International Journal of Innovation and Applied Studies
ISSN 2028-9324 Vol. 48 No. 1 Mar. 2026, pp. 194-212
© 2026 Innovative Space of Scientific Research Journals
http://www.ijias.issr-journals.org/

Facteurs psychosociaux du recours à l'accouchement assiste par du personnel qualifie en milieu médical dans la ville de Moundou au Tchad

[Psychosocial Factors Associated with the Use of Skilled Birth Attendance in Medical Settings in the City of Moundou, Chad]

Ngadandé Madjita[1] and Kamdem Kamgno Helene[2]

[1]Doctorant et chercheur en Sciences de la population, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroon

[2]Enseignant chercheur, Université de Yaoundé II, Cameroon

Copyright © 2026 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the ***Creative Commons Attribution License***, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The **objective** of this study was to identify the psychosocial factors influencing the use of medically assisted childbirth by qualified personnel in the city of Moundou, Chad. Data were collected through targeted surveys conducted in Moundou, involving a sample of 542 women. The analysis was performed using STAT software, version 15. Binary logistic regression within a multivariate framework was used to determine the factors affecting the dependent variable. The use of assisted delivery by qualified personnel in a medical setting in the city of Moundou was influenced by women's perception of their ability to control their behaviour (Unfavourable: OR= 0.25; $p \leq 0.01$), the woman's level of education (secondary and above: OR= 2.34; $p<0.01$), the woman's age (25 to 34 years: OR= 0.43; $p<0.05$), marital status (not in a union: OR=0.50; $p<0.10$), decision-making autonomy (spouse alone: OR = 0.46; $p<0.05$), ethnicity (Muslim ethnicity: OR=0.19; $p<0.05$), religion (Muslim: OR=4.87; $p<0.05$), spouse's age (20 to 29 years old: OR=0.58; $p<0.10$), the woman's occupation (shopkeeper/civil servant: OR=1.74; $p<0.05$) and the man's level of education (primary: OR= 0.51; $p<0.05$). Identifying these factors can help policymakers enhance maternal health strategies and promote equitable access to skilled birth attendance.

KEYWORDS: psychosocial factors, recourse, assisted childbirth, medical environment, Moundou, Chad.

RÉSUMÉ: Objectif: Identifier les facteurs psychosociaux du recours à l'accouchement assisté par le personnel qualifié en milieu médical dans la ville de Moundou au Tchad. Les **données** provenaient des enquêtes spécifiques réalisées dans la ville de Moundou au Tchad, auprès de 542 femmes. Les données ont été analysées avec le logiciel STAT, version 15. La régression logistique binaire dans une approche multivariée a permis d'identifier les facteurs influençant la variable dépendante. Le recours à l'accouchement assisté était influencé par la perception de la femme à contrôler son comportement (Défavorable: OR= 0,25; $p \leq 0,01$), le niveau d'instruction de la femme (Secondaire et plus: OR= 2,34; $p<0,01$), l'âge de la femme (25 à 34 ans: OR= 0,43; $p<0,05$), statut matrimoniale (Pas en union: OR=O, 50; $p<0,10$), l'autonomie décisionnelle (Conjoint seul: OR = 0,46; $p<0,05$), l'ethnie (Ethnie d'obédience Musulmane: OR=0,19; $p<0,05$), la religion (Musulmane: OR=4,87; $p<0,05$), l'âge du conjoint (20 à 29ans: OR=0,58; $p<0,10$), l'occupation de la femme (Commerçantes, fonctionnaires: OR=1,74; $p<0,05$) et le niveau d'instruction de l'homme (Primaire: OR= 0,51; $p<0,05$). L'identification de ces facteurs devrait permettre aux décideurs d'améliorer la politique de la santé maternelle.

MOTS-CLEFS: facteurs psychosociaux, recours, accouchement assisté, milieu médical, Moundou, Tchad.

Corresponding Author: Ngadandé Madjita

1 INTRODUCTION

L'accouchement sans assistance qualifiée en milieu médical reste un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays en développement, y compris au Tchad. La ville de Moundou, deuxième plus grande ville du pays, n'échappe pas à cette réalité. Un accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical est reconnu comme un facteur déterminant pour réduire les risques de complications lors de l'accouchement et, par conséquent, ceux de mortalité maternelle et infantile.

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Afrique est le continent où la fréquentation des structures de soins de santé maternelle reste toujours préoccupante par rapport aux autres régions du monde. L'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié est de 65% en Afrique contre 99% aux pays à revenu élevé et 78% dans les pays à revenu intermédiaire (OMS, 2022). Selon la même source, seulement 48% des femmes ont effectué au moins 4 visites prénatales au cours de leurs dernières grossesses en Afrique subsaharienne contre 66% en Afrique du Nord, 72% aux Caraïbes et 89% en Amérique latine (OMS, 2022).

Le niveau élevé du rapport de mortalité maternelle constaté dans les pays d'Afrique subsaharienne est lié au faible recours aux services de soins pendant la grossesse et au moment de l'accouchement (Haddad & Fournier, 1993; Gauthier & Ridde, 2017), aux inégalités de sexe dans l'utilisation des services de santé (Adjiwanou & LeGrand, 2014) et aux inégalités d'accès à des services de santé maternelle de qualité (OMS, 2023).

La situation de la santé maternelle au Tchad ne diffère pas du contexte peu favorable en la matière dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les décès maternels représentent 45% des décès des femmes âgées de 15-49 ans et le ratio de mortalité maternelle est estimé à 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2014 (INSEED et *al.,* 2015) contre 491 au Niger en 2015 (INS et *al.,* 2016), 467 au Cameroun en 2018 (INS et *al.,* 2019) et 349 au Congo Brazzaville en 2023 (INS, 2025).

Au Tchad, parmi toutes les femmes ayant effectué une à trois visites prénatales seulement 27% d'entre elles ont accouché dans une formation sanitaire en 2015 avec l'assistance médicale (INSEED et *al*., 2015). Parmi celles ayant réalisé au moins quatre visites prénatales, seulement 42% ont accouché dans une structure sanitaire (INSEED et *al.,* 2015).L'annuaire statistique de 2020 montre que dans la ville de Moundou, parmi 86,07% des femmes ayant réalisé au moins une consultation prénatale (CPN), seulement 17,46% ont atteint leur quatrième visite, ce qui représente un taux d'abandon de 81,3% (DSIS - TCHAD, 2022). Au Tchad, si la situation de la santé maternelle ne change pas, il est difficile que ce pays se rapproche de sa cible 3 des ODD1 (TCHAD-MSP & ASTEBEF, 2009) et atteigne l'objectif 3 de l'agenda de l'Union Africaine pour l'horizon 2063 (Union Africaine, 2015).

On retrouve dans la littérature plusieurs travaux dans lesquels les facteurs du non recours aux soins de santé maternelle ont été identifiés. Ces travaux mettent notamment en évidence le rôle des facteurs culturels, socioéconomiques et démographiques, mais ils ne se sont pas du tout intéressés aux facteurs psychosociaux qui, pourtant, sont importants dans un contexte où les barrières socioculturelles et économiques du recours aux soins maternels sont abondantes. Les premiers agissent-ils directement sur l'accouchement assisté ou indirectement via les deuxièmes ? C'est à ces questions que cette recherche essaie d'apporter des éléments de réponse.

Les travaux antérieurs montrent que les femmes ayant un faible niveau d'éducation, appartenant à une catégorie sociale défavorisée et vivant dans le milieu rural recourent moins que les autres à l'accouchement assisté en milieu médical (Faye, 2013; Adjiwanou, 2013 et Adjiwanou & LeGrand, 2014). L'éloignement des structures sanitaires, la durée d'attente, le coût des services de soins font aussi partie des raisons évoquées (Fall & Ndoye, 2007; Faye, 2013; Adjiwanou, 2013 & Bourtel & Coll, 2013) ainsi que la mauvaise. organisation et la mauvaise qualité des services (Fall & Ndoye, 2007 et Nikiéma, 2017). Les facteurs psychosociaux, entre autres, les relations que les femmes entretiennent avec le service d'accouchement assisté par le personnel qualifié, les connaissances qu'elles disposent les comportements qu'elles adoptent envers ce service, et les attitudes négatives des prestataires (Ajzen, 1991; Terrade & al., 2009; Nkurunziza, 2014; Myriane, 2019) n'ont pas été mentionnés. Ces facteurs renseignent sur la manière dont l'individu agit sur le contexte pour améliorer ou pas ses pratiques préventives.

Dans cette recherche, nous essayons de prendre en considération tous ces facteurs pour élucider la structure causale dans laquelle ils interviennent sur le recours à l'accouchement assisté dans la ville de Moundou. Ses objectifs spécifiques sont les suivants: i) rechercher les déterminants de ce phénomène et les hiérarchiser; ii) montrer le rôle que joue les facteurs

1Objectifs de Développement Durable

psychosociaux dans l'ensemble de ces déterminants; iii) élucider les mécanismes d'action de certains déterminants sur ce phénomène.

L'article est articulé comme suit: i) Brève revue de la littérature et hypothèses; ii) milieu étudié; iii) matériels et méthodes; iv) résultats; v) discussion, conclusion et recommandations.

BRÈVE REVUE DE LA LITTÉRATURE ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Notre synthèse de la littérature sur les approches et modèles théoriques du recours aux soins, nous a permis de constater que l'explication du comportement étudié dans le contexte africain est complexe. Il dépend non seulement des conditions externes (accessibilité des services de santé en termes de distance et de coût, qualité de services de santé, barrières socioculturelles, etc.) mais aussi des conditions internes (représentations, croyances, attitudes, perceptions, intentions, etc.). Ces éléments se retrouvent dans la théorie du comportement planifié (Gabrysch & Campbell, 2009), la théorie des comportements interpersonnels (Triandis, 1970) , la théorie de la confirmation ou de la disconfirmation des attentes (Olivier, 1980) et la théorie de la satisfaction d'utilisateurs (Pigneur, 2010) . D'où la pertinence d'une approche explicative globale ou systémique du recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical.

Dans un contexte où les conditions de vie des populations sont difficiles, considérer les caractéristiques individuelles et socioculturelles comme déterminant direct du comportement est limité. Il serait pertinent d'inclure les facteurs psychosociaux en rapport avec la demande et l'offre de soins. Ces derniers peuvent notamment médiatiser les effets d'autres variables sur le recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical.

La revue des études empiriques a permis de mettre en évidence les limites suivantes:

***Primo**:* La synthèse de la littérature effectuée a permis de constater qu'il y'a certes des études réalisées sur les déterminants psychosociaux du recours aux soins, mais pas assez dans le domaine de l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical.

Au niveau mondial, la plupart des études antérieures examinées ont mis en évidence les facteurs psychosociaux pour expliquer les comportements des individus dans le domaine de la santé. Il s'agit des études sur l'influence des croyances des femmes infectées par le VIH sur leur intention d'avoir un enfant (Levasseur et *al*., 1992); de celles sur l'utilisation des condoms chez les adolescents (Joanne et *al.,* 1991), de celles sur l'éducation à la santé (Nache & Trudeau, 2007 ; Giger, 2008) et de celles sur les comportements violents (Rondeau et *al.,* 2006).

Nous avons aussi retrouvé des études ayant aussi inclus l'intention dans leurs modèles explicatifs de la vaccination contre le virus A (H1N1) (Langlois, 2011) et de la participation au dépistage du cancer colorectal (Le Bonniec et *al.,* 2015), et de celles ayant inclus l'anxiété et les événements stressants de la vie pour expliquer l'accouchement avant terme (Epiney et *al*., 2011). L'isolement social est un autre facteur identifié dans l'ensemble des facteurs explicatifs du renoncement des femmes à l'accouchement assisté par du personnel qualifié (Ancelot et *al.,* 2016). Il en est de même des troubles de l'adaptation à la maternité (symptômes dépressifs postpartum et burnout) en ce qui concerne les soins postnatals (Loyal, 2017).

Dans les études spécifiques aux pays d'Afrique subsaharienne, il a été observé que l'attitude négative du personnel soignant est un obstacle important à l'utilisation des services de soins de santé maternelle (Nkurunziza, 2014); ainsi, la perception positive des services des soins maternels s'est avérée être un déterminant positif de l'utilisation de ces services (Sorgho, 2017 ; Youness et *al.,* 2018). D'autres facteurs sont la perception sociale de l'accouchement (Beninguissé et *al.,* 2004 ; Rwenge & Nguemaleu, 2011) et les croyances et les normes sociales entretenues par la communauté (Siaka, 2018).

Dans les études susmentionnées, aucune ne porte sur le Tchad et en plus la plupart d'entre elles ne se sont pas focalisées sur les facteurs psychosociaux de manière rigoureuse, c'est-à-dire dans un modèle théorique montrant bien leur niveau d'intervention et leur mécanisme d'action et en plus en distinguant bien ceux en rapport avec la demande de soins de ceux en rapport avec l'offre de soins. Cette étude comblera ces limites.

***Secundo**:* Dans les études antérieures, les caractéristiques individuelles, économiques et culturelles n'ont pas été considérées dans un modèle théorique où l'on retrouve les caractéristiques psychosociales. L'on a notamment présumé que les premières ont des effets directs sur les comportements de santé et pourtant leurs effets et ceux des caractéristiques psychosociales peuvent être additifs, conjoints ou les deuxièmes peuvent jouer le rôle des variables intermédiaires. Il importe donc d'élucider la structure causale des facteurs du recours à l'accouchement assisté dans le milieu étudié pour mieux orienter les actions d'intervention dans ce domaine.

En plus, dans un milieu où la société exerce une pression importante sur l'individu et où les conditions de vie sont difficiles, il n'est pas pertinent de se focaliser seulement sur les caractéristiques psychosociales. Les individus peuvent bien avoir les perceptions et attitudes positives et ne pas recourir à l'accouchement assisté à cause des facteurs externes comme les pressions sociales, la distance à parcourir et les coûts de transport et services de soins (Adjiwanou, 2013 ; Adjiwanou & LeGrand, 2014). Tout cela témoigne de la complexité de notre problème de recherche et de sa pertinence scientifique .

Tertio*:* Une autre limite identifiée est relative à l'approche théorique privilégiée dans les études antérieures. Ces dernières se sont basées sur la théorie de l'action raisonnée et/ou du comportement planifié développée par Ajzen et ses collègues. Elles ne sont pas inscrites dans la perspective de la théorie de la représentation sociale, de celle de l'acceptabilité, de celle de la confirmation des attentes et de celle de la satisfaction des utilisateurs ou de la flexibilité qui, pourtant, peuvent bien permettre de comprendre la discontinuité du recours aux soins maternels pendant la grossesse et l'accouchement. Il serait alors davantage pertinent de considérer toutes ces théories pour mieux expliquer le comportement étudié, de s'orienter donc vers une approche systémique d'explication.

Notre étude permet par conséquent d'apporter une contribution à la connaissance de la situation à trois niveaux: le premier apport de cette étude réside dans le mécanisme d'action des facteurs psychosociaux associés au recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical en Afrique subsaharienne et notamment au Tchad. Le deuxième apport est de mesurer l'effet de la qualité des services, du degré de satisfaction et du contexte socioculturel sur le comportement individuel en matière de recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié. Et enfin, le troisième est de démontrer la pertinence des théories focalisées sur le « psychosocial » dans la compréhension du recours ou non à l'assistance à l'accouchement.

Les éléments susmentionnés nous ont permis de définir 6 hypothèses de travail suivantes:

(H1) Les croyances subjectives étant des états mentaux basés sur le jugement et l'expérience personnelle, dépourvus de preuves objectives, une perception négative de celle-ci par la femme, ses attitudes positives vis-à-vis de soins et une perception positive de sa capacité à contrôler ses comportements influencent directement et positivement son recours à l'accouchement assisté.

(H2) Les effets de ces facteurs peuvent être renforcés par une distance faible à parcourir pour atteindre les centres de santé, un nombre élevé des visites prénatales et des dépenses abordables dans le domaine de la santé.

(H3) Les femmes jeunes, mariées, instruites, cadres ou commerçantes et prenant conjointement avec leurs conjoints les décisions dans le domaine de la santé sont les plus enclines au recours à l'accouchement assisté par le professionnel de santé.

(H4) Les femmes dont les conjoints sont cadres, employés ou commerçants et vivant dans les ménages de niveau de vie élevé accouchent plus fréquemment que d'autres avec l'assistance d'un professionnel de santé.

(H5) L'ethnie, la religion et le degré d'exposition aux médias sont associées à l'accouchement de la femme avec l'assistance médicale. Les ethnies non ou faiblement islamisées, d'obédience religieuse chrétiennes et bien exposées aux médias sont les plus favorisées dans ce domaine.

(H6) Les facteurs sociaux agissent sur l'accouchement assisté directement et indirectement vis les facteurs psychosociaux.

MILIEU ÉTUDIÉ

L'étude porte sur la ville de Moundou (chef-lieu du Logone Occidental), situé environ à 500 Km de la Capitale. Elle est se retrouve au Sud-ouest du Tchad, entre deux plans d'eaux à savoir le Lac Taba au Nord et le Lac Wey à l'Ouest. Moundou s'étend sur une superficie de 317 km^2 avec une densité d'environ 433 habitants au km^2 (TCHAD-PDC, 2015)). La ville est structurée en 07 Arrondissement (dont 4 fonctionnels) et 204 carrés (TCHAD-PDC[2,] 2015). Elle comptait 137.251 habitants en 2009 (RGPH, 2009) et atteindrait d'ici 2025, 200.000 habitants (INSEED-TCHAD, 2014) [3]. L'âge moyen de la population de la ville est de 19,2 ans. Soixante pourcent (60%) de la population ont moins de 25 ans et celle de moins de 30 ans représentent 73% (INSEED-TCHAD, 2012). La ville de Moundou dispose d'un (01) seul hôpital4 de référence régionale, d'une école de formation sanitaire

[2] Plan de Développement Communal.

[3] Projection démographique du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009.

[4] Hôpital régional de Moundou qui fait aussi office de l'hôpital de district.

publique, 12 cabinets médicaux et 12 centres de santé dont neuf (09) sont privées (DSIS-TCHAD, 2018). Le plateau technique des structures sanitaires de la commune est sous-équipé et vétuste. Ce qui ne permet pas d'offrir des soins de qualité à la population et particulièrement aux femmes enceintes (TCHAD-MSP et *al.,* 2018).

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 DONNÉES

Pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons utilisé les données d'une enquête spécifique à l'accouchement que nous avons réalisée dans la ville de Moundou en octobre 2021. La base de sondage utilisée est issue du dernier RGPH réalisé en 2009. Il s'agit de 125 zones de dénombrement (ZD) de cette opération. La taille moyenne d'une ZD était de 212 ménages en 2009. Un échantillon de 542 femmes de 15-49 ans résidant à Moundou et ayant accouché au cours des 2 dernières années a été constitué de manière aléatoire. A ces femmes, un questionnaire a été administré pour collecter les informations sur l'accouchement assisté, les caractéristiques individuelles des femmes et leurs conjoints ou partenaires, les caractéristiques des ménages, la santé de la reproduction, les informations liées à l'accès et la qualité des services de soins et les caractéristiques psychosociales. A partir de ces données nous avons facilement identifié les facteurs psychosociaux et comportementaux du recours à l'accouchement assisté dans le milieu étudié et montré clairement comment ils agissent.

2.2 VARIABLES D'ANALYSE

2.2.1 VARIABLE DÉPENDANTE

Le recours à l'accouchement assisté par le personnel qualifié en milieu médical est la variable dépendante de l'étude. Elle a été saisie par le lieu d'accouchement et l'assistance par un agent de santé qualifié. Cette variable dépendante a deux modalités 0=non assistés par un personnel qualifié, 1=assistée par un personnel qualifié.

2.2.2 VARIABLES INDÉPENDANTES

Dans l'ensemble des variables indépendantes nous retrouvons les variables socioculturelles suivantes: l'exposition aux médias, l'ethnie et la religion. La première a trois modalités: Faible, *Moyen et forte,* la deuxième en a aussi trois: *Ngambaye, Autres ethnie Sara et Ethnies d'obédience musulmane, la troisième en a deux: Musulmane et Chrétienne.).*

Nous y retrouvons aussi les caractéristiques individuelles de la femme et celles de son conjoint ou partenaire, à savoir l'âge de la femme, son statut matrimonial, son niveau d'instruction, son autonomie décisionnelle, l'âge di conjoint ou partenaire et son niveau d'instruction. L'âge de la femme a trois modalités: *15-24 ans, 25-34 ans* et*35 – 49 ans*); celui du conjoint ou partenaire en a aussi trois: *10-29 ans, 30-44 ans* et *45ans et plus*". Concernant le niveau d'instruction de la femme, il a été recodé en trois modalités 1) sans niveau, 2) primaire et 3) secondaire ou supérieur. Il en est de même du niveau d'instruction du conjoint ou partenaire. Le statut matrimonial de la femme n'a que deux modalités 1) Pas en union et 2) en union et l'autonomie décisionnelle de la femme a trois modalités 1) seule, *2) Conjoint/partenaire et 3) Ensemble.*

Les variables économiques prises en compte dans l'ensemble des variables indépendantes sont l'occupation de la femme, l'occupation du conjoint ou partenaire et le niveau de vie du ménage. La première a trois modalités: 1) *Inactives, 2) Agricultrices/éleveuses/ouvrières/artisanes et 3) Commerçantes et fonctionnaire. La deuxième en a quatre:* 1) *Inactifs, 2) Agriculteurs/éleveurs/ouvriers/artisans, 3) Commerçants et 4) fonctionnaires*. Le niveau de vie du ménage, créé à partir des biens possédés par les ménages et du confort de l'habitat, a trois catégories: 1) faible, 2) moyen, 3) élevé.

Nous avons aussi dans l'ensemble des variables indépendante, les variables rendant compte de la façon dont les enquêtées perçoivent l'offre des services; à savoir leurs perceptions de la durée d'attente avant la prise en charge, leurs perceptions de la qualité des soins perçus et leur satisfaction vis-à-vis des soins reçus. La première a comme modalités 1) *Trop longue, 2) Acceptable et 3) Satisfaisan*t. La deuxième a aussi trois modalités *Médiocre, Passable et Meilleure.* Enfin, la dernière en a aussi trois 1) *Pas satisfait, 2) Modérément Satisfait et 3) Satisfait*.

Enfin, nous retrouvons dans le même ensemble les caractéristiques psychosociales suivantes: les attitudes vis-à-vis des services d'accouchement, qui a deux modalités1) *« Défavorable » et 2) « Favorable »,* les normes subjectives, qui en a aussi deux1) *« Désapprouve » et2) « Approuve »*et la perception de sa capacité à contrôler ses comportemental, qui a aussi deux modalités 1) *« Défavorable » et 2) « Favorable ».*

D'autres variables considérées sont le nombre de visites prénatales, qui a deux modalités 1) *Moins de 4 visites et 2) Quatre visites et plus,* les dépenses liées aux soins, qui a trois modalités 1) *faibles, 2) moyennes et 3) élevées* et la distance parcourue entre le domicile et le centre de santé le plus proche: *Mois de 2Km," et "2km et Plus*".

2.2.3 ANALYSES STATISTIQUES

La variable dépendante étant dichotomique et les variables indépendantes étant toutes qualitatives, au niveau descriptif, nous avons utilisé les distributions des fréquences, pour caractériser notre échantillon, et les tableaux croisés accompagnés des tests du chi-deux, pour évaluer le niveau du phénomène étudié et montrer comment il varie selon les catégories sociales considérées dans chacune des variables indépendantes.

Au niveau explicatif, nous avons d'abord examiné les interactions entre les différentes variables indépendantes pour résoudre le problème de multicolinéarité, en créant deux variables d'interaction, à savoir distance parcourue * qualité des soins et temps d'attente * degré de satisfaction Ensuite, nous avons utilisé le modèle de régression logistique saturé enfin d'identifier les déterminants et les inégalités sociales du phénomène étudié. Plusieurs modèles de régression logistique ont été utilisés pour hiérarchiser les déterminants à l'aide de l'écart relatif entre le Xhi-deux final et le Xhi-deux sans la variable indépendante i considérée. En plus de tout ça, nous avons utilisé les modèles de régression logistique à pas croissants afin d'élucider les mécanismes d'action de certains déterminants.

En bref, la méthode de régression logistique binaire repose sur le calcul des rapports de côtes par le modèle Logit. Dans ce cas, pour chaque variable indépendante, on détermine la probabilité pour un individu d'une catégorie quelconque de subir l'événement comparativement à celui d'une catégorie de référence. Par exemple, on déterminera la probabilité pour une femme du milieu étudié ayant le niveau primaire d'avoir accouché avec l'assistance d'un professionnel de santé comparativement à une femme sans niveau d'instruction.

3 RÉSULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES DES ENQUÊTÉES

Le tableau 1 montre que 54,8 % de femmes enquêtées ont accouché avec l'assistance d'un personnel de santé qualifié dans la ville de Moundou. Ces femmes sont pour la plupart âgées de 15-24 ans (48,7 %) ou de 25-34 ans (42,3 %). Leurs conjoints sont pour la plupart âgés de 35-44 ans (60,2 %) ou 45 ans et plus (19,7 %). 23,8 % de femmes enquêtées sont sans niveau d'instruction, 45,6 % sont de niveau primaire d'instruction et 30 % de niveau secondaire ou supérieur. Leurs conjoints sont un peu plus instruits puisque près de deux sur dix individus sont de niveau secondaire ou supérieur.

Dans le milieu étudié, si près de 4 femmes enquêtées sur dix sont inactives, cette proportion est deux fois moins chez leurs conjoints. Ces derniers exercent pour la plupart le commerce (20 %) ou sont fonctionnaires (41 %). Presque la totalité de femmes enquêtées vivaient en union (91 %).

Tableau 1. Répartition des enquêtées selon quelques-unes de leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	Modalités	N	%
Variable dépendante			
Accouchement assisté	Non	245	45,2
	Oui	297	54,8
	Ensemble	**542**	**100,0**
Variables indépendantes			
Age de la femme	15-24 ans	264	48,7
	25-34 ans	229	42,3
	35 ans et +	49	9,0

	Ensemble	**542**	**100,0**
Âge du conjoint/partenaire	20-34 ans	109	20,11
	35-44 ans	326	60,15
	45 ans et +	107	19,74
	Ensemble	**542**	**100,0**
Niveau d'instruction de la femme	Sans niveau	129	23,8
	Primaire	247	45,6
	Secondaire ou +	166	30,6
	Ensemble	**542**	**100,0**
Niveau d'instruction du conjoint/partenaire	Sans niveau	125	23,1
	Primaire	140	25,8
	Secondaire ou +	277	51,1
	Ensemble	**542**	**100,0**
Activité économique de la femme	Inactives	231	42,6
	Agricultrices/éleveures/ouvrières/artisanes	96	17,7
	Commerçantes/fonctionnaires	215	39,7
	Ensemble	**542**	**100,0**
Activité économique du conjoint/partenaire	Inactifs	106	19,56
	Agriculteurs/éleveurs/ouvriers/artisans	71	13,1
	Commerçants	141	26,01
	Fonctionnaires	224	41,33
	Ensemble	**542**	**100**
Statut matrimonial	Hors union	48	8,9
	En union	494	91,1
	Ensemble	**542**	**100,0**

La plupart de femmes enquêtées sont d'ethnie Ngambaye ou Sara (74 %), sont chrétiennes (72 %), faiblement ou moyennement exposées aux médias (82 %), vivent dans les ménages de niveau de vie faible (64 %) ou prennent conjointement avec leurs maris/partenaires les décisions dans les domaines de la santé (résultats non présentés). Concernant leurs caractéristiques psychosociales, elles ont pour la plupart des attitudes positives vis-à-vis des services d'accouchement (92 %), des perceptions positives vis-à-vis des croyances subjectives (87 %) et des perceptions positives de leur capacité à contrôler leurs comportements (64 %) (résultats non présentés).

3.2 Association Entre Les Caractéristiques Considérées Et L'assistance À L'accouchement

Dans le milieu étudié le taux du recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical varie selon l'ethnie (Tableau 2). Les femmes d'autres ethnies du groupe Sara (68,5 %) sont proportionnellement plus nombreuses à recourir à l'accouchement médicalement assisté que les femmes appartenant à des ethnies les plus islamisées (51,5 %), celles Ngambaye (54 %) se retrouvent entre les deux groupes. La religion, quant à elle, n'est pas significativement associée au phénomène étudié. Le taux du recours à l'accouchement assisté augmente significativement avec le degré d'exposition aux médias: il varie de 42,2 % au faible degré d'exposition à 69,2 % au niveau élevé d'exposition.

Dans le milieu étudié, nous observons aussi une association positive et significative entre le niveau d'instruction de la femme et le recours à l'accouchement assisté, mais l'influence de l'instruction de la femme est davantage élevée à partir du niveau secondaire/supérieur (42,6 % chez les sans niveau d'instruction, 48,2 % chez les femmes de niveau primaire et 74,1 % chez celles de niveau secondaire/supérieur).

L'occupation de la femme est aussi associée au phénomène mais au seuil de 10 %: ce sont les femmes agricultrices, éleveuses ou artisanes qui sont moins enclines (50 %) que les femmes inactives (56,3 %) ou commerçantes/fonctionnaires (55,8 %) à recourir à l'accouchement assisté. Conformément à l'attente, les femmes adolescentes ou jeunes (59,9 %), généralement moins expérimentées, sont proportionnellement plus nombreuses à se faire assistées pendant l'accouchement par du personnel qualifié que les femmes plus âgées (44,9 %).

Concernant les caractéristiques du conjoint, la relation entre le niveau d'instruction du conjoint et l'assistance de la femme à l'accouchement est, contrairement à l'attente, non linéaire: le taux d'accouchement assisté est plus élevé chez les femmes dont les conjoints sont sans niveau d'instruction (49,6 %) que chez celles dont les conjoints sont de niveau primaire d'instruction (37,1 %), chez celles dont les conjoints sont de niveau secondaire/supérieur (54,8 %), le taux est plus élevé que dans les deux premières catégories. Les femmes dont les conjoints sont inactifs (64,2 %) ou fonctionnaires (66,1 %) sont les plus concernées par l'assistance à l'accouchement. En revanche, celles d'agriculteurs, éleveurs ou artisans (40,5 %) en sont les moins concernées, celles de commerçants (53,2 %) se retrouvent entre les deux extrêmes.

Toutes les caractéristiques psychosociales, aussi bien au niveau de la demande que de l'offre, sont très significativement associées dans le sens attendu à l'assistance à l'accouchement dans le milieu étudié. Par exemple, le taux d'accouchement assisté est plus élevé chez les femmes ayant des attitudes positives vis-à-vis des services d'accouchement (52,6 %) que chez celles ayant des attitudes négatives (32,6 %). Nous observons la même chose dans le cas de la perception des croyances subjectives (56,5 % vs 43,7 %) ou de la perception de sa capacité à contrôler son comportement (66,5 % versus 33,7 %).

Tableau 2. Proportion de femmes ayant bénéficié de l'assistance à l'accouchement selon leurs caractéristiques

Variables et modalités	%	p-value
Variables socioculturelles		
Ethnie		
Ngambaye	54,0	
Autres Sara	68,5	***
D'origine musulmane	51,5	
Religion		
Chrétienne	54,3	ns
Musulmane	55,0	
Degré d'exposition aux médias		
Faible	42,2	
Moyen	59,1	***
Elevé	69,2	
Caractéristiques de la femme		
Niveau d'instruction		
Sans niveau	42,6	
Primaire	48,2	***
Secondaire/supérieur	74,1	
Occupation de la femme		
Inactive	56,3	
Agricultrice/Eleveures/ouvrière/artisane	50,0	*
Commerçante/Fonctionnaire	55,8	
Age de la femme		
15-24	59,9	
25-34	51,1	***
35-49	44,9	
Statut matrimonial		
En union	55,7	ns
Non en union	45,8	
Caractéristiques du conjoint		
Niveau d'instruction		
Sans niveau	49,6	
Primaire	37,1	**
Secondaire/supérieur	54,8	
Occupation du conjoint		
Inactif	64,2	
Agriculteur/Eleveur/ouvrier/artisan	40,5	***
Commerçant	53,2	
Fonctionnaire	66,1	

Age du conjoint		
20-29	52,3	
30-44	58,9	**
45+	44,9	
Caractéristique du ménage		
Niveau de vie du ménage		
Faible	60,3	
Moyen	62,4	*
Elevé	51,0	
Caractéristiques psychosociales		
Attitude vis-à-vis des services d'accouchement		
Défavorable	32,6	***
Favorable	56,7	
Perception croyances subjectives		
Désapprouve	43,7	***
Approuve	56,5	
Perception de sa capacité à contrôler son comportement		
Défavorable	33,7	***
Favorable	66,5	
Caractéristiques de l'offre		
Durée d'attente		
Trop long	30,9	
Acceptable	66,1	**
Satisfaisant	64,8	
Qualité de soins reçus		
Médiocre	33,3	
Passable	52,2	**
Meilleure	57,6	
Degré de satisfaction		
Pas satisfait	11,8	
Modérément satisfait	68,0	***
Satisfait	34,4	

*Notes: Ns: non significatif; * p≤0,10; **p≤0,05; *** p≤0,01*

3.3 ANALYSES MULTIVARIÉES

3.3.1 DÉTERMINANTS ET LEUR HIÉRARCHISATION

Nous constatons, en examinant les résultats issus du modèle saturé que, toutes choses égales par ailleurs, les variables influençant le recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical sont l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction de la femme et celui du conjoint, l'activité de la femme, la prise des décisions, l'âge de la femme, celui du conjoint, le statut matrimonial, la perception du temps d'attente dans les formations sanitaires, le degré de satisfaction vis-à-vis des soins, la perception de la qualité des services, la perception de sa capacité à contrôler ses comportements et l'interaction entre distance parcourue et qualité des soins.

La perception de sa capacité à contrôler ses comportements se retrouve au premier rang dans la hiérarchie des déterminants. Elle explique seule 31,22 % de la variation du comportement étudié. Elle est suivie dans l'ordre par le niveau d'instruction de la femme (9,92 %), l'âge de la femme (9,63 %), la prise des décisions (7,82 %) et l'ethnie de la femme (6,07 %). Au total, ces 5 variables expliquent 65 % de la variation du comportement étudié. C'est à elles qu'il faudrait donc accorder la priorité dans le milieu étudié.

Tableau 3. Résultats issus du modèle saturé ou complet de régression logistique sur le recours à l'accouchement assisté par du personnel qualifié en milieu médical

Variables et modalités	N	%	Effets bruts	Effets nets
Ethnie				
Ngambaye	352	64,94	1,00	1,00
Autre Sara	54	9,96	1,86**	1,02
Autre d'origine musulmane	136	25,09	0,90 ns	0,19**
Religion				
Chrétienne	389	71,77	1,00	1,00
Musulmane	153	28,23	0,97 ns	4,87**
Exposition aux médias				
Faible	192	35,42	0,51***	0,80 ns
Moyenne	259	47,79	1,00	1,00
Forte	91	16,79	1,56*	1,01 ns
Niveau d'instruction du conjoint/partenaire				
Sans niveau	125	23,06	0,51***	0,86 ns
Primaire	140	25,83	0,30***	0,51 **
Secondaire/Supérieur	277	51,11	1,00	1,00
Activité du conjoint/partenaire				
Inactif	106	19,56	1,90***	0,70 ns
Agriculteur/Eleveur	233	42,99	1,00	1,00
Commerçant	141	26,01	1,21 ns	1,01 ns
Fonctionnaire	62	11,44	2,07 **	0,56 ns
Niveau de vie				
Faible	78	14,39	1,46 ns	0,87 ns
Moyen	112	21,59	1,59**	0,58 ns
Elevé	347	64,02	1,00	1,00
Age du conjoint				
20-29	109	20,11	0,77 ns	0,58 *
30-44	326	60,15	1,00	1,00
45+	107	19,74	0,57**	0,58 ns
Niveau d'instruction de la femme				
Sans niveau	129	23,80	0,80 ns	0,79 ns
Primaire	247	45,57	1,00	1,00
Secondaire/Supérieur	166	30,63	3,08 ***	2,34 ***
Activité économique de la femme				
Inactive	231	42,62	1,00	1,00
Agricultrice/Eleveuse/Artisane	96	17,71	0,75 ns	1,13 ns
Commerçante/Fonctionnaire	215	39,67	0,98 ns	1,74 **
Age de la femme				
15-24	264	48,71	1,00	1,00
25-34	229	42,25	0,70**	0,43 **
35+	49	9,04	0,55**	0,61 ns
Situation matrimoniale				
Pas en union	48	8,86	0,67 ns	0,50*
En union	494	91,14	1,00	1,00
Prise des décisions				
Femme seul	120	22,14	0,69*	0,68 ns
Conjoint seul	97	17,90	0,60**	0,46 **
Les deux	325	59,96	1,00	1,00
Durée d'attente avant la prise en charge dans les formations sanitaires				

Longue	165	30,44	0,24***	0,19***
Acceptable	124	22,88	1,06 ns	1,67*
Satisfaisant	253	46,68	1,00	1,00
Qualité des soins reçus				
Médiocre	42	7,75	0,37 ***	2,98**
Passable	92	16,97	0,80 ns	0,89 ns
Meilleure	408	75,28	1,00	1,00
Degré de satisfaction vis-à-vis des soins reçus				
Pas satisfait	76	14,02	0,09***	0,15 ***
Modérément satisfait	75	13,84	1,38 ns	2,90 *
Satisfait	391	72,14	1,00	1,00
Perception des croyances subjectives				
Désapprouve	71	13,10	0,60**	0,79 ns
Approuve	471	86,90	1,00	1,00
Attitudes vis-à-vis du recours à l'accouchement assisté				
Favorable	499	92,07	1,00	1,00
Défavorable	43	7,93	0,37***	1,10 ns
Perception de sa capacité à contrôle son comportement				
Favorable	349	64,39	1,00	1,00
Défavorable	193	35,61	0,26***	0,25***
Distance entre le domicile et la formation sanitaire la plus proche				
Moins de 2 Km	464	85,61	1,00	1,00
2 Km et plus	78	14,39	1,47 ns	1,92 ns
Nombre de visites prénatales				
Moins de 4 visites	242	44,65	0,49*	0,86 ns
Au moins 4 visites	300	55,35	1,00	1,00
Dépenses dans le domaine de soins de santé				
Faible	345	63,65	1,00	1,00
Moyenne	109	20,11	2,07***	1,11 ns
Elevée	88	16,24	2,06***	1,37 ns
Temps d'attente * Degré de satisfaction				
Longue*Pas satisfaite	53	9,78	0,05 ***	0,05***
Longue*Moyennement satisfaite	16	2,95	0,55 ns	0,90 ns
Longue*Satisfaite	96	17,71	0,36 ***	0,19 ***
Acceptable * Pas satisfaite	14	2,58	0,22 **	0,25 **
Acceptable * Moyennement satisfaite	27	4,98	0,80 ns	1,07 ns
Acceptable * Satisfaite	83	15,31	1,62 *	1,67 ns
Satisfaite*Moyennement satisfaite	32	5,90	2,96**	2,90
Satisfaite * Satisfaite	212	39,11	1,00	1,00
Distance parcourue * Qualité de soins				
Moins de 2Km * Pas Satisfaite	69	12,73	0,08***	0,23***
Moins de 2Km * Moyennement Satisfaite	70	12,92	1,62 *	1,70 ns
Moins de 2km*Satisfaire	325	53,96	1,00	1,00
Plus de 2 Km * Satisfaite	66	12,18	1,68	1,29 ns
Xhi-deux	-	-	-	
N	542	100	542	542
Xhi-deux	-	-	-	126,11***
Pseudo R carré				0,28

*Notes: Ns: non significatif; * p≤0,10; **p≤0,05; *** p≤0,01*

Tableau 4. Hiérarchisation des facteurs selon leur pouvoir explicatif

Variables (1)	XHI-DEUX FINAL (2)	XHI-DEUX SANS LA VARIABLE (3)	Ci= [1) – 2)]/(1) (4)	Fi (5)	Rang (6)
Ethnie	214,66	209,34	5,32	6,07	5
Religion	214,66	209,97	4,69	5,35	7
Exposition aux médias	214,66	213,99	0,67	0,76	
Niveau d'instruction du conjoint/Partenaire	214,66	210,28	4,38	5,00	9
Activité économique du conjoint/Partenaire	214,66	212,01	2,65	3,02	
Niveau de vie	214,66	213,49	1,17	1,34	
Age du conjoint/Partenaire	214,66	209,67	4,99	5,69	6
Niveau d'instruction de la femme	214,66	205,97	8,69	9,92	2
Activité économique de la femme	214,66	210,08	4,58	5,23	8
Age de la femme	214,66	206,22	8,44	9,63	3
Statut matrimonial	214,66	211,60	3,06	3,49	
Prise de décision	214,66	207,81	6,85	7,82	4
Perception de sa capacité à contrôler son comportement	214,66	187,30	27,36	31,22	1
CPN	214,66	214,26	0,4	0,46	
Dépenses en soins	214,66	213,89	0,77	0,88	
Temps d'attente * Degré de satisfaction	214,66	213,95	0,71	0,81	
Distance parcourue * Qualité de soins	214,66	2011,75	2,91	3,32	
TOTAL	-	-	87,64	100,00	

*Notes: Ns: non significatif; * p≤0,10; **p≤0,05; *** p≤0,01*

3.3.2 INÉGALITÉS SOCIALES

Nous nous focalisons ici sur les déterminants les plus importants susmentionnés. Rappelons qu'il s'agit de la perception de sa capacité à contrôler ses comportements, du niveau d'instruction de la femme, de l'âge de la femme, de la prise des décisions et de l'ethnie de la femme.

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes appartenant aux ethnies d'origine musulmane ont moins de chance de bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié que celles Ngambaye (OR=0,19). De même, nous constatons que les femmes de niveau secondaire ou supérieur ont plus de chance que celles de niveau primaire d'en bénéficier (OR=2,34). S'agissant de l'âge de la femme, par rapport aux femmes adolescentes ou jeunes, celles âgées de 25-34 ans ont moins de chance de faire un recours à l'accouchement assisté (OR=0,43). Conformément à l'attente, les femmes dont les conjoints prennent seuls les décisions dans le domaine de la santé ont moins de chance d'avoir un recours au personnel de santé qualifié pendant l'accouchement que celles qui prennent conjointement avec leurs maris/partenaires ces décisions (OR=0,46). Enfin, les femmes ayant une perception négative de leur capacité à contrôler leur comportement ont moins de chance que d'autres de bénéficier de l'assistance à l'accouchement (OR=0,25).

Dans cette section, nous allons vérifier les relations suivantes afin d'élucider les mécanismes d'action de certains facteurs considérés:

1. L'ethnie et la religion agissent via l'exposition aux médias;
2. Les trois variables socioculturelles susmentionnées influencent le comportement étudié via les caractéristiques socioéconomiques de l'homme et de la femme;
3. Les caractéristiques socioéconomiques de l'homme influencent le comportement étudié via celles de la femme;
4. La prise de décision médiatise l'effet des caractéristiques socioéconomiques de la femme;
5. Les caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques influencent l'assistance médicale à l'accouchement via les caractéristiques relatives à l'offre de services et celles psychosociales.

Les résultats présentés dans le tableau 5 montrent, en passant de sa colonne M1 à sa colonne M2, que le contrôle des effets de l'ethnie et de la religion par l'exposition aux médias a fait disparaître la signification de la différence observée entre les Ngambaye et d'autres ethnies Sara. L'effet de l'ethnie passe donc par celui de l'exposition aux médias. En d'autres termes,

les autres ethnies Sara étaient plus enclines à l'accouchement assisté parce qu'elles sont plus exposées aux informations sur les bonnes pratiques en matière de santé transmises à la télévision et d'autres médias. La première relation sus-présentée va donc partiellement dans le sens attendu.

En ce qui concerne l'effet médiateur des caractéristiques socioéconomiques de l'homme, les résultats obtenus le confortent juste un peu (Modèles M1, M2 et M3). En effet, le contrôle de ces dernières a réduit la signification de l'influence de l'exposition aux médias et n'a pas eu d'effet sur d'autres caractéristiques socioculturelles. En plus, nous avons constaté que leurs influences sont toutes non significatives.

S'agissant des caractéristiques socioéconomiques de la femme, elle a fait disparaître la signification de l'exposition aux médias et a fait apparaître la différence négative de la chance d'accouchement assisté entre les femmes dont les conjoints sont de niveau primaire et celles dont les conjoints sont de niveau secondaire ou supérieur (Modèles M2, M3 et M4). Les caractéristiques socioéconomiques de la femme agissent donc partiellement comme médiatrices des effets des caractéristiques socioculturelles et partiellement comme variable inhibitrice de l'instruction de l'homme. L'aisance socioéconomique de la femme renforce donc l'effet positif du niveau élevé d'instruction de l'homme sur l'accouchement médicalement assisté.

Les résultats obtenus montrent aussi que la prise des décisions n'agit pas comme médiatrice des effets des caractéristiques socioéconomiques de la femme (Modèles M4 et M5). Par rapport aux caractéristiques relatives à l'offre des services et celles psychosociales, nous avons constaté que leur prise en compte renforce plutôt les effets des caractéristiques socioculturelles, à savoir l'ethnie et la religion, de l'âge du conjoint, de l'activité économique de la femme et de sa situation matrimoniale (M4, M5, M6, M7 et M8). Ce n'est que dans le cas de la prise des décisions qu'elles ont agi comme variables intermédiaires (M4, M5, M6, M7 et M8).

Tableau 5. Résultats issus des modèles multivariés de régression logistique à pas croissants sur l'assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié

Variables et modalités	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Ethnie								
Ngambaye	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Autre Sara	1,83 *	1,52 ns	1,27 ns	1,28 ns	1,28 ns	1,13 ns	1,09 ns	1,02 ns
Autre d'origine musulmane	0,45 ns	0,41 ns	0,42 ns	0,60 ns	0,54 ns	0,18 **	0,17 **	0,19 **
Religion								
Chrétienne	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Musulmane	2,11 ns	2,01 ns	1,73 ns	1,81 ns	2,14 ns	7,83 **	6,86 **	4,87 **
Exposition aux médias								
Faible		0,50***	0,65 **	0,76 ns	0,79 ns	0,82 ns	0,86 ns	0,80 ns

Moyenne		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Forte		1,53 ns	1,32 ns	1,16 ns	1,19 ns	0,77 ns	0,77 ns	1,01 ns
Niveau d'instruction du conjoint/partenaire								
Sans niveau			0,68 ns	0,72 ns	0,73 ns	0,82 ns	0,87 ns	0,86 ns
Primaire			0,79 ns	0,50 ***	0,49***	0,45 ***	0,46 ***	0,51**
Secondaire/Supérieur			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Activité du conjoint/partenaire								
Inactif			1,08 ns	1,04 ns	1,05 ns	0,70 ns	0,68 ns	0,70 ns
Agriculteur/Eleveur			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Commerçant			1,03 ns	1,08 ns	1,07 ns	1,05 ns	1,01 ns	1,01 ns
Fonctionnaire			1,07 ns	1,06 ns	1,05 ns	0,70 ns	0,68 ns	0,57 ns
Niveau de vie								
Faible			1,25 ns	1,19 ns	1,19 ns	1,14 ns	1,08 ns	0,87 ns
Moyen			1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Elevé			1,31 ns	1,28 ns	1,34 ns	1,55 ns	1,52 ns	1,30 ns
Age du conjoint								
20-29 ans	0,62*	0,66 ns	0,67 ns	0,68 ns	0,69 ns	0,67 ns	0,66 ns	0,58 *
30-44 ans	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
45 ans et +	0,70 ns	0,75 ns	0,71 ns	0,66 ns	0,66 ns	0,56 *	0,59 *	0,58 ns
Niveau d'instruction de la femme								
Sans niveau				0,82 ns	0,90 ns	0,80 ns	0,79 ns	0,79 ns
Primaire				1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Secondaire/Supérieur				2,08 ***	2,21 ***	3,03***	2,80 ***	2,34 ***
Occupation de la femme								
Inactive				1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Agricultrice/Eleveuse/Artisane				1,09 ns	1,11 ns	1,19 ns	1,17 ns	1,13 ns
Commerçante/Fonctionnaire				1,35 ns	1,32 ns	1,65 **	1,65 **	1,74 **
Age de la femme								
15-24 ans	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25-34 ans	0,63**	0,64*	0,61 **	0,64 *	0,62 *	0,48 **	0,48**	0,43 ***
35 ans et Plus	0,63 ns	0,54 ns	0,56 ns	0,63 ns	0,59 ns	0,64 ns	0,62 ns	0,61 ns
Statut matrimonial								
Pas en union	0,79 ns	0,71 ns	0,69 ns	0,63 ns	0,65 ns	0,49 *	0,45 **	0,50 *
En union	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Prise des décisions								
Femme seul					0,61 **	0,80 ns	0,80 ns	0,68 ns
Conjoint seul					0,52 ***	0,54**	0,55 **	0,46 **
Les deux					1,00	1,00	1,00	1,00
Durée d'attente avant la prise en charge dans les formations sanitaires								
Longue						0,24 ***	0,23 ***	0,19***
Acceptable						1,50 ns	1,53 ns	1,67 ns
Satisfaisant						1,00	1,00	1,00
Qualité des soins reçus								
Médiocre						1,52 ns	1,78 ns	2,98 *
Passable						0,93 ns	0,92 ns	0,89 ns
Meilleure						1,00	1,00	1,00
Degré de satisfaction vis-à-vis des soins reçus								
Pas satisfait						0,13 ***	0,14 ***	0,15 ***
Modérément satisfait						2,14 ns	2,21 ns	2,90 ns

Satisfait						1,00	1,00	1,00
Perception des croyances subjectives								
Désapprouve								0,79 ns
Approuve								1,00
Attitudes vis-à-vis du recours à l'accouchement assisté								
Favorable								1,00
Défavorable								1,10 ns
Perception de sa capacité à contrôle son comportement								
Favorable								1,00
Défavorable								0,25***
Distance entre le domicile et la formation sanitaire la plus proche								
Moins de 2 Km						1,00	1,00	1,00
2 Km et plus						2,36 **	2,18 *	1,92 ns
Nombre de visites prénatales								
Moins de 4 visites							1,00	1,00
Au moins 4 visites							0,72 ns	0,86 ns
Dépenses liées aux soins de santé								
Faible							1,00	1,00
Moyenne							1,29 ns	1,11 ns
Elevée							1,36 ns	1,37 ns
Durée d'attente * Degré de satisfaction								
Longue*Pas satisfaite						0,05 ***	0,03 ***	0,08 ***
Longue*Moyennement satisfaite						0,90 ns	0,87 ns	0,85 ns
Longue*Satisfaite						0,19 ***	0,17 ***	0,15 ***
Acceptable * Pas satisfaite						0,25 **	0,20 **	0,18 **
Acceptable * moyen nement satisfaite						1,07 ns	1,05 ns	1,05 ns
Acceptable * Satisfaite						1,67 ns	1,62 ns	1,60 ns
Satisfaite*Moyennement satisfaite						2,90**	2,75**	2,70**
Satisfaite * Satisfaite						1,00	1,00	1,00
Distance parcourue * Qualité de soins								
Moins de 2Km * Médiocre						0,23 ***	0,21 ***	0,20 ***
Moins de 2Km * Passable						1,70 ns	1,66 ns	1,64 ns
Moins de 2km*Meilleure						1,00	1,00	1,00
Plus de 2 Km * Meilleure						1,29 ns	1,22ns	1,20ns
N	542	542	542	542	542	532	532	532
Xhi-deux	10,01**	36,36***	54,12 ***	63,88 ***	72,84 ***	127,74 ***	129,57***	131,79***
Pseudo R carré	0,03	0,05	0,08	0,10	0,11	0,25	0,26	0,29

*Notes: Ns: non significatif; * p≤0,10; **p≤0,05; *** p≤0,01*

4 DISCUSSION

Les données de notre enquête ont révélé que 54,8% des femmes enquêtées dans la ville de Moundou ont accouché avec l'assistance d'un personnel qualifié. Etant donné qu'à l'enquête MICS de 2019, le taux d'accouchement assisté était estimé à 63,8% dans la région de Logone Occidentale et que nous savons que la ville de Moundou est son chef-lieu, nous pouvons dire que le niveau de cet indicateur a été sous-estimé dans notre enquête (INSEED & UNICEF, 2020). Ceci n'a cependant pas eu d'impact sur notre recherche des différentiels et déterminants du phénomène étudié et, ce, surtout que les données qualitatives ont conforté les résultats obtenus.

Les déterminants les plus importants identifiés sont dans l'ordre: la perception de sa capacité à contrôler son comportement, le niveau d'instruction de la femme, l'âge de la femme, la prise des décisions, l'ethnie, la religion, l'âge du conjoint, l'activité de la femme et le niveau d'instruction du conjoint. Nous avons constaté que ces variables expliquent environ 80% de la variation du comportement étudié.

Les résultats relatifs à l'ethnie et la religion confortent l'idée selon laquelle il existe des barrières socioculturelles importantes à l'accouchement médicalement assisté au Tchad, dans la ville de Moundou en particulier. Les femmes d'ethnies musulmanes se distinguent des autres par un recours moins fréquent à l'accouchement assisté parce qu'elles sont plus favorables aux inégalités de genre. Les données qualitatives ont notamment révélé que les femmes musulmanes ont une perception négative des prestataires de sexe masculin et des prestataires de sexe féminin plus jeunes qu'elles. Elles estiment notamment, en se référant à leur religion, qu'elles ne peuvent pas être vues nues par ces derniers. Par ailleurs, comme le souligne Akoto (1993), les missionnaires, pour la plupart des chrétiens, encourageaient les femmes à fréquenter les structures modernes de santé (Akoto Eliwo, 1993). Les travaux de Beninguissé et al. (2004) et Rwenge (2007) ont aussi bien montré le rôle clé de l'ethnie dans la différentiation du recours aux soins à l'accouchement dans d'autres contextes (Beninguissé et *al.,* 2004; Rwenge, 2007).

L'existence des barrières socioculturelles fait que les femmes qui les surmontent facilement sont plus enclines à accoucher avec l'assistance médicale que d'autres. Ce qui justifie les effets déterminants de la perception de sa capacité à contrôler son comportement, de l'instruction et de la prise des décisions. Les femmes ayant une opinion positive vis-à-vis de leur capacité à adopter des comportements autres que ceux valorisés par la tradition ont plus de chance d'accoucher avec l'aide des prestataires qualifiés. Ce résultat est novateur puisque la capacité de sa capacité à contrôler son comportement n'a pas été prise en compte dans d'autres travaux sur le sujet. Il conforte plutôt les résultats issus des recherches sur l'utilisation des préservatifs, en particulier ceux de Bandura (1986) et Babalola et Quénum-Renaud (2002) (Bandura, 1986; Babalola, & Quenum-Renaud, 2002). Ainsi, la manière dont l'individu s'auto-estime, évidemment en comparant ses attitudes, sentiments et comportements à ceux des autres, détermine son engagement dans les pratiques sociales à risque. En ce qui concerne l'instruction de la femme, sa relation positive avec l'accouchement médicalement assisté est justifiée par le fait qu'elle permet à l'individu d'être en contact avec les nouvelles idées, dites modernes, et, partant, de remettre en question les traditions qu'il a intériorisées dans l'enfance. Siaka (2018) et Nadjihoroum (2007) ont aussi abouti au résultat observé dans le cas de l'instruction de la femme, respectivement au Mali et au Tchad (Nadjihoroum Ndigadet, 2007; Siaka, 2018). Nous avons de même observé que l'instruction du conjoint est associée positivement à l'accouchement médicalement assisté mais seulement à son niveau le plus élevé. Les femmes dont les conjoints sont de niveau primaire d'instruction se sont avérées être moins enclines à ce comportement que celles dont les conjoints sont sans niveau d'instruction. Ce résultat est justifié par l'interaction entre l'homme et son épouse: les bonnes pratiques en matière de santé peuvent donc aussi être transmises à la femme via son conjoint, mais c'est au plus haut niveau d'instruction de ce dernier qu'il en a davantage connaissance. Le résultat obtenu ici est en contradiction avec celui de Kamiya (2011), où l'instruction du conjoint a été non significativement associée à tous les comportements de santé maternelle (Kamiya, 2011). Toutefois, nous avons bien remarqué, comme Gabrysch and Campbell (2009), que le rôle de l'instruction du conjoint dans le recours à l'accouchement assisté est, dans le milieu étudié, moins prépondérant que celui de l'instruction de la femme.

L'effet positif sur l'accouchement assisté du fait que la femme travaille comme commerçante ou fonctionnaire est justifié par ce que permettent ces activités dans la liberté de la femme de disposer de ses revenus et, partant, de pouvoir prendre en charge les dépenses relatives à son accouchement. Et, dans le milieu étudié, nous avons remarqué que c'est l'occupation d'une activité par la femme qui lui permet vraiment de faire face aux coûts de recours aux services dans le milieu étudié, puisque celle du conjoint ainsi que le niveau de vie n'ont pas eu d'effets significatifs sur le comportement étudié. Ces résultats confortent ceux de Miles-Doan et Brewster (1998) dans le cas de l'activité de la femme (Miles-Doan, & Brewster, 1998) et contredit ceux de Beninguissé (2004) dans le cas de l'activité du conjoint et du niveau de vie (Beninguissé et al., 2004).

Contrairement à ce que Blanc (2001), Norman and Conner (2005) et Ahmed et al. (2010) ont observé dans d'autres contextes, à savoir l'autonomie décisionnelle de la femme influence positivement son recours à l'accouchement assisté (Ahmed et al., 2010; Blanc, 2001; Normand & Ducharme, 2003), dans la ville de Moundou, où la plupart des sociétés sont patriarcales, donc favorables aux inégalités de genre, c'est la prise conjointe des décisions qui a été positivement associé à ce comportement.

Enfin, le Tchad étant un pays où la fécondité est très élevée et la contraception très faiblement utilisée, les femmes âgées de 25-34 ans ont été moins enclines à l'accouchement médicalement assisté que celles de 15-24 ans. Ce résultat traduit certainement l'effet de l'expérience en maternité: les premières ont notamment eu un grand nombre d'enfants, alors que les dernières sont en début de leur cycle de vie féconde.

5 CONCLUSION

En conclusion, les résultats de l'étude montrent l'intérêt d'améliorer la demande et l'offre de soins maternels pour augmenter le taux d'accouchement assisté par un professionnel de santé qualifié dans la ville de Moundou. Enlever les barrières socioculturelles par la sensibilisation et l'éducation des leaders traditionnels et religieux et des individus, améliorer la qualité des services de santé maternelle à tous les niveaux et rendre de plus en plus effectif la gratuité des soins à l'accouchement sont les actions qui devraient être renforcées au Tchad par le Gouvernement de ce pays et ses partenaires pour réduire le taux d'accouchements à domiciles et, partant, la mortalité maternelle.

REMERCIEMENT

Nous tenons à exprimer nos sentiments de gratitude aux femmes qui ont accepté de participer à cette enquête, aux autorités de la Commune de la ville de Moundou et la Délégation Provinciale du Logone Occidental pour l'appui nous apporté au cours de l'enquête. Mes remerciements vont aussi à Madame le professeur KAMDEM KAMGNO Hélène ainsi qu'à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) qui m'ont facilité la réalisation de ces travaux, sans lesquels, cette recherche n'aurait pu aboutir.

REFERENCES

[1] Adjiwanou, V. (2013). Contexte de genre, autonomie des femmes et utilisation des services de santé maternelle en milieu rural africain : Analyse par modèles d'équations structurelles [Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (PhD) en Démographie]. Université de Montréal, Département de Démographie Faculté des Arts et des Sciences.

[2] Adjiwanou, V., & LeGrand, T. (2014a). Inégalité des sexes et utilisation des services de santé maternelle dans la zone rurale d'Afrique subsaharienne. Santé et Lieu de vie, 65-87.

[3] Adjiwanou, V., & LeGrand, T. (2014b). Inégalité des sexes et utilisation des services de santé maternelle dans la zone rurale d'Afrique subsaharienne. Santé et Lieu de vie, 23.

[4] Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment : Implications for maternal health service utilization in developing countries. (Public Library of Science (PLoS), Vol. 5, p. 1-11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190.

[5] Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human, Decision Processes, 50 (2), Article 2.

[6] Akoto Eliwo, M. (1993). Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication. Louvain- La- Neuve, Académia, 269.

[7] Ancelot, L., Bonnal, L., & Depret, M.-H. (2016). Déterminants du renoncement aux soins des femmes durant leur grossesse. Revue française d'économie 4, 31 (4), 63-107.

[8] Babalola, S., & Quenum-Renaud, B. (2002). Influence of media messages on sexual and reproductive health behaviour in Côte d'Ivoire. African Journal of Reproductive Health, 19-33.

[9] Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. (Englewood Cliffs). NJ: Prentice-Hall.

[10] Beninguissé, G., Nikiéma, B., Fournier, P., & Haddad, S. (2004). L'accessibilité culturelle : Une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Études de la Population Africaine, 19, 243-266.

[11] Blanc, A. (2001). The effect of power in sexual relationships on sexual and reproductive health: An examination of the evidence. Studies in Family Planning, 3 (32), 189-213.

[12] Bourtel, K., & Coll. (2013). La santé des femmes au Tchad, entre urgence et développent. Savoirs Communs, 104.

[13] DSIS - TCHAD. (2022). Annuaire des Statistiques Sanitaires 2020 (Tome A, 34ème Edition; p. 252). Ministère de la Santé Publique.

[14] DSIS-TCHAD. (2018). Annuaires statistiques sanitaire du 19ème au 32ème éditions [Rapport final]. Ministère de la Santé Publique.

[15] Epiney, M., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Facteurs de risque psychosociaux et accouchement avant terme. Rev Med Suisse, 7, 2066-2069.

[16] Fall, A. S., & Ndoye, T. (2007). La demande de soins et l'accès aux services de santé dans les régions centrales du Sénégal. In Le Sénégal Face aux Défis de la Pauvreté. Paris : Consortium pour la Recherche économique et sociale, Karthala (p. 109-127). Centre de Recherches sur les Politiques sociales.

[17] Faye, S. (2013). Amélioration de la santé maternelle et néonatale au Tchad : Etude socio-anthropologique au Sahel (p. 37) [Rapport enquête qualitative]. Ministère de la santé publique.
[18] Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk : Literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy Childbirth, 9 (34), 37.
[19] Gauthier, L., & Ridde, V. (2017). Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé. Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique, 978 (2), 93.
[20] Giger, J. C. (2008). Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement : La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. L'année psychologique, 108 (1), 107-131.
[21] Haddad, S., & Fournier, P. (1993). Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament position du problème, aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique [Rapport de recherche soumis au Programme des Médicaments Essentiels de l'OMS].
[22] INS. (2025). Troisième Enquête Démographique et de Santé au Congo. INS-Congo. https://ins-congo.cg.
[23] INS, Ministère de la Santé Publique, & ICF International. (2016). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015). Rockville, Maryland, USA : INSEED, MSP et ICF International.
[24] INS, Ministère de la Santé Publique, & ICF International. (2019). Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2018 – Indicateurs clés. INS et ICF. https://ins-cameroun.cm.
[25] INSEED, ICF, & UNICEF. (2015). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateur Multiples (EDS-MICS) du Tchad 2014-2015 (p. 623) [Rapport final]. Ministère de l'Economie, du Plan et de de la Coopération.
[26] INSEED, & UNICEF. (2020). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) -Tchad, 2019 (p. 813) [Rapport final]. Ministère de l'Economie, du Plan et de de la Coopération.
[27] INSEED-TCHAD. (2012). Deuxième recensement Général de la population et de l'Habitat de 2009 (Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique, p. 93) [Rapport de synthèse]. Ministère de l'Economie, du Plan et de de la Coopération.
[28] INSEED-TCHAD. (2014). Deuxième recensement General de la population et de l'habitat, 2009 (Rapport final: Projections Démographiques Régionales, Tome 2: Niveau régional, p. 90). Ministère de l'Economie, du Plan et de de la Coopération.
[29] Joanne, O., Gaston, G., & Robert, P. (1991). Étude des déterminants psychosociaux de l'utilisation du condom chez les adolescents et adolescentes de cinquième secondaire : Rapport de recherche. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Direction de la Santé Publique, 300.
[30] Kamiya, Y. (2011). Women's autonomy and reproductive health care utilization : Empirical evidence from Tajikistan. Health Policy, 2-3 (102), 304-313. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.04.001
[31] Langlois, M. (2011). Étude sur les déterminants psychosociaux de la vaccination contre le virus A (H1N1) auprès des parents d'enfants qui fréquentent des services de garde éducatifs de Montréal [Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Maitre és sciences (M.Sc) en santé communautaire Ph.D en Démographie]. Université de Montréal.
[32] Le Bonniec, A., Djoufelkit, K., & Cousson-Gélie, F. (2015). Quels sont les facteurs psychosociaux déterminant la participation au dépistage du cancer colorectal ? Intérêt de la théorie du comportement planifié et du concept de coping. Psycho-Oncol, 9, 108-114.
[33] Levasseur, C., Pineault, R., & Hankins, C. (1992). Facteurs psychosociaux influençant l'intention des femmes infectées par le VIH d'avoir un enfant : Étude de douze cas. Santé mentale au Québec, 17 (1), 177-194.
[34] Loyal, D. (2017). Déterminants Psychosociaux et Culturels du Burnout Maternel et des Symptômes Dépressifs Périnataux. [Psychologie]. Université de Bordeaux.
[35] Miles-Doan, R., & Brewster, K. L. (1998). The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Philippines. Studies in Family Planning, 1 (29), 69-78.
[36] Myriane, S.-P. (2019). Relations entre le stress Psychosocial et les comportements liés à la santé durant la grossesse [Mémoire de maîtrise en kinanthropologie].
[37] Nache, C. M., & Trudeau, F. (2007). Déterminants psychosociaux des comportements de santé : Approches théoriques et opérationnalisation en éducation pour la santé. SPIRALE-Revue de recherches en Éducation, 25, 91-107.
[38] Nadjihoroum Ndigadet. (2007). Pauvreté et accès aux soins de santé obstétricaux au Tchad [Mémoire de DESS en démographie]. IFORD.
[39] Nikiéma, B. (2017). Les Inégalités de l'accès aux soins en milieu urbain à Ouagadougou. 26.
[40] Nkurunziza, M. (2014). Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : Déterminants et motivations [Thèse de doctorat en Démographie, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication]. Université Catholique de Louvain.

[41] Normand, C., & Ducharme, F. (2003). Les approches prédictives et explicatives dans l'étude de l'utilisation des services : Exemple de la gérontologie sociale. Ruptures, Revue trans-disciplinaires en santé, 9 (2), 112-116.
[42] Olivier, R. L. (1980). A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, 17 (4), Article 4.
[43] OMS. (2022). Santé des adolescents et des jeunes adultes (p. 22) [Principaux faits]. Organisation mondiale de la Santé.
[44] OMS. (2023). Mortalité maternelle : Inégalité d'accès aux services de santé (p. 9) [Rapport de synthèse]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.
[45] Pigneur, Y. (2010). Satisfaction des utilisateurs, protection de la vie privée, connaissances et innovation sous la loupe des chercheurs. 5.
[46] Rondeau, G., Lindsave, J., Brochu, & Brodeur. (2006). Application du modèle Trans théorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 35, 91.
[47] Rwenge, M. (2007). La qualité des soins obstétricaux au Cameroun. Travaux et documents Publiés par l'IFORD, 29, 206.
[48] Rwenge, M., & Nguemaleu, T. (2011). Facteurs Sociaux de l'utilisation des Services de soins Obstétricaux parmi les Adolescentes Camerounaises. African Journal of Reproductive Health, 15 (3), 81-92.
[49] Siaka, C. (2018). Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capabilités : Le cas du Mali [Thèse de doctorat en Démographie]. Université de Genève.
[50] Sorgho, E. (2017). Les déterminants de non-recours aux services des soins postnataux : Cas du centre de santé et promotion sociale du district sanitaire de Ziniaré [Mémoire de Master II en Science Maïeutiques et Santé de la Reproduction]. Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Science de la Santé et de l'Éducation (IFRISSE).
[51] TCHAD-MSP, & ASTEBEF. (2009). Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle Néonatale et Infantile (p. 61) [Document final]. Ministère de la Santé Publique.
[52] TCHAD-MSP, UNICEF, MUSKOKA, Union Européenne, & OMS. (2018). Enquête sur la disponibilité et capacités opérationnelles des services de santé (p. 170) [Rapport final]. Ministère de la Santé Publique.
[53] TCHAD-PDC, M. (2015). Plan Régional de Développement Communal de 2015 -2019 (p. 161) [Rapport final]. Mairie de la ville de Moundou.
[54] Terrade, F., & al. (2009). L'acceptabilité sociale : La prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques. Presses Universitaires de France, 383-395.
[55] Triandis, C. (1970). Attitude et changement d'attitude. fondements de la psychologie sociale. Hoboken, New Jersey.
[56] Union Africaine, C. (2015, avril). Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons. Edition finale; Disponible l'adresse : https://au.int/sites/default/files/pages/3657-file-agenda2063_popular_version_en.pdf.
[57] Youness, J., Houda, L., & Hicham, O. (2018). Dépenses et utilisation de soins de santé : Une revue de littérature théorique et empirique. In European Scientific Journal (Vol. 14, p. 1857-1881).