

LA DEPERDITION DES SOINS PRENATALS AU TCHAD

Franklin BOUBA DJOURDEBBE

DEMOGRAPHE

Université ADAM BARKA d'ABÉCHÉ, Tchad

BP 1 173 N'Djaména, Tchad - Tel. (+235) 645 83 50/664 11 89 – Fax : (+235) 69 80 78 –

E-mail : djourdeb@yahoo.fr

Résumé

Depuis plusieurs décennies, les problèmes de santé maternelle et infantile ne cessent de préoccuper toutes les sociétés à travers le monde. Chaque année, plus de 500 000 femmes dont la majorité vit dans les pays en développement décèdent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement (OMS, 1999). Le Tchad n'est pas à l'abri de ce fléau dévastant. Il est l'un des pays d'Afrique subsaharienne ayant un taux de mortalité maternelle élevé largement au-dessus de la moyenne africaine estimé à 800 cas pour 100 000 naissances vivantes. La forte prévalence de la mortalité maternelle dans ce pays s'explique en partie par la déperdition des soins prénatals. Les études montrent que seulement 33% de femmes recourent aux soins de santé modernes pendant la grossesse. Parmi la sous-population utilisatrice des services prénatals, une large majorité ne revient plus à la prochaine visite assurer la continuité des soins. La déperdition des soins prénatals constitue ainsi un blocage à la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Cette étude vise à identifier les facteurs associés à ce phénomène de façon à améliorer la santé maternelle et infantile au Tchad.

Mots-clés

Déperdition des soins prénatals, grossesse, accouchement, santé maternelle, mortalité maternelle, continuité des soins, Tchad.

Abstract

Since many decades, the societies worldwide are unceasingly concerned with the problem of infant and maternal health. Every year, more than 500 000 women living in underdeveloped countries die of

pregnancy or delivery (WHO, 1999). Chad is not exempted from this reality. It is one of the subsaharian african countries having a high maternal mortality rate, far above the average which is 800 cases per 100 000 children ever born. This high maternal death rate is partly the consequence of some loss in resorting antenatal care. This study has shown that only 33% of women resort to modern health care during pregnancy. Among the subpopulation using the antenatal services, a great majority does not come back for the next visits in order to assure the continuity of care. Loss in care is therefore a hindrance to the fight against maternal and perinatal death. The study aims at identifying the factors that can likely explain this phenomenon, so as to improve the infant and maternal health in Chad.

Key-words

Loss in care, pregnancy, delivery, maternal health, maternal death, continuity of care, Chad.

INTRODUCTION

Le Tchad est souvent présenté comme l'un des pays d'Afrique subsaharienne ayant un taux de mortalité maternelle élevé, bien au-dessus de la moyenne africaine estimée à 800 cas pour 100 000 naissances vivantes environ. Selon une enquête menée entre 1996 et 1997, les décès maternels sont estimés à 827 cas pour 100 000 naissances vivantes. Le rapport mondial sur le développement humain 2003 fait mention de 1 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. La situation des gestantes en matière de recours aux soins prénatals est particulièrement préoccupante. Les résultats de l'EDST (1996-1997) révèlent que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, environ deux tiers (63%) sont issus de mères n'ayant effectué aucune consultation prénatale, pour un tiers (32%) les mères ont consulté un professionnel de santé et pour 4% les mères ont consulté une accoucheuse traditionnelle non formée. Pire encore, la minorité de femmes qui suivent les soins prénatals ne les font pas en général de manière régulière (UNICEF, 1999). Pourtant, l'un des intérêts de la consultation prénatale (CPN) est d'aider à la préparation d'un accouchement sous assistance médicale (avec éventuellement des soins obstétricaux d'urgence) dont l'efficacité pour la lutte contre la mortalité maternelle a été empiriquement démontrée.

En effet, parmi les 33% de femmes qui effectuent au moins une visite prénatale, nombre d'entre elles n'y reviennent plus assurer la continuité des soins prénatals. C'est ce que Beninguisse et Nikiéma (2005) appellent déperdition des soins prénatals. Au Tchad, la probabilité pour une femme ayant effectué la troisième visite prénatale d'effectuer une visite supplémentaire demeure faible (0,60)¹ d'où une probabilité de déperdition de 0,40 (1-0,60). La déperdition des soins prénatals n'est pas souhaitable parce que chaque période de la grossesse comporte son lot de risques avec une culmination à la fin de la grossesse, période à laquelle il est estimé que les deux tiers des décès maternels surviennent (Abou Zahr, cité par Beninguisse et Nikiéma, 2005). Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être reçus à un stade précoce et, ce surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'OMS recommande, au moins 4 visites, à intervalles réguliers tout le long de la grossesse. Compte tenu de la montée galopante de la pandémie du VIH/SIDA, la déperdition des soins prénatals contribuerait à compromettre la prévention de la transmission de la mère - enfant. A défaut de pouvoir attendre toute la population cible (femmes enceintes), en arriver à fidéliser la sous-population utilisatrice dès le premier contact avec le système de santé, par une continuité de soins le long du processus d'enfantement, constitueraient une étape importante vers la réduction de la mortalité maternelle et périnatale (Beninguisse et Nikiéma, 2005). La déperdition des soins prénatals constitue une menace pour la santé de la femme. Elle nécessite une attention particulière. Ses fondements sont encore mal connus et peu documentés. Cette piste de recherche a été jusqu'ici ignorée des études antérieures se rapportant à l'utilisation des services de santé maternelle. La présente étude contribuerait à ce manque.

I- METHODOLOGIE

I..1-DONNEES, VARIABLES D'ANALYSE ET INDICATEURS

Les données utilisées dans la présente étude proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (EDST)² de 2004. L'EDST a enregistré des informations permettant d'étudier la déperdition des soins prénatals. L'étude est exclusivement faite à partir d'un échantillon de 1 706 femmes ayant eu au moins une consultation prénatale.

¹ Probabilité générée à partir des données de l'EDST (1996-1997).

² L'EDST fait partie du programme international d'enquêtes comparatives réalisées par Macro International Inc. (Demographic and Health Surveys-DHS).

La déperdition des soins prénatals est saisie indirectement à partir de nombre des visites prénatales (il faudrait que la femme ait effectué au moins une CPN relative à son dernier enfant). Ainsi, nous avons retenu comme variables d'analyse : la région de résidence, le milieu de résidence, l'appartenance ethnique, le milieu de socialisation, la religion, le niveau de vie du ménage, l'âge, la parité atteinte, l'opportunité de la grossesse, le niveau d'instruction, l'accessibilité géographique, la qualité des services prénatals, la durée de la gestation à la CPN1 et le nombre des visites prénatales.

Comparativement aux autres variables, le niveau de vie du ménage, la qualité des services prénatals ont été construits. L'identifiant de la construction de l'indicateur du niveau de vie a pris en compte aussi bien les caractéristiques de l'habitat que les biens d'équipement du ménage : matériaux de construction du mur, du plancher et du toit, à la possession de biens tels que l'électricité, le téléphone, la radio, le téléviseur, le réfrigérateur, le vélo, la moto, la voiture, le mode d'approvisionnement en eau de boisson et le type de toilette.

La construction de la qualité des services, quant à elle, a considéré un certain nombre de variables telles que la prise de taille, du poids, de la tension artérielle, le test d'urine, le prélèvement du sang, la vaccination antitétanique, les comprimés de fer, la prévention contre le paludisme et l'éducation sanitaire sur les signes de complications de la grossesse. Ces composantes font partie des caractéristiques du système de santé et du minimum du standard médical à offrir à une femme pendant la grossesse.

I.2- METHODE D'ANALYSE UTILISEE

La méthode d'analyse s'inspire des travaux de Beninguisse et collaborateurs (2005) sur la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique.

Dans un premier temps, nous avons cherché à générer les probabilités de déperdition des soins à partir du nombre de visites prénatales à l'aide d'une feuille de calcul EXCEL. Pour y arriver, nous avons d'abord considéré les femmes ayant effectué au moins une visite prénatale pour leur naissance survenue au cours des 5 dernières années avant l'enquête selon le nombre de visites et la durée de la gestation à la première consultation prénatale (CPN1). *Les femmes ont été stratifiées en deux principales catégories du fait que toutes les femmes ne débutent pas la CPN1 au même moment. Nous avons ainsi distingué les femmes qui ont débuté la CPN1 dans le premier trimestre de la grossesse de celles qui ont débuté la CPN1 au-delà du premier trimestre de la grossesse.* Ensuite, nous avons généré les femmes ayant effectué au moins n visites puis les probabilités de continuité

entre la visite t et la visite t+1. Enfin, nous avons donc déduit les probabilités de déperdition (complément à 1 de la probabilité de continuité) selon la méthodologie développée par Beninguisse et collaborateurs (2005) et dont les détails figurent au tableau 1.1.

Dans un second temps, nous avons croisé la variable nombre de visites avec toutes les autres variables indépendantes retenues à l'aide de la procédure « Crosstabs » du logiciel SPSS pour l'analyse pour ainsi apprécier la relation à l'aide de la statistique de Khi-deux.

Tableau 1.1 METHODE DE CALCUL DES PROBABILITES DE DEPERDITION

Nombre de visites Prénatales (1)	Nombre de femmes Concernées (2)	Nombre de femmes Ayant effectué au moins n visites (3)	Probabilités de continuité entre la visite t et la visite t+1 (4)	Probabilité de déperdition (complément à 1 de la probabilité de continuité) (5)
1	n2	N- (n1+n2)	$[N-(n1+n2)] / [(N-n1)]$	$1- [N-(n1+n2)] / [(N-n1)]$
2	n3	N- (n1+n2+n3)	$[N- (n1+n2+n3)] / [N- (n1+n2)]$	$1- [N- (n1+n2+n3)] / [N- (n1+n2)]$
3	n4	N- (n1+n2+n3+n4)	$[N- (n1+n2+n3+n4)] / [N- (n1+n2+n3)]$	$1- [N- (n1+n2+n3+n4)] / [N- (n1+n2+n3)]$
...
Total	N			

Exemples de calcul des probabilités de déperdition au Tchad (2004) selon le niveau

d'instruction : Cas de femmes sans niveau

Début de CPN1= premier trimestre					Début de CPN1= au-delà du premier trimestre				
Visites	A ³	B ⁴	C ⁵	D ⁶	Visites	A	B	C	D
1	61	376	0,92	0,08	1	186	512	0,84	0,16
2	107	315	0,84	0,16	2	167	326	0,64	0,36
3	68	208	0,66	0,34	3	94	159	0,49	0,51
4	64	140	0,67	0,33	4	37	65	0,41	0,59
5	48	76	0,54	0,46	5	17	28	0,43	0,57
6	13	28	0,37	0,63
...
Total	409				Total	610			

II. RESULTATS

II.1 NIVEAU NATIONAL DE LA DEPERDITION DES SOINS PRENATALS

Au Tchad, parmi les femmes utilisatrices des services prénatals, nombre d'entre elles ne se fidélisent pas au système des soins comme les normes de l'OMS le recommandent (4 visites au minimum avant l'accouchement, à intervalles réguliers). En se référant au tableau 2.1, de l'annexe, on constate d'une manière générale que la déperdition augmente avec le nombre de visites quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1. Les probabilités de déperdition sont nettement plus faibles lorsque les CPN commencent dans le premier trimestre. Par ailleurs, ce qui apparaît plus frappant, c'est que la déperdition devient particulièrement très importante entre la CPN3 et la CPN4 quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1. Cela montre l'intérêt de renforcer l'éducation sanitaire à la troisième visite sur l'intérêt de la continuité de visites.

En effet, la déperdition est de 0,05 ; 0,12 et 0,31 respectivement entre la CPN1 et la CPN2, entre la CPN2 et la CPN3, et entre la CPN3 et la CPN4 lorsque les CPN commencent dans le premier trimestre. *Autrement dit, lorsqu'on a une cohorte fictive de 100 femmes qui débutent*

³ A : nombre de femmes concernées dans les grandes villes;

⁴ B : nombre de femmes ayant effectué au moins n visites ;

⁵ C : probabilités de continuité entre la visite t et la visite t+1 ;

⁶ D : probabilité de déperdition (complément à 1 de la probabilité de continuité).

la CPN1 dans le premier trimestre, 5 femmes, 11 femmes et 26 femmes ne reviennent plus assurer la continuité des soins respectivement entre la CPN1 et la CPN2, entre la CPN2 et la CPN3, et entre la CPN3 et la CPN4. Lorsque les CPN commencent au-delà du premier trimestre, la déperdition est de 0,15 ; 0,33 et 0,48 respectivement entre la CPN1 et la CPN2, entre la CPN2 et la CPN3, et entre la CPN3 et CPN4. Ce qui signifie que 15 femmes, 28 femmes et 27 femmes sortent du système de santé respectivement entre la CPN1 et la CPN2, entre la CPN2 et la CPN3, et entre la CPN3 et la CPN4. Là encore, le niveau de déperdition à l'échelle nationale masque d'énormes disparités selon un certain nombre de caractéristiques retenues dans cette étude.

II.2 DIFFERENTIELS

II.2.1 AGE

Le test de Khi-deux montre qu'il n'existe pas d'association entre la déperdition et l'âge de la femme quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1. Ce résultat ne conforte pas entièrement l'hypothèse qui postule que la déperdition augmente avec l'âge. Toutefois, nous constatons que les différences selon l'âge sont faibles entre les femmes qui commencent leur consultation au premier trimestre. En revanche, elles sont nettement plus importantes parmi les femmes qui commencent leur CPN au-delà du premier trimestre, les probabilités de déperdition étant plus élevées chez les plus âgées (35 ans et plus) que chez les jeunes (15-24 ans) et les adultes (25-34 ans).

II.2.2 PARITE

La parité n'est pas significativement associée à la déperdition des soins prénatals quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1. Ni le statut de primiparité ni celui de grande multiparité n'influencent de façon particulière la déperdition. En effet, on constate que les différences sont faibles entre les femmes qui débutent la CPN dans le premier trimestre. A l'opposé, elles sont nettement plus importantes entre les femmes qui débutent leur CPN au-delà du premier trimestre. Les probabilités de déperdition sont plus élevées chez les grandes multipares que chez les primipares et les multipares.

II.2.3 OPPORTUNITE DE LA GROSSESSE

On note une association significative entre la déperdition et l'opportunité de la grossesse mais cette relation est de nature variable selon l'âge de la grossesse à la première CPN. En effet,

lorsque les femmes commencent la CPN1 dans le premier trimestre de la grossesse, les probabilités de déperdition sont plus élevées chez les femmes dont la grossesse n'a pas été souhaitée que chez celles dont la grossesse a été souhaitée. En revanche, lorsque les femmes qui commencent les visites au-delà au premier trimestre, les probabilités de déperdition sont nettement plus importantes chez les femmes dont la grossesse a été souhaitée que chez celles dont la grossesse n'a pas été souhaitée.

II.2.4 NIVEAU D'INSTRUCTION

On constate que le niveau d'instruction de la femme est significativement associé à la déperdition au seuil de 1% quel que soit le moment du début des CPN. Mis à part le fait que les probabilités de déperdition sont nettement plus faibles lorsque la CPN1 commence dans le premier trimestre que lorsqu'elle commence au-delà du premier trimestre, on constate que quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1, les risques de déperdition diminuent à mesure que le niveau d'instruction augmente.

II.2.5 NIVEAU DE VIE DU MENAGE

A l'examen du tableau 2.1, on constate qu'il existe une relation négative et significative entre la déperdition et le niveau de vie du ménage au seuil de 1% quel que soit le moment de début des CPN. En effet, quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1, les risques de déperdition diminuent lorsque le niveau de vie du ménage augmente (graphique 2.5). Notre hypothèse selon laquelle la déperdition des soins prénatals diminue à mesure que le niveau de vie augmente est ainsi confortée. La démarcation est très nette entre le niveau élevé d'une part et les niveaux moyen et faible d'autre part. En revanche, les différences de déperdition de probabilités de déperdition entre les niveaux de vie moyen et faible sont faibles.

II.2.6 QUALITE DES SERVICES

La qualité des services est significativement et positivement associée à la déperdition au seuil de 1% quelle que soit la durée de la gestation à la CPN1. On constate que les risques de déperdition diminuent avec la qualité des services quel que l'âge de la grossesse à la CPN1. Les différences de probabilités de déperdition demeurent importantes entre les gestantes quel que soit le début des CPN. Ces écarts se creusent au détriment des femmes ayant bénéficié des services de mauvaise qualité par rapport à celles ayant bénéficié des services de bonne ou

moyenne qualité. L'hypothèse selon laquelle la déperdition des soins prénatals est plus importante lorsque la qualité des services est déficiente est donc confortée.

II.2.7 Distance entre domicile et centre SMI

Quel que soit le moment de la grossesse à la CPN1, la distance qui sépare le domicile d'une gestante et le centre SMI est significativement associée à la déperdition au seuil de 1%. Les probabilités de déperdition augmentent avec la distance par rapport au centre SMI. On constate que les différences entre les femmes sont plus importantes lorsqu'elles commencent la CPN1 dans le premier trimestre. Les probabilités de déperdition sont plus élevées chez les femmes résidant à plus de 14 km que chez celles qui résident à moins de 5 km et de 5 à 14 km des centres SMI. Lorsque les femmes débutent leur consultation au-delà du premier trimestre, la démarcation est très nette entre les femmes qui résident à moins de 5 km des centres SMI d'une part et les femmes qui résident de 5 à 14 km et celles qui résident à plus de 14 km des centres SMI d'autre part. Les différences de probabilités de déperdition entre les femmes résidant de 5 à 14 km et celles résidant à plus de 14 km des centres sont peu perceptibles.

II.2.8 MILIEU DE RESIDENCE

Le milieu de résidence est significativement associé à la déperdition au seuil de 1% quel que soit le début des CPN. En effet, les probabilités de déperdition sont plus élevées chez les femmes rurales que chez celles femmes de petites et grandes villes lorsque les femmes consultent un personnel de santé dans le premier trimestre. A l'opposé, lorsque les femmes consultent un personnel de santé au-delà du premier trimestre, les femmes de grandes villes se distinguent par des probabilités de déperdition nettement plus faibles par rapport aux femmes rurales et celles de petites villes alors que les différences de probabilités de déperdition entre ces dernières (femmes de petites villes et leurs congénères du milieu rural) s'atténuent sensiblement.

II.2.9 MILIEU DE SOCIALISATION

Le milieu de socialisation est significativement associé à la déperdition au seuil de 1% à n'importe quel moment de la grossesse à la CPN1. En effet, les probabilités de déperdition sont nettement plus faibles chez les femmes socialisées dans les grandes et petites villes que chez celles socialisées en milieu rural lorsque les CPN commencent dans le premier trimestre. Par ailleurs, ces différences de probabilités de déperdition au-delà du premier trimestre sont

plus importantes entre les femmes socialisées dans les grandes villes et celles socialisées dans les petites villes d'une part et les femmes socialisées en milieu rural d'autre part (graphique 2.9). Ces écarts se creusent au détriment du milieu rural par rapport au milieu urbain. Ce résultat vient ainsi conforter l'hypothèse qui postule que les femmes résidant en milieu rural ou socialisées en milieu rural, ont une déperdition plus importante des soins prénatals, comparées aux femmes résidant en milieu urbain ou socialisées dans ce même milieu.

II. 2.10 REGION DE RESIDENCE

Le test de Khi-deux montre qu'il existe une association entre la déperdition et la région de résidence quel que soit l'âge de la grossesse à la CPN1. En effet, lorsque les CPN débutent dans le premier trimestre, on s'aperçoit que la région du Kanem, du Mayo Kebbi, du Moyen Chari, du Guéra et celles des Logone occidentale et orientale se démarquent des autres régions par des probabilités de déperdition nettement plus élevées. En revanche, les faibles probabilités de déperdition s'observent dans la région de Salamat, du Chari Baguirmi, du Ouaddaï et celle de N'djaména. Au-delà du premier trimestre, les probabilités de déperdition les plus importantes sont enregistrées dans la région du Grand Nord, du Logone occidental, du Ouaddaï, du Guéra et du Mayo Kebbi. Tandis que les probabilités de déperdition les plus faibles sont observées dans la région de N'djaména, le Logone Oriental, le Salamat et la Tandjilé.

D'un autre côté, il convient de noter que quelle que soit la durée de la grossesse à la CPN1, la région de N'djaména qui abrite la capitale enregistre des probabilités plus faibles. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la région de N'djaména est de loin la région plus lotie aussi bien en infrastructures socio-sanitaires qu'en personnel de santé qualifié au Tchad.

II. 2.11 APPARTENANCE RELIGIEUSE

La religion n'est significativement associée à la déperdition que lorsque les CPN débutent dans le premier trimestre (au seuil de 5%). En effet, lorsque les CPN commencent dans le premier trimestre, on remarque que les probabilités de déperdition sont plus élevées chez les femmes athées ou adeptes de religions traditionnelles que chez les chrétiennes et les musulmanes. Au-delà du premier trimestre, le test de Khi-deux montre qu'il n'existe pas d'association entre la déperdition et la religion. Toutefois, on observe que les probabilités de déperdition sont relativement faibles chez les femmes athées ou adeptes de religions traditionnelles que chez les chrétiennes et les musulmanes. Ce dernier résultat ne conforte pas

entièrement l'hypothèse selon laquelle comparées aux femmes chrétiennes, les femmes musulmanes, athées ou adeptes de religions traditionnelles sont plus sujettes à la déperdition des soins prénatals.

II.2.12 ETHNIE

La variable ethnique n'est significativement associée à la déperdition que lorsque les CPN commencent dans le premier trimestre. En effet, lorsque les femmes consultent un personnel médical dans le premier trimestre, les femmes gorane, arabe, baguirmi-kanembou et tandjilé se distinguent des autres par de faibles probabilités de déperdition. En revanche, les femmes kebbi, sara, hadjarai-iro et fitri-batha ont des fortes probabilités de déperdition. Au-delà du premier trimestre, le test de Khi-deux montre qu'il n'existe pas d'association entre la déperdition et l'ethnie. En d'autres termes, les différences de probabilités de déperdition sont relativement faibles entre les femmes quelle que soit l'appartenance ethnique.

CONCLUSION

Compte tenu de la forte déperdition observée entre la CPN3 et la CPN4, nous suggérons que l'Etat tchadien, les institutions et organismes intervenant dans le cadre des soins prénatals renforcent la sensibilisation de femmes à partir de la troisième visite prénatale, pour que celles-ci ne reviennent nécessairement à la quatrième visite assurer la continuité des soins. Ainsi, ce nombre minimum requis permettant de mettre relativement les femmes à l'abri de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Nous recommandons que la sous-population utilisatrice (surtout les femmes âgées) des services prénatals soit sensibilisée et suivie de manière à la fidéliser au système de santé jusqu'à ce que la continuité des soins se garantisse. Cette sensibilisation pourrait consister à expliquer aux femmes les bienfaits de consultations prénatales. Par ailleurs, il serait recommandable de mettre en place des programmes de CCC (Communication pour le Changement de Comportement) dans les campagnes et petites villes afin d'amener les femmes issues de ces milieux à effectuer quatre CPN au minimum de façon régulière avant l'accouchement. Il faudrait que CCC soit particulièrement renforcée à partir de la troisième visite prénatale (CPN3), visite à partir de laquelle la prochaine devient moins sûre.

Il est également important d'améliorer la qualité des soins et des services de telle sorte que toute une panoplie de prestations puisse attirer les gestantes à revenir aux prochaines visites.

Faire que le contact entre un prestataire des soins et une gestante soit harmonieux et plein de confiance.

Il serait, tout de même, indispensable de déclarer une guerre contre la pauvreté, obstacle majeur à l'accessibilité des services prénatals en encourageant la scolarisation de filles, la promotion des activités génératrices de revenus pour les femmes et en partageant le pouvoir de décision avec la femme.

La déperdition des soins prénatals demeure encore un domaine inexploré, il serait souhaitable que des études comparées soient menées afin de cerner les fondements qui sous-tendent ce phénomène à travers les différents pays en développement. La bonne connaissance des facteurs associés à ce phénomène contribuerait à résoudre en partie la mortalité materno-infantile, jusqu'ici, élevée dans ces régions du monde.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Assemal, A. (2003), Les déterminants de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Tchad, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, 95p.

Beninguisse, G. (2001), Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun, UCL, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Louvain-La-Neuve, 313p.

Beninguisse, G. et al. (2004), « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique » in : Isiugo-Abanihe, U., Ngwe, E. et Kokou, V. (eds), Population et questions de santé en Afrique. Etude de la population africaine, supplément B du vol. 19, UEPA, Dakar, pp. 251-274.

Beninguisse, G ; et Nikièma, B. (2005), La discontinuité des soins obstétricaux en Afrique Centrale et de l'Ouest. Niveaux, Schémas et facteurs associés, Projet ARC6AUF, Montréal (Canada), 7p.

De Brouwère, V. et Lerberghe, W. V. (1998), Les besoins obstétricaux non couverts, L'Harmattan, Paris, 229p.

EDST (1996-1997), Enquête Démographique et de Santé, Bureau Central du Recensement, Direction de la statistique, des études économiques et démographiques, Macro International Inc., Calverton, Maryland USA, 366p.

- Fournier, P. et Haddad, S. (1995)**, « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement » in : Gérard, H. et Piché, V., La sociologie des populations, PUM/AUPELF-UREF, pp. 289-32.
- Mudubu, K.L. (1996)**, Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels, Les cahiers de L'IFORD n°11, 85p.
- OMS (1999)**, Maternité sans risque : soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum. Guide pratique, Genève, 88p.
- OMS, FNUAP et UNICEF (1993)**, Les accoucheuses traditionnelles, Genève, 2op.
- Tollegbé, A. (2004)**, Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en.. Afrique : cas du Bénin, Mémoire de DESS, IFORD, Yaoundé, 97p.
- UNICEF (1999)**, Enquête sur la santé maternelle au Tchad, N'djaména, 38p.
- Wyss, K. et Nandjingar, M. (1995)**, Connaissances, attitudes et pratiques des mères tchadiennes vis-à-vis de la grossesse, de l'accouchement et du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës affectant leurs enfants, Rapport d'enquête, Institut Tropical Suisse, N'djaména, 111p.
- Zoungrana, M. C. (1993)**, Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali), Collection de thèses et mémoires n° 36, Université de Montréal, 214p.

Tableau 2.1 : Probabilités de déperdition entre la visite t et la visite t+1 pour les gestantes ayant débuté la 1^{ère} CPN dans le premier trimestre de la grossesse (ANNEXES)

Caractéristiques socio-économiques, culturelles et sanitaires	Effectif des gestantes à la 1 ^{ère} visite	Visites		
		1 → 2	2 → 3	3 → 4
Age		ns	ns	ns
Jeunes	274	0,07	0,11	0,30
Adultes	299	0,04	0,12	0,32
Agées	138	0,04	0,14	0,32
Parité		ns	ns	ns
Primipares	264	0,07	0,11	0,28
Multipares	365	0,04	0,14	0,32
Grandes multipares	85	0,05	0,09	0,34
Opportunité de la grossesse		**	**	**
Opportune	597	0,06	0,13	0,29
Inopportune	112	0,03	0,08	0,42
Niveau d'instruction		***	***	***
Sans niveau	409	0,08	0,16	0,34
Primaire	227	0,03	0,08	0,30
Secondaire et +	77	0,00	0,05	0,22
Niveau de vie		***	***	***
Elevé	55	0,04	0,08	0,14
Moyen	286	0,07	0,12	0,32
Faible	371	0,05	0,13	0,33
Qualité des services		***	***	***
Mauvaise	205	0,19	0,22	0,38
Moyenne	314	0,00	0,14	0,30
Bonne	191	0,00	0,01	0,28
Distance entre domicile et centre SMI		***	***	***
<5 km	362	0,03	0,07	0,27
5-14 km	110	0,05	0,14	0,42
15 km et +	228	0,10	0,20	0,34
Milieu de résidence		***	***	***
Grandes villes	173	0,03	0,05	0,23
Petites villes	180	0,02	0,08	0,28
Rural	359	0,09	0,18	0,38
Milieu de socialisation		***	***	***
Grandes villes	129	0,02	0,05	0,22
Petites villes	196	0,02	0,07	0,26
Rural	368	0,09	0,18	0,49
Région de résidence		***	***	***
Grand Nord	20	0,00	0,25	0,27
Chari Baguirmi	69	0,01	0,10	0,21
Guéra	20	0,05	0,11	0,35
Kanem	29	0,10	0,31	0,28
Logone Occidentale	54	0,06	0,18	0,48
Logone Orientale	45	0,04	0,19	0,37
Mayo Kebbi	98	0,12	0,16	0,44
Moyen Chari	101	0,07	0,14	0,33
Ouadaï	24	0,13	0,10	0,11
Salamat	17	0,00	0,06	0,13
Tandjilé	66	0,05	0,06	0,36
N'djaména	173	0,03	0,05	0,23
Appartenance religieuse		***	***	***
Chrétiennes	379	0,05	0,13	0,36
Musulmanes	298	0,04	0,11	0,24
Autres	31	0,16	0,15	0,50
Ethnie		***	***	***
Gorane	36	0,06	0,18	0,07
Arabe	72	0,01	0,07	0,23
Ouadaï	31	0,10	0,07	0,31
Baguirmi-Kanembou	73	0,03	0,15	0,28
Fitri-Batha	20	0,05	0,32	0,31
Hadjarai-Iro	43	0,07	0,08	0,30
Sara	252	0,05	0,12	0,34
Tandjilé	61	0,07	0,07	0,25
Kebbi	110	0,09	0,14	0,36
Ensemble	712	0,05	0,12	0,31

Note : *** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; * Significatif à 10% ; ns non significatif.

Tableau 2.2 : Probabilités de déperdition entre la visite t et la visite t+1 pour les gestantes ayant débuté la 1^{ère} CPN au-delà du premier trimestre de la grossesse.

Caractéristiques socio-économiques, culturelles et sanitaires	Effectif des gestantes à la 1 ^{ère} visite	Visites		
		1 → 2	2 → 3	3 → 4
Age		ns	ns	ns
Jeunes	409	0,15	0,32	0,47
Adultes	388	0,15	0,32	0,48
Agées	169	0,14	0,41	0,56
Parité		ns	ns	ns
Primipares	374	0,16	0,33	0,48
Multipares	498	0,15	0,32	0,48
Grandes multipares	97	0,13	0,39	0,51
Opportunité de la grossesse		**	**	**
Opportune	845	0,15	0,35	0,50
Inopportune	125	0,11	0,24	0,39
Niveau d'instruction		**	**	**
Sans niveau	610	0,16	0,36	0,51
Primaire	309	0,14	0,30	0,45
Secondaire et +	49	0,06	0,20	0,41
Niveau de vie		***	***	***
Elevé	27	0,07	0,16	0,33
Moyen	399	0,17	0,32	0,48
Faible	543	0,14	0,35	0,50
Qualité des services		***	***	***
Mauvaise	447	0,30	0,44	0,54
Moyenne	394	0,02	0,34	0,48
Bonne	122	0,02	0,03	0,47
Distance entre domicile et centre SMI		***	***	***
<5 km	355	0,10	0,26	0,43
5-14 km	165	0,15	0,40	0,60
15 km et +	440	0,19	0,37	0,50
Milieu de résidence		***	***	***
Grandes villes	116	0,10	0,13	0,36
Petites villes	214	0,09	0,27	0,53
Rural	640	0,18	0,39	0,50
Milieu de socialisation		***	***	***
Grandes villes	81	0,15	0,16	0,43
Petites villes	231	0,08	0,25	0,50
Rural	639	0,18	0,39	0,49
Région de résidence		***	***	***
Grand Nord	25	0,32	0,47	0,67
Chari Baguirmi	71	0,23	0,35	0,53
Guéra	25	0,12	0,36	0,57
Kanem	49	0,12	0,35	0,54
Logone Occidentale	142	0,15	0,44	0,69
Logone Orientale	106	0,08	0,22	0,34
Mayo Kebbi	150	0,17	0,32	0,50
Moyen Chari	183	0,10	0,40	0,52
Ouadaï	16	0,06	0,40	0,67
Salamat	12	0,17	0,30	0,29
Tandjilé	77	0,27	0,34	0,38
N'djaména	116	0,10	0,13	0,36
Appartenance religieuse		ns	ns	ns
Chrétiennes	624	0,15	0,34	0,48
Musulmanes	298	0,15	0,32	0,49
Autres	47	0,06	0,23	0,50
Ethnie		ns	ns	ns
Gorane	31	0,13	0,33	0,39
Arabe	56	0,14	0,27	0,40
Ouadaï	29	0,21	0,43	0,62
Baguirmi-Kanembou	97	0,12	0,27	0,55
Fitri-Batha	19	0,32	0,31	0,44
Hadjaraï-Iro	31	0,19	0,40	0,47
Sara	478	0,12	0,36	0,52
Tandjilé	70	0,30	0,31	0,35
Kebbi	145	0,16	0,29	0,44
Ensemble	970	0,15	0,33	0,48

Note : *** Significatif à 1% ; ** Significatif à 5% ; * Significatif à 10% ; ns non significatif.