Article original

Déterminants de l'utilisation non adéquate des services de soins prénatals au Tchad

ATOKARE Alexis[1]*, RWENGE MBURANO Jean-Robert[2]

*1. Chercheur à l'INSEED du Tchad et Doctorant à l'IFORD,
2. Enseignant-Chercheur, Université de Yaoundé2, IFORD, Cameroun,
***Auteur correspondant** : atokare78@gmail.com
Réf : AUM12-0237

Résumé : Le Tchad fait partie des pays les plus touchés par la mortalité maternelle en Afrique : 856 décès pour 100000 naissances vivantes en 2015 alors qu'au cours de la même année la moyenne était de 439 dans l'ensemble des pays africains. Cette situation résulte notamment d'une faible utilisation des services de soins prénatals, de leur utilisation inadéquate et des accouchements à domiciles ou non assistés par les professionnels de santé. Cette étude est consacrée au deuxième problème, car il constitue un déterminant clé du dernier mentionné dans le pays. Ses objectifs sont d'identifier les déterminants de l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals et de les hiérarchiser. Les données utilisées pour les atteindre sont celles de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Tchad en 2014-2015 et celles issues d'une enquête qualitative menée en mai 2025 dans certaines localités du Tchad. Les analyses multivariées de régression logistique effectuées ont révélé que les déterminants les plus importants du phénomène étudié sont l'instruction du couple et l'activité économique du conjoint, dans les deux milieux de résidence ; l'instruction communautaire et la richesse communautaire en milieu urbain seulement ; la religion, la composition familiale du ménage et le quintile de richesse du ménage en milieu rural seulement. Dans les deux milieux de résidence, toutes choses égales par ailleurs, les femmes les plus concernées par l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals sont celles qui, tout comme leurs conjoints, sont sans niveau d'instruction et dont les conjoints sont agriculteurs. En milieu urbain, de plus, elles appartiennent à des communautés faiblement ouvertes à la modernité par l'instruction et économiquement pauvres. En milieu rural, en plus, elles sont musulmanes et vivent dans les ménages nucléaires et pauvres. Il est donc

nécessaire d'améliorer l'instruction des hommes et des femmes ainsi que les conditions de vie des familles, de renforcer la sensibilisation via les autorités religieuses et de promouvoir la solidarité au sein des communautés.
Mots clés : Facteurs sociaux, Soins prénatals, Utilisation inadéquate, Tchad, Afrique subsaharienne

[Factors influencing the inadequate use of prenatal care services in Chad]

Abstract: *With 856 maternal deaths per 100,000 live births in 2015, Chad is one of the countries most affected by maternal mortality in Africa, compared to an average of 439 across all African countries in the same year. This situation is mainly due to the low and inadequate use of prenatal care services, and to home births or births without the assistance of health professionals. This study focuses on the second issue, as it is a key determinant of the latter in Chad. The study aims to identify and rank the determinants of inadequate prenatal care use in order of importance. Data from the Demographic and Health Survey conducted in Chad in 2014–15 and a qualitative survey conducted in May 2025 in certain localities in Chad were used to achieve these objectives. Multivariate logistic regression analyses revealed that the most important determinants of the phenomenon under study were the education of the couple and the economic activity of the spouse in both residential settings, community education and community wealth in urban areas, and religion, household family composition and household wealth quintile in rural areas. In both residential settings, all other things being equal, women who are most affected by the inadequate use of prenatal care services are those who, like their spouses, have no education and whose spouses are farmers. In urban areas, these women also tend to belong to communities that are less open to modernity through education and are economically disadvantaged. In rural areas, they are Muslim and live in impoverished nuclear households. Therefore, it is necessary to improve the education of men and women, raise awareness through religious authorities and promote solidarity within communities, as well as improving the living conditions of families.*
Keywords: *Social Factors, Prenatals Care, Inadequate Use, Chad, Sub-Saharan Africa*

Introduction

La mortalité maternelle et périnatale reste à un niveau inacceptable dans les pays en développement, en particulier dans les milieux à faible ou moyen revenu (McCauley et al., 2018, p1). Une proportion très importante de femmes y décède chaque année en raison des complications liées à la grossesse, l'accouchement et à la période

postnatale. Une femme africaine sur 39 court le risque de mourir de ces complications, alors que dans les pays industrialisés, le rapport est de 1 sur 4700 (Prata et al. 2010, p1). De plus, les trois quarts de décès de nouveau-nés se produisent durant la première semaine de vie, à quoi s'ajoutent de mortinaissances (McCauley et al., 2018, p1). Les décès néonatals représentent presque la moitié des décès chez les enfants de moins de cinq ans. Beaucoup de ces décès auraient pu être évités si des soins modernes de santé étaient accessibles aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Le cas tchadien est l'un des plus préoccupants dans l'ensemble des pays en développement d'Afrique. Le taux de mortalité maternelle était de 856 pour 100000 naissances vivantes en 2015 dans ce pays alors qu'au cours de la même année la moyenne était de 439 dans l'ensemble des pays africains. Dans le cas de la mortalité infantile, les taux sont respectivement de 101 et 68 pour mille en 2023 au Tchad et en Afrique Subsaharienne (Banque Mondiale, 2025).

L'impact de la morbidité associée à la grossesse est aussi important. Si l'on en croit notamment les résultats d'une étude réalisée par CMNH au Kenya, lors de la grossesse et du post-partum, trois femmes sur quatre présentent des symptômes cliniques, des anomalies à des examens cliniques et/ou aux analyses de laboratoire, une femme sur deux fait de l'anémie, une femme sur trois a des problèmes sociaux et une femme sur quatre à des problèmes de santé mentale.

Etant donné que la plupart de ces problèmes peuvent être médicalement prévenus, le non-recours ou le recours tardif aux soins prénatals, la difficulté d'accéder à ces soins et l'indisponibilité des soins de qualité sont des déterminants directs de la morbidité et de la mortalité maternelles dans les pays en développement, africains en particulier.

Compte tenu de l'inefficacité du modèle de soins prénatals qui était utilisé pendant les années 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé un nouveau modèle en 2016, qui préconise, entre autres, un suivi médical de la grossesse, en réalisant au moins quatre visites prénatales auprès des professionnels de la santé, dont la première dans le premier trimestre de la grossesse, et en recevant deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours ou une seule dose si l'on a été vacciné lors de la grossesse précédente.

Cependant, au Tchad, comme dans d'autres pays en développement, ces recommandations sont rarement respectées par les femmes enceintes. Dans le premier pays, selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2014–2015, seulement 63,7 % de femmes ayant eu une naissance au cours des 5 dernières années ayant précédé l'enquête ont consulté un prestataire formé durant la grossesse pour la naissance la plus récente, mais seulement 28,4 % ont commencé les visites prénatales au premier trimestre de la grossesse, 31 % ont bénéficié de 4 visites et 50,2 % des femmes enceintes ont reçu deux (02) doses de vaccin anti tétanique (VAT) (Atokare, 2016, p118).

Il importe donc de savoir pourquoi au Tchad une proportion importante de femmes utilise inadéquatement les services de soins prénatals. En d'autres termes, cette recherche apportera des éléments de réponse aux deux questions suivantes : Quels sont les facteurs de l'utilisation non adéquate de services de soins prénatals au Tchad ? Sur quels facteurs devrait-on accorder la priorité ? Ses objectifs spécifiques sont alors de rechercher et de hiérarchiser les facteurs sociaux qui entrainent ce comportement à risque et d'identifier le profil des femmes tchadiennes qui l'adoptent.

Les études antérieures sur le sujet suggèrent que les facteurs de ce comportement à risque se retrouvent aux niveaux de l'offre de soins et de la demande. Nous retrouvons principalement dans le premier cas la disponibilité de formations sanitaires, leur accessibilité en termes de distance et de coût et les caractéristiques des services de

santé (Rwenge et Tchamgoue, 2003, pp82-84 ; Rwenge et Kochou, 2014, pp2-4). Comme cette approche sous-estime le contexte socioculturel et l'acteur (c'est-à-dire l'individu), les caractéristiques des groupes sociaux d'appartenance de l'individu et ses propres caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et socioculturelles ont été aussi considérées comme importantes dans l'explication du recours aux soins de santé (Rwenge et Kochou, 2014, pp2-4). Pour Anderson et Newman (1972, cité par Visseho, 2013, pp66-67), une approche intégrant les deux perspectives est davantage pertinente. Dans cette étude nous nous sommes orientés vers cette dernière approche et nous avons pris en compte autant que faire se peut les caractéristiques de la femme et celles de son conjoint/partenaire. L'article est structuré comme suit : i) Matériels et méthodes, ii) Analyses statistiques, iii) Résultats, iv) Discussion, v) Conclusion et recommandations.

1. Matériels et méthodes

1.1. Données

Pour atteindre les objectifs spécifiques de cette recherche, nous avons utilisé les données quantitatives et celles qualitatives.

1.1.1. Données quantitatives

Elles sont issues de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisée au Tchad en 2014-2015. Celle-ci a été techniquement mise en œuvre par l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED), avec l'appui de l'ICF International. Cette enquête avait pour objectif de collecter, entre autres informations, celles sur la santé des mères et leurs jeunes enfants, sur la fécondité, la connaissance et l'utilisation de la contraception, la mortalité maternelle et la mortalité de jeunes enfants. Elle était représentative à l'échelle nationale, basée sur les ménages, et conçue pour fournir des estimations d'indicateurs démographiques et sanitaires aux niveaux national, urbain et rural. Pour plus d'information sur

l'échantillonnage et l'assistance technique dont l'enquête a bénéficiée, se référer au rapport final produit par INSEED et ICF International (2016).

L'échantillon de cette étude comprenait 10142 femmes âgées de 15-49 ans ayant eu au moins une naissance vivante au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, parmi lesquelles 1975 vivaient en milieu urbain et 8167 en milieu rural.

1.1.2. Données qualitatives

Elles sont issues des entretiens que nous avons réalisés en mai 2025 avec les prestataires de soins et les femmes ayant été enceintes au cours des trois dernières années et des discussions de groupe auxquelles les hommes et femmes ont participé. Les informations utilisées ici portent sur les raisons de l'utilisation tardive des services modernes de santé pendant la grossesse et de l'abandon précoce de visites prénatales.

1.2. Variables d'analyse

Seul un indicateur de la *variable dépendante* a été utilisé dans cette étude. Il rend compte de la qualité du contrôle et suivi de la grossesse. Il a été construit en se référant aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au sujet de la prévention des grossesses. Ces dernières portent sur les critères de recours, de précocité, de régularité et de vaccination antitétaniques ci-après :

- La femme enceinte doit réaliser ses visites prénatales dans les formations sanitaires ou auprès des professionnels de santé ;
- Elle doit effectuer sa première visite prénatale dans le premier trimestre de la grossesse ;
- Elle doit effectuer au moins quatre visites prénatales ;

- Elle doit recevoir au moins deux doses d'anatoxine tétanique durant la grossesse en cours, ou une seule dose si elle avait été vaccinée lors de la grossesse précédente.

Ainsi, quatre variables dichotomiques correspondant chacune à une de ces recommandations ont été créées. En les additionnant, nous avons obtenu un indicateur rendant compte de la qualité du contrôle et suivi de la grossesse dont les valeurs vont de 0 à 4. La valeur minimale 0 signifie que la femme n'a respecté aucune norme de l'OMS et la valeur maximale 4 signifie qu'elle les a toutes respectées. Plus la valeur de cet indicateur tend vers 4, plus la qualité est supposée meilleure et adéquate, car proche des recommandations de l'OMS. Il s'agit donc d'un indicateur composite d'une prise en charge de la grossesse selon les normes de l'OMS. Ses valeurs ont été classées en trois catégories : 1) Inadéquate, 2) Partiellement adéquate et 3) Adéquate. Les femmes concernées par l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals sont celles appartenant aux deux premières catégories.

Concernant les *variables indépendantes* utilisées, nous avons distingué celles se trouvant au niveau communautaire de celles se trouvant au niveau méso-social et au niveau individuel.

Les *variables indépendantes communautaires* n'étant pas directement disponibles dans la base de données utilisée, elles ont été créées en agrégeant au niveau des grappes (l'unité primaire de sondage dans les EDS) certaines caractéristiques individuelles ou relatives aux ménages. Aussi bien les *variables communautaires socioculturelles* que celles *socioéconomiques* ont été considérées. Nous retrouvons dans le premier cas, le degré d'adhésion aux normes de genre dans la communauté et le degré de fragmentation ethnique de la communauté, et dans le deuxième cas, la proportion de femmes instruites dans la communauté, la proportion de femmes non exposées aux médias dans la communauté, la proportion de ménages riches dans la communauté et la proportion de femmes

agricultrices dans la communauté. Les modalités de chacune de ces variables sont bien précisées dans le tableau 1de la section 2.

Les *variables indépendantes méso-sociales* sont le sexe du chef de ménage, la composition familiale du ménage, la taille du ménage et le quintile de richesse du ménage. Les modalités de chacune d'elles sont aussi précisées dans le même tableau.

Les *variables indépendantes individuelles* sont la religion de la femme, le niveau d'instruction du couple, l'activité économique de la femme, celle du conjoint, la parité atteinte et l'âge. A ces variables s'ajoutent le degré d'autonomie décisionnelle de la femme, le souhait de la grossesse, le décès d'enfants et la perception de la distance.

1.3. Analyses statistiques

Pour atteindre les objectifs de l'étude, seules les analyses statistiques bivariées et multivariées ont été effectuées. Au premier niveau, nous avons recouru aux tableaux croisés et aux tests du chi-deux. Ils nous ont permis d'évaluer la proportion de femmes n'ayant pas utilisé adéquatement les services de soins prénatals dans l'ensemble et selon les modalités de chacune des variables indépendantes. Au second niveau, la variable dépendante ayant été dichotomisée (en regroupant ses modalités inadéquate et partiellement adéquate), les analyses de régression logistique binaire ont été effectuées. La variable expliquée est ici la probabilité qu'une femme n'ait pas utilisé adéquatement les services de soins prénatals. Ce qui est modélisé dans la régression logistique est l'Odds Ratio (OR), soit le rapport de deux probabilités : la probabilité de l'occurrence de l'événement (P) et la probabilité de sa non-occurrence (1-P). L'Odds Ratio a été interprété ici en termes d'écart par rapport à la modalité de référence.

Pour apporter des éléments de réponse à toutes les questions de recherche, nous avons utilisé uniquement le modèle saturé. Dans ce dernier, toutes les variables ont été introduites simultanément. En

effet, au cours de l'analyse de régression, le VIF (« Variance Inflation Factor »), a permis de constater que les variables indépendantes ne sont pas corrélées les unes aux autres (inexistence de problème de multi-colinéarité). Comme dans Atokare et Rwenge (2025, p5), la nature hiérarchique des données nous a conduit à utiliser également un modèle de régression logistique multiniveau, toutefois, quel que soit le milieu de résidence, celui-ci n'a pas convergé.

Dans toutes les analyses, les coefficients de pondération ont été utilisés pour tenir compte du fait que l'échantillonnage de l'EDS-MICS de 2014/15 réalisée au Tchad est disproportionné et, partant, pour ajuster les résultats en fonction. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA 16. Les seuils de signification choisis sont : $p<0,001$, $p<0,01$ et $p<0,05$.

2. Résultats

2.1. Association bivariée entre chaque caractéristique et l'utilisation inadéquate de services de soins prénatals

Dans l'ensemble des femmes tchadiennes, 83,6 % ont utilisé inadéquatement les services de soins prénatals au cours des cinq (5) années précédant l'enquête (Tableau 1). Cette proportion est plus élevée en milieu rural (87,4 %) qu'en milieu urbain (67,6 %). Les femmes n'ayant pas respecté la recommandation de faire au moins quatre (4) visites prénatales sont proportionnellement plus nombreuses que celles n'ayant pas respecté d'autres recommandations (résultat non présenté).

Le phénomène d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals est associé aux différentes caractéristiques des femmes considérées au niveau communautaire, méso-social et individuel.

2.1.1. Niveau communautaire

Toutes les variables considérées à ce niveau d'analyse sont significativement associées au phénomène étudié en milieu urbain et

en milieu rural. En milieu urbain, le taux d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals augmente, conformément aux attentes, avec le degré d'adhésion aux normes légitimant les violences conjugales (61,9 % dans les communautés faiblement favorables à ces normes, 65,7 % dans celles moyennement favorables, 68,2 % dans celles ayant un degré élevé d'adhésion et 75,7 % dans celles ayant un degré très élevé d'adhésion), en milieu rural, en revanche, nous observons le contraire (respectivement, 90,8 %, 88,1 %, 87,6 % et 84,7 %). Ces résultats confortent donc l'idée que c'est dans le premier milieu que le taux d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals est davantage élevé dans les communautés où les normes de genre sont davantage favorables aux violences contre les femmes. En ce qui concerne le degré de fragmentation ethnique, en milieu urbain, les femmes appartenant aux communautés les plus ethniquement hétérogènes (où les valeurs traditionnelles en matière de santé maternelle circulent difficilement) sont les moins concernées par le phénomène étudié (78,7 % dans celles ethniquement homogènes, 73,1 % dans celles très faiblement hétérogènes, 74 % dans celles faiblement hétérogènes, 63 % dans celles moyennement hétérogènes et 64 % dans celles très hétérogènes). En milieu rural, aucun schéma clair ne se dessine dans le cas de cette variable (respectivement, 88 %, 83 %, 90 %, 88 % et 86,8 %).

Conformément aux attentes, les variables socioéconomiques considérées à ce niveau d'analyse sont associées dans le sens attendu au même phénomène. Dans les deux milieux de résidence, le taux d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals diminue avec l'instruction communautaire (en milieu urbain, 71 % lorsque la proportion de femmes instruites dans la communauté est faible, 66,4 % lorsqu'elle est moyenne et 56,1 % lorsqu'elle est élevée ; en milieu rural, respectivement, 89,8 %, 82,8 % et 76 %). De même, dans les deux milieux, ce taux augmente avec la proportion de femmes non exposées aux médias dans la communauté ainsi qu'avec celle de femmes agricultrices ; en revanche, il diminue avec celle de ménages riches (Tableau 1).

2.1.2. Niveau méso-social

En milieu urbain, toutes les variables considérées à ce niveau d'analyse sont significativement associées à l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals, à l'exception de la taille du ménage (Tableau 1). En milieu rural, nous observons la même chose sauf dans le cas du sexe du chef de ménage.

Les femmes qui vivent dans les ménages biparentaux ou monoparentaux nucléaires sont plus concernées par le phénomène étudié que celles vivant dans les ménages étendus. En milieu urbain, la proportion de femmes ayant inadéquatement utilisé les services de soins prénatals est, notamment, plus élevée dans les ménages biparentaux nucléaires (70,8 %) que dans les ménages biparentaux étendus aux ascendants (65,2 %), aux frères et sœurs du Chef de ménage (CM) (64,9 %) ou à des personnes non apparentées au CM (66,1 %). La différence va dans le même sens lorsque nous comparons dans le même milieu les ménages monoparentaux nucléaires (64,5 %) aux ménages monoparentaux étendus (55,5 %). En milieu rural, seuls les ménages étendus aux frères et sœurs (69,6 %) se démarquent, dans le même sens, de ménages nucléaires (88,3 %).

En milieu urbain, les femmes vivant dans les ménages dirigés par les hommes sont plus concernées par l'utilisation inadéquate de services de soins prénatals (69 %) que celles vivant dans les ménages dirigés par les femmes (61,1 %). En milieu rural, les femmes vivant dans les ménages de taille élevée sont moins enclines que d'autres à avoir ce comportement (84,7 % dans les ménages de taille élevée, contre 87,9 % dans ceux de 2-4 personnes, 87,4 % dans ceux de 5-7 personnes et 88,8 % dans ceux de 8-10 personnes).

Concernant le quintile de richesse du ménage, quel que soit le milieu de résidence, les résultats obtenus confortent l'idée de l'existence d'une relation négative entre ce facteur et l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals par les femmes tchadiennes (en

milieu urbain, 86,4 % dans les ménages de premier quintile, 85,4 % dans ceux de deuxième quintile, 68,2 % dans ceux de troisième quintile et 64,8 % dans ceux de quatrième quintile ; en milieu rural, respectivement, 88,1 %, 88,5 %, 88,1 %, 86 % et 74,2 %). Comme nous le voyons, dans ce dernier milieu, c'est au niveau le plus élevé de la richesse du ménage que la relation entre celle-ci et le phénomène étudié est vraiment négative.

2.1.3. Niveau individuel

Dans les deux milieux de résidence, le taux d'utilisation inadéquate de services de soins prénatals est plus élevé chez les musulmanes (69,3 % en milieu urbain et 91,1 % en milieu rural) que chez les chrétiennes (respectivement, 64,4 % et 83,4 %). Dans le deuxième milieu de résidence, où le problème de faible effectif ne se pose pas chez les animistes/sans religion, ces dernières se retrouvent au niveau intermédiaire (87,5 %). De même, dans les deux milieux, le niveau de ce phénomène diminue avec le niveau d'instruction du couple (en milieu urbain, 78 % lorsque les deux conjoints sont sans niveau d'instruction, 75,9 % lorsqu'ils sont de niveau primaire et 50,3% lorsqu'ils sont de niveau secondaire/supérieur ; en milieu rural, respectivement, 92,5 %, 82,4 % et 68,3 %). Cependant, nous voyons, en milieu urbain, que l'influence négative de l'instruction du couple se manifeste plus nettement au plus haut niveau d'instruction ; alors qu'en milieu rural elle se manifeste à partir du primaire (revoir tableau 1). Par ailleurs, dans le premier milieu, lorsqu'une femme est plus instruite que son conjoint le taux d'utilisation inadéquate de services de soins prénatals est plus faible que lorsqu'elle est moins instruite que son conjoint (61,5 % versus 67,7 %) ($p \leq 0,1$).

En milieu urbain, les agricultrices (79,8 %) sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser inadéquatement les services de soins prénatals que les cadres (48 %), les inactives (67 %), commerçantes (68,2 %) et celles exerçant les activités « autres » (69,6 %) se retrouvent entre les deux extrêmes. En milieu rural, ce sont les femmes de cette dernière catégorie (94,4 %) qui se démarquent

dans le même sens de cadres (78,6 %), les agricultrices (89,4 %) se retrouvent ici au niveau intermédiaire comme les inactives (89,2 %) et les commerçantes (83,7 %). Concernant l'activité du conjoint, dans le premier milieu, les femmes d'agriculteurs (84,9 %) sont plus enclines que celles de cadres (54,8 %) à avoir le même comportement, celles de commerçants (67,6 %), d'ouvriers (64,2 %), dont les conjoints offrent de services (66,9 %) ou exercent les activités « autres » (71,9 %) se retrouvent au niveau intermédiaire. Dans le deuxième milieu, on retrouve seulement deux groupes : les femmes d'agriculteurs (88,4 %) et celles de commerçants (87,1 %), où les taux sont plus élevés que chez les femmes de cadres (81,5 %), d'ouvriers (83,4 %), dont les conjoints offrent de services (82,4 %) ou exercent les activités « autres » (78,4 %).

Dans le milieu étudié, les femmes enquêtées prennent plus de précautions pour les premières naissances, en respectant les recommandations de l'OMS, mais ceci s'observe davantage en milieu urbain, où 62,1 % de répondantes ayant 1-2 enfants ont utilisé inadéquatement les services de soins prénatals, contre 69 % chez celles ayant 3-5 enfants, 70,4 % chez celles ayant 6-8 enfants et 71,1 % chez celles ayant au moins 9 enfants. Dans le même milieu de résidence, les femmes jeunes, âgées de 20-24 ans, sont proportionnellement moins nombreuses (59,6 %) à ne pas utiliser adéquatement ces services que celles âgées de 35-39 ans (72 %), 40-44 ans (70,9 %) et 45-49 ans (73,8 %).

Des associations significatives sont aussi observées dans le cas des variables individuelles considérées comme intermédiaires. En milieu urbain, le décès d'enfants est associé positivement à l'utilisation inadéquate de services de soins prénatals (72,4 % contre 65,3 %) ; il en est de même de la perception de la distance comme un grand problème (69,8 % contre 61 %). En milieu rural, nous observons cette relation dans le cas du degré nul d'autonomie décisionnelle de la femme (89,4 % contre 84,8 % au degré élevé), et de la

perception de la distance comme un grand problème (88,3 % contre 83,4 %).

Tableau 1 : Pourcentage de femmes ayant utilisé inadéquatement les services de soins prénatals, selon le milieu de résidence et leurs caractéristiques (EDS-MICS Tchad 2014-2015)

Variables + modalités	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Communautaire			
Degré d'adhésion aux normes de genre légitimant les violences conjugales	***	***	***
Faible	61,9 (415)	90,4 (1769)	85,0 (2184)
Moyen	66,7 (616)	88,1 (1705)	82,4 (2321)
Elevé	68,2 (541)	87,6 (1903)	83,3 (2444)
Très élevé	75,7 (301)	84,7 (2566)	83,7 (2867)
Degré de fragmentation ethnique	***	***	***
Nul	78,7 (202)	88,0 (3233)	87,5 (3435)
Très faible	73,1 (67)	83,0 (1460)	82,6 (1527)
Faible	74,0 (269)	90,1 (1369)	87,4 (1638)
Moyen	63,1 (426)	88,4 (1212)	81,8 (1638)
Elevé	64,8 (909)	86,8 (666)	74,1 (1575)
Méso-social			
Sexe du CM	***	Ns	**
Masculin	69,0 (1524)	87,3 (6795)	83,9 (8319)
Féminin	61,1 (350)	88,1 (1147)	81,8 (1497)
Composition familiale du ménage	***	***	***
1) Nucléaire	70,8 (960)	88,3 (5505)	85,7 (6455)
2) Etendu aux ascendants	65,2 (69)	84,7 (124)	77,7 (193)
3) Etendu aux frères et sœurs	64,9 (94)	69,6 (135)	67,7 (229)
4) Etendu à d'autres personnes	66,1 (316)	82,3 (710)	77,3 (1026)
5) CM avec les enfants	64,5 (166)	89,6 (780)	85,2 (946)
6) CM avec les enfants et d'autres personnes	55,5 (126)	84,4 (205)	73,4 (331)
7) Autres types	65,7 (134)	87,6 (474)	82,7 (608)
Taille du ménage	Ns	***	**
1) 2-4	65,8 (365)	87,9 (1683)	84,0 (2048)
2) 5-7	65,7 (636)	87,4 (3243)	83,8 (3879)
3) 8-10	68,8 (461)	88,8 (1802)	84,8 (2263)
4) 11+	70,6 (411)	84,7 (1213)	81,1 (1624)
Quintile de richesse du ménage	***	***	***
Premier	86,4 (132)	88,1 (1886)	88,0 (2018)
Deuxième	85,4 (41)	88,5 (2081)	88,4 (2122)
Moyen	79,4 (59)	88,1 (1962)	87,9 (2021)
Troisième	68,2 (173)	86,0 (1830)	84,5 (2003)
Quatrième	64,8 (1467)	74,2 (182)	65,9 (1649)
Individuel			
Religion	***	***	***
Chrétienne	64,4 (658)	83,4 (3576)	80,5 (4224)
Musulmane	69,3 (1185)	91,1 (3995)	86,1 (5181)
Animiste/Sans religion	94,1 (17)	87,5 (319)	87,8 (336)
Niveau d'instruction du couple	***	***	***
Sans niveau	78,0 (650)	92,5 (4105)	90,5 (4755)
Primaire	75,9 (79)	82,4 (672)	81,8 (751)
Secondaire/Supérieur	50,3 (358)	68,3 (328)	58,9 (686)
Femme plus instruite	61,5 (182)	82,9 (533)	77,5 (715)
Femme moins instruite	67,7 (439)	83,1 (1734)	80,0 (2173)
Occupation de la femme	***	***	***
Inactive	67,0 (1112)	89,2 (3456)	83,8 (4568)
Cadre	48,0 (50)	78,6 (14)	54,7 (64)
Commerçante	68,2 (563)	83,7 (2718)	81,1 (3281)
Agricultrice	79,8 (94)	89,4 (1523)	88,8 (1617)
Autres	69,6 (46)	94,4 (195)	89,6 (241)

Occupation du conjoint	***	***	***
Cadre	54,8 (305)	81,5 (438)	70,5 (743)
Commerçant	67,6 (472)	87,1 (914)	80,4 (1386)
Agriculteur	84,9 (338)	88,4 (5672)	88,2 (6010)
Service	66,7 (156)	82,4 (165)	74,8 (321)
Ouvrier	64,2 (433)	83,4 (454)	74,3 (887)
Autre	71,9 (64)	78,4 (111)	76,0 (175)
Intermédiaires			
Autonomie décisionnelle de la femme	Ns	***	***
Nulle	71,1 (626)	89,4 (2883)	86,1 (3509)
Moyen	66,4 (691)	86,3 (3487)	83,0 (4178)
Elevé	65,5 (275)	84,8 (1013)	80,7 (1288)
Souhait de la grossesse	Ns	Ns	**
Maintenant	68,4 (1524)	87,3 (7042)	83,1 (8566)
Tard	63,9 (294)	87,7 (748)	81,0 (1042)
Non	61,8 (55)	90,0 (130)	81,6 (185)
Décès d'au moins un enfant dans le passé	***	Ns	***
Oui	72,4 (597)	87,9 (2900)	85,2 (6318)
Non	65,3 (1276)	87,1 (5042)	82,7 (6318)
Perception de la distance	**	***	***
Un grand problème	69,8 (288)	88,3 (1935)	85,9 (2223)
Pas un problème	61,0 (349)	83,4 (787)	76,5 (1138)
Ensemble	67,6 (1875)	87,4 (7943)	83,6 (9818)

Ns : non significatif ; *p≤0,1 ; **p≤0,05 ; ***p≤0,01

Source *: nos analyses bivariées de données de l'EDS-MICS 2014-2015.*

2.2. Analyses multivariées

2.2.1. Déterminants et leur hiérarchisation

Les résultats des analyses multivariées de régression logistique, présentés au tableau 2, montrent que, toutes choses égales par ailleurs, les variables qui influencent l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals se retrouvent aux niveaux communautaires, méso-social et individuel. Dans les deux milieux de résidence, nous retrouvons au premier niveau, le degré de fragmentation ethnique, le niveau d'instruction et le niveau de richesse. En plus de ces déterminants, au même niveau, en milieu rural uniquement, nous retrouvons le degré d'adhésion aux normes légitimant les violences conjugales, le degré de non-exposition aux médias et la proportion de femmes agricultrices.

Tableau 2 : Résultats de régression logistique sur l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals, selon le milieu de résidence (EDS-MICS Tchad 2014-2015)

Variables et modalités	National	Urbain	Rural
	M1	M1	M1
Communautaires socioculturelles			
Degré d'adhésion aux normes de genre légitimant les violences			
Faible	0,95 ns	0,84 ns	1,10 ns
Moyen	1,10 ns	1,00	1,19 ns
Elevé	1,13 ns	1,04 ns	1,30 **
Très élevé	1,00	0,99 ns	1,00
Degré de fragmentation ethnique			
Nul	1,00	2,03 **	1,00
Très faible	0,76 **	1,64 ns	0,80 *
Faible	1,11 ns	1,55**	1,30 **
Moyen	0,86 ns	1,05 ns	1,03 ns
Elevé	0,75 **	1,00	0,84 ns
Communautaires socioéconomiques			
Proportion femmes instruites	1,00	1,00	1,00
Faible	0,95 ns	1,01 ns	0,93 ***
Elevé	0,69 ns	0,49 **	0,74 ns
Très élevé			
Proportion femmes non exposées aux médias			
Nul	1,19 ns	1,20 ns	-
Faible	0,98 ns	0,90 ns	-
Moyen	1,26 **	0,99 ns	1,53 ***
Elevé	1,00	1,00	1,00
Très élevé	1,52***	0,61 ns	1,56 ***
Proportion de ménages riches			
Très faible	1,42 **	1,67 ns	1,20 ns
Faible	0,91 ns	3,74 ***	0,77 **
Moyen	1,18 ns	1,64 ns	1,00
Elevé	1,00	1,00	0,91 ns
Proportion femmes agricultrices			
Nul	1,00	1,00	1,00
Faible	1,00 ns	1,19 ns	1,02 ns
Moyen	0,90 ns	0,95 ns	0,90 ns
Elevé	1,58 **	0,45 ns	1,53 **
Méso-social			
Composition familiale du ménage			
1) Nucléaire	1,00	1,00	1,00
2) Etendu aux ascendants	0,70 ns	0,78 ns	0,80 ns
3) Etendu aux frères et sœurs	0,58**	0,73 ns	0,42 ***
4) Etendu à d'autres personnes	0,91 ns	0,93 ns	0,84 ns
5) CM avec les enfants	1,43 ns	1,02 ns	1,54 ns
6) CM avec les enfants et d'autres personnes	0,94 ns	0,83 ns	1,01 ns
7) Autres	0,99 ns	0,75 ns	1,08 ns
Sexe du CM			
Masculin	1,00	1,00	1,00
Féminin	0,70*	0,71 ns	0,67 ns
Taille du ménage			
1) 2-4	1,18 ns	1,05 ns	1,23 ns
2) 5-7	1,00	1,00	1,00
3) 8-10	1,27 **	1,15 ns	1,30 **
4) 11+	1,25 **	1,40 *	1,22 ns
Quintile de richesse du ménage			
Premier	0,95 ns	0,99 ns	0,94 ns
Deuxième	1,00	0,95 ns	1,00
Moyen	0,93 ns	1,02 ns	0,95 ns
Troisième	0,69 ***	0,63 *	0,70 **
Quatrième	0,46 ***	1,00	0,35 ***

Individuel			
Religion			
Chrétienne	1,06 ns	1,22 ns	1,05 ns
Musulmane	1,00	1,00	1,00
Animiste/Sans religion	1,10 ns	3,03 ns	1,04ns
Niveau d'instruction du couple			
Sans niveau/Sans niveau	1,00	1,00	1,00
Primaire/Primaire	0,46***	0,74 ns	0,40 ***
Secondaire+/Secondaire+	0,27***	0,37 ***	0,22 ***
Femme plus instruite	0,45***	0,50 ***	0,47 ***
Femme moins instruite	0,48***	0,60 ***	0,44 ***
Activité économique de la femme			
Inactive	1,00	1,00	1,00
Cadre	0,96 ns	0,96 ns	0,73 ns
Commerçante	0,92 ns	1,00 ns	0,94 ns
Agricultrice	0,95 ns	0,97 ns	0,97 ns
Autres	1,54 ns	1,30 ns	1,74 *
Activité économique du conjoint			
Cadre	0,68 ***	0,82 ns	0,82 ns
Commerçant	0,70 ***	1,00	0,74 **
Agriculteur	1,00	2,40 ***	1,00
Service	0,71 **	1,20 ns	0,58 **
Ouvrier	0,75 **	1,14 ns	0,80 ns
Autre	0,74 ns	1,47 ns	0,60 ns
Constante	12,11***	2,87 ***	11,90 ***
Xhi-deux de Wald	627,08***	154,60 ***	326,42***
N	9980	2004	7880

Ns : non significatif ; *p≤0,1 ; **p≤0,05 ; ***p≤0,01

Source : *nos analyses multivariées des données de l'EDS-MICS 2014-15.*

Au niveau méso-social, dans les deux milieux de résidence, la taille du ménage et le quintile de richesse du ménage font partie des déterminants du comportement étudié. En milieu rural uniquement, la composition familiale du ménage en fait aussi partie.

Au niveau individuel, dans les deux milieux de résidence, les déterminants identifiés sont le niveau d'instruction du couple, l'activité économique du conjoint et la parité atteinte. En milieu urbain, s'y ajoutent l'âge et l'expérimentation du décès d'un enfant. En revanche, en milieu rural, on retrouve spécifiquement l'activité économique de la femme et le souhait de la grossesse.

Le tableau 3 révèle que, quel que soit le milieu de résidence, les caractéristiques individuelles expliquent plus de la moitié de la variation du comportement étudié (59,8 % en milieu urbain et 50,1 % en milieu rural). Elles sont suivies par les caractéristiques communautaires socioéconomiques en milieu urbain (14,8 %) et par les caractéristiques méso-sociales en milieu rural (20,2 %). Parmi les

caractéristiques individuelles, le tableau 4 montre que le niveau d'instruction du couple et l'activité économique du conjoint occupent les deux premiers rangs de la hiérarchie. Ils expliquent, à eux seuls, respectivement 32,5 % et 29,5 % de la variation du comportement étudié en milieu urbain et 70,4 % et 14,6 % en milieu rural.

Tableau 3 : Hiérarchisation de groupes des variables, selon le milieu de résidence (EDS-MICS Tchad 2014-2015)

Variables	Urbain					Rural				
	χ^2 (a)	χ^2 (b)	Ci (c)	$\frac{Ci}{\sum Ci}$ (en %)	Rang	χ^2 (a)	χ^2 (b)	Ci (c)	$\frac{Ci}{\sum Ci}$ (en %)	Rang
Communautaires socioculturelles	225,47	210,92	14,55	9,70	4	460,35	433,40	26,95	8,39	4
Communautaires socioéconomiques	225,47	203,32	22,15	14,77	2	460,35	407,02	53,33	16,60	3
Méso-sociales	225,47	210,79	14,68	9,79	3	460,35	395,63	64,72	20,15	2
Individuelles	225,47	135,85	89,62	59,76	1	460,35	299,57	160,78	50,05	1
Intermédiaires	225,47	216,50	8,97	5,98	5	460,35	444,90	15,45	4,81	5
Total	-	-	149,97	100,00	-	-	-	321,23	100,00	-

(a): chi-deux final ; (b) : chi-deux sans le groupe de variables considérées ; (c) : Ci= contribution du groupe de variables i.

Tableau 4 : Hiérarchisation de caractéristiques individuelles, selon le milieu de résidence (Tchad, EDS/MICS, 2014/2015)

Caractéristiques individuelles	Urbain					Rural				
	χ^2 (a)	χ^2 (b)	Ci (c)	$\frac{Ci}{\sum Ci}$ (en %)	Rang	χ^2 (a)	χ^2 (b)	Ci (c)	$\frac{Ci}{\sum Ci}$ (en %)	Rang
Religion	225,47	211,50	13,97	16,20	3	460,35	458,12	2,23	1,71	1
Niveau d'instruction du couple	225,47	197,44	28,03	32,51	1	460,35	368,41	91,94	70,37	2
Occupation de la femme	225,47	224,43	1,04	1,21	6	460,35	453,29	7,06	5,40	4
Occupation du conjoint	225,47	200,05	25,42	29,49	2	460,35	441,28	19,07	14,60	3
Parité atteinte	225,47	218,80	6,67	7,74	5	460,35	453,09	7,26	5,56	5
Age	5,47	214,39	11,08	12,85	4	460,35	457,25	3,1	2,37	6
Total	-	-	86,21	100,00		-	-	130,66	100,00	-

(a) : chi-deux final ; (b) : chi-deux sans le groupe de variables considérées ; (c) : Ci= contribution du groupe de variables i.

2.2.2. Inégalités sociales

Les inégalités sociales les plus marquées concernent les variables ayant le plus contribué à l'explication de la variation du comportement étudié. En milieu urbain, il s'agit des caractéristiques socioéconomiques communautaires et individuelles, à savoir : la proportion de femmes instruites et celle de ménages riches dans la communauté, l'instruction du couple et l'activité économique du conjoint. En milieu rural, ce sont les caractéristiques des ménages (composition familiale, taille du ménage et quintile de richesse) qui prédominent, auxquels s'ajoutent les deux caractéristiques individuelles susmentionnées.

En milieu urbain, le risque d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals est moins élevé dans les communautés fortement ouvertes à la modernité par l'instruction (OR=0,49) que dans celles qui le sont faiblement. De même, la richesse communautaire réduit ce risque (OR=3,74 dans les communautés faiblement riches, par rapport à celles riches).

En milieu rural, les femmes vivant dans les ménages étendus aux frères/sœurs du chef de ménage ont moins de risque d'utiliser inadéquatement les services de soins prénatals, comparativement à celles vivant dans les ménages nucléaires (OR=0,42). Dans ce même milieu, le risque est plus élevé dans les ménages de grande taille (ayant 8-10 personnes) que dans les ménages de 5-7 personnes (OR=1,30).

Dans les deux milieux, l'instruction du couple est négativement associée au risque d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals. Toutefois, alors qu'en milieu rural l'influence négative de l'instruction du couple se manifeste dès le niveau primaire (OR=0,40), elle ne devient significative en milieu urbain qu'à partir du niveau du secondaire ou supérieur (OR=0,37). Par ailleurs, lorsque l'un des conjoints est plus instruit que l'autre, le risque est systématiquement plus faible que lorsque les deux sont sans

instruction (milieu urbain : OR=0,50 si la femme est plus instruite, OR=0,60 si la femme l'est moins ; en milieu rural : respectivement 0,47 et 0,44).

En milieu urbain, les femmes dont les conjoints sont agriculteurs ont un risque plus élevé (OR=2,40) que celles dont les conjoints sont commerçants. En milieu rural, ces dernières courent un risque moindre que les épouses d'agriculteurs (OR=0,74), tout comme les femmes dont les conjoints travaillent dans le secteur des services (restaurants, coiffure, etc.) (OR=0,58).

Les données qualitatives corroborent les résultats quantitatifs. Interrogées sur les raisons d'un suivi prénatal incomplet (moins de 4 visites), les enquêtées évoquent principalement l'ignorance, l'absence de problème de santé perçu et le poids des traditions. Cela souligne le rôle clé du niveau d'instruction du couple. Les témoignages suivants illustrent ces points :

> *« Comme à la troisième consultation prénatale, la sage-femme a dit que ma grossesse évolue bien et que moi-même je n'ai pas été confrontée au problème de santé, j'ai dû arrêter les visites » (Propos d'une femme de Bol Urbain).*
>
> *« Je ne connaissais pas à quelle période de la grossesse commencent les Consultations Prénatales » (Propos d'une femme de Ngouri Urbain).*
>
> *« C'était ma première grossesse et je n'avais pas accès à l'information, pour cela je suis allé à la consultation prénatale à 7 mois de grossesse » (Propos d'une femme du quartier Ameron).*
>
> *« Je ne savais pas les raisons de faire beaucoup de consultations prénatales quand on n'a pas un problème de santé pendant la grossesse » (Propos d'une femme du village du district de santé de Mondo).*
>
> *« Je n'ai pas eu de problème de santé pendant ma grossesse et pour cela je n'ai fait que quelques visites » (Propos d'une femme du district de santé de Koumra).*

Lors des discussions de groupe, l'implication des hommes a été identifiée comme facteur déterminant. Selon la majorité d'entre eux, résoudre ce problème encouragerait les femmes à fréquenter

davantage les services de santé. En effet, le statut de l'homme en tant que garant et de chef de famille en Afrique rend son implication cruciale pour la prise en charge des besoins sanitaires de son épouse.

3. Discussion

La proportion de femmes tchadiennes ayant réalisé au moins quatre visites prénatales au cours leur grossesse est passée de 17,8 % en 2004 à 31 % en 2014-2015 (Tokindang et Nodjimadji, 2004, p130 ; Atokare, 2016, p118). Parallèlement, la proportion des femmes tchadiennes ayant débuté leurs consultations prénatales dès le premier trimestre de grossesse était respectivement de 16,7 % et 28,4 % pour les mêmes périodes. Ces résultats suggèrent une réduction du taux d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals au Tchad entre 2004 et 2015. Cette évolution positive témoigne de l'efficacité des interventions menées par le Gouvernement et ses partenaires dans le domaine de la santé maternelle.

De même, les analyses effectuées révèlent que l'instruction du couple occupe le premier rang dans la hiérarchie des déterminants de l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals en milieu urbain ; en revanche, en milieu rural, cette variable est précédée par la religion. Les résultats obtenus concernant l'instruction témoignent de son importance dans le milieu étudié et confortent ceux de Rwenge et Kochou (2014) concernant la Côte d'Ivoire : les femmes instruites sont, notamment, celles qui accèdent le mieux aux informations sur l'efficacité des soins modernes de santé maternelle et sur la nécessité d'en bénéficier précocement et de façon régulière. Toutefois, les résultats de notre étude révèlent que l'effet positif de l'instruction se manifeste dès le niveau primaire en milieu rural, alors qu'il n'apparaît qu'à partir du niveau secondaire en milieu urbain. Par conséquent, investir dans l'instruction, même élémentaire, s'avérerait particulièrement bénéfique en milieu rural, où la majorité d'individus n'a aucun niveau d'instruction.

Il ressort également des résultats obtenus que l'instruction de l'homme joue un rôle prépondérant dans le respect, par son épouse, des recommandations de l'OMS en matière de soins prénatals au Tchad. En effet, l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals diminue, dans les deux milieux de résidence, lorsque l'homme est plus instruit que la femme ; cet effet est toutefois nettement plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain. Il s'agit d'un résultat novateur, car une telle corrélation n'avait été mise en évidence dans aucune étude antérieure.

En ce qui concerne la religion, en milieu rural, les résultats obtenus confortent l'idée selon laquelle les religions chrétiennes favorisent davantage l'utilisation des services modernes des soins prénatals que les autres confessions. Etant donné que, dans ce milieu, ce facteur occupe le premier rang dans la hiérarchie des déterminants, les autorités religieuses comptent parmi les acteurs clés à travers lesquels, il convient de sensibiliser les femmes et leurs conjoints. Cette collaboration viserait à promouvoir l'efficacité des soins modernes de santé maternelle et à briser les barrières socioculturelles entravant la santé maternelle, particulièrement au sein de la communauté musulmane. Atokare et Rwenge (2025) ont bien souligné, à partir des données qualitatives, que certains hommes musulmans refusent que leurs épouses soient consultées ou assistées pendant l'accouchement par des prestataires de sexe masculin. Cette attitude constitue un frein majeur à l'utilisation précoce et régulière des services de soins prénatals par les femmes musulmanes.

Dans les deux milieux de résidence, l'activité économique du conjoint a fait figure parmi les déterminants majeurs phénomène étudié. En milieu urbain, les femmes dont les conjoints sont agriculteurs présentent un risque plus élevé d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals que celles dont les conjoints sont commerçants. En milieu rural, une disparité similaire est observée entre ces deux catégories ; il en est de même pour la différence entre les épouses

d'agriculteurs et celles dont les conjoints travaillent dans le secteur des services (restauration, salons de coiffure, etc.). Ces résultats mettent en évidence les barrières financières auxquelles sont confrontées les femmes d'agriculteurs pour accéder de façon adéquate aux soins prénatals. Ils corroborent les conclusions de Kamiya (2011) issues de ses travaux sur le Tadjikistan.

En milieu rural, un autre résultat intéressant concerne la composition familiale du ménage. Le fait que le risque d'utilisation inadéquate des services de soins prénatals soit plus faible dans les ménages étendus (incluant les frères ou sœurs du chef de ménage) que les ménages nucléaires s'expliquent par l'aide dont bénéficient les femmes enceintes au sein de ce type de ménages. Ce soutien concerne notamment la réalisation des tâches domestiques ou la garde des enfants, libérant ainsi du temps pour les consultations.

Enfin, en milieu urbain, nous avons également observé que des variables communautaires restent associées au phénomène étudié au niveau multivarié. Il s'agit de l'instruction et de la richesse communautaires. Concernant le premier facteur, une hypothèse explicative est que, dans les communautés où le niveau d'instruction de femmes est élevé, la plupart d'entre elles est informée des bonnes pratiques en matière de santé maternelle. Cela s'explique d'autant mieux que, dans ce contexte, les interactions sociales entre les femmes sont particulièrement fortes. L'effet de la richesse communautaire est également riche d'enseignements : il démontre notamment l'importance de la solidarité de voisinage face aux enjeux d'assiduité dans la l'utilisation des services de santé pendant la grossesse.

4. Conclusion

Au Tchad, les déterminants de l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals se situent à tous les niveaux d'analyse : individuel, méso-social et communautaire. Pour répondre aux défis identifiés, les actions à privilégier doivent s'articuler autour de quatre axes

majeurs : l'amélioration de l'instruction des hommes et des femmes, le renforcement des conditions de vie des familles, la sensibilisation accrue via les autorités religieuses et la promotion de la solidarité au sein des communautés. La prise en charge de ces facteurs multi-niveaux est indispensable pour garantir un suivi prénatal optimal et réduire la mortalité maternelle dans le pays.

Références

Andersen, R. and Newman, J., 1972, Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society, 51, 95-124. https://doi.org/10.2307/3349613

Atokare A., 2016, « Santé de la reproduction ». Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014-2015. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015). Rockville, Maryland, USA : INSEED, MSP et ICF International, pp. 115-136.

Atokare et Rwenge, 2025, Déterminants sociaux du recours aux soins prénatals auprès des professionnels de santé au Tchad, 16p.

Beninguisse, G., 2003, Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, ACADEMIA/BRUYANT, Institut Démographique, UCL, Louvain-la-Neuve.

Kamiya, Y., 2011, "Women's autonomy and reproductive health care utilisation: Empirical evidence from Tajikistan", *Health Policy* 102(2–3): 304-313.

Kochou, S.H.A. & Rwenge, M.J.R., 2014, 'Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire', African Evaluation Journal 2(1), Art. #79, 12 pages. http:// dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79.

McCauley M, Madaj B, White SA, Dickinson F, Bar-Zeev S, Aminu M, et al. Burden of physical, psychological and social ill-health during and after pregnancy among women in India, Pakistan, Kenya and Malawi. BMJ Glob Health. 2018;3(3):e000625. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000625. - DOI - PMC - PubMed

Ouagadjio, Bandoumal, Kostelngar Nodjimadji, Tchobkréo Bagamla, Riradjim Madnodji, Joël Sibaye Tokindang, Ningam Ngakoutou, Joël Nodjimbatem Ngoniri, Caman Bédaou, Donato Koyalta, Bernard Barrère, Monique Barrère. 2004, Enquête Démographique et de Santé Tchad 2004. Calverton, Maryland, U.S.A. : INSEED et ORC Macro.

Prata N., Passano P. , Sreenivas A. , C. E. Gerdts, 2010, Mortalité maternelle dans les pays en développement : défis de l'intensification des interventions prioritaires. DOI : 10.2217/whe.10.8.

Rwenge et Tchamgoué, 2011, Facteurs sociaux de l'utilisation des services des soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. La Revue Africaine de la Santé Reproductive, volume 15 numéro 3, pp. 81-92.