs qui relevaient des symptômes analogues chez le futur père (MAYER, 1932; ATLEE, 1934; TRETOWAN, 1967). Quant aux caractéristiques psychologiques le plus souvent avancées en relation avec les nausées et les vomissements de la grossesse, il s'agit, selon les auteurs, d'hystérie de conversion, d'un "refus de la féminité" (MENNINGER, 1939), d'un désir "conscient ou inconscient de ne pas être enceinte" (WEISS et ENGLISH, 1943), de sentiments de culpabilité, de désirs d'auto-punition, d'attachement maternel exagéré, de répulsion à l'égard de la vie sexuelle (BERNSTEIN, 1952), ou encore d'autres traits psychologiques.

Selon une formulation un peu simpliste, le désir inconscient d'avorter se manifeste en "vomissant le foetus" et l'affection risque d'être d'autant plus grave que les désirs inconscients sont étouffés par le discours conscient (WEISS et ENGLISH, 1943), c'est-à-dire lorsque l'on observe une attitude ambivalente vis-à-vis de l'enfant (CHERTOK et al., 1963).

Il est vrai que les données épidémiologiques les plus récentes ne sont pas en désaccord avec les théories psychogènes évoquées, puisque l'on observe une fréquence accrue de nausées chez les femmes dont la grossesse aboutit, en fin de compte, à une interruption volontaire de grossesse (JARNFELT-SAMSIOE et al., 1983). Toutes ces données conduisent en définitive à une vision plus large du problème, permettant de considérer que divers facteurs sont probablement à l'oeuvre simultanément: des concentrations hormonales élevées conduiraient à une intolérance hépatique, spécialement chez des femmes prédisposées "par nature" (cfr ROBERTSON, 1946) ou chez qui le seuil de tolérance serait abaissé par des facteurs psychologiques. De telles femmes trouveraient dans le symptôme l'exutoire d'un conflit actif entre les instances du moi.

Dans l'optique culturelle de notre travail, il ne nous a pas été donné de trouver dans la littérature de comparaisons de fréquences de nausées gravidiques dans divers milieux culturels, si l'on excepte un travail de Margaret MEAD (1950). Elle a en effet constaté que "l'indisposition matinale" n'existe pas chez les Arapesh (ethnie du Nord-Est de la Nouvelle-Guinée) dont la culture considère que l'enfant n'existe que très peu de temps avant la naissance: cette absence de nausées gravidiques contraste avec ce qu'on observe chez les femmes occidentales qui font remonter le début de l'existence à partir de la conception, reflétant en cela l'impact séculaire du christianisme.

Quant à notre travail, il échoue à faire ressortir une influence culturelle sur la fréquence de "nausées importantes en début de grossesse". Les arguments invoqués dans la section précédente sont d'application ici également : le domaine culturel que nous avons investigué concerne spécifiquement le domaine de la santé et de la maladie. Nous devons conclure que les représentations sociales et les attitudes dans ce domaine ne montrent pas de lien évident avec cette symptomatologie gravidique.

Le modèle prédictif que nous avons dégagé montre que les pathologies intercurrentes de la grossesse constituent un "facteur" pronostique défavorable, indépendamment d'une surveillance prénatale précoce. Toutefois, aucune des variables testées dans le modèle multilogistique ne permet de rendre compte du gradient social observé et des différences régionales, qui persistent et demeurent significatives dans le modèle final.

Dans l'ensemble de nos données, nous constatons des tendances (non significatives) qui pourraient venir appuyer l'hypothèse d'une attitude ambivalente vis-à-vis de l'enfant plus fréquente chez les femmes souffrant de nausées importantes. Les taux les plus élevés s'observent en effet chez les très jeunes femmes et chez les isolées (cfr tableau G4) ainsi que chez les non-mariées, toutes situations susceptibles de rassembler une plus forte proportion de grossesses non planifiées. De plus, des analyses plus fouillées, non reprises dans les résultats, montrent que, parmi les répondantes qui considèrent lors de la deuxième enquête que leur dernière grossesse a eu "une mauvaise influence sur leur état général", 57% ont présenté des nausées importantes, contre 39% dans l'ensemble ( $P[0.01]$ ). Enfin, il n'est pas sans intérêt de constater un taux de 47% dans le groupe des femmes opposées à l'idée d'une libre planification des naissances alors que ce taux ne dépassait pas 40% dans l'ensemble (N.S.).

#### I.4.1.3. Hospitalisation prénatale

+ + + + + + + + + + + + + + + + +

Le dernier indicateur de morbidité étudié dans le cadre de la période prénatale se distingue nettement des précédents en ceci qu'il concerne un événement plus rare (9%), et plus "grave", mais surtout qu'il résulte de l'interaction entre l'état de santé maternel, objectif ou subjectif, et la décision médicale. On peut supposer que l'hospitalisation de ces femmes a répondu dans la plupart des cas à l'existence de risques particulièrement élevés pour la grossesse en cours, tels qu'ils ont été perçus par les médecins chargés de sa surveillance. L'hospitalisation est en effet essentiellement une décision médicale, plus qu'un choix du sujet (MECHANIC, 1978).

Il n'est donc pas étonnant de retrouver liées à cet indicateur les variables classiquement impliquées dans le calcul des scores de risque d'accouchement prématuré, tels que l'isolement de la mère, l'existence de fausses couches dans les antécédents, la nationalité étrangère et la santé de la mère en général (KAMINSKI et PAPIERNIK, 1974; KAMINSKI et al, 1975; NEWCOMBE et CHALMERS, 1981).

Nous avons vu plus haut qu'il existait un gradient social très important pour l'hospitalisation de la mère pendant la grossesse (R.R. = 2.47 entre les catégories sociales 1 et 3), mais que l'analyse multivariée ramenait la variable sociale en deçà du seuil statistique lorsque l'on introduisait les variables géographiques, sans toutefois faire disparaître complètement le gradient social. L'apport des variables démographiques et médicales consiste essentiellement dans l'introduction des antécédents de fausse couche et de la mauvaise santé maternelle générale comme facteurs défavorables, et l'existence d'un travail extérieur comme facteur favorable (cfr supra p.103). Dans le modèle ainsi élargi, ni l'isolement ni la nationalité ne marquaient plus leurs effets.

Enfin, dans ce chapitre-ci, nous observons d'abord (dans l'approche d'un modèle "culturel" simplifié) une relation défavorable entre une "vision exogène de la santé/maladie" et l'hospitalisation prénatale (tableau I.2). En revanche, mais ceci n'apparaît pas dans le tableau, deux autres variables culturelles s'inscrivent dans un sens favorable et presque significativement ( $P[0.10]$ ) : ce sont les "facteurs de santé positive" et "d'autonomie". Ceci revient à dire, avec les réserves qu'impose la probabilité d'erreur alpha supérieure au seuil de 5 %, que les femmes qui ont été hospitalisées au cours de leur dernière grossesse sont aussi celles qui ont tendance à manifester une représentation de la santé plus souvent marquée par la référence à la maladie et qu'elles se caractérisent par une plus grande dépendance face au système de soins. Le problème demeure de déterminer le sens de la relation causale, mais ceci est un problème plus général que nous discuterons plus loin (cfr section I.5). De plus, si l'on tient compte des autres variables, la relation observée avec la "vision exogène" perd son caractère significatif.

Certaines conclusions avaient été ébauchées au chapitre F et concernaient l'influence possible de l'"offre" médico-hospitalière dans ce domaine ainsi que les variations que l'on peut observer au niveau des attitudes médicales. Ces réflexions gardent leur pertinence ici, dans la mesure où les variables géographiques continuent à manifester leur association avec le critère de l'hospitalisation prénatale, et ceci malgré notre tentative d'introduire les variables culturelles. Ainsi, dans un modèle multilogistique où l'on inscrit "de force" les 5 variables culturelles, les coefficients relatifs aux variables

d'arrondissement sont à peine atténués. Dès lors, deux hypothèses, nullement inconciliables d'ailleurs, restent en présence : soit les populations des trois arrondissements choisis diffèrent sensiblement sur le plan de la morbidité objective, -et ceci implique donc des risques différents d'aboutir à une issue défavorable de la grossesse-, soit les populations, à risque égal, se trouvent confrontées à des attitudes médicales distinctes.

La première hypothèse se trouve confortée par toute observation visant à montrer des différences régionales de morbidité "objective" : vont dans ce sens les constatations selon lesquelles la mortinatalité et la mortalité périnatale présentaient jusque récemment des variations importantes entre les trois arrondissements (cfr. annexes F.A.3 et F.A.4 ), puisque cet indicateur, à première vue, semble bien refléter la réalité des risques encourus par l'enfant durant cette période. Cependant, force est de constater que même la mortalité constitue un indicateur complexe qui résulte de l'interaction entre des risques "objectivables" et l'adéquation des soins préventifs et/ou curatifs proposés et utilisés (MECHANIC, 1978). C'est bien dans cet esprit qu'a été élaboré le concept de mortalité "évitable" (RUTSTEIN, et al., 1976 ). La mortalité comprend donc une fraction qui répond aux poids des variables génétiques et environnementales sur lesquelles l'action médicale n'a pas d'effet, et une fraction correspondant aux insuffisances des services de santé. A ceci s'ajoute le fait que la mortalité comparée de ces trois arrondissements a considérablement évolué en quelques années (cfr. section F.4.2) : le niveau de la mortalité est devenu très semblable de l'un à l'autre.

En ce qui concerne l'approche des risques par la morbidité périnatale, il faut bien reconnaître que nous manquons cruellement de données pour étayer cette première hypothèse, d'autant plus que le fait de l'intervention médicale ne permet jamais d'évaluer le risque "à l'état pur" en dehors de situations quasi-expérimentales (§). Le poids moyen à la naissance et le taux de pré-terme constituent aussi des indicateurs complexes marqués de l'influence des diverses stratégies associées à la surveillance de la grossesse. Nos propres données révèlent pour ces deux indicateurs des tendances différentielles entre les trois arrondissements étudiés, mais à aucun moment le seuil de signification statistique n'est atteint, même avant la standardisation pour le milieu social.

---

(§) "Mortality and morbidity rates may indicate outcomes of care as well as needs for care" (CARTWRIGHT et O'BRIEN, 1976).

En revanche, pour ce qui concerne l'approche du risque foeto-maternel par les facteurs classiquement mis en cause dans la littérature, nous avons constaté plus haut que les répondantes carolorégiennes se distinguaient sensiblement des autres par l'accumulation d'un certain nombre d'indicateurs de risque, à savoir un moindre niveau socio-économique et culturel, la nationalité (si tant est que la nationalité étrangère constitue encore effectivement un indicateur de risque), le tabagisme, l'albuminurie et la petite taille, pour ne citer que les différences statistiquement significatives. Il est bien probable cependant que d'autres différences existent mais que nos données trop limitées n'arrivent pas à les mettre en évidence.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse, postulant des attitudes médicales différenciées en fonction de la région, elle se trouve soutenue par diverses constatations :

1. au niveau de nos propres données, nous observons à Nivelles et à Bastogne des fréquences très comparables de femmes considérant qu'elles ont présenté une menace de fausse couche (6.9% et 7.1% respectivement) alors que les fréquences d'hospitalisation atteignent 5% à Nivelles, mais seulement 3.5% à Bastogne. La portée de cette observation souffre néanmoins du caractère subjectif de l'évaluation du risque et de la faiblesse des différences.

2. il a été montré à de nombreuses reprises que le corps médical, à qui revient la décision d'hospitaliser ou non, manifestait rarement des comportements standardisés face à des situations analogues (cfr par exemple l'amygdallectomie in WENNBURG et GITTELSON, 1982). Nous ne prendrons comme exemple que la fréquence des accouchements à domicile et de recours à l'épisiotomie.

- aux Pays-Bas, en 1975, 47% des femmes accouchaient à domicile, contrairement aux pays voisins, dont le nôtre, où la proportion d'accouchements à l'hôpital avoisinait les 95%. Pourtant les mères et les bébés ne présentaient pas de risques sensiblement différents dans ce pays, et, si la mortalité périnatale n'atteignait que 13.5‰ (contre 20 ‰ en Belgique), ce fait peut être considéré plus probablement comme une conséquence de la politique prénatale suivie que comme une de ses causes justificatives (HASPELS, 1974; KLOOSTERMAN, 1978; LAURENDEAU, 1983)

- l'épisiotomie est une de ces pratiques médicales qui suscite actuellement une controverse dans le monde médical. Les pratiques sont en effet très variables d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre, alors que l'on n'a jamais démontré de façon convaincante l'efficacité réelle de cette intervention : en France, on observait un taux de 28.2% d'épisiotomies en 1976, contre 62.5% aux Etats-Unis en 1979, et 82.5% au Québec en 1977 (BUEKENS et al., 1984). Il est difficile de soutenir devant ces chiffres que les diffé-

rences sont dictées par la variabilité des situations auxquelles les accoucheurs sont confrontés. Dans notre propre enquête, nous observons un taux global de 29%, mais seulement 12% à Bastogne, selon les dires des répondantes, et une telle différence n'est pas explicable par la diversité des situations obstétricales rencontrées (cfr. section F.4.1).

3. le recours à des filières de soins différentes fournit une possibilité d'expliquer les taux d'hospitalisation inférieurs observés à Bastogne dans la mesure où dans cet arrondissement 21% des femmes enceintes sont suivies uniquement par un médecin généraliste, contre moins de 3% ailleurs. Il est possible que, face à une complication, l'omnipraticien soit plus à même que le spécialiste d'assurer une surveillance intensive en évitant une hospitalisation. Toutefois ceci reste au niveau des conjectures en l'absence d'études plus approfondies sur ce sujet, et rejoint partiellement l'hypothèse culturelle puisque le choix d'une filière médicale donnée revient à la femme enceinte, compte tenu des possibilités qui lui sont offertes concrètement.

4. les chercheurs qui se sont penchés sur le problème de la consommation médicale et hospitalière dans notre pays ont abouti à la conclusion d'un effet important de l'offre, y compris hospitalière, sur la consommation (LEROY, 1981). Ils considèrent que "la densité de lits d'hôpitaux reste la variable la plus pertinente pour expliquer la fréquentation hospitalière régionale", même si le processus ne leur semble pas relever d'une rationalité médicale ou économique judicieuse. Or, pour les trois arrondissements étudiés dans ce travail, la concentration de lits aigus pour 1000 habitants (chiffres de 1974) atteignait 6.95 dans l'arrondissement de Charleroi, contre 2.59 et 3.90 dans ceux de Nivelles et Bastogne. Il faut noter ici que le découpage par arrondissement ne rend pas parfaitement compte des phénomènes réels en raison des "migrations" d'un arrondissement à l'autre : le cas de l'arrondissement de Nivelles est typique, avec la proximité de la capitale et de ses hôpitaux (5.43 lits pour 1000 habitants à Bruxelles en 1974) ( Ibidem ).

En définitive, l'hospitalisation prénatale nous semble pouvoir s'inscrire dans le cadre des observations qui relie positivement l'offre et la demande de soins. Ceci ne nous permet nullement d'éliminer l'idée que les femmes de diverses régions se trouvent aussi exposées à des niveaux de risques distincts, et qu'elles n'adaptent en outre leur comportement selon des modalités culturelles particulières. En rapport avec ce dernier point, on rappellera simplement ici le caractère plus tardif de la première consultation prénatale dans la région de Charleroi. Or, il s'agit bien là du premier maillon de la chaîne susceptible de conduire à une hospitalisation éventuelle et ce maillon reste entièrement sous l'influence des habitudes et des attitudes propres à la femme enceinte.

## I.4.2. Morbidité de l'enfant à la naissance

- - - - -

### I.4.2.1. Mise en couveuse de l'enfant

+ + + + +

L'indicateur de morbidité que constitue la mise en couveuse de l'enfant est encore un indicateur complexe répondant à la fois aux notions de "besoin de santé" et de réponse à ce besoin. De plus, il peut traduire des besoins distincts, dans la mesure où nous avons vu plus haut (y compris dans nos propres résultats, cfr. chapitre G) que les indicateurs de risque différaient pour l'insuffisance pondérale et pour la prématurité gestationnelle.

Nous avons observé que la fréquence de la mise en couveuse suivait un gradient social décroissant très significatif et que, de plus, la durée du traitement suivait une progression parallèle. Quant aux variations régionales, elles se limitaient à la durée du traitement, aspect non investigué dans le présent chapitre. En revanche, deux indicateurs de risque apparaissaient très étroitement liés à la mise en couveuse : la taille de la mère et la prise de poids au cours de la grossesse montraient une relation inverse avec la fréquence de ce traitement. Ces deux indicateurs venaient s'ajouter, et non pas se substituer, à la variable sociale, alors que pour l'insuffisance de poids à la naissance, la prise en compte des facteurs démographiques et médicaux, -notamment le gain pondéral-, ramenait le rôle de la variable sociale loin en deçà du seuil de signification. Cette constatation laissait intacte la question de l'origine d'un gradient social pour la mise en couveuse, et nous devons garder, comme dans la section précédente, l'hypothèse d'une attitude différente du corps médical selon la catégorie sociale de la mère.

Si l'on ne prend en considération que nos cinq "facteurs" culturels, on observe une relation étroite entre la mise en couveuse et deux de ceux-ci, la "santé somatique" et la "vision exogène"; tous deux sont étroitement liés à la catégorie sociale (cfr. tableau H.48). Mais d'autre part, si l'on introduit simultanément les variables sociale, géographiques, démographiques et médicales, le "rôle" de ces deux facteurs s'estompe complètement, laissant persister tel quel le lien avec la catégorie sociale.

#### I.4.2.2. Prématurité

+ + + + + + + + + +

Avec le poids de naissance, il s'agit ici d'une des variables de morbidité, à la fois les plus "objectives" de notre étude et les plus étudiées dans la littérature périnatale. Les quelques restrictions méthodologiques inhérentes au mode d'enquête ( cfr. p.62 et pp. 72-73 ) et à l'imprécision générale de la date des dernières règles ont été discutées plus haut (cfr chap.D.).

De légères variations géographiques ont été observées, au détriment de la région de Charleroi, et un gradient social conforme aux descriptions de la littérature. Toutefois, aucune de ces variations n'atteint le seuil de signification statistique. Il en va d'ailleurs de même pour les variables démographiques et médicales, à l'exception de la préparation à l'accouchement dont le "rôle" protecteur significatif ressortait au chapitre G.

Un seul facteur culturel est apparu lié à la prématurité : la demande de "prise en charge élargie" qui est associée négativement, c'est-à-dire favorablement, et de manière significative à la prématurité gestationnelle. Toutefois, si l'on tient compte en même temps de la préparation à l'accouchement, cette dernière variable seule maintient une liaison significative avec la prématurité. On peut donc penser que cette attitude, qui consiste à revendiquer davantage la gratuité des soins, mais aussi à manifester une position plus libérale face à l'avortement et à donner une définition plus large à la maladie et à la prévention, est peut-être de nature à favoriser un comportement tel que la préparation à l'accouchement, et que ce comportement favorise à son tour la poursuite de la grossesse jusqu'à son terme.

La portée d'une telle conclusion est manifeste, dès lors qu'on considère l'importance des enjeux. Nous avons déjà rappelé l'étroite association qui lie la mortalité périnatale et le développement harmonieux de l'enfant à la prématurité. Même si d'importants progrès ont pu être réalisés dans le traitement des enfants nés avant terme, et si les techniques médicales appliquées au nouveau-né à risque ont permis d'améliorer considérablement le pronostic ( HACK et al., 1979 ), il reste néanmoins que si l'on veut améliorer encore les résultats obtenus, ce n'est plus tellement au niveau du traitement de la prématurité que les efforts doivent porter, mais au niveau de sa prévention.

#### I.4.2.3.Poids de naissance + + + + + + + + + + + + + + +

L'indicateur étudié dans cette section est le plus classique des indicateurs de morbidité périnatale étudiés, et une abondante littérature y a été consacrée ( cfr. REED et STANLEY, 1977; BARRON et THOMSON, 1983 ); ceci tient essentiellement au fait que sa mesure est objective, précise, et de surcroît facile, à travers tous les continents. Quant à sa pertinence, elle découle de l'étroitesse des liens pronostiques qu'il maintient, dans une grande diversité de contextes, avec la mortalité et avec les autres indicateurs de morbidité, tels que l'incidence de diverses pathologies et les retards de croissance et de développement. Le caractère arbitraire de la limite utilisée saute aux yeux, mais il n'empêche pas le poids de naissance subliminal de garder sa valeur pronostique.

Nous avons, quant à nous, montré un gradient social décroissant pour la fréquence de poids de naissance inférieurs au seuil de 2.5kgs et ceci ne fait que confirmer les observations faites ailleurs ( EGBUONOU et STARFIELD, 1982; OUNSTED et SCOTT, 1982). Nous avons pu montrer en outre qu'un faible gain pondéral, le tabagisme et l'âge avancé jouaient chacun de manière indépendante un rôle défavorable, la multiparité un rôle favorable, et que l'entrée de ces 4 variables dans un modèle multilogistique estompait très largement le gradient social précédemment observé.

Une première analyse du rôle éventuel des variables culturelles ne laissait percevoir aucun lien simple entre celles-ci et la fréquence de "petits poids de naissance". Mais, curieusement, dès lors que l'ensemble des variables était traité simultanément, la "vision exogène" faisait son entrée dans le modèle multilogistique, affectée d'un coefficient positif. Sa contribution était importante, doublant quasiment le risque relatif observé, et hautement significative sur le plan statistique. Il est intéressant de remarquer que, en dehors du jeu des variables non-culturelles, cette variable culturelle ressort également, en liaison avec l'hospitalisation prénatale, la mise en couveuse et l'existence d'un problème à la naissance; elle est affectée chaque fois d'un coefficient positif, indiquant une vision "exogène" plus marquée chez les femmes affectées par ces problèmes de santé. Pour l'existence de "problèmes à la naissance", le lien statistique résiste à l'introduction simultanée des variables non-culturelles.

Il est tentant d'attribuer la similitude des observations relatives à ces 4 indicateurs de morbidité pré- et péri-natale à leur étroite intercorrélation. En effet, il semble médicalement logique d'imaginer que la future mère soit hospitalisée plus souvent lorsque des problèmes de croissance in utero ou des risques de prématurité sont perçus par son médecin. Il semble aussi logique que des nouveau-nés de faible poids présentent davantage de "problèmes" et soient plus sujets à bénéficier d'une

mise en couveuse. Il demeure toutefois que, mis à part ce facteur de "vision exogène", la seule variable prédictive que le "petit poids de naissance" partage dans les modèles multilogistiques avec l'un des autres indicateurs de morbidité, c'est le gain pondéral durant la grossesse: cette variable joue en effet un rôle significatif pour la mise en couveuse également, vraisemblablement de manière indirecte via le poids de naissance.

L'interprétation causale du sens de la relation observée fait partie de la discussion plus générale de l'impact des conceptions et attitudes culturelles sur la morbidité. Il faut en effet envisager comment la maladie, vécue à un niveau personnel ou dans l'entourage, peut agir à son tour sur les représentations symboliques qui permettent d'ajuster les perceptions et les conduites. Ce point sera discuté plus loin de façon plus générale (cfr. section I.5 ).

#### I.4.2.4. Réanimation néonatale

+++++

Dans notre enquête, 39 enfants ont dû, selon les dires de la mère, être ranimés à la naissance (5.2%). Cette fréquence est la plus faible observée parmi les divers indicateurs de morbidité que nous avons retenus. Sans doute ce fait explique-t-il que la plupart des tests statistiques effectués n'atteignent pas le seuil de signification requis. Il en va ainsi des différences régionales, alors que Charleroi et Bastogne connaissent des taux doubles de ceux de Nivelles, et des différences sociales qui ne montrent pas à proprement parler un gradient, mais une fréquence accrue dans la catégorie inférieure. Quant aux variables démographiques et médicales, seuls l'isolement maternel et la mauvaise santé générale marquent leur impact dans une analyse bivariée de proportions, la surveillance prénatale précoce arrivant à la limite du seuil de signification ( $P = 0.054$ ) avec un risque relatif supérieur à 2. Dans une approche multilogistique, seule la consultation prénatale ressort de l'analyse, reflétant une consultation plus précoce chez les femmes dont l'enfant a dû être ranimé à la naissance.

Le présent chapitre montre en outre une absence totale de liaison de la réanimation néonatale avec les facteurs culturels étudiés, que ce soit en l'absence ou en présence des autres variables.

Nous devons dès lors conclure à l'impossibilité de dégager de notre enquête d'autres facteurs de risque que ceux qui sont liés à l'état de santé de la mère. Celui-ci est probablement reflété de façon plus adéquate par le recours précoce à la consultation prénatale que par le fait de ne pas se considérer "en bonne ou en très bonne santé" 6 mois après la naissance. Ajoutons à ceci qu'une partie des consultations prénatales très



des "problèmes". La fraction des enfants présentant un problème et non couverts par notre étude du fait de cette sélection involontaire est donc proportionnellement plus faible, et les résultats risquent moins d'en souffrir.

Quant au sens d'une éventuelle causalité, nous en réservons la discussion pour la section I.5.

#### I.4.3. Morbidité du nourrisson évaluée dans la première enquête

-----

##### I.4.3.1. Enfants "déclarés malades"

+++++

Parmi les enfants âgés de 4 à 9 semaines, environ 19% sont déclarés par leur mère au moins une fois malade depuis la naissance. Nous voici à nouveau face à un indicateur global et subjectif, puisque la définition du "malade / non malade" revient entièrement à la répondante, et qu'il n'est pas fait mention ici de diagnostic ou d'une quelconque classification des maladies.

Cet indicateur de morbidité est très lié à la catégorie sociale. - avec un risque relatif de 2.5 entre les catégories inférieures et moyennes d'un côté, et la catégorie supérieure de l'autre -, et à l'arrondissement de résidence, à l'avantage de Charleroi où le taux atteint la moitié de celui de Bastogne. En revanche, il est particulièrement surprenant de constater qu'aucune des variables démographiques ou médicales n'arrive à s'insérer dans le modèle multilogistique. Il nous reste dès lors à tenter de trouver ailleurs l'origine de ces variations sociales et géographiques.

Une première hypothèse consiste à postuler des différences similaires au niveau de la morbidité "objective". Elle ne fait toutefois que déplacer le problème, dans la mesure où nous devrions nous poser à ce moment la question de l'origine des différences de morbidité objective. Pour appuyer cette hypothèse, nous disposons des réponses de la mère à un certain nombre de questions précises concernant l'existence de certains symptômes depuis la naissance (toux, diarrhées, vomissements, etc.); ces symptômes couvrent les problématiques les plus courantes du nourrisson. Nous observons de fait un gradient social parallèle pour l'existence de ces symptômes, mais, lorsqu'on analyse les données par arrondissement, on n'observe plus aucune différence. Nous pensons dès lors que cette hypothèse reste défendable pour expliquer, ne fût-ce que partiellement, les variations sociales de morbidité déclarée; elle est cependant incapable de rendre compte des faibles taux d'enfants déclarés "malades" dans l'arrondissement de Charleroi.



Comme nous l'avons déjà souligné, l'impact des autres variables est minime. Les variations géographiques ne concernent que la toux, et vont dans un sens opposé à celles de la morbidité ressentie : Charleroi connaît une fréquence de toux deux fois supérieure à celle de Nivelles. Et le désavantage des enfants de Charleroi est confirmé dans l'approche multivariée. L'isolement maternel apparaît défavorablement lié aux vomissements du nourrisson et l'importance de la prise de poids durant la grossesse est corrélée positivement à la fréquence de la toux. Sur l'ensemble de la symptomatologie regroupée, la prise de poids marque son effet, et la mauvaise santé maternelle ressort comme indicateur de mauvais pronostic, éliminant du modèle la variable de catégorie sociale.

Les tentatives du présent chapitre d'améliorer les modèles multilogistiques en y incluant les variables relatives à la culture sanitaire se soldent par un échec. Aucun des cinq facteurs ne semble pouvoir établir de lien statistique significatif avec la morbidité telle que mesurée dans cette section, c'est-à-dire dans une tentative d'objectivation de l'état de santé du nourrisson. Ceci ne revient pas à dire que de tels liens entre attitudes culturelles et état de santé n'existent pas en fait, mais les conditions dans lesquelles nous nous trouvons ne nous ont pas permis de les mettre en évidence s'ils existent.

La seule symptomatologie présentant des variations socio-géographiques nettes est constituée par la toux, et c'est pour elle que nous sommes poussés à chercher plus avant l'origine des disparités observées. L'approche culturelle ne débouchant pas sur des conclusions positives, nous pensons qu'il faut attribuer dans notre échantillon aux conditions du milieu la source des problèmes respiratoires davantage qu'au mode de vie des parents et à leur environnement culturel. La relation entre les polluants atmosphériques et les maladies respiratoires a été démontrée depuis longtemps (PUFFER et GRIFFITH, 1967; OMS, 1972; COLLEY et BRASSER, 1981) et il ne fait aucun doute que les enfants de Charleroi sont plus exposés à une telle pollution dans le cadre urbanisé et très industriel qui est le leur. D'autre part, les conditions de logement, en particulier la vétusté des habitations, le mode de chauffage des habitations et l'éventuelle humidité ambiante qui en découle, constituent des facteurs dont le rôle a déjà été démontré dans l'étiologie des divers syndromes respiratoires (POND, 1965; JACOBS et STEVENSON, 1981).

En définitive et en ce qui concerne les débuts de la vie de l'enfant, nous estimons pouvoir conclure que les disparités de santé "objective" observées semblent correspondre davantage à l'impact des conditions d'existence et des facteurs de milieu qu'à celui de la culture sanitaire des parents, pour autant que l'on puisse concevoir ces deux aspects comme fondamentalement distincts plutôt que comme dialectiquement reliés l'un à l'autre.

#### I.4.4. Morbidité de l'enfant évaluée lors de la seconde enquête

##### I.4.4.1. Enfant ayant présenté une maladie depuis la naissance

+++++

A la différence de l'hospitalisation, qui sera envisagée dans la section suivante, les fréquences d'enfants ayant souffert d'une maladie depuis la naissance présentent une grande uniformité, tant à travers les catégories sociales que d'un arrondissement à l'autre; cette constatation demeure d'application dans une optique multivariée, lorsqu'on tient compte des variables médicales et démographiques. Parmi ces dernières, c'est essentiellement la santé de la mère qui semble liée, de même que le mode de garde de l'enfant, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre G.

Notre approche culturelle (tableau I.4) nous a conduit à observer une relation défavorable et significative entre la conception "somatique" de la santé et les 5 indicateurs de morbidité émanant de la deuxième enquête (§). Si l'on tient compte en outre des autres variables, cette relation persiste pour quatre d'entre eux, et notamment pour "l'enfant malade", qui nous occupe ici

Il convient de faire remarquer que, à la différence des indicateurs de morbidité précédemment traités, nous nous trouvons ici face à des données que l'on pourrait qualifier de prospectives. En effet, les valeurs obtenues pour les cinq "facteurs" culturels sont déterminées à partir de la première enquête, tandis que les indicateurs de morbidité dont il est question dans ce quatrième volet sont construits sur les réponses à la deuxième enquête, menée six mois après la première. Cette chronologie constitue un argument pour la discussion qui sera menée plus loin sur le sens de la relation éventuellement causale entre culture sanitaire et santé.

Une autre remarque importante a pour objet la spécificité de cet indicateur de morbidité par rapport à celui qui a été discuté auparavant : l'enfant âgé de 4 à 9 semaines et déclaré malade au moins une fois depuis sa naissance (données de la première enquête). Il s'agissait là d'une vision globale et essentiellement subjective alors que dans le cas présent, nous avons demandé de reporter dans une grille spéciale (cfr.annexe B) les divers épisodes de maladie, en indiquant leur nature

-----  
(§) Le renversement de signe auquel on assiste pour le cinquième est dû au fait qu'il s'agit d'un indicateur de santé et non plus de morbidité.

(diagnostic maternel ou médical), leur durée, leur époque et les traitements administrés. Le seuil qui sépare les malades des non-malades au travers d'une telle démarche se rapproche davantage des critères conduisant à l'adoption de comportements de maladie spécifiques ("sickness behavior"), alors que dans le premier cas (première enquête) on avait plutôt affaire aux seuils qui déterminent les comportements de "non-santé" ("illness behavior") (KASL et COBB, 1966).

Il est intéressant, dans un tel cadre conceptuel, de noter que dans le premier cas c'est le facteur "santé positive", alors que dans le second c'est le facteur "santé somatique" qui ressort de l'analyse multilogistique comme prédicteur possible de l'état considéré.

#### I.4.4.2. Enfant hospitalisé

+ + + + + + + + + + + + + + + +

L'hospitalisation du nourrisson répondait à un très net gradient social décroissant et à des variations géographiques nettes et significatives au détriment des enfants carolorégiens. Nous avons toutefois constaté la disparition des variables sociale et géographiques du modèle prédictif, dès lors que nous y introduisons les variables confondantes possibles, de nature médicale ou démographique. En l'occurrence la nationalité étrangère, la mauvaise santé et l'isolement de la mère constituaient de meilleurs indicateurs de risque, puisque leur substitution améliorait la qualité du modèle.

L'adjonction des variables culturelles se soldait par l'introduction dans le modèle de deux d'entre elles, le facteur "santé somatique" et la "vision exogène" avec un gain substantiel au niveau des risques relatifs et de la statistique du maximum de vraisemblance.

Il est à noter que lorsque nous nous étions intéressé à l'hospitalisation prénatale de la mère, le facteur "vision exogène" était apparu avec un coefficient positif en l'absence des variables socio-géographiques, démographiques et médicales. Après l'introduction de ces variables, le coefficient restait positif, mais perdait son caractère significatif. Dans le cas présent, pour l'hospitalisation du nourrisson, le coefficient relatif à ce facteur est négatif et très hautement significatif. Ceci semble indiquer que des déterminismes distincts conduisent à hospitaliser la mère dans un cas et l'enfant dans l'autre; à l'inverse des similitudes ressortent lorsque l'on compare l'ensemble des résultats de l'analyse bivariée (tableaux G.4 et G.13). La mauvaise santé maternelle, la situation d'isolement et la nationalité étrangère de la mère semblent reliées défavorablement à l'hospitalisation dans les deux cas. Il en va de même de la catégorie sociale inférieure et du fait de résider dans l'arrondissement de Charleroi. Malgré de telles similitudes, les analyses multilogistiques débouchent sur des jeux de

variables sensiblement différents, puisque la mauvaise santé maternelle est la seule variable à se retrouver incluse dans les deux modèles.

On peut objecter que le caractère arbitraire du seuil de signification statistique choisi explique en partie de telles discordances, dès lors que l'on joue sur de petits effectifs et des taux d'incidence peu élevés (9.1 % et 8% respectivement). La stabilité des modèles multilogistiques est dans de pareils cas fortement affectée par le nombre des variables indépendantes introduites et par leurs intercorrélations.

Il reste néanmoins à s'interroger sur les comportements opposés dans les deux cas du facteur que nous avons appelé "vision exogène". Une tentative d'explication pourrait venir de la distinction à faire entre l'hospitalisation prénatale aux visées essentiellement préventives et l'hospitalisation du nourrisson aux implications curatives plus manifestes du point de vue de l'enfant. Dans la période prénatale, outre les déterminants extérieurs, imposés par la situation de risque "objective", des tendances plus "préventives" de la future mère pousseraient, - ou freineraient moins -, une décision médicale d'hospitalisation. Dans la période post-natale, la décision d'hospitaliser l'enfant correspondrait le plus souvent à un échec de la "prévention" prise dans son acception la plus large, et interviendrait surtout dans des cas de pathologies plus avancées, faute d'être intervenu plus tôt.

Les conjectures qui précèdent expliqueraient les discordances de comportement de la variable culturelle "vision exogène". Si l'on se reporte au tableau H.47, présentant la composition de ce facteur, on trouve des arguments pour les étayer : le côté négatif de l'axe répond essentiellement à une vision fataliste et résignée d'un fonds de santé (le "donné" ) repoussant à l'autre extrême des conceptions étiologiques mettant en cause l'environnement et l'hygiène personnelle, et donc, en fin de compte, poussant davantage à une intervention préventive.

La situation est en outre compliquée par la corrélation positive qui existe entre l'hospitalisation prénatale et l'hospitalisation du nourrisson ( $r=0.11$ ;  $P=0.006$ ). Cette corrélation relativement faible, quoique significative, résulte à notre avis de deux phénomènes jouant dans des sens opposés. Les femmes hospitalisées, mais ayant accouché d'un enfant vivant lors de la première enquête, constituent un groupe sélectionné de femmes présentant de hauts risques pour le fœtus, ou dans certains cas pour elles-mêmes. On peut dès lors s'attendre à ce que leurs enfants constituent également un groupe à haut risque du point de vue de leur santé post-natale. De plus, si l'on admet l'hypothèse de comportements différentiels, - de la part des individus ou des médecins qui les surveillent -, et donc de filières de soins différentielles (cfr. BASTENIER et DASSETO, 1977), on comprend que les deux variables évoluent dans des sens parallèles.





Nous n'avons pas retrouvé de façon significative un tel lien à travers l'ensemble des analyses que nous avons menées jusqu'ici. Plusieurs raisons peuvent être avancées :

1. notre "facteur d'autonomie" est loin d'être superposable aux indicateurs de dépendance utilisés dans les autres études, tels que le "dependency trait", dérivé du MMPI, utilisé par certains auteurs. Dans le cadre de la gestion des problèmes de santé, nous avons envisagé l'autonomie uniquement face au monde médical; rien n'exclut que des personnalités très dépendantes, de type psychogénétique "oral" par exemple, trouvent dans leur entourage les ressources leur permettant de ne recourir que rarement au système médical. De telles personnalités apparaîtraient comme très "autonomes" dans notre approche, mais très dépendantes dans l'autre optique.

2. il est vraisemblable que les relations qui ont été montrées entre un "caractère dépendant" et une susceptibilité générale à la maladie (cfr. HINKLE et al., 1958) s'appliquent malgré tout à certains types de maladies plus particulièrement, et l'on songe d'abord aux maladies dites psychosomatiques. Dans le cadre général d'une vision multifactorielle de la plupart des maladies, nous entendons par là celles qui portent plus lourdement que les autres le poids des facteurs psychologiques et culturels. Si cette hypothèse devait se vérifier, on serait moins étonné de la faiblesse de l'effet d'une telle variable psycho-culturelle sur les pathologies les plus lourdes de la grossesse répondant davantage à des déterminismes biologiques qu'à l'état psychologique. A notre avis, cette remarque vaut également pour toute une série de pathologies obstétricales ou post-natales, par exemple pour les maladies infectieuses diverses qui constituent le gros des problèmes ayant affecté nos "enfants malades".

En tout état de cause, nous constatons dans les données de notre enquête que c'est sur l'indicateur de morbidité le plus susceptible de révéler la qualité de la relation mère-enfant que se marque l'effet de notre variable d'"autonomie" face au système de soins. Le fait que "l'autonomie" ne soit pas apparue jusqu'ici peut être interprété comme une certaine confirmation de l'adéquation et de l'efficacité du système de santé pour la plupart des problèmes "médicaux" de la mère et de l'enfant. Mais, en revanche, au vu de la relation "autonomie" / soucis causés par l'enfant", on peut se demander si le système de soins, tel qu'il fonctionne actuellement, a réussi à intégrer dans ses objectifs la promotion d'un lien harmonieux entre la mère, - ou plus exactement les parents -, et l'enfant. De nombreux auteurs depuis BOWLBY (1951, 1978, 1980) ont insisté sur l'importance de ces liens pour le développement de l'enfant, et sur les conséquences à long terme d'une mauvaise relation à ses débuts, mais il n'est pas certain que ces découvertes relativement récentes aient suffisamment pénétré les habitudes du personnel soignant (cfr. BRAZELTON, 1983).

#### I.4.4.5. L'enfant en parfaite santé

+ + + + + + + + + + + + + + + + +

Le dernier, mais non le moindre, de nos indicateurs de santé/maladie, résulte de la vision positive de la mère concernant l'état de santé de son bébé. Une mère sur cinq considère en effet lors de la deuxième enquête que la santé du dernier-né est "très bonne" ou "excellente" et non seulement "bonne" (ce qui est le cas pour 66% des répondantes). Ceci montre à l'évidence que nous avons placé la barre très haut, nous approchant de la définition de la santé préconisée par l'OMS depuis 1948 ( O.M.S., 1976 ).

Les variables classiques laissent persister des différences régionales considérables, ainsi qu'on l'a vu plus haut. A côté de celles-ci un gradient social positif se marque et devient significatif lorsqu'on entre simultanément la variable d'âge. Les très jeunes mères et celles de la catégorie sociale supérieure déclarent plus souvent que les autres que leur enfant est en parfaite santé.

Une variable culturelle est également associée à cet indicateur de santé positive : il s'agit de la vision somatique de la santé, jouant dans un sens défavorable; son rôle est significatif en l'absence ou en présence des autres variables, mais son entrée dans le modèle entraîne la disparition de la variable sociale qui se retrouve en-deça du seuil de signification ( $p = 0.30$ ). Nous assistons ici à une substitution de variables ayant pour conséquence un gain significatif au niveau de la S.M.V. et des "risques relatifs", ainsi qu'une atténuation substantielle de la liaison observée entre la variable sociale et l'indicateur étudié.

Cet indicateur est le seul indicateur "positif" dont nous disposons. Les corrélations avec les autres variables de morbidité de l'enfant relatives à la deuxième enquête vont dans le sens attendu (cfr.annexe D.A.1) mais on peut relever que les coefficients sont faibles ( $-0.11$ ) avec "l'enfant malade", par exemple). Ce dernier point permet de conclure que l'indicateur de santé positive ne mesure pas exactement l'envers, ou le complément, des phénomènes couverts par les indicateurs négatifs. Pour continuer la comparaison avec "l'enfant malade", les modèles multilogistiques qui ressortent de nos analyses ne constituent pas des images en miroir : le seul prédicteur commun est le facteur de "santé somatique", affecté comme attendu d'un signe opposé. L'effet systématique de cette composante principale sur les indicateurs de santé/morbidité de la 2ème enquête sera discuté plus en détail et de façon plus globale dans la section suivante. En particulier, il nous faudra approfondir la question du caractère causal des relations observées. Et si causalité il y a, dans quel sens doit-on la concevoir?

## I.5. Culture sanitaire et santé : un bilan

Dans les sections qui précèdent nous avons passé en revue les divers indicateurs de santé/morbidité couverts par ce travail; à chaque fois l'éventail élargi des déterminants possibles a été envisagé, et nos résultats ont été comparés aux données disponibles dans la littérature. Nous voulons à présent prendre le recul nécessaire pour dresser le bilan global de ce travail. Davantage que sur les détails et les particularités, c'est sur la vue d'ensemble et sur les convergences que nous voulons mettre l'accent à présent.

A quelles conclusions générales nous conduisent donc les multiples tableaux qui se sont succédé ? Et quelles retombées peut en attendre "l'homme de terrain" ? Ces questions sont fondamentales pour qui veut éviter de voir réduire ses réflexions à un jeu stérile. Nous pensons dès lors que les enjeux doivent être clairement discutés, et en particulier dans le domaine de la prévention.

### I.5.1. Les enjeux de la prévention

-----

Nous avons pu dégager des chapitres précédents un certain nombre de conclusions concernant l'association, au sens statistique, de divers indicateurs de santé/morbidité d'un côté et de diverses variables "indépendantes" de l'autre. Parmi celles-ci, nous avons distingué essentiellement quatre groupes de variables :

- les variables sociale et géographiques, traitées dans les chapitres E et F;
- les variables maternelles :
  - 1) médicales ou démographiques fixées en début de grossesse (chapitre G).
  - 2) médicales ou comportementales, susceptibles d'être modifiées en cours de grossesse (chapitre G);
- les variables culturelles (chapitres H et I).

Nous avons considéré d'emblée que les variables sociale et géographiques ne pouvaient pas être considérées comme des facteurs de risque, mais bien comme des indicateurs de risque. En effet, de telles variables condensent en elles une foule de facteurs et d'indicateurs étroitement intercorrélés (OAKLEY et al., 1983).

Parmi cet ensemble, on a intérêt à distinguer les variables fixées en début de grossesse et celles qui sont susceptibles d'évoluer; cet intérêt découle des objectifs de prévention. Pour neutraliser (ou favoriser) l'action des premières, le cadre de la surveillance prénatale est inadéquat : "les cartes sont déjà jouées" à ce moment. Inversement, ces variables sont souvent les seules disponibles au début de la grossesse pour déterminer l'importance du risque encouru par la mère et par le fœtus. Le deuxième jeu de variables, relatif au cours même de la grossesse, - et nous pensons ici au tabagisme, au gain pondéral, et à la tension artérielle, aux complications diverses, aux menaces de fausses couches ou d'accouchement prématuré, etc.-, ne peut pas servir à établir un risque de façon précoce. En revanche, il est beaucoup plus accessible à la prévention, dans le cadre d'une surveillance adéquate débouchant sur des interventions correctrices ( NEWCOMBE et CHALMERS , 1981).

On comprend aisément l'importance de la distinction. En particulier, nous voulons répondre dans l'ordre à une série de questions concernant les "facteurs culturels" susceptibles de rentrer en ligne de compte pour définir un risque périnatal :

1. ces facteurs sont-ils associés statistiquement au déroulement de la grossesse, à son issue et à la santé de l'enfant qui en résulte ?
2. si ces facteurs sont associés statistiquement, le sont-ils de façon causale, et si oui, dans quel sens ?
3. si ces facteurs déterminent causalement la santé et la morbidité de la mère et de l'enfant, dans quelle mesure sont-ils fixés au départ de la grossesse ? Ou encore, dans quelle mesure sont-ils accessibles à des interventions visant à favoriser les attitudes et les comportements les plus adéquats ?

Ces quelques questions nous guideront tout au long de ces paragraphes qui tentent de cerner les enjeux et les perspectives d'une approche psycho-sociale et culturelle de la grossesse. La discussion s'orientera successivement autour des divers points suivants :

- I.5.2. - l'association statistique entre les variables
- I.5.3. - l'enchaînement causal des phénomènes observés
- I.5.4. - la stabilité des traits culturels en rapport avec la santé

### I.5.2. Association statistique entre les variables étudiées

-----

Nous avons discuté lors de la présentation de chaque chapitre les implications spécifiques des méthodes utilisées, ainsi que l'interprétation qui devait être donnée aux résultats observés. Il est néanmoins utile de revenir d'une manière plus globale à l'interprétation des résultats de ce chapitre qui porte sur les relations entre CULTURE et SANTE.

Dans une première phase, nous avons présenté les tableaux I.1 à I.4 : ceux-ci portent sur une analyse multilogistique des relations entre chacun de nos 18 indicateurs de santé/morbidité d'une part, et le jeu des cinq composantes principales (C.P.), ou variables culturelles, d'autre part. Ces tableaux couvraient un total de 90 liaisons statistiques ( 18 x 5 ); sur cet ensemble, 13 ( 14% ) ont été trouvées significatives au seuil de 5 %, alors que le seul effet du hasard aurait conduit à en relever 4 ou 5.

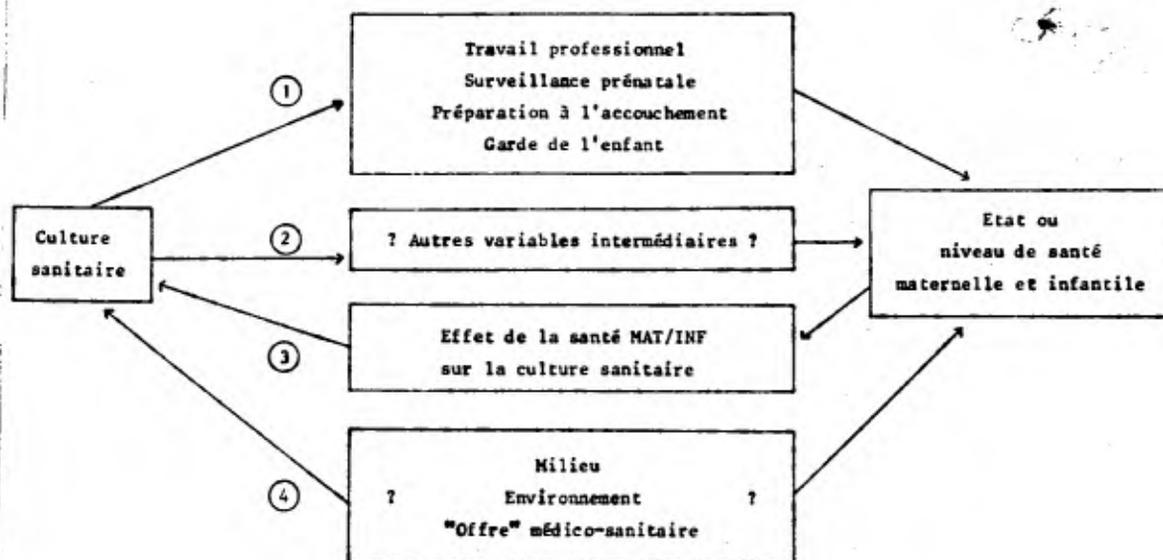
Dans une deuxième phase, les composantes principales ont été analysées en concurrence avec les variables précédemment dégagées comme significativement associées aux indicateurs de santé/morbidité. Sur un total de 90 liaisons statistiques étudiées entre composantes principales et indicateurs de santé/morbidité, 9 (10%) apparaissent significatives au seuil de 5 %. Les "effets" significatifs se distribuent de la manière suivante:

|                                    |        |                 |
|------------------------------------|--------|-----------------|
| C.P.1 = santé positive             | : 1/18 | (attendu = 0.9) |
| C.P.2 = autonomie                  | : 1/18 | (attendu = 0.9) |
| C.P.3 = santé somatique            | : 4/18 | (attendu = 0.9) |
| C.P.4 = vision exogène             | : 3/18 | (attendu = 0.9) |
| C.P.5 = prise en charge<br>élargie | : 0/18 | (attendu = 0.9) |
|                                    | -----  |                 |
| Total =                            | 9/90   | (attendu = 4.5) |

Cette répartition nous montre clairement que nos résultats ne parviennent pas à mettre en évidence le rôle éventuel des C.P. "santé positive", "autonomie" et "prise en charge élargie". A l'inverse, la C.P. "santé somatique" et la C.P. "vision exogène" montrent de réels liens avec la santé/morbidité, telle que nous l'avons abordée dans ce travail. Plus précisément, il est apparu que la C.P. "santé somatique" est liée de façon défavorable à la morbidité du nourrisson dans les 7 à 9 premiers mois, et la C.P. "vision exogène" de façon défavorable à la morbidité telle qu'évaluée à la naissance.

Ces liens, il faut le rappeler, apparaissent ici dans une approche multivariée où nous avons pris en considération un grand nombre de variables démographiques, médicales et même comportementales. Nous pensons que la liste des variables

Figure 1. : Hypothèses concernant les relations causales pouvant expliquer une association statistique entre facteurs culturels et indicateurs de santé.



retenues est loin d'épuiser l'ensemble des facteurs susceptibles d'agir sur la santé maternelle et infantile, mais elle reprend la plupart de ceux qui ont été jusqu'ici mis en cause dans la littérature. Ceci plaide pour une association statistique directe, dans l'état actuel de nos connaissances, entre ces variables culturelles et ces indicateurs de santé.

Il convient toutefois de revenir sur le rôle particulier des variables de comportement (travail à l'extérieur, tabagisme, consultation prénatale précoce, préparation à l'accouchement et garde de l'enfant). Ces variables nous semblent en effet devoir être considérées à des niveaux différents. D'une part, outre leur éventuelle influence directe sur la santé, elles sont susceptibles d'entraîner des opinions, des attitudes, voire des comportements de santé particuliers; il a par exemple été montré que les femmes au travail sont plus susceptibles de recourir précocement à la surveillance prénatale (VANDENBUSSCHE et al, 1983). Mais d'autre part, ces comportements sont eux-mêmes sous l'influence de facteurs culturels, et nous avons pu découvrir, par des analyses plus détaillées et non reprises ici, des liens significatifs entre nos "facteurs culturels" et ces variables comportementales, à l'exception du tabagisme. Cette observation nous laisse penser qu'une relation indirecte entre la santé et les facteurs culturels peut être médiatisée par les variables de comportement, ajoutant ainsi à la complexité du modèle.

La figure I.1 reprend sous forme graphique la présentation de nos hypothèses explicatives. On comprend, en examinant le schéma que les relations statistiques auxquelles nous venons de faire allusion sont du type (1). Mais en outre, il nous faut recourir aux hypothèses (2), (3) et (4) pour rendre compte des relations significatives qui subsistent dans l'approche multivariée entre les facteurs culturels et les indicateurs de santé. Ceci revient à dire que nous ne connaissons pas encore le sens des relations causales (3), que nous ne pouvons exclure le rôle d'une ou de plusieurs variables communes, influençant à la fois le niveau de santé/morbidité et les traits de culture sanitaire (4); de plus, si la relation va bien dans le sens d'une influence de la culture sur le niveau de santé, nous ne savons pas encore expliquer au travers de quelles variables intermédiaires une telle influence peut s'exercer (2). Ce schéma illustre bien le caractère exploratoire de notre étude, et la façon dont les hypothèses peuvent être reformulées à son issue.

Pour ce qui regarde les variables intermédiaires, nous ne pouvons que suggérer quelques pistes de recherche. Ainsi, nous n'avons pas cru pouvoir retenir dans notre questionnaire une question permettant de cerner le caractère "désiré/non-désiré" de la grossesse. Or, il nous semble qu'il s'agit là d'une variable réellement pertinente. Divers travaux ont montré l'impact de programmes de planification familiale sur la santé de l'enfant (WRIGHT, 1975; MAINE, 1981) et l'influence sur celle-ci d'une bonne relation entre la mère et l'enfant dès les stades les plus précoces du développement (SAND, 1966; SOUMENKOFF et al, 1982; BRAZELTON, 1983). Nous pensons que l'attitude profonde de la

mère vis-à-vis de la grossesse, même si son étude pose des problèmes complexes, pourrait être une de ces variables intermédiaires. La culture globale marque de son empreinte l'ensemble des phénomènes de la reproduction; plus particulièrement la culture sanitaire est susceptible d'influer sur le choix des moyens contraceptifs, et donc en définitive sur le risque pour la femme de se retrouver confrontée à une grossesse non planifiée.

Outre cette variable, il conviendrait d'étudier dans le détail les divers comportements de la grossesse, liés ou non à la surveillance prénatale, ainsi que l'ensemble des gestes quotidiens qui font la vie de l'enfant dès ses premiers jours. Il apparaît d'emblée que de telles approches nécessitent d'autres cadres d'étude, et d'autres moyens.

A côté de ces perspectives de recherches approfondies, nous voulons revenir ici au rôle de la nationalité, étudiée comme indicateur culturel potentiel. Il est classique, et nous l'avons rappelé plus haut, d'étudier les cultures en s'appuyant sur les origines ethniques. Nous avons vu dans le chapitre H que la culture sanitaire, telle que nous l'avons définie et étudiée, pouvait connaître des variations substantielles en fonction de l'ethnicité. Et pourtant, il ressort des chapitres G et I que la variable de nationalité ne s'inscrit dans les modèles multilogistiques que pour un seul indicateur: l'"hospitalisation du nourrisson". Quant à l'utilisation de filières médicales distinctes, elle avait été mise en évidence par BASTENIER et DASSETO (1977), qui montraient chez les migrants une consommation médicale moindre globalement, mais un recours accru à l'hospitalisation.

Pour le reste, le rôle de cette variable semble donc relativement modeste. Ceci va dans le sens des données les plus récentes sur la mortalité périnatale, puisque les taux sont actuellement très proches pour les enfants belges et les étrangers; en Wallonie, ces taux sont même légèrement inférieurs pour les enfants étrangers contrairement à ce qui avait été décrit auparavant (LAMBEAU, 1984).

Pour ce qui concerne le rôle effacé de cette variable dans le cadre du présent travail, nous pensons pouvoir formuler deux remarques :

- 1) l'effectif des répondantes étrangères est limité, d'une part, et d'autre part, cette catégorie est extrêmement hétérogène, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Ceci conduit à penser que le matériel dont nous disposons ne convient pas pour mettre en évidence d'éventuelles différences de niveau de santé.

- 2) la deuxième remarque fait appel au cadre culturel plus général des répondantes, que nous n'avons nullement approché dans cette étude. Nous pensons que ce cadre culturel est très différent de celui qui prévaut généralement dans notre société. Mais le fait d'en extraire un sous-ensemble (la culture sanitaire) empêche de rendre compte de la réalité des phénomènes dans leur complexité. Pour donner un exemple, une attitude très "autonome", distante du système de soins, entraîne très certainement des conséquences variables selon que la famille fonctionne sur un modèle nucléaire ou sur un modèle élargi; or c'est ce dernier type de famille qui s'observe dans bon nombre de familles immigrées contrairement à la plupart des familles belges. Une fois de plus nous touchons aux limites de notre méthode : il est vraisemblable qu'une étude centrée sur certaines catégories de migrants permettrait seule de clarifier ce problème.

Enfin, pour clore cette section, il nous reste à mettre en exergue que la plupart de nos modèles n'atteignent qu'une capacité prédictive relativement faible, et que bon nombre d'entre eux (8/18) maintiennent la présence des variables sociale et/ou géographiques. Ce point nous autorise à croire que le rôle de la culture doit être investigué de façon plus large, en affinant les procédures.

Cependant, au terme de ce travail, nous pensons devoir revenir à une hypothèse moins "culturaliste" : celle-ci postulerait que la "culture" n'est en fait apte à rendre compte que d'une part limitée du problème des inégalités sociales et des disparités géographiques de santé. Il est actuellement difficile d'avancer plus loin, vu le caractère sporadique des recherches entreprises dans ce sens, mais l'influence des conditions matérielles d'existence, du milieu physique environnant, et de la disponibilité des services de santé adéquats pourrait bien un jour révéler son importance persistante, en dépit de l'opinion souvent rencontrée que, dans nos sociétés, grâce à une politique sociale avancée, les chances sont devenues égales pour tous et que le "droit à la santé" est définitivement assuré à chacun.

### I.5.3. L'enchaînement causal des phénomènes observés

-----

Dans la discussion des résultats Nous avons vu à maintes reprises que nous nous heurtons au problème du caractère étiologique des relations observées. L'épidémiologie a codifié quelques critères sur lesquels nous appuyer pour essayer de dégager d'une relation statistique une relation de causalité (cfr JENICEK et CLEROUX, 1982). Du fait de son caractère exploratoire et essentiellement transversal, notre étude ne permet malheureusement pas d'adopter de conclusions nettes quant à l'enchaînement des phénomènes.

Parmi ces critères épidémiologiques se retrouve la séquence temporelle : la cause précède l'effet. L'ordre chronologique nous permet ainsi d'exclure le caractère causal de certaines relations statistiques bien établies. Dans notre cas, nous devons distinguer les indicateurs de morbidité évalués lors de la première et de la seconde enquête. Dans la première, les indices de morbidité se réfèrent à une situation passée, alors que les traits culturels sont évalués dans le présent. Nous avons postulé que ces traits culturels gardaient une certaine stabilité dans le temps, et que notre évaluation actuelle reflétait correctement des concepts et attitudes fixés bien longtemps auparavant. Ce point mérite toutefois une discussion plus approfondie (cfr. section I.5.4).

Pour la deuxième enquête, nous avons affaire à une évaluation de la morbidité postérieure à l'évaluation des traits culturels. Dans ce cas, la chronologie semblerait exclure une influence du niveau de santé sur les variables culturelles. Il est néanmoins permis de se demander si le niveau de santé ne peut être anticipé : ceci revient à dire que les enfants présentant des pathologies ou des problèmes dans l'intervalle qui sépare les deux enquêtes seraient plus fréquemment des enfants dont la grossesse ou la naissance auraient été elles-mêmes problématiques. Si cela était, leur mère pourrait déjà être sous l'influence de ces problèmes de santé périnatale au moment où nous l'invitons à se situer culturellement au moyen du questionnaire de la première enquête.

Un cas précis illustrera cette question au moyen d'une variable comportementale : la surveillance prénatale tardive, (c'est-à-dire postérieure au premier trimestre de la grossesse). Nous avons observé (tableau G.6) une relation négative (favorable) entre une surveillance prénatale tardive et l'existence de nausées importantes en début de grossesse. Cette liaison peut s'interpréter de diverses manières : soit la femme confrontée à d'importantes nausées gravidiques est poussée à consulter plus précocement de ce fait, soit une cause commune (pathologie de la grossesse, grossesse multiple, ..?) conduit simultanément à une consultation précoce et à l'existence de nausées plus importantes. Enfin, mais ceci est moins vraisemblable, une surveillance précoce de la grossesse pourrait conduire par elle-même (iatrogenèse) à accroître les problèmes de nausées.

Pour ce qui concerne ce critère chronologique, nous devons donc reconnaître que notre travail avance peu d'éléments concluants. Le schéma de recueil des données avait, il faut le rappeler, été conçu sous la forme d'une enquête longitudinale, visant à suivre une cohorte d'enfants jusqu'à leur entrée dans le système scolaire. Dans un tel cadre, nous aurions pu à la fois tester la permanence des attitudes culturelles au sein de la

famille, et mettre en relation les états de santé de l'enfant d'âge préscolaire avec des traits culturels évalués plusieurs années auparavant chez sa mère. Le matériel dont nous avons disposé en définitive nous expose aux aléas d'interprétation propres aux études transversales.

Un autre critère d'association étiologique est constitué par la cohérence des résultats observés avec les données antérieures. Force nous est de constater que les références à d'autres recherches font cruellement défaut. Les données de la littérature qui concernent l'influence de la culture sur les réponses à la maladie ou à la douleur sont éparses; elles appartiennent à des domaines très divers et se prêtent mal à la comparaison avec nos propres résultats. Tout au plus permettent-elles d'arriver à la conclusion générale que la culture joue effectivement un rôle important dans la perception des phénomènes physiologiques et dans leur expression comportementale (cfr l'importante revue de KASL et COBB, 1966).

A côté de telles études, certaines recherches ont essayé de mettre en relation le "style de vie" avec des pathologies spécifiques. Nous songeons, par exemple, aux maladies cardiovasculaires où l'on a pu montrer à quel point l'alimentation ou le tabagisme peuvent influencer leur incidence. Si le style de vie ainsi conçu porte indéniablement l'empreinte de la culture, en revanche les traits culturels relatifs à la définition de la santé et de la maladie, ou les attitudes face à la médecine ou au système de soins n'ont pas été étudiés dans ce domaine d'une manière qui puisse être comparée à la nôtre.

En définitive, notre étude échoue à montrer une influence majeure de la culture sanitaire sur la santé autour de la naissance ; elle ne peut que poser un grand nombre d'hypothèses nouvelles et susciter un large éventail de questions, et ceci d'autant plus que la littérature ne fournit que peu d'éléments pour soutenir nos propres observations.

Nous pensons néanmoins que le domaine garde tout son intérêt, dans la mesure où les traits culturels, en particulier ceux qui touchent le plus étroitement à la santé, constituent le passage obligé de l'éducation pour la santé et des programmes de médecine préventive. A côté des connaissances, qui peuvent être modifiées par une information adéquate, existe un complexe d'attitudes et de présupposés sur lesquels un programme qui se veut efficace peut et doit jouer, afin de soutenir la motivation. Il y a, par exemple, de nombreuses années que l'on connaît les effets néfastes du tabagisme. Il y a des années que l'information est diffusée, même si d'aucuns considèrent que ces efforts sont insuffisants. Mais les campagnes anti-tabac achoppent systématiquement sur un problème de motivation (COTTON, 1982). Nous restons dès lors convaincus que nous ne pourrons progresser qu'en approfondissant notre connaissance des mécanismes profonds qui soutiennent les attitudes et la motivation du public ainsi que ses croyances en matière de santé.

#### I.5.4. Stabilité des traits de culture sanitaire

-----

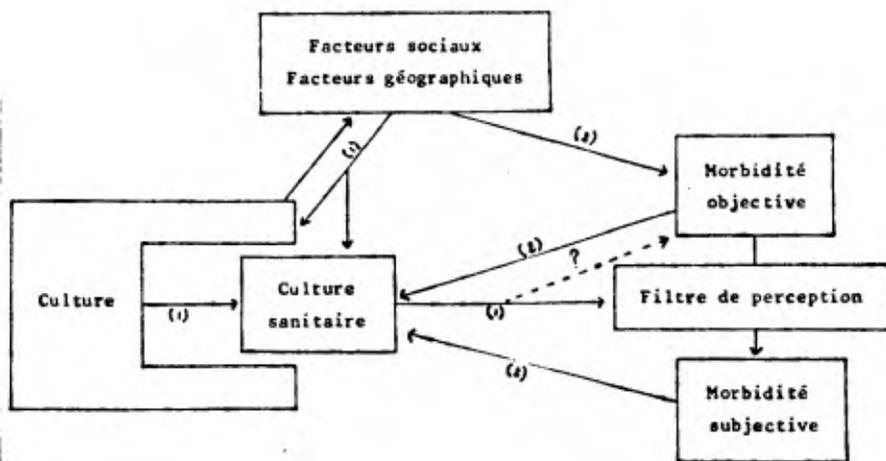
Nous venons de voir dans la section précédente qu'un des handicaps dont souffrait notre étude du point de vue de l'interprétation des résultats résidait dans son caractère quasi transversal. Eût-elle pu se prolonger quelques années, et nous aurions été en mesure de tester la stabilité des traits de culture sanitaire au cours du temps. Dans les circonstances présentes, nous avons été réduit à devoir postuler cette stabilité, en considérant que les "facteurs" que nous avons identifiés et quantifiés correspondaient vraiment à des structurations profondes de la personnalité. Quelques arguments peuvent être avancés ici pour soutenir ce postulat.

En premier lieu, nous avons montré à quel point les cinq composantes principales se distribuaient différenciellement dans les catégories sociales et dans les arrondissements (tableaux H.48 à H.50). Une telle différenciation en fonction de critères aussi simples qu'une catégorisation sociale à 3 niveaux, telle que nous l'avons élaborée, ou que l'arrondissement de résidence nous permet de penser que ces traits culturels ne fluctuent pas au gré du hasard d'un groupe à l'autre, et qu'ils répondent effectivement à certains déterminismes mal connus. Parmi ceux-ci nous en voyons de deux sortes :

- des déterminismes culturels profonds : c'est dans ce cas la culture spécifique du groupe qui, en interaction avec la culture scientifique dominante, détermine les conceptions de la santé et de la maladie, ainsi que les attitudes face aux systèmes de soins et à la médecine. Dans cette éventualité, nous devons accepter l'idée d'une relative stabilité des traits de culture sanitaire. Et ces derniers peuvent être conçus comme pouvant influencer le niveau de morbidité subjective, soit en exerçant un effet de filtre entre la morbidité objective et la morbidité ressentie, soit directement en déterminant le niveau de morbidité objective, soit les deux.
- des déterminismes à plus court terme : ce serait, dans ce cas, en réponse dialectique à des problèmes de santé personnels ou familiaux que se moduleraient les conceptions de santé/maladie et plus encore les attitudes dans ce domaine. La stabilité de ces traits "culturels" s'en trouverait fort amoindrie. L'interprétation de nos résultats doit tenir compte de cette possibilité.

Il en découlerait par exemple que les associations "culture"/santé que nous avons pu mettre en évidence résulteraient d'une influence de la santé/morbidité sur la "culture sanitaire", et non du phénomène inverse. Mais une différence de morbidité subjective d'un groupe à l'autre implique nécessairement une différence de morbidité objective, si l'on refuse d'admettre que la culture joue un rôle de filtre entre la

Figure 2. : Hypothèses explicatives permettant de relier la culture sanitaire et la morbidité. Les relations suggérées ne sont pas exhaustives et font référence au commentaire dans le texte.



morbidité objective et la morbidité ressentie; cela revient à dire qu'effectivement des différences de santé objective existent entre les groupes sociaux et les arrondissements étudiés (§). Ces variations de santé objective conduiraient alors simultanément à des variations de morbidité subjective et à des différences de cultures sanitaires. Mais nous nous retrouvons confrontés avec le problème de l'origine des inégalités sociales et des disparités géographiques de santé objective.

A dire vrai, nous pensons que les déterminismes des deux sortes coexistent, mais que ceux du premier type prédominent. Cette position, purement spéculative, est schématisée dans la figure I.2. Toutes les relations causales possibles ne sont pas reprises, mais uniquement celles qui correspondent aux deux interprétations (1) et (2) évoquées ci-dessus. Ces deux interprétations sont capables, comme on le voit sur le schéma, de rendre compte à la fois des associations observées entre :

- 1) facteurs socio-géographiques et culture sanitaire ( cfr. chapitre H )
- 2) culture sanitaire et morbidité subjective, voire objective ( cfr. chapitre I )
- 3) facteurs socio-géographiques et morbidité objective et subjective ( cfr. chapitres E et F )

L'interprétation nuancée que nous venons de présenter s'appuie sur la constatation suivante : l'analyse en composantes principales a permis de dégager cinq "facteurs culturels". Ceux-ci concernent aussi bien des conceptions fondamentales relatives à la santé et à la maladie (définition positive de la santé, définition somatique de la santé et de la maladie, vision exogène de l'étiologie des maladies) que des attitudes face à la médecine (autonomie) ou à l'organisation du système de soins (demande de prise en charge élargie). Il nous semble que, parmi cet ensemble hétérogène de traits culturels, les conceptions, les "représentations sociales", doivent bénéficier d'une moindre plasticité que les attitudes manifestées face à la médecine et aux services de soins.

Or, il ressort de notre travail que deux composantes principales se retrouvent liées à nos indicateurs de santé : il s'agit de la "vision exogène" liée à la morbidité de la naissance, et de la conception "somatique" liée à la morbidité du nourrisson pendant les 7 à 9 premiers mois, c'est-à-dire dans les deux cas de conceptions plus que d'attitudes. Néanmoins, pour la "vision exogène", il est permis de penser, vu la chronologie, que

-----  
(§) Les résultats des études de mortalité semblent effectivement plaider dans ce sens.

la répondante confrontée à un problème de santé périnatal aura subi la tentation de reporter vers l'extérieur la responsabilité du problème rencontré; nous ne pouvons exclure une telle possibilité. Mais en revanche que la conception "somatique" subisse l'influence du niveau de morbidité anticipé du nourrisson (plusieurs mois plus tard) et ne se trouve pas corrélé avec son état de santé actuel, voilà qui nous semble constituer une hypothèse fort peu vraisemblable.

#### I.6. Conclusion

Ce chapitre a eu pour objet de confronter les variables culturelles avec les indicateurs de santé et de morbidité autour de la naissance. Ceci a été réalisé aussi bien en dehors du jeu des variables socio-économiques, démographiques, médicales et comportementales que dans une optique multivariée, en présence de ces variables. La discussion des relations observées entre variables culturelles et indicateurs de santé en présence des autres caractéristiques nous a permis de dégager les conclusions suivantes :

1. L'analyse multilogistique ne laisse ressortir aucun lien significatif entre les facteurs culturels testés et les indicateurs de morbidité prénatale.
2. Sur les cinq indicateurs de morbidité à la naissance que nous avons étudiés, deux seulement sont liés à un facteur culturel : dans les deux cas, il s'agit de la "vision exogène" de la santé et de la maladie.
3. Pour le nourrisson âgé de 4 à 9 semaines, les facteurs culturels testés ne montrent aucune relation significative avec la morbidité objectivée sous forme de symptômes, alors que la morbidité ressentie ( l'enfant déclaré malade ) est liée à la composante principale "vision positive de la santé".
4. Sur les cinq indicateurs de santé et de morbidité relatifs à la quatrième période ( l'enfant âgé de 7 à 9 mois ), quatre présentent un lien statistique avec un ou deux facteurs culturels. Systématiquement, la C.P. "vision somatique de la santé et de la maladie" présente une association défavorable avec chacun d'eux.
5. De façon générale, l'introduction des facteurs culturels n'atténue pas sensiblement le "rôle" de la variable sociale ou des variables géographiques lorsque ces variables étaient présentes dans les modèles multilogistiques. Une exception est constituée par l'indicateur de santé positive de l'enfant : dans ce cas, la variable sociale se voit substituée dans le modèle par la C.P. "vision somatique de la santé et de la maladie".

6. Du point de vue des facteurs culturels, deux composantes principales, sur les cinq étudiées, apparaissent liées à nos indicateurs de morbidité, à savoir :
  - . la "conception somatique" de la santé et de la maladie, avec la morbidité à la naissance;
  - . la "vision exogène" de la santé et de la maladie, avec la morbidité du nourrisson évaluée dans les 7 à 9 premiers mois.
7. Notre travail n'exclut pas le caractère partiellement prédictif et explicatif de ces deux traits culturels. Il montre clairement que l'approche culturelle a sa place dans les tentatives d'explication des inégalités sociales et des disparités de santé. Il est clair toutefois que cette approche est loin d'expliquer la totalité des variations de santé.
8. Les perspectives ainsi dégagées invitent à reconsidérer les hypothèses alternatives, et notamment celles qui font appel aux barrières financières restreignant l'accès aux soins (\$), aux conditions de vie et de logement, aux habitudes alimentaires au sens large, à l'offre médico-sanitaire mais aussi au niveau d'instruction et à la qualité des connaissances dans le domaine de la puériculture et de la santé.

---

(S) On ne peut oublier que l'instauration de l'assurance maladie obligatoire pour le plus grand nombre n'a pas été suivie d'un aplanissement des inégalités de santé (cfr. QUOIDBACH, 1977. VUYLSTEEK, 1982). De même, la mise en place d'un Service National de Santé en Grande-Bretagne n'a pas suffi pour éliminer ces inégalités (TOWNSEND et DAVIDSON, 1983).

## C H A P I T R E J

### RESUME ET CONCLUSIONS GENERALES

#### J.1. Introduction

Notre travail se situe dans le contexte des études menées actuellement sur la "PERINATALITE" et en particulier de l'étude de la "Morbidité Différentielle de la Petite Enfance" organisée par le Centre d'Etudes de la Population et de la Famille. Il se fonde sur les données d'une double enquête menée en 1981 en Wallonie.

L'objectif poursuivi a été de brosser le tableau descriptif des problèmes de santé maternelle et infantile autour de la naissance et d'analyser le rôle de leurs déterminants.

Cet objectif peut être divisé en un certain nombre d'étapes successives, ou d'objectifs spécifiques qui consistent à :

1. comparer la distribution des problèmes de santé maternelle et infantile dans trois catégories sociales arbitrairement définies, et appelées catégorie inférieure, moyenne et supérieure;
2. comparer cette même distribution dans trois arrondissements wallons choisis pour leurs caractéristiques socio-économiques et démographiques contrastées : les arrondissements de Nivelles, de Charleroi et de Bastogne;
3. intégrer dans une analyse multivariée, - l'analyse de

régression multilogistique -, les nombreuses informations dont nous disposons concernant les caractéristiques démographiques, médicales et comportementales classiquement mises en cause dans la littérature comme déterminants potentiels de la mortalité et de la morbidité périnatales ou infantiles;

4. développer une série d'indicateurs culturels relatifs aux conceptions, opinions et attitudes en matière de santé, au sens large; ce jeu d'indicateurs devant aboutir à refléter un ensemble qualifié de "culture sanitaire";
5. décrire les variations de culture sanitaire en fonction du milieu social, de la nationalité et du lieu de résidence;
6. élargir l'analyse multivariée des déterminants de la santé maternelle et infantile aux "facteurs" culturels dégagés à l'étape précédente.

## J.2. Conclusions concernant les six objectifs spécifiques

### J.2.1. Les variations sociales de santé:

-----

Il est classique de décrire des gradients de mortalité en fonction du milieu social, au détriment des catégories les moins favorisées (VUYLSTEEK, 1982). Ceci est vrai pour la mortalité, pour la mortalité périnatale ou infantile. Semblables gradients sont classiquement décrits pour la prématurité gestationnelle ou pondérale.

Nous avons pu montrer dans notre travail que la morbidité autour de la naissance suit effectivement le même profil social.

Nous avons comparé la distribution de nos indicateurs de santé et de morbidité dans trois catégories sociales définies sur base de critères professionnels, éducationnels et financiers. Les indicateurs de santé/morbidité couvrent essentiellement quatre périodes :

- le déroulement de la grossesse
- la naissance
- les premières semaines de vie de l'enfant
- les neuf premiers mois.

Malgré le caractère rudimentaire de la classification sociale adoptée, nous avons mis en évidence un écart très important et significatif entre les catégories considérées. Les variations jouent au détriment des catégories inférieures d'une manière cohérente et systématique.

Nous ne reprenons ici que les résultats statistiquement

significatifs :

- un quart des femmes de la catégorie 1 (inférieure) ont vécu négativement leur dernière grossesse (résultat de la deuxième enquête), contre 9 % dans la catégorie 3 (supérieure); le rapport (R) atteint ici 2.6;

- près de la moitié dans la catégorie 1 ont souffert de nausées importantes en début de grossesse contre 30% dans la catégorie 3;

- 14% dans la catégorie 1 ont dû être hospitalisées durant la grossesse, contre 6% dans la catégorie 3;

- près d'un enfant sur cinq a été mis en couveuse dans la catégorie 1, contre 9 % dans la catégorie 3;

- plus de 20% ont été "malades" durant les 4 à 9 premières semaines dans la catégorie 1, contre 9% dans la catégorie 3;

- près d'un enfant sur trois dans la catégorie 1 a souffert de toux durant la même période (4 à 9 semaines) contre moins de 10% dans la catégorie 3 (R = 3.2);

- 15% des enfants de la catégorie 1 ont été hospitalisés durant les 7 à 9 premiers mois, contre 6% dans la catégorie 3;

- comparés à ceux de la catégorie supérieure, 10s enfants de la catégorie 1 sont deux fois plus souvent "difficiles aux repas", et deux fois plus souvent ils "causent beaucoup de soucis à leur mère";

- enfin, si seulement 12% des enfants de la catégorie inférieure sont considérés par leur mère comme en très bonne santé, ce critère s'applique à 26% des enfants de la catégorie 3.

Ces résultats confirment donc sans équivoque la persistance d'inégalités sociales de santé importantes, qui dépassent le problème d'une mortalité différentielle aux alentours de la naissance. Ces variations couvrent l'ensemble des quatre périodes étudiées, et accusent une convergence impressionnante à l'avantage de la catégorie sociale moyenne (environ 50% des répondantes) et encore bien davantage de la catégorie supérieure (environ 25%).

Enfin, qu'il s'agisse d'indicateurs de santé subissant la marque de la subjectivité maternelle (morbidité ressentie), ou de données factuelles, telles que le poids de naissance, la mise en couveuse, ou l'hospitalisation, tous les gradients vont dans le même sens. Et ceci nous autorise à considérer que les inégalités

de santé qui persistent à discriminer les catégories sociales sont non seulement attribuables à une vision différente de la santé, mais correspondent également à des différences "objectivables" de niveaux de santé.

L'importance de ces résultats ne peut nous échapper. La morbidité que nous avons étudiée représente en effet un aspect distinct et complémentaire de la mortalité. Plus que cette dernière peut-être, elle offre une prise à diverses mesures de prévention dès lors que l'on est en mesure d'identifier d'une part les populations à haut risque, et d'autre part les facteurs de risque sous-jacents. A la différence de la mortalité, la morbidité concerne un grand nombre de mères et d'enfants. De plus, si nous abordons la santé positive, le champ d'application de nos conclusions se trouve encore élargi.

Les données qui ont été présentées constituent un apport original, puisque jusqu'ici les seules statistiques périnatales disponibles pour la Région Wallonne se limitaient aux aspects de mortalité, et occasionnellement de prématurité. Le tableau descriptif des inégalités de santé autour de la naissance est considérablement élargi; il démontre la persistance actuelle de différences considérables en fonction du milieu social. Cette constatation nous semble constituer un appel pour d'autres études, et pouvoir servir à divers chercheurs de point d'ancrage pour des réflexions approfondies sur l'origine des inégalités sociales de santé.

En ce qui concerne le présent travail, cette constatation nous a conduit à formuler quatre importantes questions :

1. les caractéristiques démographiques de la mère ou de la famille, - c'est-à-dire l'âge maternel, la parité, la nationalité, l'état civil, toutes caractéristiques ne présentant, au niveau individuel, aucune sensibilité à la prévention -, permettent-elles d'expliquer les différences sociales observées ?

2. les caractéristiques médicales de la mère sont-elles liées à nos indicateurs de santé pré-, péri- et post-natale ? Une telle éventualité déboucherait sur des possibilités d'intervention précoce "en amont" des problèmes de la gestation, de la naissance, ou de la petite enfance.

3. les comportements de la mère sont-ils liés à l'état de santé de la mère et de l'enfant? Nous pensons ici au tabagisme, au travail professionnel de la femme enceinte, à la consultation prénatale précoce ou tardive, et à la préparation à l'accouchement. Pour ce qui concerne la santé de l'enfant, nous pensons encore au choix du mode de garde. Dans l'affirmative, nous pourrions en dégager des voies de prévention pour des programmes d'éducation sanitaire.

4. enfin, des conceptions et des attitudes concernant la SANTE, ancrée dans la culture propre des groupes sociaux, - ce que nous avons appelé la culture sanitaire -, sont-elles susceptibles de rendre compte des variations de santé objective et subjective qui distinguent les catégories sociales?

Les trois premières questions trouvent leur réponse dans le chapitre G, et nous en reprenons les conclusions dans la section J.2.3. Quant à la quatrième, elle a été abordée tout au long des chapitres H et I qui aboutissent aux conclusions reprises dans les sections J.2.4 à J.2.6.

Mais, parallèlement à ces inégalités sociales de santé, nous avons voulu démontrer également que subsistaient dans la Région Wallonne des disparités de santé maternelle et infantile en fonction du lieu de résidence. Tel est l'objet des paragraphes qui suivent.

#### J.2.2. Les variations géographiques de santé:

-----

L'étude de la Morbidité Différentielle de la Petite Enfance nous permettait de comparer les résultats de santé dans trois arrondissements choisis pour leurs caractéristiques socio-économiques et démographiques contrastées. L'arrondissement de Nivelles arrive en tête de classement pour une série d'indicateurs; c'est un arrondissement hétérogène où se côtoient un secteur tertiaire assez développé, des zones industrielles au Sud-Ouest, et des activités agricoles à l'Est. L'arrondissement de Charleroi est très marqué par son tissu industriel ancien durement frappé par la crise économique, et par son paysage uniformément urbanisé. A l'autre extrême, Bastogne est l'arrondissement le plus "vert" de Belgique, et celui où les activités agricoles prédominent.

Les études de mortalité révélaient jusque récemment que l'arrondissement de Nivelles bénéficiait de taux de mortalité très favorables, en comparaison des deux autres, situés à l'autre extrémité de la distribution et où les taux de mortalité, de mortalité néonatale ou infantile étaient parmi les plus élevés de Belgique.

Les résultats de notre analyse comparative de la santé et de la morbidité autour de la naissance démontrent que l'arrondissement de Charleroi présente effectivement une situation très défavorable, en comparaison de Nivelles :

- la fréquence de nausées gravidiques importantes y atteint 45% des répondantes, contre 33% à Nivelles;

- l'hospitalisation durant la grossesse y touche 13% des femmes, contre 5% à Nivelles;

- un quart des enfants de Charleroi présentent un problème de santé à la naissance, contre 16% à Nivelles;

- près d'un quart des enfants y ont souffert d'un problème de toux, durant les 4 à 9 premières semaines, contre 11% à Nivelles;

- durant les 7 à 9 premiers mois, l'hospitalisation du nourrisson y a été deux fois plus fréquente;

- enfin, seulement 11% des enfants carolorégiens sont considérés en "très bonne santé" par leur mère, contre 32% des enfants à Nivelles.

Ces différences "brutes" sont celles qui résultent d'une distribution simple de notre échantillon en fonction de l'arrondissement de résidence. Elles confirment donc sans équivoque l'hypothèse d'un niveau de santé "périnatale" abaissé dans la région de Charleroi.

En revanche, pour ce qui concerne les résultats observés dans l'arrondissement de Bastogne, ils sont très comparables à ceux de la région de Nivelles. Cette constatation contraste singulièrement avec les conclusions des études de mortalité, selon lesquelles cet arrondissement serait marqué d'une mortalité précoce importante, de même que la plupart des arrondissements ruraux qui l'entourent.

Nous constatons donc que le classement de nos trois arrondissements diffère très nettement selon les deux approches. Cette constatation nous a conduit à formuler deux nouvelles questions :

1. les taux de mortalité étaient-ils en 1980 les mêmes que ceux des années 1974-75, ces derniers étant les seuls dont nous avons connaissance lors de la planification de l'enquête. Et la réponse est ici négative : en quelques années, la situation a considérablement évolué, permettant aux arrondissements de Charleroi et de Bastogne d'obtenir des résultats tout-à-fait comparables à ceux de Nivelles. En référence à ces résultats de mortalité, ce n'est donc plus tant la situation favorable de l'arrondissement de Bastogne qui surprend, mais le retard persistant de celui de Charleroi.

Une fois encore nous apparaît clairement la complémentarité des informations relatives à la morbidité et à la mortalité : au niveau de la recherche, la confrontation de ces informations nous a conduit, en un mouvement dialectique, à revenir aux données de mortalité. L'utilité d'études de morbidité ressort aussi de cette comparaison puisqu'elles permettent de fournir aux décideurs des critères scientifiques nouveaux, sans redondance avec les résultats disponibles jusqu'ici.

la deuxième question vise à chercher l'origine de l'écart constaté entre Charleroi et Nivelles. Une première hypothèse consiste à les expliquer par une composition sociale et ethnique différente. Pour la vérifier, nous avons recouru à deux approches différentes : la standardisation directe pour la catégorie sociale dans un échantillon restreint aux répondantes belges, et l'analyse multivariée par régression multilogistique.

La première approche permet au lecteur de comparer facilement les taux de morbidité dans les arrondissements, et il en ressort que, même si les seuils de signification statistiques ne sont plus si souvent dépassés dans cette analyse peu puissante du fait de la restriction des effectifs, les risques relatifs ne sont que légèrement diminués du fait de la standardisation.

La deuxième approche qui permet de travailler sur l'effectif maximal confirme que les indicateurs pour lesquels nous avons relevé des différences "brutes" significatives (au seuil de 5%) voient s'inscrire les variables de lieu de façon significative (au même seuil de 5%) dans les modèles prédictifs. Ceci revient donc à rejeter l'hypothèse selon laquelle les différences géographiques de santé seraient entièrement attribuables aux facteurs sociaux ou ethniques.

La conclusion de nos analyses géographiques est très nette : des disparités de santé aux alentours de la naissance existent actuellement en Wallonie. Un arrondissement comme celui de Charleroi présente des résultats de santé défavorables si nous le comparons à d'autres, tels ceux de Nivelles ou de Bastogne. Et ces différences ne peuvent être attribuées à la composition sociale ou à la proportion d'étrangers dans nos échantillons.

Force nous est de chercher leur origine ailleurs. Et par exemple au niveau des caractéristiques démographiques, médicales ou comportementales, telles qu'évoquées plus haut. Ou encore au niveau des différences culturelles dans le domaine de la santé.

### J.2.3. Caractéristiques démographiques, médicales et comportementales:

De très nombreux travaux ont jusqu'ici concerné le rôle et l'influence des caractéristiques démographiques (âge, parité, état civil, nationalité, etc.) sur la mortalité et la morbidité périnatales. A côté de ces caractéristiques, les variables médico-obstétricales relatives à la mère ont été souvent étudiées, de même que le rôle de certains comportements, tels que le tabagisme, le travail de la femme enceinte, la surveillance prénatale précoce ou la préparation à l'accouchement.

Le chapitre G se donnait pour objectif d'exclure le rôle de ces caractéristiques maternelles dans la genèse des différences constatées entre les catégories sociales d'une part, et entre les arrondissements d'autre part.

Nous avons dès lors étudié le rôle de seize caractéristiques, pour lesquelles nous disposions d'informations. Il ressort de notre analyse que ces caractéristiques sont

- 1) diversement distribuées à travers les catégories sociales et les arrondissements
- 2) toutes liées, à l'exception du poids de la mère, à l'un ou l'autre indicateur de santé/morbidité de la mère et de l'enfant.

De ceci découle leur caractère potentiellement "explicatif" des inégalités et disparités de santé préalablement observées.

L'étape suivante a dès lors consisté à confronter dans une optique multivariée l'ensemble des variables sociale et géographiques et des caractéristiques dont il est ici question. Il en résulte que la variable sociale maintient sa présence dans six modèles multilogistiques, sur les dix où son rôle significatif apparaissait précédemment. Quant aux variables géographiques, elles sont présentes dans cinq modèles, au lieu de sept précédemment.

Nous en concluons que les caractéristiques étudiées jouent effectivement un rôle dans la genèse de bon nombre des problèmes de santé que nous avons analysés. En particulier, nous avons fait ressortir le rôle important de la "mauvaise santé maternelle": cette variable révèle en effet un lien statistique significatif avec 8 de nos 18 indicateurs de santé/morbidité. Et ceci confirme à quel point il serait vain de vouloir dissocier la santé de la mère et celle de son enfant.

Mais au-delà de cette confirmation indiscutable, nous restons confrontés à des variations socio-géographiques importantes que ne peuvent expliquer les facteurs généralement invoqués dans l'étiologie des problèmes de santé périnatale. Pour la plupart des indicateurs de santé/morbidité dont nous disposions, notre analyse conclut en excluant que ces caractéristiques puissent agir à la manière de facteurs de confusion ("confounding factors") ou de variables intermédiaires. Et nous devons donc invoquer d'autres hypothèses pour rendre compte de ces nombreuses différences résiduelles. Parmi celles-ci, l'originalité de notre travail a consisté à nous focaliser sur les conceptions de la santé et de la maladie et sur un ensemble d'opinions et d'attitudes relatives au domaine de la santé et de la médecine.

#### J.2.4. La culture sanitaire:

-----

Peu de travaux ont été consacrés jusqu'ici à la culture, dans les rapports qu'elle entretient avec le domaine de la santé et de la médecine. Nous avons dès lors voulu développer un outil permettant de quantifier les orientations, culturellement déterminées, des répondants face aux problèmes de santé/maladie et face au système de soins.

Pour ce faire, un questionnaire a été élaboré dans le cadre de l'enquête de la Morbidité Différentielle de la Petite Enfance. Ce questionnaire cernait les définitions de la santé, de la maladie et du corps, ainsi qu'un vaste ensemble d'attitudes et d'opinions. Une analyse en Composantes Principales nous a permis d'organiser ce matériel sous forme de 5 axes, à savoir :

- une conception positive de la santé, définie pour elle-même et non par l'absence de maladies;
- une attitude d'autonomie face au système de soins, dans la gestion des problèmes de santé;
- une conception somatique, davantage que psychique ou sociale, de la santé et de la maladie;
- une vision exogène de la santé et de la maladie, par opposition à une vision fataliste ou d'un "fonds de santé hérité à la naissance";
- une revendication latente de prise en charge élargie des problèmes de santé par la collectivité.

La qualification de ces 5 composantes principales résulte d'une analyse de leur contenu. Trois d'entre elles concernent davantage des conceptions fondamentales relatives à la santé, à la maladie, à ses origines et à sa prévention. Deux concernent des attitudes : l'une reflète la capacité de prise en charge personnelle des problèmes de santé, l'autre la volonté d'élargir le concept de maladie et d'augmenter les exigences face à sa prise en charge par la collectivité.

Au terme de cette étape, nous avons pu ébaucher un outil opérationnel en vue de nous permettre de comparer les répondants, considérés sous l'angle de leur culture sanitaire. Chacune d'entre elles se voit en effet attribuer un "score" pour chaque Composante Principale, et nous pouvons confronter les distributions de ces scores en fonction de divers regroupements.

#### J.2.5. Les variations de culture sanitaire :

-----

Le chapitre H nous a permis de présenter les réponses concernant la culture sanitaire en les distribuant selon la catégorie sociale, la nationalité ou l'arrondissement de résidence. Les tableaux détaillés confirment l'hypothèse selon laquelle les réponses varient fortement selon le milieu social, l'ethnicité ou le lieu.

Et si l'on compare dans une vision synthétique la distribution des "scores" obtenus par les répondantes pour les 5 Composantes Principales, nous ne pouvons que renforcer cette conclusion, puisque les catégories sociales présentent des différences très importantes et hautement significatives et qu'il en va de même pour les trois arrondissements :

- la conception de la santé est d'autant plus positive que l'on "s'élève" dans la hiérarchie sociale; elle est aussi plus positive à Bastogne qu'ailleurs;
- l'autonomie croît avec le milieu social; elle est légèrement plus importante à Nivelles qu'ailleurs;
- la conception somatique est d'autant plus marquée qu'on "descend" dans la hiérarchie sociale;
- la vision exogène est surtout le fait des catégories sociales inférieures, et de l'arrondissement de Charleroi;
- enfin, la revendication de prise en charge élargie est surtout le fait de la catégorie sociale supérieure; elle est nettement moins marquée à Bastogne qu'ailleurs.

Au terme de cette étape, nous disposons d'un outil permettant d'évaluer les différences de culture sanitaire, et nous avons démontré que de telles différences existent effectivement entre catégories sociales ou entre arrondissements. Il nous reste à vérifier que la culture sanitaire exerce une influence sur la santé, et que cette influence peut rendre compte des inégalités sociales et des disparités géographiques.

## J.2.6. Culture sanitaire et santé

-----

Le rôle de la culture sanitaire sur la santé maternelle et infantile a été évalué dans une première étape en testant le caractère prédictif de nos 5 Composantes Principales sur les divers indicateurs de morbidité ou de santé. Il ressort de cette analyse que son rôle potentiel apparaît quasi nul pour la période périnatale, et mineur pour les périodes péri- et néonatales; en contraste, les 5 indicateurs de santé relatifs aux 7 à 9 premiers mois de vie de l'enfant sont tous liés à une ou deux Composantes Principales. De façon systématique, la "vision somatique de la santé et de la maladie" présente une association défavorable avec chacun d'eux.

Dans une deuxième étape, nous avons testé le rôle de ces facteurs culturels en présence des autres variables précédemment étudiées. Le tableau qui en résulte n'est pas sensiblement modifié. En particulier, pour la quatrième période étudiée dans notre travail, la "vision somatique" maintient sa présence pour quatre indicateurs sur les cinq. Il s'agit de la maladie de l'enfant, de son hospitalisation, de l'enfant causant beaucoup de soucis et de l'enfant jugé en excellente santé.

A la différence des précédentes, la conclusion de cette section se doit d'être nuancée. En effet, nous sommes en droit de considérer que la culture sanitaire marque de son empreinte les problèmes de santé de l'enfant, dès les premiers mois de sa vie. Cette conclusion constitue certainement un élément neuf dans le champ des études de périnatalité, ou de médecine sociale, d'une façon plus large. Et cette démonstration va dans le sens de nos hypothèses de départ, permettant même d'imaginer des développements sur le plan de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé.

Toutefois, il faut le reconnaître, l'introduction de nos "facteurs culturels" ne fait pas disparaître des modèles prédictifs les variables sociale ou géographiques. La prise en considération de ces facteurs culturels n'a pas gommé les liaisons entre milieu social ou lieu de résidence d'un côté, et santé périnatale de l'autre. Nous devons en conclure que la culture sanitaire, telle que nous l'avons étudiée, ne constitue pas la seule source des inégalités et disparités de santé relevées dans notre échantillon.

Ce constat laisse la question de départ largement ouverte et invite à son approfondissement. Dans ce sens, nous avons dégagé diverses propositions pour le futur.

### J.3. Perspectives pour un prolongement de la recherche

Le lecteur aura déjà relevé, au long de ces pages, que nous avons insisté à maintes reprises sur les divers écueils que notre approche n'avait pu éviter et sur les lacunes que notre analyse avait fait ressortir. Nous avons voulu rassembler dans cette section les suggestions éparses et les invitations à un approfondissement de la problématique qui nous a occupé jusqu'ici.

Et, tout d'abord, nous ne pouvons manquer de revenir sur l'intérêt indéniable de disposer de données prospectives pour éviter de subir trop lourdement les effets des biais de sélection du départ, des biais d'interview et les difficultés pour interpréter les corrélations observées entre phénomènes concomitants (cfr. MEDNICK et BAERT, 1981). De plus, une approche longitudinale nous eût permis d'évaluer la stabilité des traits culturels dans le temps, et l'influence des diverses variables indépendantes sur la santé de l'enfant à moyen ou à long terme. Enfin, cette approche était indispensable pour vérifier, au sein de la cohorte, le pouvoir prédicteur de certaines fonctions de risque à moyen ou long terme, intégrant éventuellement les données de morbidité de la toute première enfance.

En deuxième lieu, il n'est pas inutile de rappeler à quel point nous semble essentiel de pouvoir disposer aussi de données de morbidité plus "objectives" que celles qui émanent de l'interrogatoire des "profanes". Des examens médicaux ou psychométriques standardisés, permettraient de fournir les informations nécessaires pour compléter nos modèles interprétatifs (cfr. fig. I.2); à défaut de tels examens, le couplage de données "subjectives" avec les informations contenues dans les dossiers médicaux, paramédicaux, hospitaliers... permettrait de progresser dans ce sens. Seule une comparaison au niveau individuel de la morbidité objective, subjective et comportementale permettra de mieux connaître les effets de filtration sélective qui, en fin de compte, sont à l'origine de la consommation médico-sanitaire différentielle (cfr. KLEIN-BEAUPAIN et LEFEVRE, 1973).

Une troisième piste est constituée par l'approfondissement des recherches portant sur les corrélats non-culturels du niveau social et de la région de résidence. Que se cache-t-il derrière ces variables synthétiques qui traînent derrière elles un cortège de caractéristiques diverses ? Nous avons proposé une première tentative dans une publication antérieure (LAGASSE et NAMUROIS, 1982) : celle-ci concernait la dissociation des effets respectivement liés au statut socio-professionnel, au niveau d'instruction et aux revenus. Il en ressortait principalement que pour la plupart des indicateurs de santé étudiés c'était le statut socio-professionnel qui marquait le plus étroitement ses relations avec la morbidité autour de la naissance. Il reste néanmoins un travail considérable à mener : il concerne les

revenus réels et les conditions matérielles d'existence, l'orientation du budget familial, les conditions de logement, l'offre médico-sanitaire, réelle ou ressentie, et la consommation médicale, préventive et curative. Concernant la consommation des soins de santé, des questions fondamentales restent sans réponse : la culture sanitaire influence-t-elle notablement cette consommation? Cette dernière exerce-t-elle un effet sur la santé? Et, si oui, dans quel sens et avec quelle intensité ?

Une quatrième voie, plus méthodologique a trait précisément à la culture sanitaire. Nous avons dégagé d'un ensemble complexe cinq axes dont l'étude nous semblait prometteuse. Mais toute la construction du questionnaire, l'élaboration de nos variables, leur transformation, jusqu'à dégager les composantes principales, subissent la marque des particularités de notre travail. Un effort de standardisation devrait être mené avec d'autres équipes pour développer un outil d'analyse d'application plus large. Sa reproductibilité et la validité des indicateurs devraient être testées. Et le questionnaire devrait être amélioré dans le sens de la performance et de la souplesse d'utilisation.

Cette voie conduirait aussi à pouvoir définir plus clairement les interactions entre la culture globale et ses aspects sanitaires qui ont seuls retenu notre attention dans le cadre de ce travail. Nous sommes en effet conscient du caractère artificiel de la distinction, qui n'avait pour but que de simplifier notre démarche, compte tenu des limitations logistiques qui étaient les nôtres. Il est probable en effet que les perspectives que nous ouvrons impliquent d'une part la mise au point de l'outil dont il était question dans le paragraphe précédent, mais aussi une démarche plus anthropologique permettant de mieux cerner les caractéristiques de cultures, et plus précisément de sous-cultures, dans leur globalité.

L'étude de la culture sanitaire dans une telle optique fournirait des renseignements précieux pour la médecine, préventive et curative, mais également pour l'éducation sanitaire et l'ensemble de la prévention. Nous suggérons ici combien serait utile la connaissance des spécificités de culture sanitaire dans des groupes ethniques particuliers, ou dans des tranches d'âge particulières (adolescents, troisième âge, ...) afin de moduler les programmes en fonction des récepteurs visés.

Dans le prolongement, rappelons qu'à notre avis les traits de culture les plus pertinents pour analyser la problématique de la naissance et de la petite enfance ne se limitent sans doute pas à la culture sanitaire. Il conviendrait donc de mesurer les liens qui peuvent exister entre la santé/morbidité autour de la naissance et les conceptions ou attitudes relatives à la famille, à la maternité, au rôle et au statut social de la femme, à l'enfant, aux soins à lui donner, à la puériculture, etc. Une étude en profondeur des gestes quotidiens vis-à-vis du nouveau-né et des liens affectifs qui les accompagnent donnerait un nouvel éclairage sur ce qui distingue véritablement les catégories sociales, les régions, les "sous-cultures", les groupes sociaux.

Nous venons à nouveau d'évoquer le caractère exploratoire et contingent de nos résultats. Il va de soi que l'intérêt serait grand de vérifier que dans d'autres contextes les mêmes résultats se laissent observer. Les prédictions de risque auxquelles nous arrivons au terme des analyses de régression multilogistique sont-elles validées sur d'autres échantillons ? Cette étape est la seule capable de déboucher sur une généralisation de nos résultats.

Enfin, à plus long terme et dans une optique d'évaluation, nous pensons, après avoir amélioré et standardisé l'outil méthodologique, qu'il y aurait lieu de concevoir une phase expérimentale. Celle-ci consisterait à étudier les possibilités d'agir sur les traits de culture sanitaire au moyen de divers programmes "d'éducation" pour la santé.

ANNEXES

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1 |  |  |  |
|---|--|--|--|

*la santé de  
l'enfant*  
*2*

|                              |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
|------------------------------|--|----|----|---|-----|----|----|----|----|
| Nom de l'enquêteur : .....   | <table border="1"><tr><td>1</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>6 7</td></tr></table>  | 1  |    | 5 | 6 7 |    |    |    |    |
| 1                            |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| 5                            | 6 7  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| .....                        |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| Commune de l'enquête : ..... | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td>11</td></tr></table>      |    |    |   |     | 8  |    |    | 11 |
|                              |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| 8                            |  |    | 11 |   |     |    |    |    |    |
| .....                        |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| Arrondissement : .....       |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| Date : ..... / ..... / 1981  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr></table> |    |    |   |     | 12 | 13 | 14 | 15 |
|                              |  |    |    |   |     |    |    |    |    |
| 12                           | 13   | 14 | 15 |   |     |    |    |    |    |

Croissance et évolution de votre dernier enfant

1. Quel âge a votre enfant (lors de l'enquête)

..... mois ..... semaines

2.1. Combien de dents a-t-il déjà ?

inscrivez le nombre

si pas encore, coder 0

2. A quel âge est apparue sa première dent ?

..... mois ..... semaines

(ces renseignements peuvent se trouver p.72-73 du "journal de l'enfant").

Depuis quel âge avance-t-il tout seul (à 4 pattes) ?

..... mois .....semaines

Depuis quel âge prononce-t-il des syllabes ?

..... mois ..... semaines

Depuis quel âge saisit-il un objet entre le pouce et l'index ?

..... mois ..... semaines

Depuis quel âge se tient-il assis, bien droit, tout seul plus qu'un court instant ?

..... mois .....semaines

Depuis quel âge se tient-il debout avec appui ?

..... mois ..... semaines

| codes                                       | col.  | variable |
|---|-------|----------|
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 16-18 | 7        |
| <input type="text"/>                        | 19    | 8        |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 20-22 | 9        |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 23-25 | 10       |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 26-28 | 11       |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 29-31 | 12       |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 32-34 | 13       |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , | 35-37 | 14       |

Si pas encore, écrire "pas encore"

ur les questions 3 à 7, on peut se référer au "journal de l'enfant", p.17)

| codes                    | col.  | variable |
|--------------------------|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 38    | 15       |
| <input type="checkbox"/> | 39    | 16       |
| <input type="checkbox"/> | 40    | 17       |
| <input type="checkbox"/> | 41-42 | 18       |
| <input type="checkbox"/> | 43    | 19       |
| <input type="checkbox"/> | 44-45 | 20       |

8. Votre enfant entend-il bien ?  
(par exemple tourne-t-il la tête quand vous l'appellez)

OUI = 1

NON = 2

Si non, qu'avez-vous fait pour remédier à cette situation ?

.....  
.....  
.....

En ce qui concerne son alimentation

9. 1. Vous n'avez jamais donné le sein  
pourquoi :

.....  
.....  
.....

OU 2. Vous avez donné le sein

jusqu'à combien de semaines →

pourquoi avez-vous cessé de le donner ?

.....

10. Avez-vous été poussée par votre entourage à donner le sein ? Même si vous ne l'avez pas donné.

Entourez le(s) code(s) choisi(s)

- NON = 00
- OUI = 01 par votre mari
- = 02 par votre famille
- = 04 par vos ami(e)s
- = 08 par votre médecin
- = 16 par vos lectures
- = 32 autres (précisez)

11. Avez-vous été influencée par votre entourage à ne pas donner le sein ? Même si vous l'avez donné.

Entourez le ou les code(s) choisi(s)

- NON = 00
- OUI = 01 par votre mari
- = 02 par votre famille
- = 04 par vos ami(e)s
- = 08 par votre médecin
- = 16 par vos lectures
- = 32 autres (précisez)

| codes   | col.  | variabl |
|---|-------|---------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 46-47 | 21      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 48-49 | 22      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 50-52 | 23      |

12. Si vous avez donné le biberon, Si non passer à la question 14

1. qui a choisi le type de lait que vous avez donné ?

Entourez le ou les code(s) choisi(s)

- 01 = vous-même ou votre mari
  - 02 = votre médecin
  - 04 = l'infirmière de la maternité
  - 08 = la pharmacienne
  - 16 = vous-même sur les conseils d'ami(e)s
  - 32 = vous-même sur les conseils d'un parent
  - 64 = autres (précisez)
- .....

2. Avez-vous stérilisé les biberons ?

Entourez le code choisi

1. NON  
 2. IRREGULIEREMENT  
 3. SYSTEMATIQUEMENT  
    (avant chaque biberon)  
 Jusqu'à quel âge de l'enfant ?  
    ..... mois ..... semaines

|   |       |    |
|---|-------|----|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 50-52 | 23 |
|---|-------|----|

3. combien de laits en poudre différents votre enfant a-t-il eus (en biberon) ? -----

Lesquels ?

Y a-t-il eu intolérance à ces laits (mettez une croix)

|       | OUI                      | NON                      |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ..... |                          |                          |
| ..... |                          |                          |

| codes   | col.  | var. |
|---|-------|------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 53-54 | 24   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 55-56 | 25   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 57-58 | 26   |
| <input type="checkbox"/>                          | 59    | 27   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 60-61 | 28   |
| <input type="checkbox"/>                          | 62    | 29   |

13. Si vous avez donné du lait de vache à votre enfant avant l'âge de deux mois, comment le prépariez-vous ? Expliquez.

.....

.....

.....

14. Avez-vous ajouté des vitamines dans l'alimentation de votre dernier enfant ?

1. NON entourez le code choisi

2. OUI : lesquelles ?

15. Avez-vous donné du fluor (Zymafluor... ) à votre dernier enfant ?

1. NON, JAMAIS
2. parfois
3. souvent
4. tous les jours

16.1. Quand avez-vous donné le premier repas solide ?  
(nombre de semaines après la naissance) :

..... mois ..... semaines

De quoi s'agissait-il ?

.....

2. Quand avez-vous donné de la viande pour la première fois ?

..... mois ..... semaines

- de l'oeuf ?

..... mois ..... semaines

- des légumes ?

..... mois ..... semaines

Actuellement

17.1 Nombre de repas : .....

2. Que mange-t-il ?

. le matin .....

. le midi .....

. à 4 h. ....

. le soir .....

18. Lui donnez-vous des "petits pots" de nourriture toute préparée ?

0 = jamais

1 = à l'occasion

2 = plus ou moins une fois par semaine

3 = plus d'une fois par semaine

4 = uniquement quand votre enfant n'est pas à la maison (week-end, voyage ...)

| codes   | col.  | var. |
|---|-------|------|
| <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>                    | 63-64 | 30   |
| <input type="text"/> <input type="text"/>   | 66-67 | 31   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>                    | 68-70 | 32   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>                    | 71-73 | 33   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>                    | 74-76 | 34   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 77-80 |      |
| <input type="text"/> DUPLI  | 1-4   |      |
| <input type="text"/> 2  | 5     |      |
| <input type="text"/>  | 6     | 35   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      | 7-9   | 36   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      | 10-12 | 37   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      | 13-15 | 38   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                      | 16-18 | 39   |
| <input type="text"/>  | 19    | 40   |

19. Mange-t-il entre les repas ?

Entourez le code choisi

- 1. OUI, que lui donnez-vous .....
- .....
- pourquoi ? .....
- .....
- 2. NON

20.1. Prend-il ses repas à table avec vous ?

- 1. jamais
- 2. occasionnellement
- 3. souvent
- 4. pour tous ses repas à la maison

2. A quel âge, pour la première fois, lui avez-vous donné à manger à la cuiller ?

..... mois ..... semaines

3. Estimez-vous que votre enfant, en ce qui concerne ses repas, est

- 1. très facile
- 2. facile
- 3. difficile
- 4. très difficile

| codes  | col.  | var. |
|--|-------|------|
| <input type="checkbox"/>   | 20    | 41   |
| <input type="checkbox"/>   | 21    | 42   |
| <input type="checkbox"/>   | 22    | 43   |
| <input type="checkbox"/>   | 23    | 44   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> | 24-26 | 45   |
| <input type="checkbox"/>   | 27    | 46   |

Son poids et sa taille

21. Comment ont évolué son poids et sa taille ?

|                 | Poids                |                         | Taille               |    |
|-----------------|----------------------|-------------------------|----------------------|----|
| Fin du 1er mois | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 2è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 3è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 4è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 5è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 6è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 7è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 8è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 9è mois  | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |
| fin du 10è mois | <input type="text"/> | kg <input type="text"/> | <input type="text"/> | cm |

(Les renseignements demandés se trouvent p.69 et 71 du "journal de l'enfant")

22.1. Trouvez-vous votre enfant :

- 1. trop gros
- 2. trop mince
- 3. comme il faut

2. Si vous le trouvez trop gros (ou trop mince), faites-vous quelque chose pour remédier à cette situation ? Quoi ?

.....  
 .....

| codes                    | col.  | var |
|--------------------------|-------|-----|
|                          | 28-31 | 47  |
|                          | 32-35 | 49  |
|                          | 36-39 | 51  |
|                          | 40-43 | 53  |
|                          | 44-47 | 55  |
|                          | 48-51 | 57  |
|                          | 52-55 | 59  |
|                          | 56-59 | 61  |
|                          | 60-63 | 63  |
|                          | 64-67 | 65  |
| <input type="checkbox"/> | 68    | 67  |
| <input type="checkbox"/> | 69    | 68  |

Son sommeil

23.1 Votre enfant dort-il bien en général ?

- 1. OUI
- 2. NON

70

69

2. Vous a-t-il réveillés la nuit (après les six premières semaines) ?

- 1. très souvent
- 2. souvent
- 3. peu souvent
- 4. très rarement

71

70

3. Et durant ce dernier mois, vous a-t-il réveillés ?

- 1. très souvent
- 2. souvent
- 3. peu souvent
- 4. très rarement

72

71

4. Du temps où votre enfant pleurait la nuit, qui se levait habituellement pour le nourrir ?

- 1. vous
- 2. son père

Entourer le(s) code(s) choisi(s)

73

72

5. Actuellement, combien d'heures (sur 24 h.) dort votre enfant ?

..... heures

74-75

73

6. Qui donne le bain à votre enfant ?

Entourez le(s) code(s) choisi(s)

- 1. vous
- 2. son père
- 04. la gardienne ou à la crèche
- 08. autres (précisez) .....
- .....

76-77

74

| codes                    | col.  | var. |
|--------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> | 70    | 69   |
| <input type="checkbox"/> | 71    | 70   |
| <input type="checkbox"/> | 72    | 71   |
| <input type="checkbox"/> | 73    | 72   |
| <input type="checkbox"/> | 74-75 | 73   |
| <input type="checkbox"/> | 76-77 | 74   |

27. Les week-ends, le père de votre enfant donne-t-il

- a. les repas à votre enfant
- b. le bain
- c. linge-t-il votre enfant
- d. le promène-t-il ?

|             |
|-------------|
| 1= jamais   |
| 2= parfois  |
| 3= souvent  |
| 4= toujours |

28. En semaine, combien de minutes par jour votre conjoint consacre-t-il à votre enfant ?

..... minutes

29. Que fait-il durant ce temps ?

.....  
 .....

30. Généralement, partez-vous en vacances ?

NON = 0

1 fois par an = 1

plus d'une fois par an = 2

31. Et cette année (1981), êtes-vous parti (ou partirez-vous en vacances ?

- 1. avec votre (vos) enfant(s)
- 2. sans votre (vos) enfant(s)
- 3. pas du tout

32. Laissez-vous votre enfant sous la responsabilité de quelqu'un le soir pour sortir?

- 1. jamais
- 2. rarement ( 1 fois tous les 2 mois)
- 3. 1 fois par mois
- 4. 1 fois par semaine
- 5. plus d'une fois par semaine

| codes                      | col.  | var. |
|----------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/>   | 78    | 75   |
| <input type="checkbox"/>   | 79    | 76   |
| <input type="checkbox"/>   | 80    | 77   |
| DUPLI                      | 1-4   |      |
| <input type="checkbox"/> 3 | 5     |      |
| <input type="checkbox"/>   | 6     | 78   |
| <input type="checkbox"/>   | 7-9   | 79   |
| <input type="checkbox"/>   | 10-11 | 80   |
| <input type="checkbox"/>   | 12    | 81   |
| <input type="checkbox"/>   | 13    | 82   |
| <input type="checkbox"/>   | 14    | 83   |

| codes   | col.  | var. |
|---|-------|------|
| <input type="checkbox"/>                          | 15    | 84   |
| <input type="checkbox"/>                          | 16    | 85   |
| 1 2 8 9   | 17    | 86   |
| 1 2 8 9   | 18    | 87   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 19-21 | 88   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 22-24 | 89   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 25-27 | 90   |

33. Estimez-vous que votre dernier enfant vous a occasionné depuis sa naissance :

- 1. beaucoup de soucis
- 2. peu de soucis
- 3. pas de soucis

La santé de votre enfant

34. Quel est son groupe sanguin ? (Ce renseignement se trouve peut-être dans le "journal de l'enfant" p.75.)

- 1 = A +                      5 = AB +
- 2 = A -                      6 = AB -
- 3 = B +                      7 = O +
- 4 = B -                      8 = O -

35.1. A la naissance, votre dernier enfant a-t-il eu un problème de "groupe rhésus" ?

(incompatibilité entre le sang de la mère et de l'enfant )

- 1 OUI
- 2 NON

2. Avez-vous reçu juste après la naissance une piqûre "anti-rhésus" pour éviter les accidents de ce type lors d'une autre grossesse ?

- 1. OUI
- 2. NON

es vaccins

6.1. A quel âge a-t-il été vacciné contre la poliomyélite ?

- . la 1<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines
- . la 2<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines
- . la 3<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines

Si pas encore : noter "pas encore"  
Si inconnu : noter "N.S.P."

2. A quel âge a-t-il été vacciné contre la diphtérie-coqueluche-tétanos ?

- . la 1<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines
- . la 2<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines
- . la 3<sup>è</sup> vaccination : .... mois .... semaines

28-30

91

31-33

92

34-36

93

3. Quand a-t-il été vacciné contre la variole ?

.... mois .... semaines

37-39

94

4. A-t-il reçu d'autres vaccins ?

- 1. OUI
- 2. NON

1 2 8 9

40

95

41

96

42-44

97

45

98

46-48

99

(ces divers renseignements sont peut-être repris dans le "journal de l'enfant", en p. 74-75)

1. A-t-il été malade depuis notre dernier passage ? (éventuellement, consulter le "journal de l'enfant" aux pages 76-77)

- 1. OUI
- 2. NON

1 2 8 9

49

100

Passer en question 39

2. A-t-il été hospitalisé ?

Si non : coder 0

Si oui, combien de fois (noter le nombre) →

50

101



combien de jours est-il resté en clinique :

au total

51-52

102

à son premier séjour

53-54

103

à son 2<sup>è</sup> séjour

55-56

104

| codes                | col.  | var. |
|----------------------|-------|------|
| <input type="text"/> | 28-30 | 91   |
| <input type="text"/> | 31-33 | 92   |
| <input type="text"/> | 34-36 | 93   |
| <input type="text"/> | 37-39 | 94   |
| 1 2 8 9              | 40    | 95   |
| <input type="text"/> | 41    | 96   |
| <input type="text"/> | 42-44 | 97   |
| <input type="text"/> | 45    | 98   |
| <input type="text"/> | 46-48 | 99   |
| 1 2 8 9              | 49    | 100  |
| <input type="text"/> | 50    | 101  |
| <input type="text"/> | 51-52 | 102  |
| <input type="text"/> | 53-54 | 103  |
| <input type="text"/> | 55-56 | 104  |

38. Quelles maladies a-t-il eues, à quel âge et quels traitements a-t-il reçus ?  
(indiquez-les dans le tableau par ordre chronologique)

| Maladie (voir code en bas de page) | Durée de la maladie en jours | Traitements (décrire en quelques mots) | Age de l'enfant au moment de la maladie | codes | col.              | var.                     |
|------------------------------------|------------------------------|--|---|-------|-------------------|--------------------------|
| 58                                 | 59 60                        | 61  62                                 | ... mois ... sem.<br>,<br>63 64 65      |       |                   | 105<br>106<br>107<br>108 |
| 66 67                              | 68 69                        | 70  71                                 | ... mois ... sem.<br>,<br>72 73 74      |       |                   | 109<br>110<br>111<br>112 |
| 75 76                              | 77 78                        | 79-80                                  | ... mois ... sem.<br>,<br>6 7 8         | <br>4 | DUPLI<br>1-4<br>5 | 113<br>114<br>115<br>116 |
| 9 10                               | 11 12                        | 13-14                                  | ... mois ... sem.<br>,<br>15 16 17      |       |                   | 117<br>118<br>119<br>120 |
| 18 19                              | 20 21                        | 22-23                                  | ... mois ... sem.<br>,<br>24 25 26      |       |                   | 121<br>122<br>123<br>124 |

- |                |                            |  |
|----------------|----------------------------|--|
| 1 méningite    | 12 oreillons               | 21 allergie au lait  |
| 2 pneumonie    | 13 bronchite               | 22 sténose du pylore   |
| 3 diphtérie    | 14 convulsions             | 23 eczéma  |
| 4 typhoïde     | (grands trem-<br>blements) | 24 rougeurs-boutons  |
| 5 paratyphoïde | 15 rhume                   | 25 accidents   |
| 6 hépatite     | 16 sinusite                | 26 intoxication  |
| 7 scarlatine   | 17 otite                   | 27 opérations chi-<br>rurgicales   |
| 8 rubéole      | 19 pharyngite              | 28 problèmes orthopédiques<br>(mauvaises positions des<br>pieds, des membres en général) |
| 9 varicelle    | 19 angine                  | 29 autres : expliquez .....  |
| 1 rougeole     | 20 vomissements            | .....  |
| 1 coqueluche   |                            | .....  |

39. Depuis sa sortie de maternité, combien de fois votre enfant a-t-il été examiné par :

Notez le nombre de fois  
Si NON, codez 00

- un pédiatre de l'O.N.E.  
-----
- une infirmière de l'O.N.E.  
-----
- un pédiatre privé chez lui  
-----
- un pédiatre privé chez vous  
-----
- un médecin traitant (généraliste) chez lui  
-----
- un médecin traitant (généraliste) chez vous  
-----
- un spécialiste  
(précisez lequel) .....
- 

| codes | col.  | var. |
|-------|-------|------|
| □□    | 27-28 | 125  |
| □□    | 29-30 | 126  |
| □□    | 31-32 | 127  |
| □□    | 33-34 | 128  |
| □□    | 35-36 | 129  |
| □□    | 37-38 | 130  |
| □□    | 39-40 | 131  |
| □     | 41    | 132  |
|       |       |      |
| □□    | 42-43 | 133  |
| □□    | 44-45 | 134  |
|       |       |      |
| □     | 46    | 135  |

40. A combien estimez-vous vos dépenses pour la santé de votre enfant depuis sa sortie de maternité ?  
(somme payée moins somme remboursée par la mutuelle)

- . en consultation médicales: ..... FB
- . en médicaments: ..... FB

41. Quand votre enfant fait de la température et présente des signes de maladie, qui décide d'appeler le médecin ?

- 1. vous-même
- 2. votre mari
- 3. les deux ensemble

LA SANTE DE LA MERE

| Grossesse et santé  | codes                    | col.  | var. |
|---|--------------------------|-------|------|
| 42.1. Avez-vous fréquenté les consultations prénatales de l'O.N.E.  |                          |       |      |
| 1. OUI  | 1 2 8 9                  | 47    | 136  |
| 2. NON  |                          |       |      |
| 2. Quelle est votre opinion sur ces consultations ?   |                          |       |      |
| 1. insatisfaisantes   | <input type="checkbox"/> | 48    | 137  |
| 2. plutôt décevantes  |                          |       |      |
| 3. plutôt bien  |                          |       |      |
| 4. très bien  |                          |       |      |
| 43. Avec six mois de recul, comment trouvez-vous que s'est déroulée votre dernière grossesse ?                                    |                          |       |      |
| 1. très mal   | <input type="checkbox"/> | 49    | 138  |
| 2. plutôt mal   |                          |       |      |
| 3. plutôt bien  |                          |       |      |
| 4. parfaitement   |                          |       |      |
| Quelle influence votre dernière grossesse a-t-elle eue sur votre état général ?   |                          |       |      |
| 1. bonne influence  | <input type="checkbox"/> | 50    | 139  |
| 2. sans influence   |                          |       |      |
| 3. mauvaise influence   |                          |       |      |
| 45.1. Combien de kgs avez-vous pris pendant votre dernière grossesse ? (d'avant la grossesse jusqu'à la veille de l'accouchement) |                          |       |      |
| ..... kgs   | <input type="checkbox"/> | 51-52 | 140  |
| 2. Quelle est votre taille ?  | <input type="checkbox"/> | 53-54 | 141  |
| 3. Quel est votre poids actuel ?  | <input type="checkbox"/> | 55-56 | 142  |

46.1. Combien de jours êtes-vous restée en maternité à l'hôpital ?

| codes                | col.  | var. |
|----------------------|-------|------|
| <input type="text"/> | 57-58 | 143  |
| <input type="text"/> | 59    | 144  |
| 1 2 0 9              | 60    | 145  |
| <input type="text"/> | 61-62 | 146  |
| <input type="text"/> | 63-64 | 147  |
| <input type="text"/> | 65-66 | 148  |
| <input type="text"/> | 67-68 | 149  |
| <input type="text"/> | 69    | 150  |

Si plus d'une semaine, expliquez pourquoi :

.....  
.....  
.....

2. Avez-vous fait de la gymnastique post-natale ?

- 1. OUI
- 2. NON

47.1. En temps normal, combien de bière consommez-vous par semaine ?

..... verres

et de vin

..... verres

et d'apéritif

..... verres

et d'alcool  
(whisky, gin, genièvre ...)

..... verres

2. En temps normal, suivez-vous un régime ?

Entourez le code correspondant

0 = NON

1 = OUI : expliquez lequel et pourquoi :

.....  
.....  
.....

3. En temps normal, fumez-vous ?

NON = coder 00 →  
 OUI = combien de cigarettes par jour

quelle marque fumez-vous ?  
 .....  
 .....

| codes                | col.  | var. |
|----------------------|-------|------|
| <input type="text"/> | 70-71 | 151  |
| <input type="text"/> | 72    | 152  |
| <input type="text"/> | 73-74 | 153  |
| <input type="text"/> | 75-76 | 154  |
| <input type="text"/> | 77    | 155  |
| <input type="text"/> | 78-80 |      |
| <b>DUPLI</b>         | 1-4   |      |
| <input type="text"/> | 5     |      |
| <input type="text"/> | 6-7   | 156  |
| <input type="text"/> | 8     | 157  |
| <input type="text"/> | 9     | 158  |

40. Si vous ne fumez pas actuellement, avez-vous fumé dans le passé ?

NON = coder 00 →  
 OUI = combien de cigarettes par jour ?

pendant combien d'années ?  
 quelle marque ?  
 .....  
 .....

Pendant votre dernière grossesse :

1. Avez-vous fumé

NON = coder 00  
 OUI = combien de cigarettes par jour (en moyenne)

Quelle marque ?  
 .....

2. Avez-vous réduit votre consommation de bière, vin, alcool, etc. pendant votre grossesse ?

1. tout à fait supprimé
2. réduit très fort
3. réduit un peu
4. pas réduit

3. Avez-vous suivi un régime spécial pendant votre grossesse ? (alimentation)

Entourez le code choisi

0 = NON

1 = OUI : expliquez lequel et pourquoi

.....

.....

| codes                    | col. | var. |
|--------------------------|------|------|
| <input type="checkbox"/> | 10   | 159  |
| <input type="checkbox"/> | 11   | 160  |
| <input type="checkbox"/> | 12   | 161  |

50.1. D'une façon générale, pensez-vous que le tabac soit mauvais pour la santé ?

1. NON

2. Un peu

3. Assez mauvais

4. Très mauvais

2. Pensez-vous que fumer soit mauvais pour la santé d'une femme enceinte ?

1. NON

2. Un peu

3. Assez mauvais

4. Très mauvais

Parlons de votre santé

51.1. Depuis votre sortie de maternité, combien de fois avez-vous consulté :

- . votre gynécologue chez lui
- . un spécialiste qui ne soit pas gynécologue (précisez quel spécialiste) \_ \_ \_ \_ \_
- . le gynécologue de l'O.N.E. en consultation post-natale
- . votre médecin traitant chez lui

| codes                    | col.  | var. |
|--------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> | 13-14 | 161  |
| <input type="checkbox"/> | 15-16 | 163  |
| <input type="checkbox"/> | 17-18 | 164  |
| <input type="checkbox"/> | 19-20 | 165  |
| <input type="checkbox"/> | 21-22 | 166  |
| 1 2 0 9                  | 23    | 167  |
| <input type="checkbox"/> | 24    | 168  |
| <input type="checkbox"/> | 25    | 169  |
| <input type="checkbox"/> | 26-27 | 170  |
| <input type="checkbox"/> | 28-29 | 171  |

2. Combien de fois avez-vous dû faire venir le médecin à domicile pour vous depuis votre accouchement ?

Avez-vous un (ou plusieurs) médecin(s) traitant(s) pour vous-même ?

- 1. OUI
- 2. NON

Quelle(s) spécialité(s) ?

.....

.....

52. Depuis votre dernière grossesse, avez-vous eu des problèmes de santé ?

Entourez le code choisi:

- 0. NON
- 1. OUI : expliquez

Quoi ? .....

.....

.....

Ce que vous avez fait pour y remédier :

.....

.....

.....

53.1. Expliquez en quelques mots ce que vous pensez de  votre santé , actuellement et dans le passé (précisez quand)

.....  
.....  
.....

30-31

172

2. La même chose pour la santé de votre conjoint

.....  
.....  
.....

32-33

173

3. La même chose pour la santé de votre dernier enfant :

.....  
.....  
.....

34-35

174

54.1. Avez-vous eu jusqu'à présent des problèmes de santé ?

NON : 0

OUI : 1. des problèmes mineurs  
2. des problèmes moyens  
3. des problèmes graves

36

175

2. Ces problèmes :

- ont-ils eu des conséquences au niveau de votre profession ?

OUI : 1  
NON : 2

1 2 8 9

37

176

- ont-ils eu des conséquences financières importantes pour votre ménage ?

OUI : 1  
NON : 2

1 2 8 9

38

177

- ont-ils eu des conséquences sur le nombre d'enfants que vous avez ?

OUI : 1  
NON : 2

1 2 8 9

39

178

- ont-ils entraîné une ou plusieurs hospitalisations ?

si OUI : inscrivez combien de fois  
si NON : coder 0

40

179

55. Indiquez dans les tableaux suivants les grands problèmes de santé que vous et votre conjoint avez eus dans le passé ou que vous avez encore, et en quelle année ?

1. Pour vous-même

| Maladies (voir liste en bas de page).<br>Expliquez en quelques mots | Gravité<br>légère : 1<br>grave : 2 | Année<br>19..                                      | codes  | variables         |
|---|------------------------------------|--|--|-------------------|
| -----<br>-----<br>-----   | <input type="text"/><br>41         | <input type="text"/> <input type="text"/><br>42 43 | <input type="text"/> <input type="text"/><br>44 45 | 180<br>181<br>182 |
| -----<br>-----<br>-----   | <input type="text"/><br>46         | <input type="text"/> <input type="text"/><br>47 48 | <input type="text"/> <input type="text"/><br>49 50 | 183<br>184<br>185 |
| -----<br>-----<br>-----   | <input type="text"/><br>51         | <input type="text"/> <input type="text"/><br>52 53 | <input type="text"/> <input type="text"/><br>54 55 | 186<br>187<br>188 |
| -----<br>-----<br>-----   | <input type="text"/><br>56         | <input type="text"/> <input type="text"/><br>57 58 | <input type="text"/> <input type="text"/><br>59 60 | 189<br>190<br>191 |

- |   |  |
|---|--|
| 01 Problèmes respiratoires                            | 07 Problèmes d'infection à répétition        |
| 02 Problèmes cardiaques                               | 08 Problèmes de sommeil                      |
| 03 Problèmes digestifs                                | 09 Problèmes aux yeux                        |
| 04 Problèmes nerveux                                  | 10 Problèmes d'oreilles (audition, vertiges) |
| 05 Problèmes de rhumatisme, musculaires, articulaires | 11 Problèmes de diabète                      |
| 06 Problèmes d'allergie (asthme, eczéma)              | 12 Autres<br><i>général ?</i>                |

2. Pour votre conjoint

Maladies (voir liste en bas de page)  
Expliquez en quelques mots

Gravité  
légère : 1  
grave : 2

Année  
19..

| codes                                    | var.              |
|--|-------------------|
| <input type="text"/>                     |                   |
| <input type="text"/>                     | 195<br>196<br>197 |
| <input type="text"/>                     | 198<br>199<br>200 |
| <input type="text"/>                     | 201<br>202<br>203 |
| <input type="text"/>                     | 204               |
| QUPLI<br>1 - 4<br><input type="text"/> 5 |                   |

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 61                   | 62 63                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 66                   | 67 68                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 71                   | 72 73                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 76                   | 77 78                |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 64 65                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 69 70                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 74 75                |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 79 80                |                      |

- 01 Problèmes respiratoires
- 02 Problèmes cardiaques
- 03 Problèmes digestifs
- 04 Problèmes nerveux
- 05 Problèmes de rhumatisme, musculaires, articulaires
- 06 Problèmes d'allergie (asthme, eczéma)

- 07 Problèmes d'infection à répétition
- 08 Problèmes de sommeil
- 09 Problèmes aux yeux
- 10 Problèmes d'oreilles (audition, vertiges)
- 11 Problèmes de diabète
- 12 Autres

66. Prenez-vous des médicaments régulièrement ?

Entourez le code choisi

- 0. NON
- 1. OUI.  
Lesquels et depuis combien d'années ?

| Nom des médicaments | Depuis combien d'années |
|---------------------|-------------------------|
| 1. ....             | .....                   |
| 2. ....             | .....                   |
| 3. ....             | .....                   |

7.1. Combien de jours passez-vous au lit, en moyenne, par an, pour raison de santé ?

2. Et votre conjoint ?

8. Avez-vous une pharmacie à la maison pour garder les médicaments ?

- 1. OUI
- 2. NON

9. Combien vous ont effectivement coûté votre accouchement et votre séjour en maternité ?

Indiquez le montant total de ce que vous avez dû payer moins ce que la mutuelle vous a remboursé.

- 1. - de 500 F.D.
- 5. de 5000 à 10000 FB
- 2. de 500 à 1000 FB
- 6. de 10000 à 15000 FB
- 3. de 1000 à 2000 FB
- 7. de 15000 à 20000 FB
- 4. de 2000 à 5000 FB
- 8. 20000 FB et plus

| codes   | col.  | var.       |
|---------|-------|------------|
| [ ] [ ] | 6-8   | 207<br>208 |
| [ ] [ ] | 9-11  | 209<br>210 |
| [ ] [ ] | 12-14 | 211<br>212 |
| [ ] [ ] | 15-16 | 213        |
| [ ] [ ] | 17-18 | 214        |
| 1 2 0 9 | 19    | 215        |
| [ ] [ ] | 20-21 | 216        |

60. Que pensez-vous de l'utilité des éléments suivants pour vous-même et votre santé ?

- . vaccinations
- . dépistage du cancer du sein
- . dépistage du cancer du col de l'utérus
- . bilan de santé régulier
- . avoir une alimentation équilibrée
- . ne pas fumer (ou ne plus fumer)
- . faire du sport et de l'exercice

|               |
|---------------|
| 1. Très utile |
| 2. Utile      |
| 3. Inutile    |

61. Quel est votre régime d'assurance contre la maladie ?

Entourer le(s) code(s) choisi(s)

- 01 Régime général (petits risques)
- 02 Régime indépendant (gros risques)
- 04 V.I.P.O. (veuves, invalides, pensionnés, orphelins)
- 08 Assurance complémentaire (expliquez ici ce que couvre cette assurance)
- .....
- .....
- .....
- 16 S.N.C.B.
- 32 Gratuité des soins pour raisons professionnelles
- 64 Le C.P.A.S. ou un autre organisme d'aide couvre les frais de santé

| codes  | col.  | var. |
|--|-------|------|
| <input type="checkbox"/>   | 22    | 217  |
| <input type="checkbox"/>   | 23    | 218  |
| <input type="checkbox"/>   | 24    | 219  |
| <input type="checkbox"/>   | 25    | 220  |
| <input type="checkbox"/>   | 26    | 221  |
| <input type="checkbox"/>   | 27    | 222  |
| <input type="checkbox"/>   | 28    | 223  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 29-31 | 224  |



63. Actuellement, travaillez-vous à l'extérieur ?

- 0. NON → Passer en 64.
- 1. OUI à plein temps
- 2. OUI à mi-temps
- 3. OUI à quart temps → Passez en 66
- 4. OUI, occasionnellement,  
ou autre (à préciser) - - - -  
- - - -

Avez-vous arrêté de travailler après votre dernière grossesse ?

Entourez le code choisi

- 0. NON
- 1. OUI, expliquez pourquoi :  
.....  
.....  
.....  
.....

Actuellement, quel est votre statut?

- | Statut                               |
|--------------------------------------|
| 1. étudiante                         |
| 2. au chômage                        |
| 3. au foyer                          |
| 4. malade (handicapée)               |
| 5. pensionnée                        |
| 6. rentière                          |
| 7. autre (préciser) - - -<br>- - - - |

| codes                    | col.  | var. |
|--------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> | 38    | 228  |
| <input type="checkbox"/> | 39-40 | 229  |
| <input type="checkbox"/> | 41    | 230  |

66. Actuellement, quel est le statut de votre conjoint?

| Statut                            |
|-----------------------------------|
| 1. travailleur                    |
| 2. étudiant                       |
| 3. milicien                       |
| 4. au chômage                     |
| 5. au foyer                       |
| 6. malade, handicapé              |
| 7. pensionné                      |
| 8. rentier                        |
| 9. autre, expliquez.....<br>..... |

67. Du fait de votre travail à la maison ou à l'extérieur, ressentez-vous actuellement une fatigue ?

- 1. très importante
- 2. importante
- 3. moyenne
- 4. modérée
- 5. nulle

| codes                    | col. | var. |
|--------------------------|------|------|
| <input type="checkbox"/> | 42   | 231  |
| <input type="checkbox"/> | 43   | 232  |

Noter les codes

Les divers renseignements demandés étaient-ils inscrits dans le "journal de l'enfant" ?

- 1. tout à fait complètement
- 2. partiellement
- 3. non inscrits

| codes                    | col. | var. |
|--------------------------|------|------|
| <input type="checkbox"/> | 44   | 233  |
| <input type="checkbox"/> | 45   | 234  |
| <input type="checkbox"/> | 46   | 235  |
| <input type="checkbox"/> | 47   | 236  |
| <input type="checkbox"/> | 48   | 237  |
| <input type="checkbox"/> | 49   | 238  |

Une ou plusieurs personnes ont-elles assisté à l'enquête ?

- 1. OUI
- 2. NON

Y a-t-il eu des questions que la personne interrogée n'a pas comprises ou pour lesquelles elle a eu de sérieuses difficultés à répondre ?

- 1. OUI
- 2. NON

En général, dans quelle mesure estimez-vous que la personne interrogée était "intéressée" par l'enquête ?

- 1. très intéressée
- 2. passablement intéressée
- 3. peu intéressée
- 4. pas du tout intéressée

Résultat de l'enquête :

- 1. interview terminée
- 2. interview partiellement terminée, par suite de refus de poursuivre de l'interviewée
- 3. interview partiellement terminée, par suite de l'incapacité de poursuivre de l'interviewée (handicap, empêchement ....)

Durée de l'interview :

- 1. moins de 30 minutes
- 2. de 30 à moins de 45 minutes
- 3. de 45 à moins de 60 minutes
- 4. de 60 à moins de 75 minutes
- 5. plus de 75 minutes

Tableau D.A.1. : Matrice de corrélation des 18 indicateurs de santé/morbidité retenus pour l'analyse (cf tableau E.14).

Coefficient de corrélation de PEARSON. Nombre de sujets entre parenthèses. Probabilité d'erreur  $\alpha$ .

|                               | 1                           | 2                           | 3                           | 4                           | 5                           | 6                           | 7                           | 8                           | 9                           | 10                         | 11                          | 12                          | 13                          | 14                          | 15                          | 16                          | 17                          | 18                        |  |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|
| 1. Vécu subjectif grossesse 1 | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 2. Vécu subjectif grossesse 2 | .5499<br>( 5701<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 3. Nausées gravidiques        | .1403<br>( 7281<br>p= .001  | .1392<br>( 5531<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 4. Hospitalisation prénatale  | .2927<br>( 7461<br>p= .001  | .2835<br>( 5701<br>p= .001  | .0262<br>( 7261<br>p= .241  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 5. Mise en couveuse           | .1867<br>( 7491<br>p= .001  | .1284<br>( 5711<br>p= .001  | -.0109<br>( 7291<br>p= .394 | .2321<br>( 7471<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 6. Prématurité gestat.        | .1892<br>( 7471<br>p= .001  | .1092<br>( 5691<br>p= .005  | -.0521<br>( 7251<br>p= .076 | .1798<br>( 7451<br>p= .001  | .4037<br>( 7471<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 7. Poids naissance < 2.5 kgs  | .1765<br>( 7481<br>p= .001  | .1652<br>( 5701<br>p= .001  | -.0026<br>( 7281<br>p= .472 | .1346<br>( 7411<br>p= .001  | .3491<br>( 7491<br>p= .001  | .3923<br>( 7471<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 8. Réanimation néonatale      | -.0023<br>( 7431<br>p= .473 | -.0028<br>( 5741<br>p= .474 | -.0079<br>( 7231<br>p= .417 | .0774<br>( 7411<br>p= .018  | .0907<br>( 7431<br>p= .007  | -.0117<br>( 7421<br>p= .376 | .0472<br>( 7441<br>p= .099  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 9. Problème à la naissance    | .0857<br>( 7491<br>p= .014  | .0927<br>( 5711<br>p= .013  | -.0142<br>( 7291<br>p= .351 | .1444<br>( 7471<br>p= .001  | .3569<br>( 7501<br>p= .001  | .1393<br>( 7491<br>p= .001  | .2000<br>( 7471<br>p= .001  | .2548<br>( 7441<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 10. mère enq. : "malade"      | .0273<br>( 7411<br>p= .213  | .0339<br>( 5671<br>p= .100  | -.0450<br>( 7211<br>p= .114 | .0719<br>( 7291<br>p= .025  | -.0353<br>( 7421<br>p= .168 | -.0261<br>( 7401<br>p= .239 | -.0309<br>( 7411<br>p= .014 | .0325<br>( 7361<br>p= .182  | .0671<br>( 7421<br>p= .034  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****  |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 11. symptôme (1 ou +)         | .0373<br>( 7491<br>p= .154  | .1022<br>( 5711<br>p= .007  | -.0149<br>( 7291<br>p= .344 | .0240<br>( 7471<br>p= .256  | -.0314<br>( 7501<br>p= .196 | -.0223<br>( 7431<br>p= .490 | -.0018<br>( 7491<br>p= .490 | .0106<br>( 7441<br>p= .307  | .0620<br>( 7501<br>p= .042  | .4049<br>( 7421<br>p= .001 | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 12. toux                      | .0284<br>( 7491<br>p= .219  | .0792<br>( 5111<br>p= .029  | .0049<br>( 7291<br>p= .426  | .0561<br>( 7471<br>p= .063  | .0601<br>( 7501<br>p= .050  | .0563<br>( 7401<br>p= .062  | .0109<br>( 7491<br>p= .383  | .0579<br>( 7441<br>p= .057  | .0781<br>( 7501<br>p= .016  | .3070<br>( 7421<br>p= .001 | .5040<br>( 7501<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 13. vomissements              | .0861<br>( 7491<br>p= .009  | .0900<br>( 5711<br>p= .028  | .0342<br>( 7291<br>p= .178  | .0182<br>( 7471<br>p= .019  | .0400<br>( 7501<br>p= .309  | .0400<br>( 7401<br>p= .137  | .0232<br>( 7491<br>p= .263  | .0210<br>( 7441<br>p= .284  | .0940<br>( 7501<br>p= .005  | .1454<br>( 7421<br>p= .001 | .2916<br>( 7501<br>p= .001  | .1845<br>( 7501<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                             |                           |  |
| 14. mère enq. : "malade"      | .0534<br>( 5711<br>p= .101  | .0430<br>( 5711<br>p= .153  | -.0076<br>( 5681<br>p= .410 | .0423<br>( 5731<br>p= .156  | -.0023<br>( 5741<br>p= .314 | -.0710<br>( 5731<br>p= .043 | -.0720<br>( 5731<br>p= .041 | -.0386<br>( 5701<br>p= .179 | .0460<br>( 5741<br>p= .136  | .1290<br>( 5701<br>p= .001 | .1212<br>( 5741<br>p= .002  | .1006<br>( 5741<br>p= .050  | .0554<br>( 5741<br>p= .092  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                             |                           |  |
| 15. hospitalisé               | .0542<br>( 5621<br>p= .100  | .1216<br>( 5691<br>p= .002  | .0509<br>( 5451<br>p= .113  | .1057<br>( 5631<br>p= .006  | .0440<br>( 5631<br>p= .149  | .0001<br>( 5631<br>p= .499  | -.0159<br>( 5641<br>p= .054 | -.0177<br>( 5691<br>p= .339 | .1074<br>( 5631<br>p= .005  | .0904<br>( 5691<br>p= .016 | .0975<br>( 5691<br>p= .010  | .1096<br>( 5651<br>p= .005  | .0050<br>( 5631<br>p= .022  | .1835<br>( 5631<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                             |                           |  |
| 16. diff. aux repas           | .0466<br>( 5731<br>p= .133  | .0346<br>( 5711<br>p= .205  | .0749<br>( 5611<br>p= .075  | .0715<br>( 5731<br>p= .044  | .1077<br>( 5741<br>p= .005  | .0455<br>( 5721<br>p= .137  | .0714<br>( 5731<br>p= .044  | .0186<br>( 5701<br>p= .329  | .1300<br>( 5741<br>p= .001  | .0433<br>( 5701<br>p= .151 | .0521<br>( 5741<br>p= .107  | .0612<br>( 5741<br>p= .072  | .0462<br>( 5741<br>p= .134  | .0652<br>( 5741<br>p= .059  | .0140<br>( 5671<br>p= .370  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                             |                           |  |
| 17. caus. bcp de soucis       | .1251<br>( 5731<br>p= .001  | .1302<br>( 5711<br>p= .001  | .0644<br>( 5691<br>p= .057  | .1744<br>( 5731<br>p= .001  | .0455<br>( 5741<br>p= .130  | .0766<br>( 5721<br>p= .054  | .1052<br>( 5731<br>p= .006  | -.0149<br>( 5701<br>p= .361 | .0608<br>( 5731<br>p= .073  | .1070<br>( 5741<br>p= .009 | .1367<br>( 5741<br>p= .001  | .0941<br>( 5741<br>p= .098  | .1605<br>( 5741<br>p= .001  | .1758<br>( 5691<br>p= .001  | .2493<br>( 5671<br>p= .001  | .1505<br>( 5681<br>p= .001  | 1.0000<br>( 01<br>p=*****   |                           |  |
| 18. santé excellente          | -.0625<br>( 5671<br>p= .448 | -.0098<br>( 5651<br>p= .460 | -.0374<br>( 5691<br>p= .432 | -.0273<br>( 5671<br>p= .268 | .0053<br>( 5691<br>p= .450  | .0405<br>( 5671<br>p= .124  | .0416<br>( 5671<br>p= .162  | -.0037<br>( 5641<br>p= .312 | -.0453<br>( 5631<br>p= .141 | .0019<br>( 5641<br>p= .462 | -.0470<br>( 5641<br>p= .159 | -.0470<br>( 5641<br>p= .092 | -.0179<br>( 5641<br>p= .336 | -.1147<br>( 5631<br>p= .003 | -.1409<br>( 5631<br>p= .001 | -.1061<br>( 5631<br>p= .006 | -.1214<br>( 5631<br>p= .002 | 1.0000<br>( 01<br>p=***** |  |

Tableau E.A. 1 : Distribution des malades et des maladies au cours de la grossesse en fonction de la nature de l'affection et de la catégorie sociale (% calculés par rapport au nombre total de répondantes et par rapport au nombre de malades).

| MALADIES                           | CATEGORIE SOCIALE |            |            | Echantillon<br>(750) | CATEGORIE SOCIALE |           |           | Echantillon<br>(121) |
|------------------------------------|-------------------|------------|------------|----------------------|-------------------|-----------|-----------|----------------------|
|                                    | 1<br>(184)        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                      | 1<br>(33)         | 2<br>(65) | 3<br>(23) |                      |
| Rubéole                            | -                 | 0.5        | -          | 0.3                  | -                 | 3.1       | -         | 1.7                  |
| Toxoplasmose                       | 0.5               | 0.3        | -          | 0.3                  | 3.0               | 1.5       | -         | 1.7                  |
| Infections des voies respiratoires | 4.9               | 8.7        | 6.7        | 7.3                  | 27.3              | 53.9      | 47.8      | 45.5                 |
| Grippe                             | 4.4               | 2.2        | 3.1        | 2.9                  | 24.2              | 13.8      | 21.7      | 18.2                 |
| Oreillons                          | -                 | 0.5        | -          | 0.3                  | -                 | 3.0       | -         | 1.7                  |
| Hépatite virale                    | -                 | 0.3        | -          | 0.1                  | -                 | 1.5       | -         | 0.8                  |
| Infections urinaires               | 3.3               | 1.5        | 1.8        | 2.0                  | 18.2              | 9.2       | 13.0      | 12.4                 |
| Infections gynécologiques          | 1.1               | -          | -          | 0.3                  | 6.1               | -         | -         | 1.7                  |
| Problèmes circulatoires            | -                 | 0.3        | -          | 0.1                  | -                 | 1.5       | -         | 0.8                  |
| Phlébite                           | -                 | -          | 0.6        | 0.1                  | -                 | -         | 4.3       | 0.8                  |
| Varices                            | -                 | 0.5        | -          | 0.3                  | -                 | 3.1       | -         | 1.7                  |
| Hypotension                        | 0.5               | 0.3        | -          | 0.3                  | 3.0               | 1.5       | -         | 1.7                  |
| Hypertension                       | 0.5               | 0.5        | 0.6        | 0.5                  | 3.0               | 3.1       | 4.3       | 3.3                  |
| Problèmes digestifs                | 1.6               | -          | -          | 0.4                  | 9.1               | -         | -         | 2.5                  |
| Problèmes neurologiques            | -                 | -          | 0.6        | 0.1                  | -                 | -         | 4.3       | 0.8                  |
| Diabète                            | -                 | 0.8        | -          | 0.4                  | -                 | 4.6       | -         | 2.5                  |
| Problèmes liés à la grossesse (§)  | -                 | 0.3        | -          | 0.1                  | -                 | 1.5       | -         | 0.8                  |
| Nature non précisée                | 1.1               | -          | 0.6        | 0.3                  | 6.1               | -         | 4.3       | 2.5                  |
| TOTAL                              | 17.9              | 16.4       | 14.0       | 16.1                 | 100.0             | 100.0     | 100.0     | 100.0                |

(§) Il s'agit ici de deux répondantes ayant signalé en réponse à cette question (annexe A, questions 1.13 et 1.14 p.A2) un problème lié à l'évolution même de la grossesse et traité au moyen d'hormones progestatives ou oestro-progestatives.

Tableau E.A. 2 : Les médicaments consommés au cours de la grossesse  
(index calculé en % sur la totalité des répondantes).

| TYPE DE<br>MEDICATION                  | C A T E G O R I E   S O C I A L E |             |             | Echantillon<br>(750) |
|--|-----------------------------------|-------------|-------------|----------------------|
|  | 1<br>(184)                        | 2<br>(402)  | 3<br>(164)  |                      |
| Tocolytiques                           | 5.4                               | 9.0         | 3.7         | 6.9                  |
| Antibiotiques                          | 6.5                               | 6.2         | 8.5         | 6.8                  |
| Hormones                               | 2.2                               | 4.2         | 5.5         | 4.0                  |
| Tranquillisants                        | 2.7                               | 3.0         | 3.0         | 2.9                  |
| Analgésiques et<br>anti-inflammatoires | 4.9                               | 2.2         | 0.6         | 2.5                  |
| Anti-nauséeux                          | 4.3                               | 2.5         | 0.6         | 2.5                  |
| Anti-toux                              | 2.2                               | 2.2         | 1.2         | 2.0                  |
| Anti-hypertenseurs                     | 2.7                               | 1.5         | 0.6         | 1.6                  |
| Antispasmodiques                       | 2.7                               | 0.5         | 1.8         | 1.3                  |
| Stimulants<br>cardiaques               | 0.5                               | 1.2         | 1.2         | 1.1                  |
| Vasodilatateurs                        | 1.1                               | 1.0         | -           | 0.8                  |
| Antiseptiques<br>urinaires             | 1.1                               | 0.5         | 0.6         | 0.7                  |
| Anticonvulsivants                      | 0.5                               | 0.5         | -           | 0.4                  |
| Diurétiques                            | -                                 | 0.5         | 0.6         | 0.4                  |
| Vaccination anti-<br>tétanique         | 0.5                               | 0.2         | 0.6         | 0.4                  |
| Laxatifs                               | 0.5                               | 0.2         | -           | 0.3                  |
| Insuline                               | -                                 | 0.5         | -           | 0.3                  |
| Anti-mycotiques                        | 1.1                               | -           | -           | 0.3                  |
| Corticoïdes                            | -                                 | -           | 0.6         | 0.1                  |
| Anti-asthmatiques                      | -                                 | 0.2         | -           | 0.1                  |
| Nature non précisée                    | 9.2                               | 2.2         | 0.6         | 3.6                  |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>47.8</b>                       | <b>38.8</b> | <b>29.9</b> | <b>39.1</b>          |

$$\chi^2 = 7.17^*$$

Tableau E.A.3. : Relations entre les variables de prématurité gestationnelle et de prématurité pondérale (cf définitions in section C.6.6.2. p54 ).  
En pourcentages. Nombre de sujets entre parenthèses.

Ensemble de l'échantillon

|                            |                    | Prétermes<br>(49) | A terme<br>(698) | Total<br>(747) |
|----------------------------|--------------------|-------------------|------------------|----------------|
| Poids<br>à la<br>naissance | ≥ 2.5 kgs<br>(690) | 3.5               | 88.9             | 92.4           |
|                            | < 2.5 kgs<br>( 57) | 3.1               | 4.6              | 7.6            |
| T O T A L                  |                    | 6.7               | 93.3             | 100.0          |

Par catégorie sociale

Catégorie inférieure

Catégorie moyenne

Catégorie supérieure

(14) (168)

|       |     |      |      |
|-------|-----|------|------|
| (161) | 3.3 | 85.2 |      |
| ( 21) | 4.4 | 7.1  | 11.5 |
|       | 7.7 |      |      |

(26) (375)

|       |     |      |     |
|-------|-----|------|-----|
| (374) | 3.7 | 89.5 |     |
| ( 27) | 2.7 | 4.0  | 6.7 |
|       | 6.5 |      |     |

(9) (155)

|       |     |      |     |
|-------|-----|------|-----|
| (155) | 3.0 | 91.5 |     |
| ( 9)  | 2.4 | 3.0  | 5.5 |
|       | 5.5 |      |     |

Tableau E.A.4 : Les problèmes de santé du nouveau-né selon la catégorie sociale d'appartenance (% calculés sur le total des répondantes d'une part et sur le total des réponses positives obtenues d'autre part).

|                                   | CATEGORIE SOCIALE |             |             | Echantillon<br>(750) | CATEGORIE SOCIALE |              |              | Echantillon<br>(156) |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|-------------|----------------------|-------------------|--------------|--------------|----------------------|
|                                   | 1<br>(184)        | 2<br>(402)  | 3<br>(164)  |                      | 1<br>(45)         | 2<br>(79)    | 3<br>(32)    |                      |
| Problèmes liés à l'accouchement   | 5.4               | 4.7         | 4.3         | 4.8                  | 22.2              | 24.1         | 21.9         | 23.1                 |
| Problèmes liés à la prématurité   | 5.4               | 3.7         | 3.1         | 4.0                  | 22.2              | 19.0         | 15.6         | 19.2                 |
| Circulaire du cordon              | 2.7               | 1.5         | 4.9         | 2.5                  | 11.1              | 7.6          | 25.0         | 12.2                 |
| Problèmes respiratoires           | 2.2               | 2.7         | 2.5         | 2.5                  | 8.9               | 13.9         | 12.5         | 12.2                 |
| Malformations diverses            | 1.6               | 1.0         | 0.6         | 1.1                  | 6.7               | 5.1          | 3.1          | 5.1                  |
| Problèmes cardiaques              | 1.6               | 1.0         | -           | 0.9                  | 6.7               | 5.1          | -            | 4.5                  |
| Ictère néonatal                   | 1.1               | 1.2         | -           | 0.9                  | 4.4               | 6.3          | -            | 4.5                  |
| Problèmes métaboliques            | 0.5               | 1.0         | 0.6         | 0.8                  | 2.2               | 5.1          | 3.1          | 3.8                  |
| Etats infectieux                  | 1.1               | 0.8         | -           | 0.7                  | 4.4               | 3.8          | -            | 3.2                  |
| Problèmes digestifs               | 0.5               | 0.5         | 0.6         | 0.5                  | 2.2               | 2.5          | 3.1          | 2.6                  |
| Luxation congénitale de la hanche | 0.5               | 0.2         | 0.6         | 0.4                  | 2.2               | 1.3          | 3.1          | 1.9                  |
| Cryptorchidie                     | 0.5               | 0.2         | 0.6         | 0.4                  | 2.2               | 1.3          | 3.1          | 1.9                  |
| Déshydratation                    | 0.5               | 0.2         | -           | 0.3                  | 2.2               | 1.3          | -            | 1.3                  |
| Non précisé                       | 0.5               | 0.8         | 1.8         | 0.9                  | 2.2               | 3.8          | 9.4          | 4.5                  |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>24.4</b>       | <b>19.7</b> | <b>19.5</b> | <b>20.8</b>          | <b>100.0</b>      | <b>100.0</b> | <b>100.0</b> | <b>100.0</b>         |
| $\chi^2_2 = 1.98^{NS}$            |                   |             |             |                      |                   |              |              |                      |

Tableau E.A.5 : Distribution sociale des pathologies de l'enfant déclarées lors de la seconde enquête. En nombres absolus.  
Nombres d'enfants concernés entre parenthèses.

|                            | C A T E G O R I E    S O C I A L E |       |       | T O T A L |
|----------------------------|------------------------------------|-------|-------|-----------|
|                            | 1                                  | 2     | 3     |           |
| Nombre d'enfants :         | (138)                              | (305) | (131) | (574)     |
| Méningite                  | .                                  | .     | 1     | 1         |
| Pneumonie                  | 1                                  | 3     | .     | 4         |
| Typhoïde - paratyph.       | .                                  | 1     | 1     | 2         |
| Hépatite                   | .                                  | 2     | .     | 2         |
| Scarlatine                 | .                                  | .     | 1     | 1         |
| Rubéole                    | 2                                  | 7     | 3     | 12        |
| Roséole                    | 5                                  | 15    | 7     | 27        |
| Varicelle                  | .                                  | 4     | 2     | 6         |
| Rougeole                   | 5                                  | 4     | 1     | 10        |
| Oreillons - coq.<br>dipht. | .                                  | .     | .     | .         |
| Faux croup                 | 1                                  | .     | .     | 1         |
| Bronchite                  | 33                                 | 53    | 15    | 101       |
| Angine                     | 19                                 | 28    | 9     | 56        |
| Pharyngite, + ORL n.p.     | 23                                 | 49    | 25    | 97        |
| Sinusite                   | .                                  | .     | .     | .         |
| Otite                      | 15                                 | 32    | 20    | 67        |
| Rhume                      | 45                                 | 114   | 54    | 213       |
| Grippe - viroses div.      | 2                                  | 7     | 3     | 12        |
| Autre probl.resp.          | 1                                  | 2     | .     | 3         |
| Asthme                     | .                                  | 1     | 1     | 2         |
| Vomissements               | 8                                  | 5     | 2     | 15        |
| Allergie prot.animales     | 11                                 | 12    | 4     | 27        |
| Probl. digest.             | 13                                 | 28    | 8     | 49        |
| Sténose pylore             | .                                  | 2     | .     | 2         |
| Hernie                     | 2                                  | .     | 3     | 5         |

.../...

Tableau E.A.5 : suite

|                           |            |            |            |            |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Déshydratation            | 1          | .          | .          | 1          |
| Problèmes cardiaques(CIV) | 1          | 1          | .          | 2          |
| Autres malformations      | 3          | .          | .          | 3          |
| Probl;néphrologiques      | .          | 2          | .          | 2          |
| Infect.urinaires          | 1          | 1          | .          | 2          |
| Probl.dentaires           | 1          | 2          | 1          | 4          |
| Probl.acoustiques         | .          | 2          | .          | 2          |
| Probl.ophtalmo.           | 2          | 3          | 1          | 6          |
| Probl.orthopédiques       | 1          | 4          | 1          | 6          |
| Probl.dermatologiques     | 2          | 1          | 1          | 4          |
| Eczéma                    | 1          | 6          | 2          | 9          |
| Rougeurs, boutons         | 6          | 14         | 6          | 26         |
| Réactions vaccinales      | 1          | .          | 2          | 3          |
| Muguet                    | 4          | 3          | .          | 7          |
| Amaigrissement            | 1          | .          | .          | 1          |
| Anémie                    | 1          | 1          | .          | 2          |
| Nervosité                 | 1          | .          | .          | 1          |
| Convulsions               | .          | .          | 1          | 1          |
| Accidents                 | .          | 2          | .          | 2          |
| Intoxications             | 1          | .          | .          | 1          |
| Brûlures                  | .          | 3          | .          | 3          |
| <b>TOTAL</b>              | <b>214</b> | <b>414</b> | <b>175</b> | <b>803</b> |

Tableau E.A. 6 : Relations observées entre fatigue et santé de la mère.  
 Résultats obtenus lors de la seconde enquête.

$$\chi^2_6 = 52.21^{***}$$

|                                  | S                | A  | N                                  | T                                      | E | TOTAL |
|----------------------------------|------------------|--|------------------------------------|--|---|-------|
|                                  | Mauvaise<br>(53) | Moyenne<br>ou<br>relativement<br>bonne<br>(98) | Bonne ou<br>satisfaisante<br>(341) | Très bonne<br>ou<br>excellente<br>(74) |   | (566) |
| <b>FATIGUE</b>                   |                  |  |                                    |  |   |       |
| Importante ou<br>très importante | 45.3             | 23.5   | 16.1                               | 17.6                                   |   | 20.3  |
| Moyenne                          | 34.0             | 56.1   | 35.8                               | 29.7                                   |   | 38.3  |
| Modérée ou<br>nulle              | 20.8             | 20.4   | 48.1                               | 52.7                                   |   | 41.3  |
| TOTAL                            | 100.0            | 100.0  | 100.0                              | 100.0                                  |   | 100.0 |

ANNEXE F.A.1. : Sélection d'un sous-échantillon de répondantes belges  
et standardisation directe pour la catégorie sociale.

On pourra apprécier l'effet de la sélection/standardisation des données  
en les comparant aux résultats publiés antérieurement  
(NAMUROIS et LAGASSE, 1984) ainsi qu'en comparant le tableau F.14 au  
tableau F.A.2. (annexe suivante).

1. Distribution socio-géographique des répondantes : avant standardisation  
(en pourcentages par ligne).

|                 | C A T E G O R I E   S O C I A L E |            |            | Total<br>(750) |
|-----------------|-----------------------------------|------------|------------|----------------|
|                 | 1<br>(184)                        | 2<br>(402) | 3<br>(164) |                |
| ARRONDISSEMENT  |                                   |            |            |                |
| Nivelles (259)  | 13.1                              | 51.4       | 35.5       | 100.0          |
| Charleroi (406) | 33.0                              | 52.0       | 15.0       | 100.0          |
| Bastogne ( 85)  | 18.8                              | 68.2       | 12.9       | 100.0          |
| T O T A L (750) | 24.5                              | 53.6       | 21.9       | 100.0          |

$$X^2_4 = 64.46 \quad ***$$

Il ressort du tableau ci-dessus que la distribution sociale est  
loin d'être uniforme d'un arrondissement à l'autre ( $P < 0.001$ )

Annexe F.A.1 ( suite )

2. Un sous-échantillon de répondantes belges est sélectionné.  
Il se distribue comme suit :

| ARRONDISSEMENT  | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |            | Total<br>(626) |
|-----------------|---------------------------------|------------|------------|----------------|
|                 | 1<br>(123)                      | 2<br>(348) | 3<br>(155) |                |
| Nivelles (240)  | 11.2                            | 52.5       | 36.2       | 100.0          |
| Charleroi (304) | 26.6                            | 54.6       | 18.8       | 100.0          |
| Bastogne ( 82)  | 18.3                            | 68.3       | 13.4       | 100.0          |
| T O T A L (626) |                                 |            |            | 100.0          |

$$\chi^2_4 = 40.60 \quad ***$$

3. Un poids variable a été appliqué à chaque répondante en fonction à la fois de sa catégorie sociale et de son arrondissement de résidence.

a) coefficients de standardisation :

|                | C A T E G O R I E S O C I A L E |      |      |
|----------------|---------------------------------|------|------|
|                | 1                               | 2    | 3    |
| ARRONDISSEMENT |                                 |      |      |
| Nivelles       | 1.00                            | 0.64 | 0.31 |
| Charleroi      | 0.68                            | 0.99 | 0.96 |
| Bastogne       | 0.73                            | 0.59 | 1.00 |

b) échantillon redressé des répondantes belges :

|                 | C A T E G O R I E S O C I A L E |            |           | Total<br>(465) |
|-----------------|---------------------------------|------------|-----------|----------------|
|                 | 1<br>(93)                       | 2<br>(279) | 3<br>(93) |                |
| ARRONDISSEMENT  |                                 |            |           |                |
| Nivelles (135)  | 20.0                            | 60.0       | 20.0      | 100.0          |
| Charleroi (275) | 20.0                            | 60.0       | 20.0      | 100.0          |
| Bastogne ( 55)  | 20.0                            | 60.0       | 20.0      | 100.0          |
| T O T A L (465) | 20.0                            | 60.0       | 20.0      | 100.0          |

TABLEAU F.A.2. : Tableau synoptique de la distribution géographique des principaux critères de santé/morbidité retenus pour la suite de l'analyse.

Echantillon sans restriction de nationalité ni standardisation pour la catégorie sociale.

Pourcentages calculés sur le nombre de réponses.

Test de Chi carré (2 d.l.).

|   | ARRONDISSEMENT |           |          | Total | Test<br>$\chi^2_2$ |
|---|----------------|-----------|----------|-------|--------------------|
|   | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |       |                    |
| Vécu négatif de la grossesse (1ère enquête)               | 13.9           | 18.3      | 11.8     | 16.0  | 3.54 NS            |
| Vécu négatif de la grossesse (2ème enquête)               | 14.8           | 20.5      | 12.3     | 17.5  | 4.09 NS            |
| Nausées importantes en début de grossesse                 | 33.1           | 44.5      | 34.1     | 39.5  | 9.48 **            |
| Hospitalisation prénatale                                 | 5.0            | 13.1      | 3.5      | 9.2   | 15.99 ****         |
| Mise en couveuse  | 10.4           | 14.0      | 16.5     | 13.1  | 2.80 NS            |
| Prématurité   | 5.8            | 7.9       | 3.5      | 6.7   | 2.63 NS            |
| Poids de naissance < 2,5 kgs                              | 8.1            | 8.1       | 3.5      | 7.6   | 2.27 NS            |
| Réanimation néonatale                                     | 3.1            | 6.5       | 5.9      | 5.2   | 3.63 NS            |
| Problème à la naissance                                   | 16.2           | 25.4      | 12.9     | 20.8  | 11.64 **           |
| Enfant "malade" (1ère enquête)                            | 19.0           | 15.4      | 31.1     | 18.7  | 8.05 *             |
| Symptôme (un ou +)  | 51.5           | 51.3      | 53.2     | 51.6  | 0.07 NS            |
| Toux  | 11.4           | 24.1      | 19.4     | 18.7  | 12.22 **           |
| Vomissements  | 9.4            | 16.9      | 12.9     | 13.5  | 5.43 NS            |
| Enfant "malade" (2ème enquête)                            | 76.2           | 72.7      | 74.6     | 74.0  | 0.59 NS            |
| Enfant hospitalisé  | 5.8            | 11.1      | 1.8      | 8.1   | 7.50 *             |
| Difficultés alimentaires                                  | 9.3            | 11.2      | 13.8     | 10.8  | 1.17 NS            |
| Enfant causant "beaucoup de soucis"                       | 6.8            | 10.2      | 4.6      | 8.4   | 3.16 NS            |
| Enfant dont la santé est jugée "très bonne ou excellente" | 32.4           | 11.0      | 24.6     | 20.2  | 34.99 ****         |

TABLEAU F.A.3. : Données démographiques relatives aux années  
 1973 - 1976 pour les trois arrondissements étudiés.  
 (source : MASUY-STROOBANT, 1983).

|                               | ARRONDISSEMENT |           |                      |
|-------------------------------|----------------|-----------|----------------------|
|                               | Nivelles       | Charleroi | Bastogne             |
| Naissances (N)                | 12,222         | 23,471    | 1,915                |
| Mortinatalité (°/∞)           | 8.84           | 10.33     | 10.34                |
| Mortalité néonatale (°/∞)     | 7.53           | 10.95     | 16.71                |
| Mortalité postnéonatale (°/∞) | 7.67           | 8.68      | 4.78                 |
| Mortalité infantile (°/∞)     | 15.20          | 19.63     | 21.49                |
| Mortalité périnatale (°/∞)    | 16.30          | 21.17     | (21.38) <sup>§</sup> |

§ Données relatives à l'ensemble de la province du Luxembourg.

TABLEAU F.A.4. : Données démographiques relatives aux années  
 1979 - 1982 pour les trois arrondissements étudiés.  
 (source : VANDENBUSSCHE, DUJARDIN, WOLLAST, 1984).

|                               | ARRONDISSEMENT |           |          |
|-------------------------------|----------------|-----------|----------|
|                               | Nivelles       | Charleroi | Bastogne |
| Naissances totales (N)        | 13,897         | 21,293    | 2,027    |
| Mortinatalité (°/‰)           | 7.12           | 7.47      | 7.89     |
| Mortalité néonatale (°/‰)     | 6.81           | 5.49      | 7.96     |
| Mortalité postnéonatale (°/‰) | 4.35           | 5.39      | 2.98     |
| Mortalité infantile (°/‰)     | 11.16          | 10.88     | 10.94    |
| Mortalité périnatale (°/‰)    | 12.45          | 11.51     | 13.81    |

Annexe du tableau F.15 : Modèle multilogistique final.

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

VECU DE LA GROSSESSE (2EME ENG.)  
TOTAL POPULATION 750  
NO OF CASES 130

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.3559588   | .1440890          | -2.47 | 1.9733 | .6811075         | -.2424462                | .0981401               |
|          | -.8785339   | .2858977          | -3.07 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 6.2144      DIFF = 6.21  
HLOG = 691.69870      YLOG = 685.48430

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

M02 NAUSEES  
TOTAL POPULATION 729  
NO OF CASES 288

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.3370643   | .1176890          | -2.86 | 1.9753 | .6829513         | -.2301985                | .0803759               |
| NIV.     | -.3490457   | .1759332          | -1.98 | .3361  | .4726898         | -.1649903                | .0831619               |
| BA\$T.   | -.3998893   | .2549858          | -1.57 | .1125  | .3161765         | -.1264356                | .0806205               |
|          | .3910382    | .2349835          | 1.66  | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 17.8554      DIFF = 17.86  
HLOG = 978.25748      YLOG = 960.40210

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

HOSPITALISATION PRENATALE  
TOTAL POPULATION 747  
NO OF CASES 69

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| NIV.     | -1.0443291  | .3203334          | -3.26  | .3454  | .4758111         | -.4969034                | .1524182               |
|          | -1.4096476  | .6039019          | -2.33  | .1138  | .3177670         | -.4479394                | .1919001               |
|          | -1.8904939  | .1473666          | -12.83 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 17.1314      DIFF = 17.13  
HLOG = 460.13097      YLOG = 442.99958

Annexe du tableau F.16 : Modèle multilogistique final.

DUNCAN-WALKER method for MLF

no8 mise en couveuse  
total population 730  
no of cases 98

| variable | coefficient | st. error<br>of coef | t     | mean   | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|----------|-------------|----------------------|-------|--------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| soc      | -.4977394   | .1639287             | -3.04 | 1.9733 | .6811075            | -.3390140                   | .1116531                  |
|          | -.9522205   | .3135861             | -3.02 | 1.0000 |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 9.6330 diff = 9.63  
hlog = 581.47808 ylog = 971.84511

DUNCAN-WALKER method for MLF

mo10 poids inf. a 2.5 kgs  
total population 749  
no of cases 57

| variable | coefficient | st. error<br>of coef | t     | mean   | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|----------|-------------|----------------------|-------|--------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| soc      | -.4401942   | .2074510             | -2.12 | 1.9746 | .6806316            | -.2996101                   | .1411977                  |
|          | -1.6646472  | .3991325             | -4.17 | 1.0000 |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 4.6144 diff = 4.61  
hlog = 403.17619 ylog = 398.56174

DUNCAN-WALKER method for MLF

mo13 probleme a la naissance  
total population 750  
no of cases 156

| variable | coefficient | st. error<br>of coef | t     | mean   | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|----------|-------------|----------------------|-------|--------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| nivelles | -.5630219   | .2035264             | -2.77 | .3453  | .4757941            | -.2678825                   | .0968367                  |
| bastogne | -.8260826   | .3423606             | -2.41 | .1133  | .3172114            | -.2620428                   | .1086641                  |
|          | -1.0790028  | .1140573             | -9.46 | 1.0000 |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 11.9670 diff = 11.97  
hlog = 766.94210 ylog = 754.97515

Annexe du tableau F.17 : Modèle multilogistique final.

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

ENFANT MALADE  
TOTAL POPULATION 520  
NO OF CASES 97

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.5208400   | .1788942          | -2.91 | 2.0192 | .6797479         | -.3540399                | .1216029               |
| NIV.     | .4527127    | .2609959          | 1.73  | .3846  | .4869727         | .2204587                 | .1270979               |
| ΔPST.    | -.7710730   | .3508987          | -2.20 | 1.0000 | .3220964         | -.3157197                | .1062681               |

LIKELIHOOD R STAT = 16.0427      DIFF = 16.04  
HLOG = 500.41117      YLOG = 484.36843

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

SYMPTOMES  
TOTAL POPULATION 525  
NO OF CASES 271

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.2679779   | .1298707          | -2.06 | 2.0229 | .6791970         | -.1820098                | .0882078               |
|          | .6068429    | .2774618          | 2.19  | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 4.3574      DELTA = 4.36

HLOG = 727.25397      YLOG = 722.89661

TOUX  
TOTAL POPULATION 392  
NO OF CASES 66

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.6199727   | .2125756          | -2.92 | 2.0536 | .6782613         | -.4205035                | .1441818               |
| NIV.     | -.6793192   | .3129320          | -2.17 | .4107  | .4925922         | -.3346273                | .1541479               |
| BAST.    | -.7932529   | .5094012          | -1.56 | .1122  | .3160709         | -.2507242                | .1610069               |
|          | -.0717471   | .4137614          | -.17  | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 18.5677      DELTA = 18.57

HLOG = 355.37776      YLOG = 336.81003

Annexe du tableau F.18 : Modèle multilogistique final.

DISCRIMINATION-WAHLKREIS METHOD FOR M-L-F

HOSPITALISATION DE L'ENFANT  
TOTAL POPULATION 515  
NO OF CASES 42

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.5191742   | .2483103          | -2.09 | 1.9884 | .6853958         | -.3558398                | .1701907               |
| MIV.     | -.5206990   | .3766056          | -1.38 | .3663  | .4822545         | -.2511095                | .1816197               |
| DAST.    | -1.1696390  | .4584156          | -2.55 | 1.0000 | .3113468         | -.5880003                | .3198793               |

LIKELIHOOD R STAT = 13.1572 DIFF = 13.16  
HLOG = 291.19339 YLOG = 278.03624

DISCRIMINATION-WAHLKREIS METHOD FOR M-L-F

ENFANT DIFFICILE AUX REPAS  
TOTAL POPULATION 574  
NO OF CASES 62

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.4814017   | .2018014          | -2.39 | 1.9878 | .6850620         | -.3297900                | .1382465               |
|          | -1.1963652  | .3902933          | -3.07 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 5.8420 DIFF = 5.84  
HLOG = 393.00947 YLOG = 387.16743

DISCRIMINATION-WAHLKREIS METHOD FOR M-L-F

ENFANT CAUSANT BCP DE SOUCIS  
TOTAL POPULATION 574  
NO OF CASES 48

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.4645256   | .2258227          | -2.06 | 1.9878 | .6850620         | -.3182288                | .1547025               |
|          | -1.5122299  | .4358108          | -3.47 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 4.3400 DIFF = 4.34  
HLOG = 330.08637 YLOG = 325.74637

DISCRIMINATION-WAHLKREIS METHOD FOR M-L-F

SANTE ACTUELLE DE L'ENFANT  
TOTAL POPULATION 568  
NO OF CASES 115

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| NI       | 1.3465853   | .2374573          | 5.67   | .3592  | .4801756         | .6455974                 | .1140212               |
| BA       | 9.649543    | .3419008          | 2.82   | .1144  | .3186214         | .3074551                 | .1089369               |
|          | -2.0841842  | .1843586          | -11.31 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 35.2557 DIFF = 35.26  
HLOG = 572.31728 YLOG = 537.06158

Tableau G.A.1. : Fréquence des facteurs de risque potentiels dans les divers sous-échantillons utilisés pour l'analyse. En pourcentage.  
Effectif maximum pour chaque groupe entre parenthèses.

|   | Echantillon global<br>(N ≤ 750) | Echantillon de la 2ème enquête<br>(N ≤ 574) | Echantillon des enfants âgés de 4 à 9 semaines lors de la 1ère enquête<br>(N ≤ 525) | Echantillon des enfants âgés de 7 à 9 mois lors de la 2ème enquête<br>(N ≤ 526) |
|---|---------------------------------|---|---|---|
| Parité = 1                                    | 45.6                            | 42.5  | 43.3  | 42.2  |
| > 4   | 10.3                            | 11.2  | 11.3  | 10.7  |
| Age < 20 ans                                  | 5.2                             | 4.2   | 4.2   | 3.8   |
| > 35 ans                                      | 6.9                             | 7.0   | 7.6   | 6.5   |
| Etrangères                                    | 16.4                            | 15.4  | 15.6  | 15.6  |
| Isolées                                       | 2.0                             | 2.1   | 2.5   | 2.3   |
| Travaillant à l'extérieur                     | 47.5                            | 48.8  | 49.0  | 48.9  |
| Fumeuses (grossesse)                          | 26.8                            | 26.8  | 26.6  | 27.3  |
| Surveillance prénatale tardive                | 32.0                            | 31.7  | 29.1  | 31.4  |
| Kiné prénatale                                | 37.8                            | 38.1  | 38.6  | 37.8  |
| Hypertension prénatale                        | 12.8                            | 11.7  | 12.4  | 11.2  |
| Maladie pendant la grossesse                  | 15.7                            | 15.9  | 16.2  | 15.8  |
| Confiant la garde de l'enfant à un non-parent | 13.4                            | 13.0  | 16.2  | 12.8  |
| Mauvaise santé                                | 26.5                            | 26.5  | 25.0  | 27.8  |
| Fausse couche antérieure                      | 19.7                            | 19.9  | 20.5  | 18.5  |

Annexe du tableau G.6 : Modèle multilogistique final.

DISCRIMINATION-WHATLACKER METHOD FOR ANALOF

VECU DE LA GROSS. (1<sup>ère</sup> ENQ.)  
TOTAL POPULATION 343  
NO OF CASES 89

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN     | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|----------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M10      | -.9418822   | .3191234          | -2.95 | .3076    | .4619049         | -.4350605                | .1474347               |
| M141     | -.0337359   | .0169462          | -1.99 | 162.1289 | 6.9774924        | -.2360738                | .1178810               |
| M14      | -.9930518   | .2672131          | -3.72 | .2007    | .4009208         | -.3981351                | .1071313               |
| M20      | -.5326745   | .2679459          | -1.99 | .3904    | .4882951         | -.3601023                | .1308367               |
| M16      | 1.0431247   | .3069487          | 3.40  | .1197    | .3249160         | .3389279                 | .0997001               |
| M19      | .6461640    | .2900768          | 2.23  | .1602    | .3671491         | .2372365                 | .1065014               |
|          | 3.6843605   | 2.7158024         | 1.36  | 1.0000   |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 51.9413 DELTA = 51.94

HLOG = 484.45119 YLOG = 432.50938

DISCRIMINATION-WHATLACKER METHOD FOR ANALOF

VECU DE LA GR. 2<sup>ème</sup> ENQ.  
TOTAL POPULATION 516  
NO OF CASES 89

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M4       | 1.0259066   | .2640931          | 3.88  | .2597  | .4388899         | .4502601                 | .1159078               |
| M8       | 1.4962875   | .8256954          | 1.81  | .0174  | .1310379         | .1960703                 | .1081974               |
| M9       | -.8264020   | .3741026          | -2.21 | .4903  | .5003912         | -.4135243                | .1371565               |
| M10      | -.9896158   | .3238926          | -3.06 | .3198  | .4668389         | -.4619912                | .1512057               |
| M20      | -.8145381   | .3238926          | -2.52 | .3876  | .4876745         | -.3972295                | .1439850               |
| M16      | 1.4074659   | .3268651          | 4.31  | .1182  | .3231783         | .4548624                 | .1056360               |
| M17      | .8218426    | .2962050          | 2.77  | .1589  | .3659513         | .3007544                 | .1063770               |
|          | -1.4743867  | .2422520          | -6.09 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 76.9772 DELTA = 76.98

HLOG = 474.51136 YLOG = 397.53415

DISCRIMINATION-WHATLACKER METHOD FOR ANALOF

NAISSANCES GRAVIDIQUES  
TOTAL POPULATION 729  
NO OF CASES 288

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M1       | -.3748713   | .1213605          | -3.09 | 1.9753 | .6829513         | -.2560188                | .0828823               |
| M2       | -.4225036   | .1794777          | -2.35 | .5581  | .4726898         | -.1997132                | .0848373               |
| M4       | -.4294511   | .2579459          | -1.66 | .1125  | .3161765         | -.1357824                | .0815564               |
| M10      | -.4040079   | .1745079          | -2.32 | .3237  | .4682201         | -.1891646                | .0817081               |
| M14      | .5719286    | .2078422          | 2.75  | .1571  | .3660410         | .2093493                 | .0760791               |
|          | .5257430    | .2662135          | 1.97  | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 32.3353 DELTA = 32.34

HLOG = 978.29748 YLOG = 945.92220

DISCRIMINATION-WHATLACKER METHOD FOR ANALOF

HOSPITALISATION PRENATALE  
TOTAL POPULATION 368  
NO OF CASES 48

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M1       | -1.0125461  | .3892043          | -2.60 | .3592  | .4801756         | -.4461999                | .1869864               |
| M4       | -1.0618042  | .6253064          | -1.71 | .1144  | .3186214         | -.3383136                | .1992615               |
| M14      | -.6614480   | .3195432          | -2.07 | .2658  | .4421716         | -.2924735                | .1413018               |
| M17      | -.8641411   | .3354590          | -2.58 | .4877  | .5002887         | -.4323200                | .1678250               |
| M14      | .6969752    | .3371828          | 2.07  | .1989  | .3995574         | .2784816                 | .1347237               |
|          | -2.0631487  | .2561609          | -8.05 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 27.3940 DELTA = 27.39

HLOG = 329.03267 YLOG = 301.63868

Annexe du tableau G.9 : Modèle multilogistique final.

DUNCAN-WALKER METHOD FOR MLF

COUVEUSE  
TOTAL POPULATION 532  
NO OF CASES 67

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN     | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|----------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.5123702   | .2020420          | -2.54 | 2.0188   | .6803843         | -.3406087                | .1374662               |
| W40      | -.0940131   | .0318886          | -2.95 | 11.4549  | 4.6407507        | -.4262915                | .1479869               |
| W41      | -.0444819   | .0193429          | -2.30 | 162.1034 | 6.9939825        | -.3110877                | .1352763               |
|          | 7.2182721   | 3.0609117         | 2.36  | 1.0000   |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 25.7876 DELTA = 25.79

HLOG = 402.82507 YLOG = 377.03745

DUNCAN-WALKER METHOD FOR MLF

PREMATURE  
TOTAL POPULATION 745  
NO OF CASES 50

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M20      | -1.0807489  | .3762008          | -2.87  | .3785  | .4853449         | -.5245360                | .1825871               |
|          | -2.3314332  | .1635846          | -14.25 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 9.9509 DELTA = 9.95

HLOG = 366.70272 YLOG = 356.75180

DUNCAN-WALKER METHOD FOR MLF

POIDS INF 2.5 KGS  
TOTAL POPULATION 550  
NO OF CASES 42

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN    | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|---------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M18      | -1.5734921  | .7932788          | -1.98 | .1091   | .3120370         | -.4909878                | .2475324               |
| M2       | .9568431    | .3476539          | 2.74  | .2673   | .4429387         | .4238229                 | .1549753               |
| M6       | 1.5810856   | .5282468          | 2.99  | .0655   | .2475513         | .3913999                 | .1307682               |
| W140     | -1.1973655  | .0436804          | -4.52 | 11.4236 | 4.6503017        | -.9178090                | .2031269               |
|          | -.8893353   | .4468847          | -1.99 | 1.0000  |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 41.2895 DELTA = 41.29

HLOG = 296.77671 YLOG = 255.48724

DUNCAN-WALKER method for MLF

soix réanimation neonatale  
total population 744  
no of cases 39

| variable | coefficient | st. error of coef | t      | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| m10      | -.8009177   | .4248876          | -1.89  | .3199  | .4667484         | -.3738271                | .1983156               |
|          | -2.6954714  | .1826464          | -14.76 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 4.1158 diff = 4.12

hlog = 305.90035 ylog = 301.78459

DUNCAN-WALKER method for MLF

soix problèmes à la naissance  
total population 569  
no of cases 109

| variable | coefficient | st. error of coef | t     | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| nivelles | -.9026891   | .2534823          | -3.56 | .3603  | .4805043         | -.4337460                | .1217994               |
| bastogne | -.8639505   | .4031884          | -2.14 | .1142  | .3183770         | -.2750620                | .1283659               |
| m4       | .5472320    | .2333235          | 2.35  | .2654  | .4419227         | .2418343                 | .1031109               |
| m9       | .6836589    | .2231752          | 3.06  | .4886  | .5003093         | .3420409                 | .1116566               |
|          | -1.5997851  | .1985950          | -8.06 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 29.4227 diff = 29.42

hlog = 555.89373 ylog = 526.47100

Annexe du tableau G.12 : Modèle multilogistique final.

IDUNCAN-WALKER method for MLF

enfant malade  
total population 520  
no of cases 97

| variable | coefficient | st. error<br>of coef | t     | mean   | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|----------|-------------|----------------------|-------|--------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| sec      | -.5208400   | .1789942             | -2.91 | 2.0192 | .6797479            | -.3540399                   | .1216029                  |
| nivelles | -.4527127   | .2609959             | 1.73  | .3846  | .4869727            | .2204587                    | .1270979                  |
| bastogne | .9802023    | .3299263             | 2.97  | .1173  | .3220964            | .3157197                    | .1062681                  |
|          | -.7710730   | .3508987             | -2.20 | 1.0000 |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 16.0427 diff = 16.04  
hlog = 500.41117 ylog = 484.36845

IDUNCAN-WALKER method for MLF

m023 symptomes divers  
total population 389  
no of cases 197

| variable   | coefficient | st. error<br>of coef | t     | mean    | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|------------|-------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| m4         | .6353161    | .2426893             | 2.62  | .2468   | .4316967            | .2742639                    | .1047682                  |
| gain pond. | .0525572    | .0228540             | 2.30  | 11.2571 | 4.6418905           | .2439648                    | .1060858                  |
|            | -.7191074   | .2820122             | -2.55 | 1.0000  |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 12.7124 diff = 12.71  
hlog = 539.20424 ylog = 526.49184

IDUNCAN-WALKER METHOD FOR MLF

TOUX  
TOTAL POPULATION 392  
NO OF CASES 66

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR<br>OF COEF | T     | MEAN    | ST. DEV.<br>OF VAR. | STANDARDIZED<br>COEFFICIENT | STANDARDIZED<br>ST. ERROR |
|----------|-------------|----------------------|-------|---------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| SEC      | -.7316303   | .2138992             | -3.42 | 2.0536  | .6782613            | -.4962365                   | .1450776                  |
| W140     | .0720004    | .0273026             | 2.64  | 11.2579 | 4.6830147           | .3071791                    | .1278585                  |
|          | -1.0185871  | .5245836             | -1.94 | 1.0000  |                     |                             |                           |

LIKELIHOOD R STAT = 19.3154 DELTA = 19.32

HLOG = 355.37776 YLOG = 336.06233

IDUNCAN-WALKER method for MLF

m017 Verm.iss.  
total population 478  
no of cases 66

| variable | coefficient | st. error<br>of coef | t      | mean   | st. dev.<br>of var. | standardized<br>coefficient | standardized<br>st. error |
|----------|-------------|----------------------|--------|--------|---------------------|-----------------------------|---------------------------|
| m8       | 1.5555348   | .6014198             | 2.59   | .0251  | .1566067            | .2436072                    | .0941864                  |
|          | -1.8920070  | .1372901             | -13.78 | 1.0000 |                     |                             |                           |

likelihood r stat = 5.7836 diff = -5.32

hlog = 383.79019 ylog = 378.00657

Annexe du tableau G.15 : Modèle multilogistique final.

DISUNCAN-WALKER METHOD FOR MLF

MO25 MALADE 16ME BNQ.  
TOTAL POPULATION 318  
NO OF CASES 386

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T    | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M4       | .5796223    | .2484567          | 2.33 | .2780  | .4484426         | .2599274                 | .1114187               |
| M13      | .9367204    | .3766162          | 2.49 | .1274  | .3337575         | .3126375                 | .1256985               |
| M19      | .6383537    | .3247412          | 1.97 | .1583  | .3653760         | .2332391                 | .1186526               |
|          | .7451809    | .1253454          | 5.95 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 17.5132 DELTA =17.51

hlog = 588.00819 ylog = 570.49503

IDUNCAN-WALKER method for MLF

hospitalisation n-né  
total population 467  
no of cases 40

| variable | coefficient | st. error of coef | t      | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| m4       | .8126647    | .3506162          | 2.32   | .2677  | .4432173         | .3601870                 | .1553991               |
| m7       | 1.4972681   | .3681771          | 4.07   | .1542  | .3615042         | .3412688                 | .1330976               |
| m8       | 2.0975166   | .7526594          | 2.79   | .0193  | .1376267         | .2886742                 | .1035660               |
|          | -3.0837312  | .2659381          | -11.60 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 24.3161 diff = 24.32

hlog = 273.06762 ylog = 248.75152

IDUNCAN-WALKER method for MLF

mo30 difficile aux repas  
total population 569  
no of cases 62

| variable | coefficient | st. error of coef | t     | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| soc      | -.4656181   | .2034032          | -2.29 | 1.9912 | .6855604         | -.3192094                | .1394452               |
| m4       | .6785689    | .2803719          | 2.42  | .2654  | .4419227         | .2998750                 | .1239027               |
|          | -1.4344990  | .4120582          | -3.48 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 11.6596 diff = -2.69

hlog = 391.86111 ylog = 380.20150

IDUNCAN-WALKER method for MLF

mo31 causant hyp de soucis  
total population 565  
no of cases 48

| variable | coefficient | st. error of coef | t      | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| m4       | 1.1278638   | .3118965          | 3.62   | .2655  | .4419833         | .4984970                 | .1378531               |
| m10      | .7866857    | .3126312          | 2.52   | .3168  | .4656466         | .3663175                 | .1455756               |
|          | -3.0775785  | .2604496          | -11.82 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 17.2147 diff = -1.83

hlog = 328.50145 ylog = 311.28673

IDUNCAN-WALKER method for MLF

mo27 santé positive de l'enfant  
total population 568  
no of cases 115

| variable | coefficient | st. error of coef | t     | mean   | st. dev. of var. | standardized coefficient | standardized st. error |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| soc      | .3393472    | .1701303          | 1.99  | 1.9912 | .6861646         | .2328480                 | .1167374               |
| nivelles | 1.2943742   | .2470639          | 5.24  | .3592  | .4801756         | .6215269                 | .1186340               |
| bastogn  | .9891304    | .3460933          | 2.86  | .1144  | .3186214         | .3151581                 | .1102728               |
| em5      | 1.3143769   | .4909501          | 2.68  | .0405  | .1972661         | .2993083                 | .0968576               |
|          | -2.8279796  | .3913457          | -7.23 | 1.0000 |                  |                          |                        |

likelihood r stat = 44.1875 diff = 44.19

hlog = 572.31728 ylog = 528.12975

Annexe H.A.1. : Grille de codage des réponses concernant la définition  
de la santé. Questions ouvertes (V 100 ou V 103)  
et fermées (V 141 ou V 138) (cf annexe A. pp. 7 et 12).

1. Adulte (variables V 100 et V 141)

A. Axe physique - psychique - social :

- |               |   |
|---------------|---|
| + physique    | : 2 - être en bonne condition physique  |
| + psychique   | : 1 - être détendu, pas fatigué   |
|               | 3 - surtout une question d'avoir bon moral,<br>d'être gai, content de vivre                         |
|               | 7 - continuer à faire des projets<br>et à prendre des initiatives dans<br>la vie courante           |
| + social      | : 4 - quand on peut faire ce qu'on veut,<br>se débrouiller seul et continuer<br>à faire son travail |
| + inclassable | : 5 - ne pas être malade du tout  |
|               | 6 - ne pas souffrir de maladies graves  |
|               | 8 - autres, ...   |
|               | 99 - non-réponses   |

B. Axe négatif - positif :

- + référence à la maladie : 5 - ne pas être malade du tout  
6 - ne pas souffrir de maladies graves
- + neutre : 1 - être détendu, pas fatigué
- + positive : 2 - être en bonne condition physique  
3 - surtout une question d'avoir bon moral, d'être gai, content de vivre  
4 - quand on peut faire ce qu'on veut, se débrouiller seul et continuer à faire son travail  
7 - continuer à faire des projets et à prendre des initiatives dans la vie courante
- + inclassable : 8 - autres, ...  
99 - non-réponses

2. Enfant (variables V 103 et V 138)

A. Axe physique - psychique - social :

- + physique : 1 - grandit bien  
2 - bien constitué, pas handicapé
- + psychique : 4 - bien dans sa peau, content, gai, heureux  
7 - éveillé, intelligent, débrouillard

Annexe H.A.1 ( suite )

- + social : 5 - ne reste pas seul dans son coin
- + inclassable : 3 - pas malade
- 6 - pas de maladies graves
- 8 - autres, ...
- 99 - non-réponses

B. Axe négatif - positif :

- + référence à la maladie : 3 - pas malade
- 6 - pas de maladies graves
- + neutre : 2 - bien constitué, pas handicapé
- + positif : 1 - grandit bien
- 4 - bien dans sa peau, content, gai, heureux
- 5 - ne reste pas seul dans son coin
- 7 - éveillé, intelligent, débrouillard
- + inclassable : 8 - autres, ...
- 99 - non-réponses

Annexe H.A.2. : Grille de codage des réponses concernant la définition de la maladie. Questions ouvertes concernant l'adulte (V 106) ou l'enfant (V 109) (cf annexe A. p. 7).

A. Adulte

- \*\*\*\*\*
- + atteinte physique : 1 - ne pas être bien physiquement, avoir mal, être faible, présenter des symptômes de maladie tels que fièvre, ...
  - + atteinte morale : 2 - ne pas avoir le moral, être mal dans sa peau, psychiquement touché, renfermé, triste, dépressif, ...
  - + immobilisation : 3 - être cloué à l'intérieur, au lit ...
  - + limitation des activités quotidiennes : 4 - ne plus savoir effectuer les tâches quotidiennes, être limité dans ses activités de façon générale
  - + intervention médicale : 5 - devoir faire venir le médecin, prendre des médicaments, recevoir des soins, être hospitalisé
  - 6 - avoir une maladie diagnostiquée grave
  - + inclassable et non-réponses : 7 - autres
  - 99 - non-réponses

B. Enfant

- \*\*\*\*\*
- + atteinte physique : 1 - ne dort plus, ne mange plus  
4 - pas bien physiquement, fiévreux,  
abattu, fatigué  
7 - ne grandit pas bien, ne se développe pas  
bien, handicapé, atteint de maladies  
graves
- + atteinte morale : 2 - mal dans sa peau, angoissé  
6 - enfant difficile, triste, pleure,  
ne rit plus, grincheux
- + immobilisation : 5 - reste au lit, à l'intérieur
- + limitation des  
activités quotidiennes : 3 - inactif, calme, qui ne joue plus,  
sans réactions
- + intervention médicale : 8 - avoir besoin du médecin, prendre des  
médicaments, être hospitalisé
- + inclassable et  
non-réponses : 9 - autres  
99 - non-réponses

Tableau H.A.3. : Tableau des corrélations entre les 56 variables binaires utilisées.  
 Ne sont repris que les coefficients  $\geq 0.125$ .

| N°<br>(var. binaire) | INTITULE  | N°<br>(var. binaire) | INTITULE                            | R =    |
|----------------------|---|----------------------|-------------------------------------|--------|
| 3                    | Définition positive santé A.                                  | 55                   | Prévention = hygiène personnelle    | 0.14   |
| 6                    | Définition positive santé E.                                  | 14                   | Définition psychique maladie enfant | 0.14   |
| 8                    | Définition psychique santé A.                                 | 23                   | Déf. du corps = partie de nous      | 0.13   |
| 10                   | Définition physique santé E.                                  | 23                   | Déf. du corps = partie de nous      | - 0.13 |
|                      |   | 28                   | Déterm. santé enf. = fonds de santé | 0.14   |
|                      |   | 43                   | Préventif plutôt que curatif        | - 0.18 |
|                      |   | 55                   | Prévention = hygiène personnelle    | - 0.13 |
| 11                   | Définition psychique santé E.                                 | 23                   | Corps = partie de nous              | 0.15   |
|                      |   | 28                   | Déterm. santé enf. = fonds de santé | - 0.13 |
|                      |   | 43                   | Préventif plutôt que curatif        | 0.17   |
|                      |   | 55                   | Prévention = hygiène personnelle    | 0.14   |
| 21                   | Définition du seuil de mala -<br>die par le recours aux soins | 55                   | Prévention = hygiène personnelle    | - 0.13 |

Tableau H.A.3 ( suite )

|    |   |       |   |        |
|----|---|-------|---|--------|
| 26 | Résistance  | 17    | Défin. maladie enf. = recours aux soins   | 0.13   |
|    |   | 27    | Autonomie                                 | 0.38   |
|    |   | 37    | "Moins on fréquente les médecins "        | 0.16   |
|    |   | 44    | Favorable à l'hosp. à domicile            | 0.13   |
| 27 | Autonomie   | supra |   |        |
|    |   | 30    | Dét. santé enf. = hygiène et alimentation | 0.15   |
|    |   | 37    | "Moins on fréquente les médecins, ... "   | 0.21   |
|    |   | 38    | Soumission ++ à la prescription           | - 0.20 |
|    |   | 39    | Soumission + à la prescription            | 0.19   |
|    |   | 44    | Favorable à l'hosp. à domicile            | 0.15   |
| 28 | Déterminant santé enfant :<br>fonds de santé      | supra |   |        |
|    |   | 32    | Dépendance ds choix contraception         | - 0.16 |
|    |   | 50    | Etiologie maladie = fonds de santé        | 0.22   |
|    |   | 51    | Etiologie maladie = mauvaise hygiène      | - 0.22 |
| 29 | Environnement = déterminant<br>de la santé enfant | 50    | Etiologie maladie = fonds de santé        | - 0.13 |
|    |   | 51    | Etiologie maladie = mauvaise hygiène      |        |

Tableau H.A.3 ( suite )

|    |   |             |   |        |
|----|---|-------------|---|--------|
| 30 | Déterminant santé enfant =<br>hygiène alimentaire           | supra       | Etiologie maladie = environnement<br>Etiologie maladie = fonds de santé                               | 0.15   |
|    |   | 48<br>50    |   | - 0.16 |
| 31 | Déterminant santé enfant =<br>soins médicaux                | 32          | Dépendance ds choix contraception   | 0.13   |
| 37 | "Moins on fréquente les mé -<br>decins et mieux on se sent" | supra<br>38 | Soumission ++ face à la prescription  | - 0.16 |
| 38 | Dépendance ++ face à la<br>prescription médicale            | supra       | Favorable à l'hospital. à domicile<br>Etiologie maladie = fatalisme                                   | - 0.18 |
|    |   | 44<br>49    |   | 0.14   |
| 39 | Dépendance + face à la<br>prescription médicale             | supra       | Favorable à l'hospital. à domicile<br>Etiologie maladie = fatalisme<br>Prévention par bilans de santé | 0.17   |
|    |   | 44          |   | - 0.15 |
|    |   | 49<br>54    |   | - 0.13 |

Tableau H.A.3 ( suite )

|    |   |             |   |                |
|----|---|-------------|---|----------------|
| 43 | Priorité à la prévention<br>plutôt qu'au curatif          | supra<br>54 | Prévention par bilans de santé                                      | - 0.15         |
| 46 | Attitude <u>+</u> face à l'épargne                        | 53<br>56    | Prévention par vaccinations<br>Prévention par changement de société | - 0.13<br>0.14 |
| 51 | Etiologie de la maladie =<br>mauvaise hygiène personnelle | 55          | Prévention par hygiène personnelle                                  | 0.14           |

Annexe H.A.4. : Composition des "facteurs bruts"

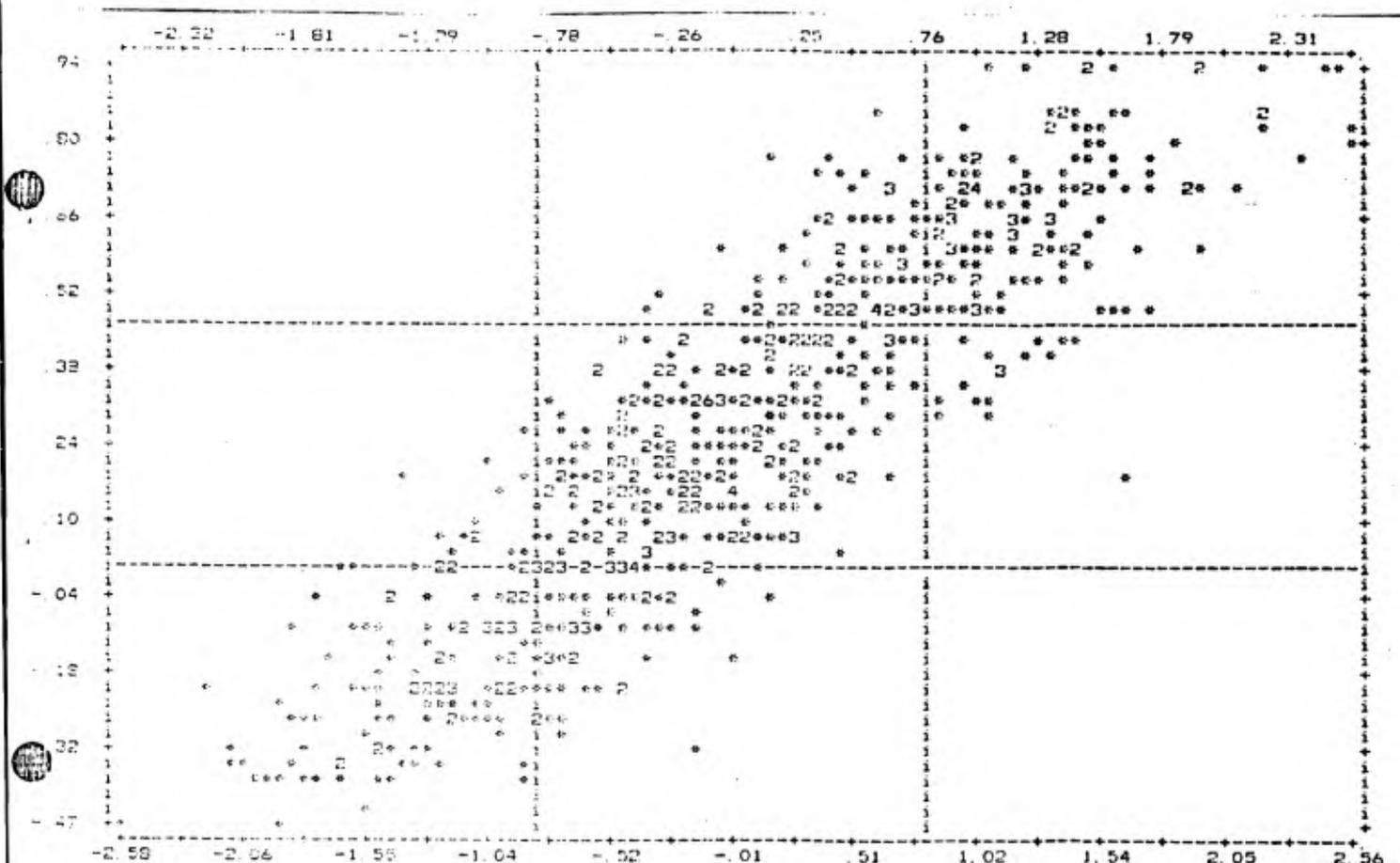
FACTOR SCORE COEFFICIENTS

IDENTIFICATION DE LA VARIABLE BINAIRE

( cfr. Tableau H.2 )

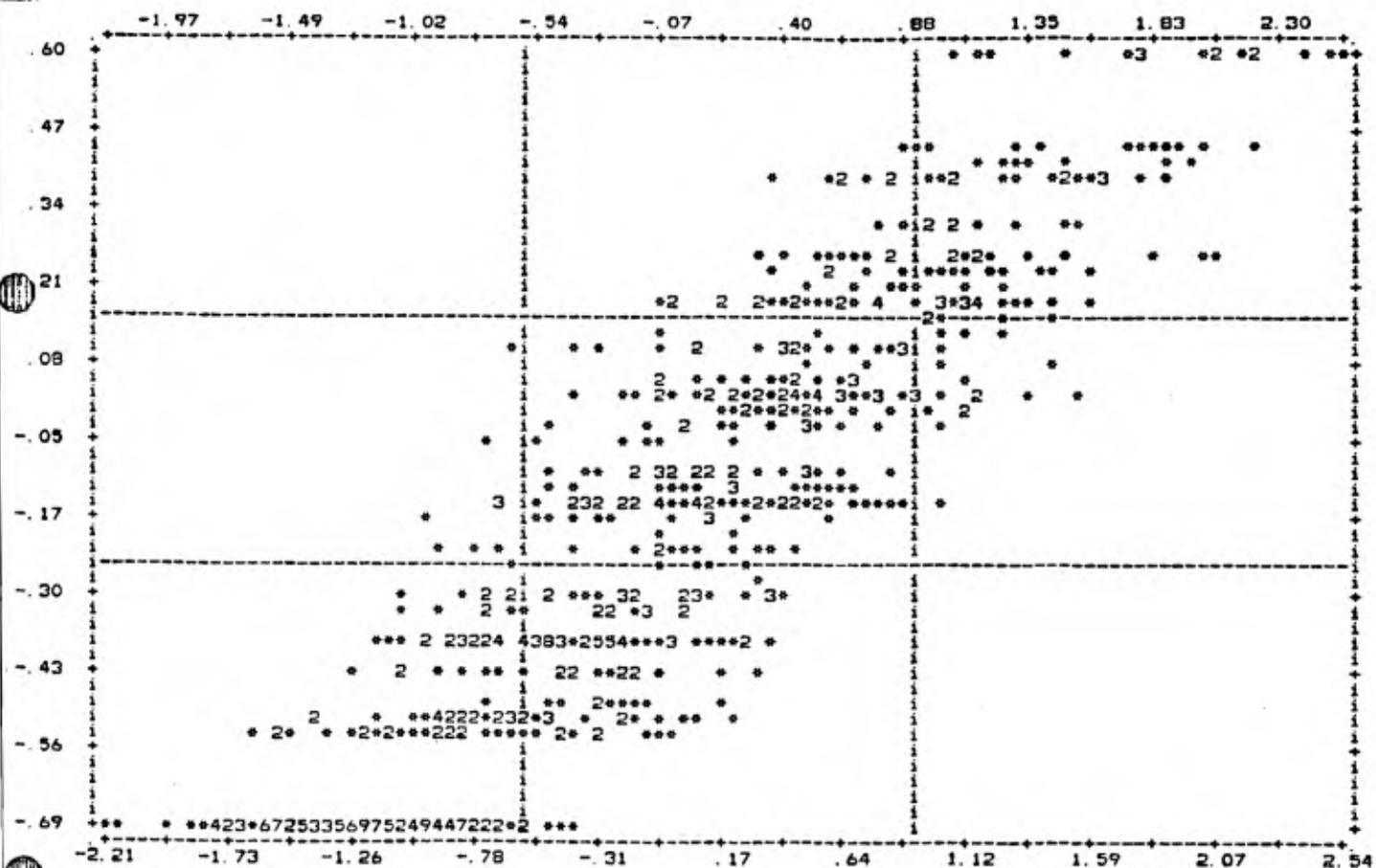
|   |     | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | FACTOR 4 | FACTOR 5 |
|---|-----|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. DEF NEUTRE SANTE AD                  | Z1  | .02102   | -.04017  | -.06734  | -.02027  | .03739   |
| 2. DEF NEG. SANTE AD                    | Z2  | -.25370  | -.01190  | -.02126  | -.02050  | -.08973  |
| 3. DEF POS. SANTE AD                    | Z3  | .24145   | .02904   | .05076   | -.01127  | -.10456  |
| 4. DEF NEUTRE SANTE ENF                 | Z4  | -.06933  | -.00993  | -.00209  | -.01439  | -.00061  |
| 5. DEF NEG. SANTE ENF                   | Z5  | -.26661  | .02070   | .00446   | .00943   | -.01611  |
| 6. DEF POS. SANTE ENF                   | Z6  | .28006   | -.01674  | -.00323  | -.00384  | .01557   |
| 13. DEF PHYSIQUE MAL ENF                | Z12 | -.11657  | .11032   | -.01452  | -.02545  | -.13569  |
| 14. DEF PSYCH. MAL ENF                  | Z13 | .09120   | -.09560  | .00876   | .03117   | .12207   |
| 15. DEF FONCT. MAL ENF                  | Z14 | -.03633  | -.01296  | .03855   | -.02827  | .02012   |
| 16. DEF SOCIALE MAL ENF                 | Z15 | .07859   | -.03075  | -.02129  | -.01185  | .01460   |
| 17. DEF PAR LES SOINS MAL ENF           | Z16 | -.05637  | .02117   | .03509   | .04578   | .01326   |
| 18. DEF SEUL MAL / DOULEUR              | Z17 | -.01490  | -.01431  | -.01881  | .02352   | .02441   |
| 19. DEF SEUL MAL / MALAISE              | Z18 | .01828   | -.02578  | -.06891  | -.00723  | .13262   |
| 20. DEF SEUL MAL / INCAP.FONCT          | Z19 | -.01140  | .09051   | .06438   | -.02364  | -.14358  |
| 21. DEF SEUL MAL / SOINS                | Z20 | .00407   | -.07526  | .02140   | .02037   | .00472   |
| 25. RESISTANCE MALADIE                  | Z21 | -.01731  | .09659   | .01287   | .06103   | -.05358  |
| 27. AUTONOMIE FACE A REDECINE           | Z22 | -.02272  | .16201   | .04689   | .07463   | -.03441  |
| 47. ETIOL. MAL / STRESS                 | Z23 | .00304   | .08307   | -.02793  | .05971   | -.00082  |
| 48. ENVIRONN.                           | Z24 | -.03628  | -.01373  | .07285   | .21716   | -.04239  |
| 49. FATALISME                           | Z25 | -.02077  | -.06844  | -.04854  | .17613   | .02605   |
| 50. FONDS DE SANTE                      | Z26 | -.00345  | -.02419  | .01431   | -.25447  | -.02392  |
| 51. HYGIENE PERS.                       | Z27 | .06147   | .01885   | -.01626  | .17929   | .02757   |
| 52. PREVENTION PAR HYGIENE MILIEU       | Z28 | -.00376  | .11673   | -.00523  | .07919   | -.00595  |
| 53. VACCINATIONS                        | Z29 | -.00988  | -.04084  | .07997   | .04877   | -.15137  |
| 54. BILANS SANTE                        | Z30 | -.05705  | -.19953  | .01865   | .03466   | -.00289  |
| 55. HYGIENE PERS.                       | Z31 | .09037   | .12215   | -.05751  | .03431   | .04557   |
| 56. CMGT SOCIETE                        | Z32 | -.01604  | .02166   | -.03299  | -.02724  | .12006   |
| 28. DETERM SANTE ENF / FONDS SANTE      | Z37 | -.01138  | .03011   | -.09255  | -.27172  | -.02904  |
| 29. ENVIRONN.                           | Z38 | .01758   | .01695   | -.09193  | .13088   | -.01057  |
| 30. HYGIENE AL.                         | Z39 | -.02698  | .07003   | -.00229  | .14328   | -.04134  |
| 31. SOINS MED.                          | Z40 | .01869   | -.11146  | -.02071  | .08960   | -.08023  |
| 22. DEF CORPS / MACHINE                 | Z41 | -.08714  | .00730   | .07309   | .03620   | -.05170  |
| 23. PARTIE DE NOUS                      | Z42 | .02137   | .05940   | .13925   | .00944   | -.04073  |
| 24. NOUS MERE                           | Z43 | .05299   | -.06040  | -.19621  | .01211   | .04536   |
| 25. POLITIQUE                           | Z44 | -.03685  | -.00487  | .03028   | -.03676  | .05214   |
| 41. INSATISFACTION SYST.SOINS           | Z45 | -.02206  | .00463   | .03206   | .03618   | .31501   |
| 42. SATISFACTION                        | Z46 | .01055   | -.01364  | -.03445  | -.03422  | .31207   |
| 44. HOSPITALISATION A DOMICILE          | Z48 | -.03127  | .11675   | -.01944  | -.00191  | .01765   |
| 43. PREVENTIF PLUS QUE CURATIF          | Z49 | .02617   | .09603   | -.02885  | -.03864  | .03710   |
| 40. SECRET MEDICAL ABSOLU               | Z51 | -.05476  | -.01409  | .01674   | .01890   | .13854   |
| 27. " FOINS ON FREQUENTE LES MED. ...   | Z52 | -.02514  | .10277   | .03875   | -.01917  | -.00072  |
| 33. AVERTEMENT A PARENTS                | Z58 | -.03243  | .07919   | .01667   | -.12503  | .16296   |
| 34. AVERTEMENT A MERE                   | Z59 | -.03657  | .09105   | .00040   | -.10601  | .17007   |
| 39. DEPENDANCE FACE A PRESCRIPTION MED. | Z60 | .00399   | -.21240  | -.08460  | -.04094  | .02381   |
| 38. DEPENDANCE MODEREE                  | Z61 | .00806   | .21107   | .08151   | .03670   | -.02084  |
| 35. PESSIMISME **                       | Z63 | -.03903  | -.05885  | .07100   | .16457   | .00222   |
| 36. PESSIMISME **                       | Z64 | .03895   | -.07772  | -.05482  | -.16088  | .01878   |
| 45. EPARGNE --                          | Z66 | -.03495  | -.03237  | .04445   | .00869   | .00025   |
| 46. EPARGNE --                          | Z67 | -.02961  | .07593   | -.03750  | -.01338  | .05887   |
| 32. DEPENDANCE FACE A CONTRACEPTION     | Z69 | -.01609  | -.07032  | -.00804  | .11989   | .00513   |
| 10. DEF PHYSIQUE SANTE ENF              | Z71 | -.00390  | -.08464  | .27342   | -.03223  | -.01675  |
| 11. DEF PSYCHIQUE SANTE ENF             | Z73 | .01001   | -.07538  | -.27894  | .02709   | -.03388  |
| 12. DEF SOCIALE SANTE ENF               | Z75 | -.00185  | .01976   | -.00150  | -.00717  | -.09811  |
| 7. DEF PHYSIQUE SANTE AD                | Z77 | .00064   | -.00716  | .18897   | .04687   | -.08548  |
| 8. DEF PSYCHIQUE SANTE AD               | Z79 | .00082   | -.01709  | -.21674  | -.01839  | -.04652  |
| 6. DEF SOCIALE SANTE AD                 | Z81 | -.00220  | .03906   | .07623   | .04081   | -.09160  |

Figure H.A.7. : Diagramme de dispersion des scores obtenus par les  
répondants (N = 725) pour la 2ème Composante Principale  
("autonomie") selon le "facteur simplifié" en ordonnées  
et le "facteur brut" en abscisses.



Statistics...  
Correlation (r) - .68507      r squared - .46919      significance r - .00001  
Std. error of est - .15376      intercept (a) - .27004      std error of a - .00567  
Significance a - .00001      slope (b) - .31294      std error of b - .00607  
Significance b - .00001  
Total values - 725    excluded values - 0    missing values - 25

Figure H.A.8. : Diagramme de dispersion des scores obtenus par les répondantes (N = 725) pour la 3ème Composante Principale ("vision somatique de la santé et de la maladie") selon le "facteur simplifié" en ordonnées et le "facteur brut" en abscisses.



|                |        |                 |   |         |                  |        |
|----------------|--------|-----------------|---|---------|------------------|--------|
| relation (r) - | .89821 | r squared       | - | .80678  | significance r - | .00001 |
| err of est -   | .15761 | intercept (a) - | - | -.17086 | std error of a - | .00585 |
| nificance a -  | .00001 | slope (b) -     | - | .35455  | std error of b - | .00645 |
| nificance b -  | .00001 |                 |   |         |                  |        |

ed values - 725    excluded values - 0    missing values - 25

Figure H.A.9. : Diagramme de dispersion des scores obtenus par les  
 répondants (N = 725) pour la 4ème Composante Principale  
 ("vision exogène de la santé et de la maladie") selon  
 le "facteur simplifié" en ordonnées et le "facteur brut"  
 en abscisses.

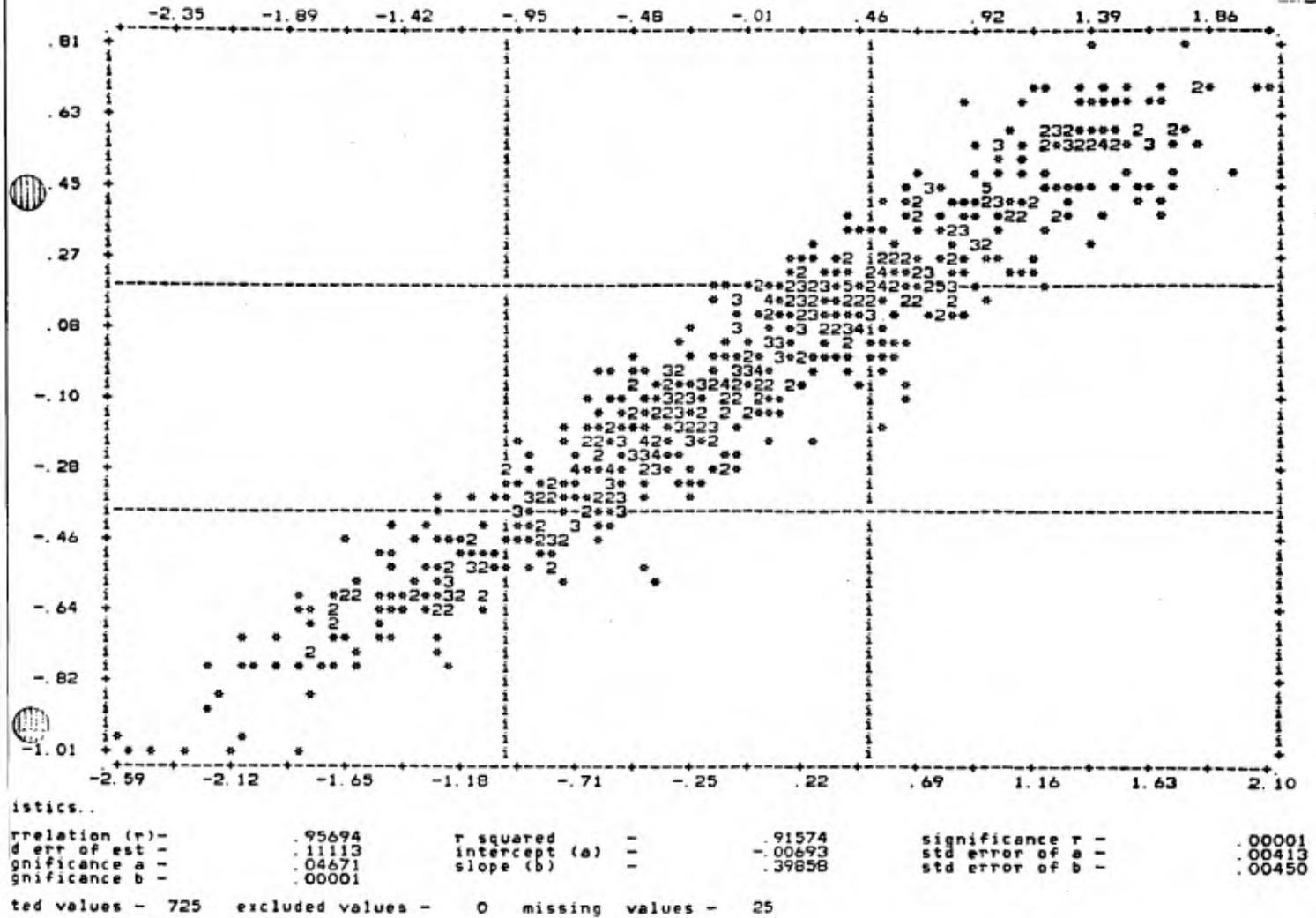
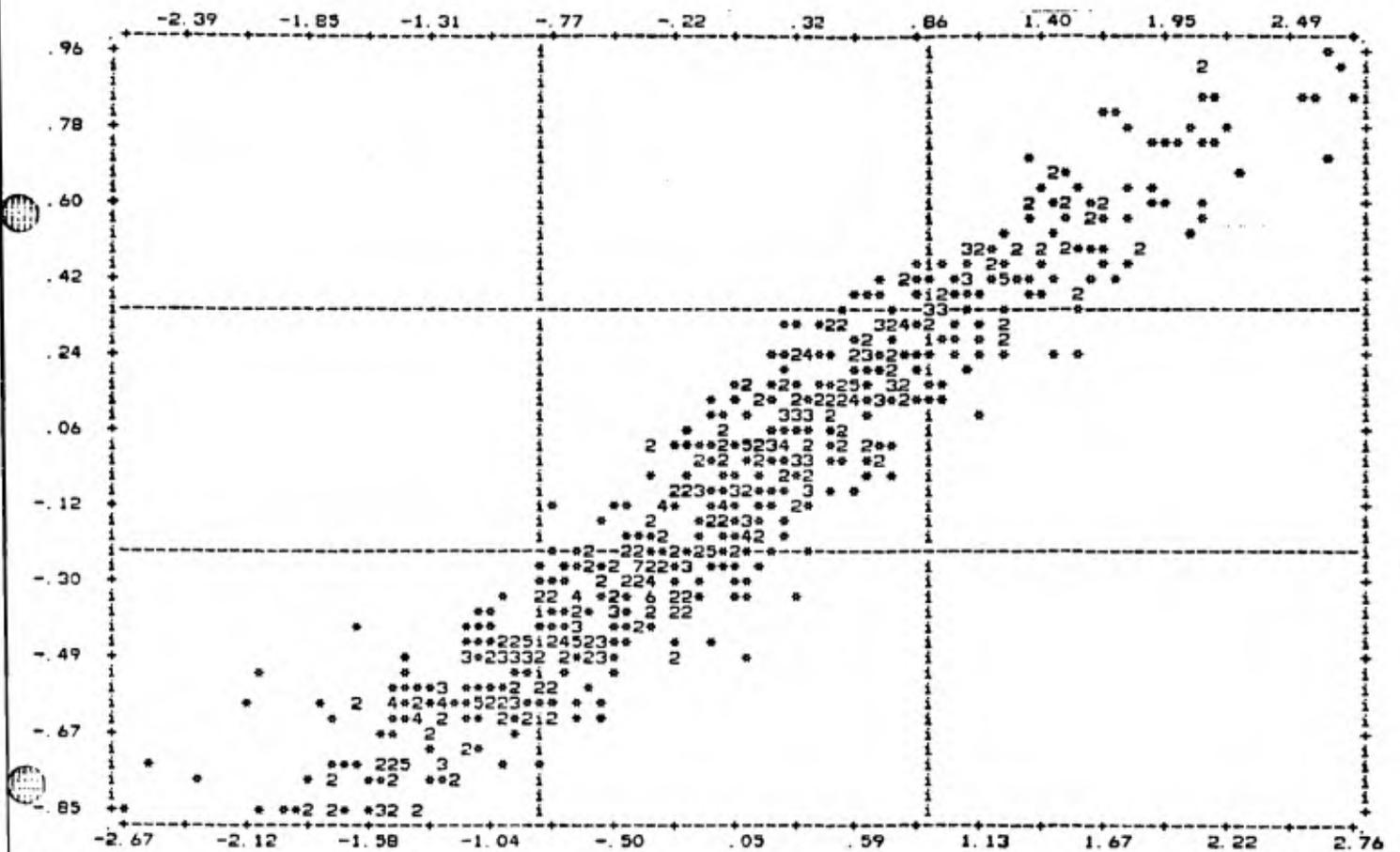


Figure H.A.10. : Diagramme de dispersion des scores obtenus par les  
répondants (N = 725) pour la 5ème Composante Principale  
("demande de prise en charge élargie") selon le  
"facteur simplifié" en ordonnées et le "facteur brut"  
en abscisses.



Statistics

|                    |        |                 |   |         |                  |        |
|--------------------|--------|-----------------|---|---------|------------------|--------|
| Correlation (r) -  | .95453 | r squared       | - | .91113  | significance r - | .00001 |
| std error of est - | .12354 | intercept (a) - | - | -.08714 | std error of a - | .00459 |
| significance a -   | .00001 | slope (b) -     | - | .40620  | std error of b - | .00472 |
| significance b -   | .00001 |                 |   |         |                  |        |

Annexe des tableaux I.5 et I.6 : Modèle multilogistique final.

^D^U^N^C^A^N^-W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO10 PETIT POIDS DE NAISS  
TOTAL POPULATION 535  
NO OF CASES 42

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN    | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|---------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M1B      | -1.6887692  | .8095944          | -2.09 | .1028   | .3039866         | -.5133632                | .2461059               |
| M2       | .9318297    | .3521575          | 2.65  | .2710   | .4449065         | .4145771                 | .1566772               |
| M6       | 1.6000567   | .5328473          | 3.00  | .0673   | .2507573         | .4012263                 | .1336155               |
| W140     | -.2113493   | .0452463          | -4.67 | 11.4355 | 4.6365114        | -.9799232                | .2097843               |
| FF4      | .0402773    | .0198899          | 2.03  | -.0093  | 9.2340513        | .3719223                 | .1836645               |
|          | -.7567070   | .4565204          | -1.66 | 1.0000  |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 44.4868 DELTA =44.49

HLOG = 294.35913 YLOG = 249.87236

^D^U^N^C^A^N^-W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO13 PROBLEME A LA NAISSANCE  
TOTAL POPULATION 549  
NO OF CASES 105

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| NIV.     | -.7683398   | .2986740          | -2.57 | .3661  | .4821822         | -.3704798                | .1247280               |
| BA5T.    | -.8547359   | .4298202          | -1.99 | .1129  | .3167991         | -.2707795                | .1361666               |
| M4       | .5182982    | .2400403          | 2.16  | .2659  | .4422344         | .2292093                 | .1061541               |
| M9       | .6935318    | .2292738          | 3.02  | .4936  | .5004153         | .3470539                 | .1147321               |
| FF4      | .0331332    | .0129840          | 2.55  | -.0073 | 9.2254775        | .3056694                 | .1197839               |
|          | -1.6741726  | .2101778          | -7.97 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 34.5261 DELTA =34.53

HLOG = 335.86820 YLOG = 501.34214

^D^U^N^C^A^N^-W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO14 MALADE 4 A 9 SEMAINES  
TOTAL POPULATION 505  
NO OF CASES 92

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T     | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|-------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| SOC      | -.5524337   | .1862619          | -2.97 | 2.0317 | .6718446         | -.3711496                | .1251390               |
| NIV.     | .5061045    | .2689717          | 1.88  | .3881  | .4878051         | .2468803                 | .1312058               |
| BA5T.    | .9011145    | .3443497          | 2.62  | .1149  | .3191588         | .2875986                 | .1099022               |
| FF1      | .0290002    | .0135055          | 2.15  | -.2158 | 9.7059417        | .2814746                 | .1310839               |
|          | -.7574571   | .3667417          | -2.07 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 20.2188 DELTA =20.22

HLOG = 479.42720 YLOG = 459.20839

Annexe du tableau I.7 : Modèle multilogistique final.

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO25 MALADE 7 A 9 MOIS  
TOTAL POPULATION 500  
NO OF CASES 376

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T    | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M4       | .6161843    | .2562495          | 2.40 | .2800  | .4494486         | .2769431                 | .1151710               |
| M13      | .8471855    | .3783117          | 2.24 | .1300  | .3366402         | .2851967                 | .1273549               |
| FF3      | .0268830    | .0120663          | 2.23 | -.3040 | 8.9789100        | .2413804                 | .1083420               |
|          | .8896028    | .1262455          | 7.05 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 17.7205 DELTA =17.72

HLOG = 560.12723 YLOG = 542.40676

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO29 ENFANT HOSPITALISE  
TOTAL POPULATION 453  
NO OF CASES 39

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M4       | .8269158    | .3694326          | 2.24   | .2671  | .4429385         | .3662728                 | .1636359               |
| M7       | 1.8394436   | .4008871          | 4.59   | .1435  | .3509573         | .6455661                 | .1406942               |
| M8       | 2.5161593   | .7788478          | 3.23   | .0199  | .1396994         | .3515059                 | .1088045               |
| FF3      | .0527263    | .0209314          | 2.52   | -.2671 | 8.8850426        | .4684757                 | .1859763               |
| FF4      | -.0563627   | .0203677          | -2.77  | -.1567 | 9.2212087        | -.5197325                | .1878145               |
|          | -3.3361691  | .3019887          | -11.05 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 42.5422 DELTA =42.54

HLOG = 265.82343 YLOG = 223.28118

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO31 SOUCIS  
TOTAL POPULATION 549  
NO OF CASES 47

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| M4       | 1.2031501   | .3221152          | 3.74   | .2659  | .4422344         | .5320743                 | .1424504               |
| M10      | .7882912    | .3249343          | 2.43   | .3060  | .4612546         | .3636029                 | .1498775               |
| FF2      | -.0382528   | .0168516          | -2.27  | .1239  | 9.4615605        | -.3619312                | .1594428               |
| FF3      | .0367975    | .0173320          | 2.12   | -.3770 | 9.0332871        | .3324027                 | .1565654               |
|          | -3.1679094  | .2741022          | -11.56 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 27.6545 DELTA =27.65

HLOG = 320.90369 YLOG = 293.24919

^D^U^N^C^A^N^W^A^L^K^E^R METHOD FOR ^M^L^F

MO27 SANTE EXCELLENTE  
TOTAL POPULATION 548  
NO OF CASES 113

| VARIABLE | COEFFICIENT | ST. ERROR OF COEF | T      | MEAN   | ST. DEV. OF VAR. | STANDARDIZED COEFFICIENT | STANDARDIZED ST. ERROR |
|----------|-------------|-------------------|--------|--------|------------------|--------------------------|------------------------|
| NI       | 1.4278784   | .2474081          | 5.77   | .3650  | .4818398         | .6880372                 | .1192160               |
| BA       | 1.0393998   | .3535302          | 2.94   | .1131  | .3170517         | .3295434                 | .1120873               |
| M5       | 1.3433145   | .4944315          | 2.72   | .0383  | .1921459         | .2581123                 | .0950030               |
| FF3      | -.0285893   | .0124282          | -2.30  | -.3759 | 9.0415011        | -.2584904                | .1123699               |
|          | -2.2068490  | .1989122          | -11.09 | 1.0000 |                  |                          |                        |

LIKELIHOOD R STAT = 45.9481 DELTA =45.95

HLOG = 557.73702 YLOG = 511.78892

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL, E.L. :  
Smoking during pregnancy : a review of effects on growth and development of offspring,  
Hum. Biol. 1980, 52 (4) : 593-625.
- ACHESON, R.m. et HEWITT, D.  
Oxford child health survey : stature and skeletal maturation in the preschool child,  
B.J. Prev. Soc. Med. 1954, 8, 59.
- ACKERKNECHT, E.H. :  
Primitive medicine and culture pattern,  
Bulletin of the History of Medicine, 1942, 12 : 545-574.
- ACKERKNECHT, E.H. :  
On the collecting of data concerning primitive medicine,  
American Anthropologist, 1945, 47 : 432-437.
- ADELFF :  
Epidémiologie et pathologie géographique,  
2ème réunion plénière de l'ADELF, Paris, 23-24 nov. 1978.  
Bon nombre de communications sont reprises dans le no27 de la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1979.
- ALBERMAN, E. :  
Sociobiologic factors and birth weight in Great Britain,  
in: REED, D.M. et STANLEY, F.J. :  
The epidemiology of prematurity,  
Baltimore-Munich, Urban et Schwarzenberg, 1977, pp.145-156.
- ALLAND, A. :  
Medical anthropology and the study of biological and cultural adaptation,  
American Anthropologist, 1966, 68 : 40 - 51.
- ALLAND, A. :  
Adaptation in cultural evolution : an approach to medical anthropology,  
New-York, Columbia Univ. Press, 1970.
- ANDERBERG, M.R.  
Cluster analysis for applications,  
New York, London, Academic Press, 1973.
- ANDERSON, A.B.M. :  
Pre-term labour : definition,  
in ANDERSON, A., BEARD, R., BRUDENELL, J.R. et DUNN, P.M. (Eds):  
Pre-term labour. Proceedings of the 5th study group of the R.C.O.G.,  
London, Royal College of Obst. and Gyn., 1977, pp 2-4.
- ANDERSON, O.W. :  
Infant mortality and social and cultural factors : historical trends and current patterns,

- in JACO, E.G. (Ed):  
 Patients, physicians and illness : a sourcebook in  
 behavioral science and health,  
 New-York, The Free Press, 1958, pp.10-24.
- ANDRE, R. et GYSELINGS, R.:  
 La mortalité infantile en Belgique,  
 Bruxelles, U.L.B., Ed. de l'Institut de Sociologie,  
 Etudes démographiques, 1971.
- ANTONOVSKY, A. et BERNSTEIN, J.:  
 Social class and infant mortality,  
 Soc.Sc. and Medicine, 1977, 11 (8-9), pp.453-470.
- ATLEE, H.B. :  
 J.Obst. & Gynaec. Brit. Emp., 1934, 41 : 750.  
 cité dans FAIRWEATHER, D.V.I.(1968).
- BAIRD, D. et THOMSON, A.M. :  
 in BUTLER, N.R. et ALBERMAN, E. (Eds) :  
 Perinatal problems,  
 Edinburgh, Livingstone, 1969.
- BAKKETEIG, L.S. :  
 The risk of repeated preterm or low birth weight delivery,  
 in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
 The Epidemiology of prematurity,  
 Baltimore-Munich, Urban & Schwarzenberg, 1977, pp.231-242.
- BAKKETEIG, L.S. et HOFFMAN, H. :  
 Epidemiology of preterm birth : results from a  
 longitudinal study of births in Norway,  
 in ELDER, M.G. et HENDRICKS, C.H. (Eds):  
 Preterm Labor,  
 London, Butterworths International Medical Reviews, 1981,  
 pp.17-46.
- BALINT, M.  
 Le Médecin, son malade et la maladie,  
 Paris, Payot, 1960.
- BASTENIER, A. et DASSETO, F. :  
 Eléments pour une analyse des phénomènes migratoires  
 contemporains en Europe Occidentale,  
 Louvain-la-Neuve, FERES, 1977.
- BAXTER, S. :  
 Labour and orgasm in primiparae,  
 J.Psychosom. Res., 1974, 18 : 209-216.
- BECKER, M.H.  
 Psychosocial aspects of health-related behavior,  
 in FREEMAN, M.E., LEVINE, S. & REEDER, L.G.:  
 Handbook of Medical Sociology, 3rd Edition,  
 New Jersey, Prentice Hall, 1979, pp.253-274.

- BEJTTI, E.G. :  
Du côté des petites filles,  
Paris, Ed. des Femmes, 1974.
- BENJAMIN :  
Social and economic factors affecting mortality,  
The Hague, Mouton, 1965.
- BENJAMIN, R. :  
Les besoins des familles,  
Recherche Sociale, 1972, 44:
- BERNSTEIN, I.C.  
Investigation into etiology of nausea and vomiting of  
pregnancy,  
Minnesota Med, 1952, 35 : 34-38.
- BEUVENS, G.:
- BIBRING, G.L. et al.  
A study of the psychological processes in pregnancy, the  
earliest motherchild relationship,  
The psychoanalytic study of the child, 1961, 16 : 169-172.
- BLAXTER, M. :  
Social class and health,  
in : CARTER, C.O. & PEEL, J. (Eds) :  
Equalities and inequalities in health,  
London, Academic Press, 1976, PP 111-126
- BOLTANSKI, L. :  
La découverte de la maladie : la diffusion du savoir  
médical,  
Paris, Centre de Sociologie Européenne, Texte ronéotypé,  
1968.
- BOLTANSKI, L. :  
Consommation médicale et rapport au corps,  
Paris, (ronéo) Centre de Sociologie Européenne, 1969.
- BOLTANSKI, L. :  
Les usages sociaux du corps  
Annales, E.S.C., A. Colin, 1971, 1 :  
205-233.
- BORMS, J., HAUSPIE, R., SAND, A., SUSANNE, C. et HEBBELINCK, M.  
(Eds) :  
Human Growth and Development,  
New York, London, Plenum Press, 1984.
- BOWLBY, J. :  
Maternal care and mental health,  
Geneva, W.H.O., 1951.

- BOWLBY, J. :  
 Attachement et Perte,  
 I. L'attachement.  
 II. La séparation : angoisse et colère.  
 Paris, P.U.F., 1978.
- III. Loss-Sadness and depression.  
 Attachment and loss series.  
 New-York, Basic Books, 1980.
- BRANSBY, E.R., BURW, J.L., MAGEE, M.E. et Mc KECKNIE, D.M. :  
 Effect of certain social conditions on the health of  
 school children,  
 Brit.Med.Jl., 1946, 2, 767.
- BRAZELTON, T.B. :  
 La naissance d'une famille,  
 Paris, Stock, Laurence Pernoud, 1983.
- BRAZELTON, T.B. :  
 The early mother-infant adjustment,  
 Pediatrics, 1963, 32 : 931-938.
- BRAZELTON, T.B., ROBEY, J.S. et COLLIER, G.A. :  
 Infant development in the Zinacantan Indians of Southern  
 Mexico,  
 Pediatrics, 1969, 44 : 274-290.
- BRIMBLECOMBE, F.S.W., ASHFORD, J.R. et FRYER, J.G. :  
 Significance of low birth weight in perinatal mortality. A  
 study of variations within England and Wales,  
 Brit.J.Prev.Soc.Med., 1968, 22 : 27-35.
- BROHM, J.M. :  
 Corps et Politique,  
 Paris, Ed. Universitaires, 1975.
- BUEKENS, P. :  
 Prématurité et groupes socio-professionnels : Bilan de  
 l'étude de 20.000 naissances à Bruxelles et en Wallonie,  
 Communication présentée à la chaire Quetelet  
 1981 du Département de Démographie U.C.L.,  
 in: Population et structures sociales,  
 Louvain-la-Neuve, 1981.
- BUEKENS, P., DELVOYE, P., WOLLAST, E. et ROBYN, C. :  
 Epidemiology of pregnancies with unknown last menstrual  
 period,  
 Jl. of Epid. Community Health, 1984, 38(1) : 79-80.
- BUEKENS, P., WOLLAST, E., DRAMAIX, M., VANDENBUSSCHE, P. et

- LAGASSE, R. :  
Does episiotomy prevent third degree laceration ?  
Communication à la 10th Scientific Meeting of the  
International Epidemiological Association.  
Vancouver, 19-25 août 1984.
- BUTLER, N. et BONHAM, D.J. :  
Perinatal mortality,  
Edinburgh, Livingstone, 1963.
- CAMPBELL, J.D.:  
The child in the sick role :  
contributions of age, sex, parental status and parental  
values,  
Jl of Health and Soc. Behavior, 1978, 19 : 35-51.
- CARTWRIGHT, A. :  
Memory errors in a morbidity survey,  
Milb. Mem. Fund. Quarterly, 1960, 38 : 5-24.
- CARTWRIGHT , A. et O'BRIEN, M. :  
Social class variations in health care and in the nature  
of general practitioner consultations,  
in : STACEY, M. :  
The sociology of the N.H.S.,  
Sociological Review Monograph, 1976, no22.
- CASSEL, J. :  
Psychosocial processes and "stress" :  
theoretical formulation,  
Intl. Jl. of Health Services, 1974, 4 (3) : 471-482.
- CASSEL, J. :  
The contribution of the social environment to host  
resistance,  
Am.Jl of Epidemiol., 1976, 104 (2) : 107-123.
- CAVE, C.:  
Social characteristics of natural childbirth users and  
nonusers,  
Am. J. Public Health, 1978, 68 (9) : 898-901.
- CHAMBERLAIN, G., PHILIPP, E., HOWLETT, B. et MASTERS, K. :  
British Births 1970,  
London, W. Heinemann Med. Books Ltd, 1978, 292p.
- CHAMBERLAIN, G. et GARCIA, J.:  
Pregnant women at work,  
Lancet, 1983, 29 janvier, 228-230.
- CHARLES, A.G., NORR, K.L., BLOCK, C.R., MEYERING, S. et MEYERS, E.:  
Oostetric and psychological effects of psychoprophylactic  
preparation for childbirth,  
Am. J. Obstet. Gynecol. 1978, 131 (1): 44-52.

- CHARLTON, J.R.H., MARTLEY, R.M., SILVER, R. et HOLLAND, W.W. :  
Geographical variation in mortality from conditions  
amenable to medical intervention in England and Wales,  
Lancet, 1983, 26 mars, 1, 691-696.
- CHASE, M.C. :  
Time Trends in low birthweight in the U.S., 1950-1974,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1977.
- CHAUVENET, A. :  
Biologie et Gestion des Corps dans  
"Discours biologique et ordre social",  
Paris-Seuil, 1977.
- CHERTOK, L. :  
Motherhood and personality : psychosomatic aspects of  
childbirth,  
Philadelphia, Lippincott, 1969.
- COBB, S. :  
Social support as a moderator of life stress,  
Psychosomatic Med., 1976, 38 (5) : 300-336.
- COGAN, R. :  
Effects of Childbirth Preparation,  
Clinical Obstetrics and Gynaecology,  
1980, 23(1) : pp1-14
- COLTON, T. :  
Statistics in Medicine :  
Boston, Little Brown & Co., 1974.
- COTTON, E. :  
L'éducation pour la Santé. Méthodes,  
Bruxelles, Editions de l'U.L.B., 1982.
- DARIC, J.  
Mortalité, profession et situation sociale,  
Population, oct-déc, 1949.
- DAVIDS, A. et DE VAULT, S. :  
Maternal anxiety during pregnancy and childbirth  
abnormalities,  
Psychosom. Med., 1962, 24 (5) : 464-470.

- DAVIES, A.M. et HARLAP, S. :  
Antenatal prediction of perinatal and neonatal mortality risk,  
Geneva, W.H.O., MCH/WP/HR, 1974, 74 : 1.
- DELAISI DE PARSEVAL, G. :  
La part du père,  
Paris, Seuil, 1981.
- DEPARTEMENT DE DEMOGRAPHIE U.C.L. :  
Etat démographique de la wallonie et éléments pour une politique de population. Rapport Poliwa, Bruxelles, Documents du C.E.P.F., 1977.
- d'HOUTAUD, A. et GUEGUEN, R. :  
Connaître les attitudes et les attentes : une conditions de base pour une éducation sanitaire efficace,  
Médecine Sociale et préventive, 1977, 22 : 220-227.
- d'HOUTAUD, A. :  
L'image de la santé dans une population lorraine : approche psychosociale des représentations de la santé,  
Rev. Epidém. et Santé Publ., 1978, 26 : 299-320.
- DICK READ, G. :  
Childbirth without fear  
New York, Harper & Row, 1944.
- DIVERS :  
plusieurs articles dans un numéro spécial :  
Social stressors and support/deviant reactions to stress and their consequences,  
Jl. of Hetn. Soc. Beh. 1979, 20(2) : pp 100-205.
- DIVERS :  
Numéro spécial de Soc.Science and Medicine,  
1981, 15D, 1-...
- DONALDSON, P.J. et BILLY, J.O. :  
The impact of prenatal care on birth weight.  
Evidence from an international data set,  
Med. Care, 1984, 22 (2) : 177-188.
- DONNELLY, J.F., FLOWERS, C.E., CREADICK, R.N. et al. :  
Maternal, fetal and environmental factors in prematurity,  
Am. J. Obst.& Gynec., 1964, 88 : 918-931.
- DOWDING, V.M. :  
New assessment of the effects of birth order and socio-economic status on birth weight,  
Brit.Med. Jl., 1981, 282 (6265) : 683-686.
- DUMONT, G-F., CHAUNU, P., LEGRAND, J. et SAUVY, A. :  
La France ridée,

DUNN et al

- EGBJONU, L. et STARFIELD, B. :  
Child Health and Social Status,  
Pediatrics, 1982, 69 (5) : 550-557.
- EMANUEL, I. :  
Need for future epidemiologic research : studies for  
prevention and intervention,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The epidemiology of Prematurity,  
Baltimore Munich, Urban & Scharzenberg, 1977, pp 339-348.
- ERICKSON, M.T. :  
The relationship between psychological variables and  
specific complications of pregnancy, labor and delivery,  
Jl. of Psychosomatic Research, 1976, 20 : 207-210.
- FABREGA, H.Jr, MOORE, R.J. et STRAWN, J.R. :  
Low income medical problem patients : some medical and  
behavioral features,  
Jl. of Health and Social Behavior, 1969, 10 : 334-343.
- FABREGA, H.Jr, METZGER, D. et WILLIAMS, G. :  
Psychiatric implications of health and illness  
In a Mayor indian group : a preliminary statement,  
Soc.Sci.& Med., 1970, 3 : 609-626.
- FABREGA, H.Jr. :  
Disease and Social Behavior,  
Cambridge, London, MIT Press, 1980.
- FAIRWEATHER, D.V.I. :  
Nausea and vomiting in pregnancy,  
Am. Jl. Obst. & Gynec., 1968, 102 (1) : 135-175.
- FALCONNET, G. et LEFAUCHEUR, N. :  
La fabrication des m<sup>â</sup>les,  
Paris, Seuil, Ed, Points, No A17, 1977.
- FARR, W. :  
Letter to the Registrar General,  
First Report of the Registrar General,  
London, 1839.
- FEDRICK, J., & ANDERSON, A.B. :  
Factors associated with spontaneous preterm births,  
Br. J. Obstet. Gynecol., 1976, 83 : 342-350.

- FOUCAULT, M.  
Naissance de la clinique, une archéologie du regard  
médical,  
Paris, PUF, 1963.
- FOUCAULT, M.  
L'impossible prison. Recherches sur le système  
pénitentiaire au XIXème siècle, réunies par Michelle  
PERROT,  
Paris, Seuil, 1980.
- FUCHS, F. :  
Prevention of perinatal diseases and injuries. in FALKNER,  
F. (Ed.):  
Prevention of perinatal mortality and morbidity,  
Basel, Karger, Child Health, 1984, 3 : 65-89.
- GELIS, J. :  
Corps perdu. Corps conquis. La femme et l'accoucheur  
(17e/19e siècle),  
Fracture, (Santé/Critique- Pratique/Autogestion), 1977,  
oct-nov, no3, 34-39.
- GELIS, J., LAGET, M. et MOREL, M.F. :  
Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France  
traditionnelle.  
Paris, Gallimard/Julliard, Collection Archives no 72,  
1978.
- GERARD, G. :  
L'analyse de la variance non-paramétrique,  
in MOUCHART, M. et SIMART, L. (Eds.) :  
Méthodes non paramétriques,  
Louvain-la-Neuve, CIACO, Secrétariat du Comité de  
Statistique, 1978, pp149-165.
- GOLDBERG, M., DAB, W., CHAPERON, J., FUHRER, R. et GREY, R. :  
Indicateurs de santé et sanométrie,  
Rev. Epidemiol. et Santé Publique, 1979, 27 : 51-68 et  
133-152.
- GOLDING, J. et BUTLER, N.R. :  
The Socioeconomic factor in FALKNER, F. (Ed.) :  
Prevention of perinatal mortality and morbidity, Basel,  
Karger, 1984.
- GOLDSTEIN, M. et PECKAM, C. :  
Birthweight, gestation, neonatal mortality and child  
development,  
in ROBERTS, D.F. & THOMSON, A.M. (Eds)  
The biology of human fetal growth,  
London, Taylor & Francis Ltd, 1976, pp 81-102.

- GOLDSTEIN, H.  
Smoking in pregnancy : some notes on the statistical controversy,  
Brit. Jl. Prev. Soc. Med., 1977, 31(1) : 13-17.
- GORSUCH, R.L. et KEY, M.K. :  
Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress,  
Psychosomatic Medicine, 1974, 36 (4) : 352-362.
- GOSSIAUX, A.M. :  
Les causes de décès par arrondissement,  
Royaume de Belgique, P.N.R.S.S., Service du 1er ministre,  
Programmation de la Politique Scientifique, Bruxelles, 1981.
- GOTTRAUX, M. :  
La construction sociale du cnamp de la prévention,  
Sciences Sociales et Santé, 1982, 1 : 15-37.
- GRAFFAR, M. :  
Une méthode de classification sociale d'échantillon de population,  
Courrier du Centre International de l'Enfance, 1956, 6 (8) : 455-459.
- GRAFFAR, M. :  
Pathologie géographique des maladies cardiovasculaires en Belgique,  
Rev. Epidémiol. et Santé Publique, 1979, 27 : 425-
- GRAFFAR, M. et ASIEL, M. :  
Quelques résultats de l'étude médico-sociale de la population féminine d'un faubourg de Bruxelles,  
Bull. de la Soc. Royale Belge de Gyn. et d'Obst., 1957, 27 (2) : 1-15.
- GREGA, P. :  
Charleroi, pays wallon,  
Caniers de la Wallonie, 1981, nos 32-33-34.
- GREENBERG, R.P. et DATTORE, P.J. :  
The relationship between dependency and the development of cancer,  
Psychosomatic Med., 1981 43 (1) : 35-43.
- GUNN, T.R. :  
Antenatal education : does it improve the quality of labour and delivery ?  
New Zealand Medical Journal, 1983, 96 (724) : 51-53.
- HABICHT, J.P. et al :  
Maternal nutrition, birthweight and infant mortality in CIBA Foundation Symposium 27 (new series) : Size at birth,  
Amsterdam, Associated Scientific Publishers, 1974.

- HACK, M., FANAROFF, A.A. et MERKATZ, I.R. :  
The low-birthweight infant : evolution of a changing  
outlook,  
N.Engl. Jl. Med., 1979, 301 : 1162-1165.
- HARDY, J.B. et MELLITS, E.D. :  
Does maternal smoking during pregnancy have a long-term  
effect on the child ? ,  
Lancet, 1972, 2, 1332-1336.
- HARDY, J.B. et MELLITS, E.D. :  
Relationship of low birth weight to maternal  
characteristics of age, parity, education and body size,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds):  
The epidemiology of Prematurity.  
Baltimore - Munich, Urban & Scharzenberg, 1977, pp.105-  
118.
- HASPELS, A. A. :  
Obstetric care in the Netherlands,  
Public Health (London) 1974, 88-187.
- HEMINKI, E. & STARFIELD, B. :  
Prevention of low birth-weight and pre-term birth,  
Literature review and suggestions for research policy  
Milbank Mem. Fund Quarterly, 1978, 56 (3) : 339-361.
- HERZLICH, Cl :  
Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale,  
Paris-La Haye, Mouton, 1969.
- HERZLICH, Cl. et PIERRET, J. :  
Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui.  
Paris, Payot, 1984, 295p.
- HINKLE, L.E.:  
The concept of "stress" in the biological and social  
sciences,  
Soc. Science and Medicine, 1973, 1 : 31-48
- HYMAN, M.D. :  
Some links between economic status and untreated illness,  
Soc. Sci. & Med., 1970, 4 : 387-399.
- HYTTEN, F.E. et LEITCH, I. :  
The physiology of human pregnancy, Oxford, Blackwell,  
1971.
- HYTTEN, F.E. et THOMSON, A.M. :  
Weight gain in pregnancy,  
in: LINDHEIMER, M.D., KATZ, A.I. et ZUSPAN, F.P. (Eds.) :  
Hypertension in Pregnancy,  
New-York, Wiley, 1976, pp.179-187.

- ILLSLEY, R. :  
Social class selection and class differences in relation  
to stillbirths and infant deaths,  
B. M. J., 1955, 2, 1520-1524.
- ILLSLEY, R. :  
Professional or public health ?  
London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1980.
- ILLSLEY, R. :  
Med.Off. 1956, 96 : 107  
cité dans: ILLSLEY, R. : Social aspects of pregnancy  
outcome,  
in BARRON, S.L. et THOMSON, A.M. (Eds.) :  
Obstetrical Epidemiology,  
London, Academic Press, 1983, p. 470.
- ILLSLEY, R. :  
The Social Background to first Pregnancy, Univ. of  
Aberdeen, Ph.D Thesis, 1956.  
cité dans ILLSLEY, R. : Social aspects of pregnancy  
outcome,  
in : BARRON, S.L. et THOMSON, A.M. (Eds.) :  
Obstetrical Epidemiology,  
London, Academic Press, 1983, pp.449-476
- I.N.S. :  
Typologie des communes belges (avant fusion)  
d'après le degré d'urbanisation au 31 décembre 1970,  
Etudes statistiques, 1978, 51 : 37-68.
- I.N.S. : Statistiques Démographiques  
Bruxelles, I.N.S., 1980, tome 1.
- IRWIN, J.O. :  
Tests of significance for differences between percentages  
based on small numbers,  
Metron., 1935, 12: 83-94.
- JACOBS, M. et STEVENSON, G. :  
Health and housing : a historical examination of  
alternative perspectives,  
Int'l Jl. of Health Services, 1981, 11 (1) : 105-122.
- JARCHO, S. :  
Human palaeopathology,  
New Haven, Yale University Press, 1966.
- JARNFELT-SAMSIOE, A., SAMSIOE, G. & VELINDER, G.M. :  
Nausea and Vomiting in Pregnancy. A contribution to its  
Epidemiology,  
Gynaecol. Obstet. Invest., 1983, 16 : 221.

- JAUBERT, M.J. :  
Les bateleurs du mal-joli,  
Le mythe de l'accouchement sans douleur,  
Paris, Balland, 1979.
- JAVEAU, C. :  
L'enquête par questionnaire,  
Manuel " l'usage du praticien,  
Bruxelles, Editions de l'U.L.B., 1978.
- JENICEK, M. :  
Introduction à l'épidémiologie,  
St Hyacinthe, Paris, Edisem Inc., Maloigne, 1977.
- JENICEK, M. et CLEROUX, R. :  
Epidémiologie,  
St Hyacinthe, Paris, Edisem Inc. Maloigne, 1982.
- JOHNSON, J.W.C. et DUBIN, N.H. :  
Prevention of preterm labor,  
Clinical Obstetrics and Gynecology, 1980, 23 (1) :  
51-73.
- JONES, R.A.K. et DAVIES, P.A. :  
The outcome for preterm infants,  
in : ELDER, M.G. et HENDRICKS, C.H. (Eds.) :  
Preterm Labor,  
London, Butterworths Intern. Medical Reviews :  
Obstet. Gynecol., 1981, 1 : 289-316.
- KADUSHIN, C. :  
Social class and the experience of ill health,  
Sociological Inquiry, 1964, 34 : 67 - 80.
- KALTENBACH, R. :  
Ztschr. Geburtsh. u. Gynak., 1891, 21 : 200,  
cité dans FAIRWEATHER, D.V.I. :  
Nausea and vomiting in pregnancy,  
Am. J. Obstet. Gynec., 1968, 102 (1) : 135-175.
- KALTREIDER, F. et KOHL, S. :  
Epidemiology of preterm delivery,  
Clinical Obstetrics and Gynecology, 1980, 23(1) pp 17-30.
- KAMINSKI, M. :  
Issue de la grossesse et surveillance prénatale chez les  
femmes migrantes,  
Rev. Epidémiol. Santé Publ., 1978, 26 : 29 - 46.

- KAMINSKI, M. et PAPIERNIK, E. :  
 Multifactorial study of the risk of prematurity at 32 weeks gestation.  
 A comparison between an empirical prediction and a discriminant analysis,  
 JI. of Perinatal Medicine, 1974, 2 : 37 - 44.
- KAMINSKI, M., GOUJARD, J. et RUMEAU - ROUQUETTE, C. :  
 La grossesse des femmes migrantes à Paris,  
 Rev. Franç. Gynéc., 1975, 70, 483 - 491
- KARN, M.N., LANG, B. H., Mc KENZIE, H. et PENROSE, L.S. :  
 Birthweight, gestation time and survival in sibs,  
 Ann. Eugenics, 1951, 15 : 306-322.
- KASL, S.V. & COBB, S. :  
 Health behavior, illness behavior and sick role behavior,  
 I et II.  
 Arch. of Environm. Healthn., 1966, 12 : 246-266, et  
 12 : 531-541.
- KAUPPILA, A., MUMTANIEMI, I. et YLIKORKALA, O. :  
 Raised serum human chorionic gonadotrophin concentrations  
 in hyperemesis gravidarum,  
 British Medical Journal, 1979, 1 (6179): 1670-1671.
- KITAGAWA, E.M. et HAUSER, P.M. :  
 Differential mortality in the U.S. :  
 A study in socioeconomic epidemiology,  
 Cambridge, Harvard Univ. Press, 1973.
- KITTEL, F. :  
 Approche psychosociale de la prévalence et de l'incidence  
 des affections coronariennes,  
 Thèse de Doctorat en Santé Publique,  
 Bruxelles, Ecole de Santé Publique, U.L.B., 1984.
- KLEIN-BEAUPAIN, Th. et LEFEVRE, G. :  
 Les indicateurs sociaux de santé : une approche pour la  
 Belgique,  
 Bruxelles, Ed. de l'U.L.B., 1973.
- KLOOSTERMAN, G.J. :  
 The Dutch system of home births  
 in Sheila KITZINGER & DAVIS, J.A. (Eds)  
 The place of birth,  
 Oxford, New York, Toronto, Oxford Univ. Press, 1978, pp.  
 85-92.
- KNIBIELHER, Y. et FOUQUET, C. :  
 Histoire des mères,  
 Paris, Editions Montalba, Collection Pluriel, 1982.
- KOOS, E.L. :

The health of regionville,  
New-York, Columbia University Press, 1954.

- KORNITZER, M., DE BACKER, G., DRAMAIX, M. et THILLY, C.H. :  
Regional differences in risk factor distributions, food habits and coronary heart disease mortality and morbidity in Belgium,  
Int.Jl of Epidemiology, 1979, 8 (1) : 23-31.
- KROEBER, A.L. et KLUCKHOHN, C. :  
Culture : a critical review of concepts and definitions,  
New-York, Vintage Books, Random House, s.d. 1952.
- LAGASSE, R. :  
L'environnement et la santé de la première enfance,  
Communication à la deuxième conférence sur les bases scientifiques de la réglementation sur l'environnement,  
in : DI FERRANTE, E. (Ed.) :  
Rapport Santé-Environnement EUR 7952, Comm. des Comm. Européennes, 1982, 231-239.
- LAGASSE, R., BUEKENS, P. et KITTEL, F. :  
Du pourquoi au comment : la nécessaire pluridisciplinarité de l'épidémiologie,  
in : ADELFF (Ed.):  
L'épidémiologie sur le terrain pour la surveillance et la recherche. Quels personnels? Quelles responsabilités? Quelle formation?,  
9ème réunion scientifique, Bruxelles, 21-22 nov.1983.
- LAGASSE, R., NAMUROIS, A. et RENARD, R. :  
Méthodologie d'une enquête de morbidité différentielle de la petite enfance en Wallonie,  
Population et Famille, 1983, 55 (1982-1) : 101-124.
- LAGASSE, R. et NAMUROIS, A. :  
Variations sociales de divers indicateurs de santé périnatale observées dans trois arrondissements wallons,  
Population et Famille, 1984, 56 (1982-2) : 71-102.
- LAGASSE, R. et NAMUROIS, A. :  
Une enquête de morbidité différentielle de la petite enfance : enjeux et perspectives,  
Population et Famille, 1985, sous presse.
- LAIRD, M.D. et HOGAN, M. :  
An elective program of preparation for childoirth at the Sloane Hospital for women, May 1951 to June 1953,  
Amer.J. Obstet.Gynaec., 1956, 72 : 641- 647.
- LAMAZE, F. :  
Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur?,  
Paris, Savoir et connaître, 1956.

- LAMBEAU, C. :  
 Les services périnataux en Belgique :  
 infrastructure, services et utilisation,  
 Bruxelles, Mémoire de Licence en Sc. Hospitalières,  
 U.L.B., Ecole de Santé Publique, 1984.
- LANNEAU, G. et MALRIEU, P. :  
 Enquête sur l'éducation en milieu rural et milieu urbain,  
 Enfance, 4, sept-oct. 1957, 465-482.  
 1, jan-fev. 1958, 31-62.
- LANTOINE, C. et PRESSAT, R. :  
 Nouveaux aspects de la mortalité infantile,  
 Population, 1984, 2 : 253-264.
- LAURENDEAU, F. :  
 La médicalisation de l'accouchement,  
 Recherches Sociographiques, 1983, 24 (2) : 203-234.
- LEBOYER, F. :  
 Pour une naissance sans violence,  
 Paris, Seuil, 1974
- LE BRAS, H. :  
 L'enfant et la famille dans les pays de l'OCDE : analyse  
 démographique,  
 Centre pour la Recherche et l'Innovation dans  
 l'Enseignement, Paris, O.C.D.E., 1979.
- LECHTIG, A., DELGADO, H., YARBROUGH, C., HABIGHT, J., MARTORELL,  
 R. et KLEIN, R. :  
 A simple assessment of the risk of low birth weight to  
 select women for nutritional intervention,  
 Am. J. Obstet. Gynec., 1976, 125 : 25-34.
- LECLERC, A., AIACH, P., PHILIPPE, A., VENNIN, M. et CEBE, D. :  
 Morbidité, mortalité et classe sociale,  
 Revue bibliographique portant sur divers aspects de la  
 pathologie et discussion,  
 Rev. Epidém. et Santé Publ. (1979), 27(4), 331-358.
- LEONARD, J. :  
 La France médicale au XIXe siècle,  
 Paris, Gailimard/Julliard, Collection Archives, 1978.
- LEONARD, J. :  
 La médecine entre savoirs et pouvoirs,  
 Histoire intellectuelle et politique de la médecine  
 française au XIXe siècle,  
 Paris, Aubier, 1981.
- LEROY, X. :  
 Offre et consommation de soins en médecine générale.  
 Bruxelles, Services du Premier Ministre, P.N.R.S.S., 1978.

- LEROY, X. :  
L'accès aux soins médicaux, 2 tomes.  
Analyse régionale de l'offre et de la consommation en  
1976. Evolution 1974-1976.  
Bruxelles, Programmation de la Politique Scientifique,  
Services du Premier Ministre, 1981.
- LEVY, C. :  
L'accouchement prématuré, compte-rendu d'une enquête  
socio-démographique,  
Cahiers de l'INED, 1978, no84.
- LEVY, E., BUNGENER, M., DUMENIL, G. et FAGNANI, F. :  
Economie du système de santé,  
Paris, Dunod, 1975.
- LEVY, E., BUNGENER, M., FAGNANI, F. et DUMENIL, G. :  
Evaluer le coût de la maladie,  
Paris, Dunod, 1977.
- LEWIS, R., CHARLES, M. et PATWARY, K.M. :  
Relationships between birthweight and selected social,  
environmental and medical care factors.  
Am.Jl.Public.Health, 1973, 63 : 973-981.
- LILIENTFELD, D.E. :  
Definitions of epidemiology,  
Amer. Jl. Epid., 1978, 107 : 87-90.
- LORIAUX, M. :  
Profession, statut social, classe : un tiers gagnant pour  
la sociologie ? ,  
Louvain-la-Neuve, Département de Démographie, U.C.L.,  
Chaire Quételet 1981.
- LOUX, F. :  
Le jeune enfant et son corps dans la médecine  
traditionnelle,  
Paris, Flammarion, 1978.
- LOUX, F. :  
Le corps dans la société traditionnelle,  
Paris, Berges-Levrault, 1979.
- LOUX, F. :  
Traditions et soins d'aujourd'hui,  
Paris, Inter Editions, 1983.
- Mc DOWALL, M., GOLDBLATT, P. et FOX, J. :  
Employment during pregnancy and infant mortality,  
Population Trends, 1981, 28 : 12-15.
- MACKENBACH, J.P. :  
Gezondheidszorgbeleid en vermijdbare sterfte,  
Tijdschr. voor Soc. Gezondheidszorg., 1984, 62 : 433-437.

- Mc KEOWN, T. :  
The role of medicine,  
Oxford, Blackwell, 1979.
- Mc MAHON, B. et PUGH, T.F. :  
Epidemiology, principles and methods,  
Boston, Little Brown et Cy, 1970.
- MAGUIN, P., HATTON, F., MINVIELLE, D., BOUVIER-COLLE, M-H.,  
JUGLA, E., NICAUD, V. et ROBINE, J.M. :  
Pratiques de santé et monde rural. Analyse comparative des  
pratiques concernant la mère et l'enfant en milieu urbain et  
rural,  
Paris, Le Vésinet, INSERM, 1984.
- MAINE, D. :  
Le Planning familial : son effet sur la santé de la femme  
et de l'enfant,  
New York, Columbia University, Center for Population and  
Family Health, 1981.
- MAMELLE, N. :  
Travail et grossesse,  
Prévenir, 1980, 2 : 43-52.
- MAMELLE, N., LAUMON, B. et LAZAR, P. :  
Prematurity and occupational activity during pregnancy,  
Amer. JI of Epid., 1984, 119 : 309-322.
- MANCIAUX, M. :  
Evolution et tendances de la protection maternelle et  
infantile,  
Rev. Epidemiol. et Santé Publ., 1971, 19 (4) : 387-398.
- MANCIAUX, M. et DESCHAMPS, J.P. :  
Santé de la mère et de l'enfant  
Paris, Flammarion, 1978.
- MARTIN, L. :  
Statistique Médicale,  
Bruxelles, Presses Univ. de Bruxelles, 1974.
- MASUY-STROOBANT, G., LORIAUX, M. et GERARD, H. :  
Mort ou survie à la naissance ? ,  
Rapport Poliwa 2  
Bruxelles, Documents du C.E.P.F., 1979.
- MASUY-STROOBANT, G. :  
Les déterminants de la mortalité infantile.  
La Belgique d'hier et d'aujourd'hui,  
Louvain-la-Neuve, CIACO, 1983.

- MAYER, A. :  
Psychologisches aus der gynakologischen Sprechstunde.  
Leipzig, 1932.
- MEAD, M. :  
The concept of culture and the psychosomatic approach  
Psychiatry, 1947, 10 : 57-76.
- MEAD, M.  
Sex and Temperament in Three Primitive Societies,  
New-York, Mentor, 1950.  
Repris en français dans : Moeurs et Sexualité en Océanie,  
Paris, Plon, Collection Terre Humaine, 1982.
- MECHANIC, D. :  
The influence of mothers on their children's health  
attitudes and behavior,  
Pediatrics, 1964, 33 : 444-453.
- MECHANIC, D. :  
Medical Sociology,  
New-York, London, The Free Press, 1978.
- MEDNICK, S.A. et BAERT, A.E. (Eds) :  
Prospective longitudinal research.  
An empirical basis for the primary prevention of  
psychosocial disorders,  
Oxford, Oxford Univ. Press and WHO Regional Office for  
Europe, 1981.
- MENDEL, G. :  
La crise de générations.  
Etude sociopsychanalytique,  
Paris, Payot, PBP no180, 1971.
- MEYER, M.B. :  
Effects of maternal smoking and altitude on birth weight  
and gestation,  
in : REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of prematurity.  
Baltimore-Munich, Urban & Schartzenberg, 1977, pp.81-104.
- MILLER, F.J.W., COURT, S.D.M., WALTON, W.S. et KNOX, E.G. :  
Growing up in Newcastle upon Tyne,  
London, Oxford Univ. Press, 1960.
- MINKOWSKI, A. :  
Pour un nouveau-né sans risque,  
Paris, Stock, 1976.
- MONNIER, A. :  
La naissance d'un enfant : incidence sur les conditions  
de vie des familles,  
I.N.E.D. cahier no 81, 1977.

- MORIYAMA, I.M. et GURALNICK, L. :  
Occupational and social class differences in mortality  
Milb. Memor. Fund, New-York, 1956.
- MORRIS, J.N. et HEADY, J.A. :  
Social and biological factors in infant mortality,  
1955, Lancet, 1 (12 fev.) : 343-349.
- MORSA, J. :  
Une enquête nationale sur la fécondité. Présentation,  
Population et Famille, 1967, 13 : 1-14.
- MOSCOVICI, S. :  
Préface  
in HERZLICH, C. : Santé et Maladie : analyse d'une représentation sociale.  
Paris, Mouton, 1969, pp.7-12.
- MUCCHIELLI, A. et MUCCHIELLI, R. :  
Lexique des sciences sociales,  
Paris, Entreprise Moderne d'Edition, Ed. Sociales  
Françaises, 1969.
- MUIRHEAD, D.M. :  
Report on perinatal and infant mortality in Massachusetts  
in 1967 and 1968,  
Committee on Perinatal Welfare of the Massachusetts  
Medical Society, December 1971.
- NAMUROIS, A. et LAGASSE, R. :  
Variations géographiques de divers indicateurs de santé  
périnatale observées dans trois arrondissements wallons.  
Population et Famille, 1984, 56 (1982-2) : 1-28.
- NETTELBLADT, P., FAGERSTROM, C.F. et UDDENBERG, N. :  
The significance of reported childbirth pain,  
Jl. of Psychosomatic Research, 1976, 20 : 215-221.
- NEWCOMBE, R.G. et CHALMERS, I. :  
Assessing the risk of preterm labour,  
in ELDER M.G. et HENDRICKS, C.H. (Eds):  
Preterm labor,  
London, Butterworths International medical reviews, 1981,  
pp.47-60.
- NEWTON, R.W., WEBSTER, P.A.C., BINN, P.S., MASKREY, N., et  
PHILLIPS, A.B. :  
Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the  
onset of premature labour,  
British Medical Journal, 1979, 18 août, 411-415.
- NIE, N.H., HULL, C.M., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K.  
et BENTA D.M. :  
Statistical Package for the Social Sciences,  
New York, Mc Graw Hill, 2nd ed., 1975.

- NISWANDER, K.R. :  
 Obstetric factors related to prematurity,  
 in REED, D.M. et STANLEY, F.J. :  
 The Epidemiology of Prematurity,  
 Baltimore-Munich, Urban & Schartzenberg, 1977, pp.249-268.
- NOEL, F. :  
 mortalité infantile, essai d'analyse socio-démographique,  
 in Deux études sur la mortalité en Belgique,  
 Bruxelles, Dossiers du C.E.P.F., 1974, pp.1-75.
- NUCKOLLS, K.B., CASSEL, J., et KAPLAN, B.H. :  
 Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of  
 pregnancy,  
 Am. J. Epidemiol. 1972, 95 (5) : 431-441.
- OAKLEY, A., Mc FARLANE, A., CHALMERS, I. :  
 Social Class, Stress & Reproduction,  
 in REES, A.R. et PURCELL, H. (Eds):  
 Disease and the environment,  
 Manchester, John Wiley & Sons Ltd, 1983, pp.11-50.
- OAS - Euro :  
 L'enseignement de l'épidémiologie en médecine et en santé  
 publique : rapport sur un symposium,  
 Copenhague, O.M.S., 1968, document EURO 0393.
- OAS :  
 Indicateurs statistiques pour la planification et  
 l'évaluation des programmes de santé publique.  
 Genève, OMS, 14ème rapport du Comité OMS d'experts des  
 Stat. Sanitaires, Rapports techniques, no 472, 1971.
- OAS :  
 Risques pour la santé du fait de l'environnement,  
 Genève, O.M.S., 1972.
- OAS :  
 Recommandations et déclarations de groupes OMS d'experts  
 relatives aux statistiques sanitaires,  
 Genève, O.M.S., Document de travail, WHO/HS/ NAT.  
 COM/75.345, 1975.
- OAS :  
 Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé,  
 Genève, O.M.S., Documents fondamentaux, 26ème édition,  
 1976.
- OAS :  
 Classification Internationale des Maladies,  
 Révision 1975,  
 Genève, O.M.S., 1977.

- OMS :  
Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque,  
Genève, O.M.S., Publications Offset no39, 1978a.
- OMS : A WHO Report on social and biological effects on perinatal mortality,  
Vol.1, Budapest, 1978b.
- ONE : La promotion de la santé familiale, maternelle et infantile dans la Communauté Française,  
L'enfant, 1981, 4 : 261-283.
- OUNSTED, M. et SCOTT, A. :  
Social class and birthweight : a new look,  
Early Human Development, 1982, 6 : 83-89.
- PRESSAT, R. :  
Démographie Sociale,  
Paris, P.U.F., 1971 (1ère éd.) et 1978 (2ème éd.)
- PICKEN, B. et IRELAND, G. :  
Family patterns of medical care utilization. Possible influences of family size, role and social class on illness behavior,  
J. Chron.Dis., 1969, 22 : 181-191.
- PLACEK, P.J. :  
Maternal and infant health factors associated with low infant birth weight : findings from the 1972 National Natality Survey,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore-Munich, Urban & Schwartzberg, 1977, pp.197-212.
- POMERANCE, J.J., GLUCK, L. et LYNCH, V.A. :  
Physical fitness in pregnancy : its effect on pregnancy outcome,  
Am. J. Obstet. Gynecol., 1974, 119 : 867-876.
- POND, M.A. :  
How does housing affect health ?  
Am.Jl of Public Health, 1965, 55 :1212.
- PRATT, M.W., JANUS, Z.L. et SAYAL, N.C. :  
National Variations in prematurity (1973-1974)  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore-Munich, Urban & Schartzberg, 1977, pp.53-80.
- PUFFER, R. et GRIFFITH, G.W. :  
Características de la mortalidad urbana,  
Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 1968, 65 : 446-470.

- QUOIDBACH, M. :  
Assurance-maladie et inégalités sociales de santé,  
Bruxelles, G.E.R.M., 1977, Lettre d'information no110.
- RANTAKALLIO, P. :  
The effect of maternal smoking on birth weight and the  
subsequent health of the child,  
Early Human Development, 1978, 2 (4) : 371-382.
- RAO, C.R. :  
Linear statistical inference and its applications,  
New York, Wiley, 1965.
- REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity  
Baltimore-Munich, Urban & Scharzenberg, 1977.
- RENARD, R. :  
Méthode de la sociologie ou sociologie de la méthode ?  
Thèse de Doctorat en Sociologie, U.C.L.,  
Louvain-la-Neuve, 1983.
- RIBEAUD, M.C. :  
La maternité en milieu sous-prolétaire,  
Paris, Stock 2, Voix de femmes, 1979.
- ROBERTSON, G.G. :  
Nausea and vomiting of pregnancy; study in psychosomatic  
and social medicine,  
Lancet, 1946, 2 : 336-341.
- ROCHER, G. :  
Introduction à la sociologie générale (3 tomes),  
Paris, éditions HMH, Collection Points, nos13, 14, 15,  
1970.
- ROGMANN, K.J. et HAGGERTY, R.J. :  
The diary as a research instrument in the study of health  
and illness behavior,  
Med.Care, 1972, 10 : 143-163.
- ROGMANN, K.J. :  
The national center for Health Statistics .  
A research resource for pediatricians,  
Am. J. Dis. Child. ,1973, 126 : 439-440.
- ROMAN, E. et STEVENSON, A.C. :  
Spontaneous Abortion,  
in : BARRON, S.L. et THOMSON, A.M. (Eds) :  
Obstetrical Epidemiology,  
London, Academic Press, 1983, pp 61-87.
- RUMEAU-ROUQUETTE, C., GOJJARD, J., KAMINSKI, M. et SCHWARTZ, D. :  
Mortalité périnatale, antécédents obstétricaux et usage du  
tabac,

J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1972, 1 : 723-729.

RUMEAU-ROUQUETTE, C., BREART, G., DENIEL, M., HENNEQUIN, J.F., et  
DU MAZAUBRUN, C. :

La notion de risque en périnatalogie.  
Résultats d'enquêtes en épidémiologie,  
Rev. Epidémiol. et Santé Publique, 1976, 24 : 253-276.

RUMEAU-ROUQUETTE, C. et Unité de Recherche U149

Naître en France, Enquêtes nationales sur la grossesse et  
l'accouchement,  
Paris, Inserm, 1979.

RUMEAU-ROUQUETTE, C., BREART, G. et PADIEU, R. :

Méthodes en épidémiologie  
Paris, Flammarion Médecine Sciences, 1981.

RUMEAU-ROUQUETTE, C. :

The french perinatal program :  
"born in France".  
in FALKNER, F. (Ed.)  
Prevention of perinatal mortality and morbidity.,  
Bale, Karges, Child Health, 1984, 3 : 137-163.

RUMEAU-ROUQUETTE, C., DU MAZAUBRUN, C. et RABARISON, Y. :

Naître en France : 10 ans d'évolution, 1972-1981.  
Paris, Editions de l'Inserm, 1984.

RUSH, D. :

Studies of prevention and intervention,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore-Munich, Urban & Schwarzenberg, 1977, pp. 291-296.

RUTSTEIN, D.D., BERENBERG, W., CHALMERS, T.C., CHILD, C.G.,  
FISHMAN, A.P. et PERRIN, E.B. :

Measuring the quality of medical care : a clinical method.  
N. Engl. J. Med., 1976, 294 : 582-588.

RYCKEBOER, R., JANSSENS, G. et THIERS, G. :

Atlas de la mortalité par cancer en Belgique (1969-1976).  
Bruxelles, Ministère de la Santé Publique et de la  
Famille, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, 1983.

SAND, E.A. :

Contribution à l'étude du développement de l'enfant  
Aspects médicaux-sociaux et psychologiques  
Etudes de médecine sociale

SAND, E.A. :

Society, family and child development  
in BORMS, J., MAUSPIE, R., SAND, E.A., SUSANNE, C. et  
HEBBELINCK, M. (Eds)  
Human Growth and Development.  
New York, London, Plenum Press, 1984, 685-698.

- SAUREL-CUBIZOLLES, M.J., KAMINSKI, M. et RUMEAU-ROUQUETTE, C. :  
 Activité professionnelle des femmes enceintes :  
 surveillance prénatale et issue de la grossesse.  
 J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. , 1982, 8 : 959-967.
- SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. et KAMINSKI, M. :  
 Pregnant women at work.  
 Lancet, 1983, 26 février, 475.
- SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. :  
 Influence de l'activité professionnelle de la femme  
 enceinte sur le déroulement et l'issue de la grossesse.  
 Mémoire et maîtrise en sociologie,  
 Université René Descartes, Paris, 1979.
- SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. :  
 Activité professionnelle des femmes enceintes :  
 Comportement médical et issue de la grossesse :  
 approche socio-historique et épidémiologique.  
 Thèse, Université de Paris, 1, 1982.
- SAUVY, A. :  
 Préface  
 in SURAULT, Pierre :  
 L'inégalité devant la mort  
 Paris, Economica, 1979.
- SCHACH, E. et STARFIELD, B. :  
 Acute disability in childhood : examination of agreement  
 between various measures.  
 Medical Care, 1973, 11 (4): 297-309.
- SCOTT, J.R. et ROSE, N.B. :  
 Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor  
 and delivery in primiparas  
 N. Engl. J. Med., 1976, 294 : 1205.
- SEIGEL, D.G. :  
 A simple model for the interpretation of low birth weight  
 repeater data.  
 in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds):  
 The Epidemiology of Prematurity  
 Baltimore-Munich, Urban & Scharzenberg, 1977, pp. 243-248.
- SENDRAIL, M. :  
 Histoire culturelle de la maladie  
 Toulouse, Privat, 1980, 455p.
- SHAH, F.K. et ABBEY, H :  
 Effects of some factors on neonatal and Postneonatal  
 Mortality.  
 M.M.F.Q. 49 (1) : 33-58, 1971.

- SHAPIRO, S., SCHLESINGER, E.R., NESBITT, R.E.L. :  
Infant, Perinatal, Maternal and Childhood Mortality in the  
U.S.  
Cambridge, Harvard University Press, 1968, pp.56-64.
- SHAPIRO, S., Mc CORMICK, M.C., STARFIELD, B.H., KRISCHER, J.P. &  
BROSS, D. :  
Relevance of correlates of infant deaths for significant  
morbidity at 1 year of age.  
Am. JI of Obst. Gyn., 1980, 136 (3) : 363-373,  
(1 fev.1980).
- SIBERT
- SIEGEL, S. :  
Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences.  
New-York, Mc Graw Hill, 1956.
- SIGERIST, H.E. :  
A history of medicine. Primitive and archaic medicine,  
vol. I.  
Fair bawn, New-Jersey : Oxford Univ.Press, 1951.
- SIMONART C.  
Des écarts sociaux de santé  
in " La santé des Belges"  
Cahiers du Libre Examen  
Bruxelles, mai 1981, p.18
- SMITH, L. Jr et KANE, R. :  
Health knowledge and symptom perception : a study of a  
rural kentucky country,  
Soc.Sci & Med., 1970, 4 : 557-567.
- SNEDECOR, G.W. - COCHRAN, W.G.  
Méthodes statistiques  
traduit par H. Boelle et E. Camhaji  
Association de Coordination Technique Agricole  
Paris, 1971

RUTSTEIN, D.D., BERENBERG, W., CHALMERS, T.C., CHILD, C.G.,  
FISHMAN, A.P. et PERRIN, E.B. :

Measuring the quality of medical care : a clinical method,  
N.Engl. J. Med., 1976, 294 : 582-588.

RYCKEBOER, R., JANSSENS, G. et THIERS, G. :

Atlas de la mortalité par cancer en Belgique (1969-1976),  
Bruxelles, Ministère de la Santé Publique et de la  
Famille, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, 1983.

SAND, E.A. :

Contribution à l'étude du développement de l'enfant.  
Aspects médico-sociaux et psychologiques,  
Etudes de médecine sociale, Bruxelles, Ed. de l'U.L.B., 1966.

SAND, E.A. :

Society, family and child development,  
in BORMS, J., MAUSPIE, R., SAND, E.A., SUSANNE, C. et  
HEBBELINCK, M. (Eds):  
Human Growth and Development,  
New-York, London, Plenum Press, 1984, 685-698.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. :

Influence de l'activité professionnelle de la femme  
enceinte sur le déroulement et l'issue de la grossesse,  
Mémoire de maîtrise en sociologie,  
Univ. René Descartes, Mémoire de maîtrise en sociologie,  
Paris, 1979.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. :

Activité professionnelle des femmes enceintes. Comportement  
médical et issue de la grossesse : approche socio-historique et  
épidémiologique,  
Thèse, Université de Paris 1, 1982.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J., KAMINSKI, M. et RUMEAU-ROUQUETTE, C. :

Activité professionnelle des femmes enceintes :  
surveillance prénatale et issue de la grossesse,  
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1982, 8 : 959-967.

SAUREL-CUBIZOLLES, M.J. et KAMINSKI, M. :

Pregnant women at work,  
Lancet, 1983, 26 février, 475.

SAUVY, A.

Préface  
in SURAULT, P.: L'inégalité devant la mort,  
Paris, Economica, 1979.

SCHACH, E. et STARFIELD, B. :

Acute disability in childhood : examination of agreement  
between various measures,  
Medical Care, 1973, 11 (4) : 297-309.

- SCOTT, J.R. et ROSE, N.B. :  
Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor  
and delivery in primiparas,  
New Engl. Jl. Med., 1976, 294 : 1205.
- SEIGEL, D.G. :  
A simple model for the interpretation of low birth weight  
repeater data.  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore- Munich, Urban & Scharzenberg, 1977, pp.243-248.
- SENDRAIL, M. :  
Histoire culturelle de la maladie,  
Toulouse, Privat, 1980.
- SHAH, F.K. et ABBEY, M. :  
Effects of somme factors on neonatal and post neonatal  
mortality,  
Milbank Mem.Fund Quarterly, 1971, 49 (1) : 33-58.
- SHAPIRO, S., SCHLESINGER, E.R., NESBITT, R.E.L. :  
Infant, perinatal, maternal and childhood mortality in the  
U.S.,  
Cambridge, Harvard University Press, 1968, pp.56-64.
- SHAPIRO, S., Mc CORMICK, M.C., STARFIEZLD, B.H., KRISCHER, J.P. &  
BROSS, D. :  
Relevance of correlates of infant deaths for significant  
morbidity at 1 year of age,  
Am. Jl of Obst. Gyn., 1980, 136 (3) : 363-373.
- SHUVAL, J.T. :  
The contribution of psychological and social phenomena to  
an understanding of the aetiology of disease and illness.  
Soc.Science & Med., 1981, 15A : 337-342.
- SIBERT
- SIEGEL, S. :  
Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences,  
New-York, Mc Graw Hill, 1956.
- SIGERIST, H.E. :  
A history of medicine. Primitive and archaic medicine,  
vol.I.  
Fair dawn, New-Jersey : Oxford Univ. Press, 1951.
- SIMONART, C. :  
Des écarts sociaux de santé,  
in "La santé des Belges"  
Cahiers du Libre Examen  
Bruxelles, mai 1981, p.18

- SMITH, L. Jr et KANE, R. :  
Health knowledge and symptom perception : a study of a rural kentucky country,  
Soc.Sci. & Med., 1970, 4 : 557-567.
- SNEDECOR, G.W. et COCHRAN, W.G. :  
Méthodes Statistiques,  
Paris, Assoc. de Coord. Technique Agricole, 1971.
- SOULES, M.R., HUGHES, C.L. Jr, GARCIA, J.A., LIVENGOOD, C.H.,  
PRYSTOWSKY, M.R. et ALEXANDER, E., 3rd :  
Nausea and vomiting of pregnancy : role of HCG and 17.OH progesterone,  
Obstet. Gynecol, 1980, 55 (6) : : 696-700.
- SOUENKOFF, G., MARNEFFE, C., GERARD, M., LIMET, R., BEECKMANS, M. et HUBLINONT, P.O. :  
A coordinated attempt for prevention of child abuse at the antenatal care level,  
Child Abuse and Neglect, 1982, 6 : 87-94.
- STANLEY, F.J. :  
Medical care of the fetus and the risk of prematurity,  
in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
The Epidemiology of Prematurity,  
Baltimore-Munich, Urban & Schwarzenberg, 1977, pp.269-280.
- STEMBERA, Z.K. :  
Factors influencing length of gestation and fetal growth (aetiology of low birth weight).  
Document de travail OMS non publié, préparé pour la réunion sur l'étiologie, la prévention et les incidences sociales du faible poids à la naissance,  
Genève, 1975 (MCH/LEW/WP/75.3)
- STOCKWELL, E.G. :  
Infant mortality and socio-economic status : a changing relationship.  
Milbank Mem.Fund Quarterly, 1962, 40 : 101-111.
- SULLIVAN, D.F. :  
Conceptual problems in developing an index of health  
National Center for Health Statistics,  
Washington D.C., US. Govt. Printing Office, 1966, 1000 Series 2, no17
- SJRAULT, P.  
L'inégalité devant la mort,  
Paris, Economica, 1979.
- SUSSER, M.W., MAROLLA, F.A. and FLEISS, J. :  
Birthweight, fetal Age, and perinatal Mortality,  
American Journal of Epidemiology, 1972, 96 : 197-204.

- TERRIS, M. :  
 Descriptive and analytic studies of etiology,  
 in REED, D.M. et STANLEY, F.J. (Eds) :  
 The Epidemiology of Prematurity,  
 Baltimore-Munich, Urban & Schwarzenberg, 1977, pp335-338.
- TERRIS, M. et GLASSER, M. :  
 A life table analysis of the relation of prenatal care to  
 prematurity,  
 Am.Jl of Publ. Health, 1974, 64 : 869-875.
- THILL, G. et Département de Philosophie de l'Homme de Sciences,  
 et Département de Formation Humaine :  
 L'invention socio-épidémiologique,  
 Namur, Facultés Univ. N.D. de la Paix, 1980, document  
 ronéo, 2 tomes.
- THOMSON, A.M. et BILLEWICZ, W.C. :  
 Clinical significance of weight trends during pregnancy,  
 Brit.Méd.Jl. 1957, 5013 : 243-247.
- THOMSON, A.M. et BILLEWICZ, W.C. :  
 Nutritional status, maternal physique and reproductive  
 efficiency,  
 Proc. Nutr. Soc., 1963, 22 : 55-60
- THOMSON, A.M., BILLEWICZ, W.Z. et HYTTEN, F.E. :  
 The assessment of foetal growth,  
 Jl of Obstet. Gynaecol. Br. Commw., 1968, 75 : 903-916.
- THOMSON et al
- THOMSON, A.M. :  
 Fetal growth and size at birth,  
 in BARRON, S.L. et THOMSON, A.M. (Eds)  
 Obstetrical Epidemiology,  
 London, Academic Pres, 1983.
- THOMSON, A.M. et BARRON, S.L. :  
 Perinatal mortality  
 in BARRON, S.L. et THOMSON, A.M. (Eds)  
 Ostetrical Epidemiology,  
 London, N-Y, Academic Press, 1983.
- THOMSON
- TONGLET, R. :  
 Quart Monde et Santé  
 Evaluation d'un projet de promotion de la santé en milieu  
 sous-prolétaire,  
 Bruxelles, E.S.P., U.L.B., Mémoire de Licence Spéciale en  
 Santé Publique, 1984.

- TONNELIER, F. :  
Relation entre l'état de santé, les consommations de soins  
et l'environnement socio-économique,  
in C.N.R.S. et INSERM (Eds):  
Santé, Médecine et Sociologie, Colloque International de  
Sociologie Médicale, Paris, C.N.R.S., 1978, 469-474.
- TOPP, S.G., COOK, J., HOLLAND, W.W. & ELLIOTT, A. :  
Influence of Environmental factors on height and weight of  
schoolchildren  
Br. Jl. Prev. Soc. Med, 1970, 24 (3) : 154-162.
- TOWNSEND, P. et DAVIDSON, N. :  
Inequality and the health service,  
Lancet, 1974, 15 june, 1179-1190.
- TOWNSEND, P. et DAVIDSON, N. :  
Inequalities in health,  
The black report.  
Harmondsworth, Penguin Books Ltd, 1983.
- TRETHOWAN, W. M. :  
Disorders of sex - reproduction - Psychosomatic aspects,  
Communication to the 11th Annual Conference of Society for  
Psychosomatic Research, 1967.
- TUYS, A.J., PEQUIGNOT, G. et JENSEN, O.M. :  
Les cancers de l'oesophage en Ille-et-Vilaine en fonction  
des niveaux de consommation d'alcool et de tabac,  
Bull. Cancer, 1977, 64 : 45-60.
- TYLOR, E.B. :  
Primitive Culture, London, 1871.  
cité dans ROCHER, G. : Introduction à la Sociologie  
Générale,  
Paris, Editions HMF, Coll. Points, no13, p.106.
- UDDENBERG, N., FAGERSTROM, C.F. et HAKANSON-ZAUNDERS, M. :  
Reproductive conflicts, mental symptoms during pregnancy  
and time in labour,  
Jl. of Psychosomatic Research, 1976, 20 : 575-581.
- VANDENBUSSCHE, P., BUEKENS, P., DRAMAIX, M. et WOLLAST, E. :  
Travail et surveillance précoce de la grossesse,  
Arch. Mal. Prof., 1983, 44 (5) : 382.
- VAN EPS, L.W.S.  
Psychoprophylaxis in labor,  
Lancet, 1955, 2, 112-115.
- VAN EPS, L.W.S. :  
Preparation for normal delivery,  
Geneesk.gids, 1955, 33 : 359-367.
- VELGE, H. :

Rapport succinct sur l'activité du Département de l'Enfance du Comité National de Bruxelles, Bruxelles, 1919.

- VELGE, H. :  
L'activité de l'O.N.E. pendant vingt-cinq ans de 1915 à 1940,  
Bruxelles, Oeuvre Nationale de l'Enfance, 1944-1945 (?).
- VILLERME, :  
Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente,  
Paris, 1826.
- VON MERING, O. et EARLEY, L.W.  
The diagnosis of problem patients  
Human Organization, 1966, 25 : 20-23.
- VUJLSTEEK, K. :  
L'inégalité sociale devant la maladie et la mort,  
Arch. B. Méd. Soc., Hyg., Méd. Tr & Méd.lég., 1982, 40 (3-4) : 137-156.
- WALKER, S. et DUNCAN, D. :  
Estimation of the probability of an event as a function of several independent variables,  
Biometrika, 1967, 54 : 167-179.
- WEISS, E. et ENGLISH, O.S. :  
Psychosomatic Medicine,  
Philadelphia, W.B. Saunders Cy, 1943.
- WIENER, G. et MILTON, T. :  
Demographic correlates of low birth weight  
Am. Jl of Epid., 1970, 91 : 260-272.
- WENNBERG, J. et GITTELSON, A. :  
Variations in medical care among small areas,  
Scientific American, 1982, 120-134.
- WILLIE, C.V. :  
A research note on the changing association between infant mortality and socio-economic status,  
Social Forces, 1959, 37 : 221-227.
- WRIGHT, N.H. :  
Family planning and infant mortality rate decline in the U.S.,  
Am. Jl of Epid., 1975, 101 (3): 182-187.
- WUNSCH, G. et VAN HOUTE-MINET, M. :  
La mortalité masculine aux âges adultes : causes et déterminants régionaux  
Population et Famille, 1978, 44 : 41-

YERUSMALMY, J.

The relationship of parents' cigarette smoking to outcome of pregnancy. Implications as to the problem of inferring causation from observed association.  
Am.Jl.of Epid., 1971, 93 : 443-456.

YULE, G.V. :

On the theory of correlation of any number of variables treated by a new system of notation,  
Proc. Roy. Soc. Academy, 1907, 79 : 182-193.

ZBOROWSKI, M. :

Cultural components in responses to pain,  
Journal of Social Issues, 1952, 8 : 16-30.

ZOLA, I.:

Culture and symptoms : an analysis of patients presenting complaints,  
Am. Sociol. Review (1966) 31 : 615-630.

