

Stimuler l'approche par les capacités par les nudges pour réduire le non-recours aux soins de santé maternelle chez les femmes en République du Congo.

Stimulating the Capabilities Approach through Nudges to reduce the non-take-up of maternal healthcare among women in the Republic of the Congo.

MPANDI-LUCKA Florian Lejuste,
Statisticien-Démographe
Institut National de la statistique (INS)
République du Congo

Emérence ONIANGUE KOUTA,
Docteure en sciences de gestion
Université Marien Ngouabi
Laboratoire LARES
République du Congo

Date de soumission : 29/09/2025

Date d'acceptation : 12/11/2025

Pour citer cet article :

MPANDI-LUCKA F. L. & ONIANGUE KOUTA E. (2025) «Stimuler l'approche par les capacités par les nudges pour réduire le non-recours aux soins de santé maternelle chez les femmes en République du Congo», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 8 : Numéro 4 » pp : 1373 - 1396

RÉSUMÉ

Au Congo, la santé des mères est influencée par une forte mortalité maternelle avec un ratio mesuré à 442 décès pour 100 000 naissances. Elles sont 20,36 % à ne pas recourir aux soins de santé maternelle. L'enquête MICS5 réalisée par l'INS a permis d'étudier 2569 femmes de 15-49 ans. Améliorer le recours aux soins de santé est essentiel pour garantir une protection de la maternité. Dans ce travail, l'approche par les capacités mixées à la théorie du nudge (outil marketing pour influencer les comportements) est mise en évidence à partir des variables liées à l'offre et à la demande. Les analyses révèlent que les « déterminants » du phénomène sont la proportion des ménages pauvres dans la communauté, la région de résidence, le niveau d'instruction, le degré d'exposition aux médias et le statut matrimonial. Dès lors, pour lutter contre le non-recours aux soins de santé maternelle, il faut sensibiliser sur son importance et ses bienfaits, en mettant en exergue les cotés évitables et en améliorant l'accessibilité aux offres.

Mots clés : non-recours aux soins, santé maternelle, femmes, capacités, déterminants.

Abstract

In the Republic of Congo, maternal health remains a major public health concern, with a maternal mortality ratio estimated at 442 deaths per 100,000 live births. An estimated 20.36% of women do not seek maternal health care services. The Multiple Indicator Cluster Survey (MICS5), conducted by the National Institute of Statistics (INS), collected data from 2,569 women aged 15–49 years. Enhancing the uptake of maternal health services is critical to ensuring comprehensive maternity protection. This study adopts the capability approach, integrated with nudge theory—a behavioral economics tool adapted from marketing to influence decision-making—drawing on both supply- and demand-side variables. The findings identify key determinants of non-utilization, including the proportion of poor households within the community, region of residence, educational attainment, level of media exposure, and marital status. Addressing these barriers requires targeted interventions to raise awareness about the benefits of maternal health services, emphasize preventable risks, and improve accessibility to service provision.

Keywords: non-utilization of care, maternal health, women, capabilities, determinants

INTRODUCTION

« *Aucun pays n'envoie ses soldats défendre leur patrie sans se préoccuper de les voir revenir sains et saufs, et pourtant, depuis des siècles, l'humanité envoie ses femmes au combat pour le renouvellement de l'espèce humaine sans les protéger* » Fred Sai (novembre 2000). Cette pensée demeure une réalité pour les pays en développement. Dans ce sens où, la santé maternelle constitue un véritable casse-tête des gouvernants et des experts en santé publique des pays. D'ailleurs, elle a suscité l'intérêt de l'Organisation des Nations Unies dans son nouvel agenda sur les objectifs du développement durable, en particulier l'objectif 3, mis en vigueur depuis janvier 2016. À ce sujet, plusieurs programmes/projets ont été mis en œuvre pour améliorer la santé maternelle. Cette thématique est d'autant très préoccupante que les estimations mondiales de 2017 indiquaient qu'il y a eu 295 000 décès maternels, avec un taux de mortalité maternelle (TMM) estimé à 211 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2019). Dans le même ordre d'idées, Ransom & Yinger, (2002), montraient déjà que la plupart des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals qui demeurent insuffisants, pour autant qu'ils existent, et accouchent sans avoir accès à des soins obstétricaux adéquats en cas de complications. Aussi, près de 800 femmes meurent encore chaque jour des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, soit environ une femme toutes les deux minutes (UNFPA, 2021). Au-delà de tous ces indicateurs, le niveau des consultations liées à la naissance reste faible. On souligne que, pendant la période 2007–2014, seulement 64 % des femmes enceintes ont effectué les quatre contacts prénatals recommandés par l'OMS (OMS, 2017). Ce qui suggère qu'il reste encore beaucoup à faire pour traiter les problèmes du recours aux soins prénatals et postnatals.

En Afrique, surtout au sud du Sahara, la femme est un pilier incontournable pour le développement économique. Dans ces sociétés, l'enfant est vu comme un cadeau du ciel. Cependant, cette région est la seule où le TMM était très élevé, estimé à 542, tandis que le cotes de décès maternel au cours de la vie était de 1 sur 37, contre seulement 1 sur 7800 en Australie et en Nouvelle-Zélande (OMS, 2019). Environ 60 à 80 % de ces femmes continuent d'accoucher à domicile sans aucune assistance ou avec l'aide de personnes non qualifiées et d'ordinaire dans un environnement peu salubre. Cette pratique est à l'origine des décès maternels et des multiples infections chroniques dont souffrent actuellement plus de 300 millions de femmes (Nguendo Y. & Tchango N., 2016). Nombres sont les femmes africaines qui ne recourent pas aux soins maternels. On note plus de 30 % des femmes qui ne font pas de consultations prénatales.

La République du Congo, avec la réalité de son système sanitaire, n'est pas en marge de ce fléau. Déjà, le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) situe son taux de mortalité maternelle autour de 300 à 499 pour 1000 naissances vivantes (UNFPA, 2021). Les statistiques du MICS5 indiquent qu'au nombre des femmes ayant une naissance vivante dans les deux dernières années, près de 7 % n'ont pas reçu les soins prénatals, et seulement 79,0 % des mères ont fait des consultations postnatales. On note aussi que près de 10 % des femmes ont accouché sans assistance d'un personnel qualifié et près de 2 % des femmes ont accouché toutes seules. L'accouchement à domicile est aussi présent, soit 8 % des femmes concernées. Les examens de santé postnatals des nouveaux-nés qui ont été effectués la première semaine représentaient 26,8 % de naissances, dont 8 % de ces examens se sont passés à domicile. En revanche, 53,1 % des enfants n'ont pas été examinés après leur naissance (INS-Congo, 2016).

Ces chiffres nous révèlent à quel point le non-recours aux soins de santé maternelle chez les femmes peut mettre en danger leur vie et celle de leur enfant. Ce non-recours aux soins de santé maternelle peut s'expliquer non seulement par des contraintes matérielles (coûts perçus) et des contraintes communicationnelles (manque d'information ou mauvaise communication), mais aussi par des contraintes comportementales (perceptions et croyances, normes sociales).

Compte tenu de cette situation, la problématique de la santé de la femme et celle de l'enfant congolais demeure alarmante. Ceci amène à savoir pourquoi les femmes ne recourent pas aux soins de santé maternelle en République du Congo ? Cette interrogation suscite une recherche des déterminants au niveau individuel et communautaire. Étant donné que la santé est tributaire non seulement des caractéristiques propres aux individus, mais qu'elle est aussi et surtout fonction du contexte dans lequel vivent les individus, comme le soulignaient Rossier, et al., (2014), le rôle des facteurs individuels est certes important dans les inégalités de santé, mais l'offre de services de santé ainsi que la régulation des réglementations en la matière et la capacité à les faire respecter semblent, par ailleurs, essentielles pour expliquer les variabilités géographiques d'accès aux soins.

Ainsi, l'approche par les capacités paraît-elle pertinente pour analyser ces contraintes en spécifiant l'offre de soins (disponibilité, qualité) et la demande (liberté réelle des femmes d'y recourir). Toutefois, cette vision gagne en pertinence si elle incorpore les stratégies de marketing social (Kotler & Lee, 2008) dans la manière de segmenter les femmes, d'adapter la communication pour redresser les biais cognitifs (campagnes ciblées sur les réseaux sociaux ou par les leaders communautaires) ; de faciliter des incitations comportementales (nudge marketing).

Subséquentement, l'objectif principal de cette étude est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les facteurs associés au non-recours aux soins de santé maternelle. Plus spécifiquement, cette étude vise à : dresser le profil des femmes qui ne recourent pas aux soins de santé maternelle ; identifier les facteurs associés au niveau individuel et communautaire du non-recours aux soins de santé maternelle ; améliorer l'adhésion aux services de santé par le biais du marketing social (proposition des pistes d'intervention).

Cette étude est une première dans le contexte congolais, car elle permet de croiser l'approche des capacités et le marketing social pour surpasser une analyse purement structurelle. Sur le plan managérial, cette étude contribue à outiller les décideurs sur des leviers d'action concrets (politiques/programmes/projets) visant à permettre à toutes les femmes de bénéficier des services de soins maternels, afin de leur garantir une maternité sans cotes. Sur le plan scientifique, elle nous permet d'approfondir la relation entre le marketing social et l'approche par la capacité afin d'enrichir d'avantage la littérature des sciences sociales en terre congolaise.

Elle utilise les données de l'enquête MICS5 (2014-2015) et de l'annuaire de santé de 2016. La méthodologie repose sur les modèles multiniveaux, ce qui permet de distinguer l'influence des caractéristiques individuelles et communautaire sur le non-recours aux soins. Pour mesurer ce phénomène de manière complète, il a été construit un indicateur synthétique via l'analyse de Correspondances Multiples (ACM), combinant les trois phases essentielles des soins : prénatals, accouchement (intra-partum) et postnatals, offrant ainsi une vue holistique et rigoureuse du problème.

L'article est organisé en trois étapes essentielles : la revue de la littérature établit le cadre théorique (capacités de Sen et Nudge) ; la méthodologie décrit les modèles de régression multiniveaux pour analyser les facteurs individuels et communautaires ; les résultats identifient finalement le profil et les déterminants associés à ce phénomène ; et la discussion pour en tirer toutes les conclusions et implications pertinentes.

1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette section vise à faire le point sur les connaissances théoriques (en s'appuyant sur l'approche de Sen couplée à la théorie de nudge en marketing) relatives au recours aux soins de santé maternelle.

1.1.Définition du concept de santé maternelle

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1948). Elle est maternelle lorsqu'elle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme, de sa grossesse à l'accouchement, jusqu'au postpartum. Cette définition permet d'analyser la santé maternelle en trois dimensions sanitaires : les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins postnatals. Ces dimensions constituent les piliers de la maternité à moindres cotées (Dugas, 2011). Toutes ces dimensions ont permis de construire l'indicateur de recours aux soins de santé maternelle.

1.2.Approche par les capacités de Sen

Les fondements théoriques de l'approche par les capacités partent de la théorie de la justice sociale, introduite par Rawls en 1971 et développée par Sen en 1985. En effet, cette approche analyse un phénomène complexe comme la pauvreté à partir de deux aspects : l'aspect objectif et l'aspect subjectif. Au-delà du phénomène de la pauvreté, l'approche par les capacités s'applique également à d'autres phénomènes, tels que dans l'éducation. Pour EL Mansouri et Ouazzani, (2025) l'approche par les capacités revêt une importance capitale dans le domaine éducatif pour plusieurs raisons, elle instaure une mise en avant des apprenants au cœur du processus éducatif en reconnaissant leur liberté et autonomie dans la définition de leurs propres objectifs éducatifs et dans l'acquisition des compétences nécessaires pour les atteindre. Cette approche évoque la notion des capacités et de volonté qu'ont les individus... Elle est alors au carrefour de la théorie de l'offre et de la demande.

L'objectivité met en avant les aspects d'accessibilité, de disponibilité et de qualité dans l'analyse des phénomènes sociaux. L'environnement de vie apparaît comme un élément déterminant quand il s'agit du recours aux soins de santé de façon générale. Les femmes se comportent vis-à-vis du recours aux soins en fonction de leurs statuts sociaux. Ceci renvoie à la notion de sociologie des classes développée par Karl Marx. Chaque comportement n'a de sens que dans son contexte. Ainsi, les caractéristiques communautaires d'un individu peuvent avoir une incidence sur sa manière d'agir et de faire. Dans les communautés pauvres, du fait du manque d'argent, c'est-à-dire de l'incapacité à satisfaire un besoin (le recours aux soins de santé maternelle), les femmes trouvent une alternative : celle de ne pas y aller. Il en est de même pour les communautés à faible disponibilité des formations sanitaires ou celles à faible proportion de femmes instruites. Les communautés rurales sont caractérisées par la pauvreté, le sous-développement technologique, le sous-équipement en services et l'attachement aux

mentalités traditionnelles. Les conditions n'y sont pas toujours rassemblées. Les communautés urbaines, de manière générale, offrent, en raison de leur organisation économique et politique, un système de santé important et moderne à travers une forte concentration des ressources sanitaires et médicales (Richard & Legrand, 1996). Cet aspect influence dans une certaine mesure les comportements des individus, particulièrement le recours aux soins de santé maternelle.

La subjectivité fait appel à la question de la potentialité dont sont dotés les individus (Sen, 1985). Les deux aspects développés ci-dessus se fondent sur l'hypothèse de l'incapacité d'un individu de saisir une opportunité ou d'accéder à un service de soins. C'est alors que l'approche par les capacités apparaît comme un cadre théorique idéal pour analyser la question du non-recours aux soins de santé maternelle. Dans ce sens où elle met en exergue les réalisations d'un individu et les capacités ou libertés réelles qu'a un individu de mener la vie de son choix. Ces réalisations renvoient à comment se comporte une personne à un moment donné, par exemple le fait de recourir aux soins de santé. Ainsi, deux personnes ayant une réalisation similaire n'ont pas nécessairement les mêmes opportunités. De même, les personnes ayant des opportunités similaires peuvent avoir des réalisations différentes (Bikoula, 2020). Autrement dit, pour deux femmes vivant dans une même communauté marquée par une disponibilité des services de santé maternelle, l'une peut en recourir et l'autre non, et vice versa. On comprend par-là que les caractéristiques individuelles expliquent en partie les libertés ou choix des individus. Par conséquent, la disponibilité des ressources du contexte ne suffit pas pour accroître le bien-être, encore faut-il qu'il existe des facteurs de conversion qui permettent à l'individu d'étendre ses possibilités réelles à utiliser les services conformément à son choix et à ses aspirations (Sen, 1985).

1.3. La théorie du nudge : un outil marketing pour influencer les comportements

Développée par Thaler et Sunstein (2008), la théorie du nudge propose des interventions subtiles pour influencer le comportement des individus sans contraindre leur liberté de choix. Appliqué à la santé publique, Nys et Engelen, (2017) soutiennent que le nudge fait partie de la boîte à outils des politiques publiques et peut légitimement être utilisé pour atteindre des objectifs de santé.

Dans la réduction du non-recours aux soins maternels chez les femmes, l'application de la théorie du nudge peut influencer positivement le comportement sans contrainte physique.

Cependant, il est essentiel de comprendre comment fonctionnent les nudges. Les nudges ou incitations douces fonctionnent sur des mécanismes psychologiques (l'engagement, la perception des normes sociales et les biais cognitifs), permettant de transformer des décisions potentiellement complexes en choix plus simples et accessibles.

L'approche du nudge en santé maternelle offre une vision encourageante pour influencer les comportements des mères. Par exemple, dans les cas de certaines femmes enceintes qui n'accordent pas d'importance aux soins prénatals et pensent que tout ira bien pour elles sans consultations régulières (perception des normes sociales). Les nudges peuvent empêcher ce biais (cognitif) en présentant les consultations prénatales comme des choix normatifs, tout en réduisant la perception du coût, en déconstruisant les croyances erronées et en mettant en valeur les avantages d'un suivi prénatal régulier (Benartzi et al., 2017). De même, Caraban et al., (2019) abordant ce sujet, stipulent que faciliter l'accès à des ressources d'information sur l'importance des soins peut encourager les futures mères à choisir ces options (l'engagement). Cela pourrait signifier par exemple, l'envoi des sms adaptés pour inciter à respecter les rendez-vous prénataux, trouver des coins stratégiques tels que les marchés et les arrêts de bus pour placer les messages de prévention. Poursuivant dans la même mire, les travaux de Guindo et al., (2023) montrent que la promotion des soins de santé maternelle, à travers un suivi adéquat de la grossesse, contribue à lever les freins psychologiques liés à la peur du jugement ou au manque de confiance envers le personnel médical. De telles campagnes peuvent également orienter les mères vers un comportement favorable à leur santé et à celle de leur enfant afin de réduire les décès maternels.

Ce qui ressort de ces théories est que les stratégies de nudges visent à guider astucieusement les décisions des femmes vers les soins prénatals et postnatals tout en rendant ces choix plus visibles et accessibles. aussi, à sensibiliser les femmes par des moyens de campagnes éducatives mettant en avant les bénéfices de se faire consulter régulièrement, tout en atténuant la perception de la distance ou des coûts associés.

Le pont théorique entre ces deux approches réside dans leur compréhension complémentaire des obstacles au choix. Si l'Approche par les Capabilités diagnostique pourquoi une femme ne peut pas exercer sa liberté de recourir aux soins – identifiant les privations objectives (pauvreté, distance) et subjectives (manque d'information, normes restrictives) –, la Théorie du Nudge propose comment faciliter ce choix par des modifications subtiles de l'environnement décisionnel. Les nudges agissent ainsi comme des « facilitateurs de capabilités », réduisant l'écart entre la liberté potentielle et son exercice effectif (Sugden, 2018). Par exemple, des

rappels de rendez-vous prénatals (nudge) peuvent aider une femme qui possède déjà l'accès théorique aux soins (capabilité) mais qui fait face à des biais d'inattention ou de procrastination. Cette synergie présente toutefois des tensions éthiques. Sen insiste sur l'importance de l'agency et du pluralisme des valeurs, tandis que certains critiques des nudges soulèvent des préoccupations quant à la manipulation et au paternalisme libertarien (Hausman & Welch, 2010). Néanmoins, lorsque les nudges sont conçus de manière transparente et respectent l'autonomie individuelle, ils peuvent constituer des outils légitimes pour élargir les capacités réelles, particulièrement dans des contextes où les femmes font face à des contraintes multiples limitant leur liberté reproductive (Bonell et al., 2011).

En définitive, l'intégration de ces deux cadres offre une approche holistique : l'Approche par les Capabilités fournit le fondement normatif et l'analyse des privations de liberté, tandis que la Théorie du Nudge apporte les mécanismes d'intervention comportementale pour convertir les capacités en fonctionnements effectifs, transformant ainsi la potentialité d'accès aux soins maternels en utilisation concrète sans compromettre la liberté fondamentale de choix.

Eu égard à cette littérature, le présent travail dégage une méthodologie qui épouse l'idéologie de cette approche.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Source des données

Les données utilisées dans ce travail proviennent de la base de données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Congo (MICS5), réalisée par l'Institut national de la statistique (INS) du Congo entre 2014 et 2015. L'échantillon de cette enquête était un échantillon aréolaire, stratifié et à deux degrés, avec stratification au premier degré selon le milieu de résidence. Le recours à cette base a son importance, non seulement du fait qu'elle soit récente, mais également parce qu'elle permet, à travers les différents questionnaires ménage et individuel, de saisir la situation des femmes ainsi que de leurs ménages. Dans le cadre de cette étude, les données secondaires issues de l'annuaire de santé de 2016 ont été greffées aux données de la base mère au niveau du département. Cette imbrication a permis d'apprécier l'incidence de l'offre de santé (disponibilité) sur le non-recours aux soins de santé maternelle. La place des données secondaires se justifie par le manque d'informations au niveau du contexte communautaire. Ce qui a conduit à une construction des variables agrégées et à une importation d'informations issues du rapport officiel afin d'appréhender la qualité de vie ainsi que la qualité des individus résidant dans les communautés. Ces données agrégées n'ont pas évolué entre

2014 et 2016. Par ailleurs, la variable *proportion des formations de santé* (FOSA) est déterminée à partir du nombre des CSI et les postes de santé présent dans le département. Ceci du fait qu'ils sont également les seules offres de santé plus proches et accessibles des ménages et des communautés. Cette variable a été standardisée, elle a deux modalités : faible et élevée, selon que la proportion de l'offre de santé dans la communauté est inférieure ou supérieure à la proportion moyenne. Il en va de même quant aux autres proportions du niveau communautaire. Les autres variables indépendantes n'ont pas subi une construction particulière.

2.2. Méthode

Au regard des données disponibles, des objectifs et de l'approche de l'étude, la méthode d'analyse effectuée est celle des modèles multiniveaux. Les modèles multiniveaux (aussi appelés modèles hiérarchiques ou modèles mixtes) ont été développés pour répondre aux problèmes spécifiques posés par des données structurées selon plusieurs niveaux (Givord & Guillermin, 2016). Ils se font typiquement dans le cas où des individus partagent un environnement commun qui peut affecter le comportement étudié. De ce fait, dans une analyse multiniveau, la modélisation des comportements individuels est effectuée non seulement en fonction des caractéristiques individuelles, mais aussi en fonction des données contextuelles qui influencent de manière similaire tous les individus soumis au même contexte (Mpandi, 2020). Les modèles multiniveaux se distinguent donc par la possibilité qu'ils offrent d'éviter les erreurs écologiques et les erreurs atomistes.

Par ailleurs, deux niveaux d'analyse ont été retenus, à savoir : le niveau macrosocial (niveau 2) et le niveau microsocial (niveau 1). L'équation du modèle de composition de la variance est la suivante :

Niveau 1 :

$$\text{Logit}(Y_{ij}) = \ln[P(Y_{ij} = 1)/1 - P(Y_{ij} = 1)] = \beta_{0j} + e_{ij}$$

Avec β_{0j} la moyenne de la communauté j

Et e_{ij} le résidu de l'individu i de la communauté j

L'indice i désigne les observations de niveau 1, j celles de niveau 2.

Ainsi, Y_{ij} est le fait que la femme ne recourt pas aux soins maternels i appartenant à la communauté j .

Il convient de rappeler que dans les présents modèles, le terme d'erreur n'apparaît pas du simple fait qu'il s'agit d'une régression logistique.

Niveau 2 :

$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \mu_{0j}$ Avec γ_{00} la moyenne pour l'ensemble des communautés

Et μ_{0j} le résidu pour la communauté j

Ainsi

$$\text{Logit}(Y_{ij}) = \ln[P(Y_{ij} = 1)/1 - P(Y_{ij} = 1)] = \gamma_{00} + \mu_{0j} + e_{ij}$$

Avec $e_{ij} \sim N(0, \sigma_v^2)$ et $\mu_{0j} \sim N(0, \sigma_{u0}^2)$.¹

La régression est définie selon trois modèles ayant pris en compte les poids de la grappe dans les estimations : Le modèle nul à pentes constantes ou modèle de décomposition de la variance (M0), c'est un modèle qui tient compte uniquement de la variable à expliquer, de la constante et non des variables explicatives. Il nous permet de mettre en évidence l'effet de la communauté sur le phénomène étudié. En effet, la mesure des inégalités de recours aux soins maternels doit être faite en tenant compte de leur appartenance à une même communauté. Le modèle individuel ou modèle à variance composée (M1), introduit uniquement les variables individuelles et permet de dégager les effets de ces dernières sur la variabilité intercommunautaire. En revanche, le modèle communautaire (M2) consiste à introduire dans le modèle vide des caractéristiques communautaires. Ceci permettra de dégager l'effet fixe de chaque variable communautaire sur le phénomène. Le modèle complet (M3) quant à lui, comporte en même temps, la variable expliquée et les variables explicatives de tous les deux niveaux d'analyse. Il permettra d'expliquer le phénomène.

2.3. Construction de l'indice multidimensionnel de non-recours aux soins maternels

La santé maternelle se traduit par les soins appropriés que reçoivent les femmes avant la grossesse, durant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la grossesse (Ransom et Yinger, 2002 ; Ndiaye et al., 2005). La présente étude s'appuie sur une démarche holistique dans la construction de l'indicateur composite du non-recours aux soins de santé maternelle en prenant en compte toutes ses dimensions. Cette démarche considère les différentes dimensions de la santé maternelle (les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins postnatals), développées à partir des travaux de l'OMS en 1994. En effet, les indicateurs combinés présentent plusieurs avantages par rapport à d'autres indicateurs, car ils permettent de faire la combinaison des diverses caractéristiques inhérentes à l'ensemble du phénomène en général et à la santé maternelle en particulier (Pittroff et Campbell, 2000). Plusieurs travaux,

¹ La description de la méthode d'analyse est tirée du document de MPANDI LUCKA, 2020.

dont ceux de Maine (2003) et Keita (2008), en économie de la santé ont construit l'indicateur combiné à partir de l'approche d'inertie qui repose sur les techniques d'analyse factorielle des données parmi lesquelles figure l'analyse en composantes principales (ACP), l'analyse factorielle des correspondances (AFC), l'analyse canonique généralisée (ACG) et l'analyse de correspondances multiples (ACM) (Benzecri et coll, 1970). Dans le cadre de cet article, l'ACM a été retenue dans la construction de l'indicateur composite. Cette analyse a permis de construire l'indicateur multidimensionnel à partir des informations existantes sur le premier axe factoriel. Ces informations ont permis de faire, la classification des individus en créant deux groupes homogènes des individus : « *femmes ayant recouru aux soins de santé maternelle* » et « *femmes n'ayant pas recouru aux soins de santé maternelle* ».

Par ailleurs, cet indicateur présente quelques insuffisances au niveau de la méthode de construction, notamment la considération d'un seul axe. Laquelle ne suffit pas d'apporter le maximum d'informations. De même, l'absence des données sur certains indicateurs des différentes dimensions de la santé maternelle constitue une limite. Le choix des indicateurs primaires pour chacune des dimensions de la santé maternelle se fait à partir des travaux de Ross (1999). Les travaux de Ross ont montré que l'explication de la santé maternelle résulte de la combinaison de plusieurs facteurs. Cet indicateur présente des limites par le manque de certains indicateurs dans la construction ; cela est dû au manque de données.

Le tableau ci-dessous présente essentiellement les dimensions de la santé maternelle, ainsi que les différentes variables qui ont servi à la construction de l'indicateur combiné du non-recours aux soins maternels.

Tableau n°1 : Les dimensions de la santé maternelle ayant permis la construction de l'indicateur

Dimension	Définition	Variables
Pré-partum ou prénatal	Les soins prénatals peuvent être définis comme étant les soins dispensés par des professionnels de santé qualifiés aux femmes et adolescentes enceintes afin de garantir les meilleures conditions de santé à la fois pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse. (OMS, 2017).	Prise de médicaments pour éviter de contracter le paludisme pendant la grossesse ; Injection tétanos avant la grossesse ; injection tétanos pendant la grossesse ; Nombre de visites ; Réception des soins prénatals au cours de la grossesse ; Injection dans le bras ou à l'épaule pour éviter les convulsions après la naissance.
Intra-Partum ou accouchement	L'accouchement est un processus physiologique normal qui peut se dérouler sans complication pour la majorité des femmes et des enfants.	Assistance à l'accouchement ; lieu d'accouchement.
Post-partum ou postnatal	La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de	contrôle de la santé du nouveau-né après accouchement ; contrôle de la santé de la mère

	couches (6 à 8 semaines après l'accouchement). L'OMS parle de morbidité et mortalité postnatale – jusqu'au 42 ^e jour après l'accouchement.	après accouchement ; contrôle de la santé du nouveau-né après avoir quitté la FOSA ; Contrôle de santé du nouveau-né pour les accouchements à domicile.
--	---	---

Source : auteurs (2025)

2.4. Présentation des variables

Au nombre des variables explicatives utilisées, il y a cinq (05) variables communautaires : la région de résidence ; le milieu de résidence ; la proportion des femmes instruites dans la communauté ; la proportion des ménages pauvres dans la communauté et la proportion des formations sanitaires dans la communauté.

Au niveau individuel, il a été utilisé sept (07) variables pour caractériser les femmes. Ce sont : le niveau de vie du ménage ; le niveau d'instruction de la femme ; le degré d'accès de la femme aux médias ; l'expérience de maternité ; la religion ; le groupe d'âge et le statut matrimonial de la femme.

Tableau 2 : Tri à plat des variables actives

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Proportion avant apurement en %	Poids après apurement	Proportion après apurement en %
Niveau de vie du ménage				
Pauvre	2575	71,35	1380,80	46,71
Moyen	487	13,49	600,07	20,30
Riche	547	15,16	974,98	32,98
Total	3609	100	2956	100
Niveau d'instruction de la femme				
Aucun niveau	386	10,70	221,81	7,50
Primaire	1243	34,44	764,39	25,86
Secondaire ou plus	1980	54,86	1969,66	66,64
Total	3609	100	2956	100
Degré d'exposition aux médias de masses				
Elevé	681	18,87	752,51	25,46
Moyen	1406	38,96	1412,74	47,79
Faible	1522	42,17	790,62	26,75
Total	3609	100	2956	100
Expérience de maternité				
Elevée	2179	60,38	1594,57	53,95
Faible	1430	39,62	1361,28	46,05
Total	3609	100	2956	100
Religion de la femme				
Chrétienne	2561	70,96	2213,31	74,88
Autre religion	369	10,22	310,23	10,50
Sans religion	679	18,81	432,32	14,63
Total	3609	100	2956	100
Groupe d'âge des femmes				

Libellé des modalités	Effectif avant apurement	Proportion avant apurement en %	Poids après apurement	Proportion après apurement en %
15-19 ans	448	12,41	306,55	10,37
20-24 ans	831	23,03	683,78	23,13
25-29 ans	851	23,58	757,44	25,62
30-34 ans	722	20,01	634,50	21,47
35-39 ans	504	13,97	397,36	13,44
40 ans ou plus	253	7,01	176,24	5,96
Total	3609	100	2956	100
Statut matrimonial de la femme				
Célibataire	365	10,11	289,24	9,79
Mariée ou en union	2858	79,19	2378,29	80,46
Veuve/Divorcée	386	10,70	288,33	9,75
Total	3609	100	2956	100
Région de résidence de la femme				
Région du Sud	1329	36,82	753,68	25,50
Région du Nord	1505	41,70	545,89	18,47
Métropoles	775	21,47	1656,29	56,03
Total	3609	100	2956	100
Milieu de résidence de la mère				
Urbain	1060	29,37	1819,34	61,55
Rural	2549	70,63	1136,51	38,45
Total	3609	100	2956	100
Proportion des femmes instruites				
Faible	1629	45,14	986,20	33,36
Elevée	1980	54,86	1969,66	66,64
Total	3609	100	2956	100
Proportion des ménages pauvres dans la communauté				
Proportion faible	1265	35,05	1916,62	64,84
Proportion élevée	2344	64,95	1039,24	35,16
Total	3609	100	2956	100
Proportion des offres de santé				
Faible	2074	57,47	1224,21	41,42
Elevée	1535	42,53	1731,65	58,58
Total	3609	100	2956	100
Non recours aux soins maternels				
Recours	2492	69,05	2354,02	79,64
Non recours	1117	30,95	601,84	20,36
Total	3609	100	2956	100

Source : auteurs (2025)

3. RESULTATS

3.1. Profil des femmes n'ayant pas recouru aux soins maternels

Dans le souci de catégoriser les femmes de 15-49 ans face aux soins maternels, il a été utilisé la méthode statistique de l'analyse factorielle à correspondance multiples (AFCM). Elle permet d'analyser les interactions entre la variable expliquée et les variables explicatives. Cette méthode a l'avantage de résumer une masse d'information contenue dans plusieurs variables.

Elle montre également, les relations qui existent entre les variables-modalités, de les classer selon les axes factoriels. Le logiciel SPAD (version 5.5) a permis de faire cette caractérisation.

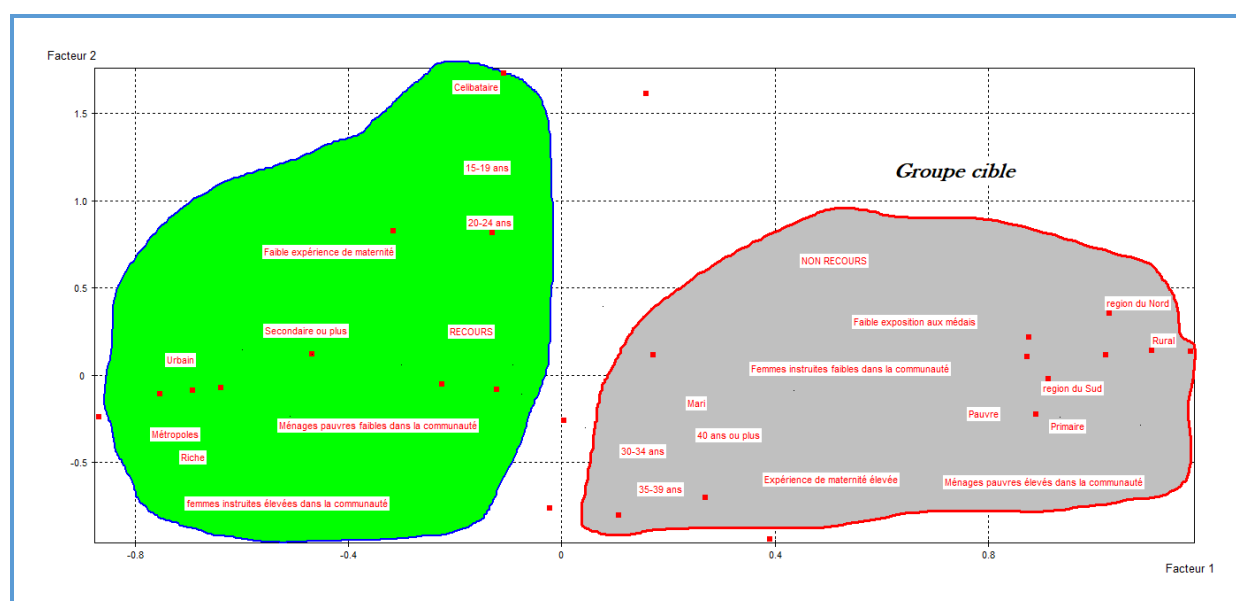
3.2. Groupe cible

En République du Congo, les résultats de l'AFCM catégorisent les femmes de 15-49 ans selon qu'elles recourent ou non aux soins maternels depuis la grossesse jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Il s'agit de déterminer de manière stratégique le groupe d'individus à atteindre. Autrement dit, le groupe à partir duquel le pouvoir décisionnel veut améliorer le recours aux soins maternels devrait intervenir.

Les femmes qui ne recourent pas aux soins de santé maternelle sont :

Des femmes âgées de niveau primaire, mariées et pauvres. Elles vivent en milieu rural, des régions du Nord et du Sud. Elles sont faiblement exposées aux médias de masse, majoritaires dans les communautés à faible instruction et pauvres, tapis d'une expérience élevée de maternité, c'est-à-dire ayant plus de deux (2) enfants déjà.

Figure n°1 : Caractérisation des femmes de 15-49 ans ne recourent pas aux soins maternels



Source : auteurs (2025)

Notons que les résultats de cette analyse descriptive ne suffisent pas pour cerner en totalité le phénomène des femmes n'ayant pas recours aux soins maternels au Congo. En ce sens que le profilage donne essentiellement un aperçu de qui sont ces femmes. Il ne livre pas une explication pointue du pourquoi elles agissent de la sorte. Pour ce faire, le modèle de régression

logistique multiniveau permet d'identifier les facteurs individuels et communautaires qui expliquent le non-recours aux soins maternels de ces femmes.

3.3. Facteurs associés au non-recours aux soins de santé maternelle

Nous recourons à une régression logistique multiniveau à pas croissant en introduisant au fur et à mesure les variables du niveau individuel, puis celles du niveau communautaire.

La présente analyse se fait suivant quatre modèles. Le premier explique la décomposition de la variance. Il est appelé modèle vide. Le deuxième modèle traduit exclusivement l'effet des variables individuelles dans l'explication du phénomène. Le modèle suivant fait intervenir essentiellement les variables communautaires. Le dernier modèle mobilise, par contre, l'ensemble des variables (celles du niveau individuel et communautaire) afin de ressortir les déterminants du phénomène. Par ailleurs, les paramètres qui illustrent les variables explicatives sont estimés par la méthode de quasi-vraisemblance prédictive (PQL), en considérant la partie fixe et la partie aléatoire du modèle. Des tests d'hypothèses sont effectués afin de mesurer la significativité statistique des modèles.

M0 : Modèle vide ;

M1 : M0+ variables du niveau individuel ;

M2 : M0+ variables du niveau communautaire ;

M3 : M0+M1+M2 (modèle complet).

❖ Modèle vide

La part attribuable aux caractéristiques communautaires sur le non-recours aux soins maternels des femmes de 15-49 ans, dévoilée à partir de la décomposition de la variance, est complètement expliquée par des effets propres aux femmes et contextuels. Le tableau 3 du modèle vide montre que 29,34 % de la variation du recours aux soins maternels est expliquée par les effets de communauté. Autrement dit, pour deux femmes vivant dans deux communautés distinctes, le degré de ressemblance est de 29,34 %. Cette statistique certifie l'effet du contexte sur le phénomène étudié. On comprend ce résultat, en ce sens que la santé d'une femme est d'abord fonction de la présence de l'offre de santé, de son coût par rapport aux soins, de sa distance par rapport aux ménages, de la qualité de l'infrastructure routière, des moyens de déplacement, de l'équipement de son plateau technique et même de la qualité et des effectifs du personnel soignant.

L'autre partie du phénomène (70,66%) est attribuable aux caractéristiques individuelles. Ceci s'interprète de la manière suivante : le recours à la santé est également tributaire non seulement

de la culture et du statut social de la femme, mais aussi de la capacité qu'ont les ménages de faire face aux coûts de soins maternels.

Le test de Wald montre que les facteurs communautaires expliquent significativement le recours aux soins maternels des femmes de 15-49 ans ($X^2 = 281.64$ (1ddl), $p < 0,000$).

❖ Effets des caractéristiques individuelles

Le tableau 3 (modèle 1) présente le rapport de côte du non-recours aux soins maternels des effets des caractéristiques individuelles. Il ressort que ces effets ont une incidence sur le phénomène étudié. Ils véhiculent une amélioration du modèle vide dans la compréhension du non-recours aux soins maternels, au seuil de 1 % ($Wald\ chi^2(12) = 251.03$ avec $p < 0,000$). Aussi, ce modèle explique la réduction des variances résiduelles aux différents niveaux de groupement. On constate une diminution de 48,30 % ($(1,365607 - \frac{0,6782303}{1,365607} * 100)$) de la variance entre les communautés. Ces résultats expriment qu'au moins l'une des variables du niveau individuel introduite dans le modèle nul contribue à l'explication du non-recours des femmes de 15-49 ans aux services de soins maternels.

Il ressort du tableau 3 que, des variables mobilisées au niveau des caractéristiques individuelles, trois (03) variables se sont révélées significatives au seuil de 5 % dans l'explication du phénomène. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes de niveau de vie moyen et riche ont respectivement 42,70 % et 30,03 % moins de côtes de ne pas recourir aux soins de santé maternelle que les femmes pauvres. S'agissant du niveau d'instruction, on constate que les femmes ayant aucun niveau d'instruction et primaire ont respectivement 2,15 et 0,74 fois plus de côtes de ne pas recourir aux soins de santé maternels que leurs semblables de niveau secondaire ou plus. Ceci montre qu'au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la femme augmente, celle-ci recourt de plus en plus aux services de santé maternelle.

Le degré d'exposition des femmes aux médias de masse s'est révélé significatif au modèle 1. Effectivement, on note que les femmes fortement et moyennement exposées aux médias ont respectivement 56 % et 69,1 % moins de cotes que leurs homologues qui sont faiblement exposées aux médias. En ce qui concerne le statut matrimonial, on observe que, comparées aux femmes mariées ou en union, les célibataires courent plus de 35,50 % de cotess de ne pas recourir aux soins de santé maternelle.

❖ Effets des caractéristiques communautaires

Les caractéristiques communautaires introduites dans le modèle vide apportent une contribution conséquente au modèle (tableau 3). Elles agissent soit de façon positive, soit de

façon négative à la compréhension du phénomène. Leurs effets se sont révélés significatifs du phénomène ($X^2 = 232.84(6), p < 0,000$). À ce niveau, trois (03) ont été trouvées significatives au seuil de 5 %. Ce modèle améliore également la compréhension du phénomène, dans la mesure où il amenuise la variance intercommunautaire du modèle vide de 47,81 % ($1,365607 - \frac{0,6715856}{1,365607} * 100$). Il s'agit de la région de résidence, de la proportion des femmes instruites et des ménages pauvres dans la communauté.

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes vivant dans les métropoles courent 40,90 % moins de cotes que leurs consœurs des régions du Nord. S'il fallait comparer les femmes des régions du Nord et du Sud, on dirait qu'il n'existe pas une différence significative, s'agissant de la probabilité de ne pas recourir aux soins de santé maternelle. Ceci voudrait dire qu'elles ont les mêmes comportements en ce qui concerne les soins maternels.

Les communautés où les femmes sont en majorité moins instruites courent 105,30 % plus de côtes de ne pas recourir aux soins maternels que leurs congénères des communautés à proportion des instruites élevées. Le constat reste quasiment le même quand il s'agit des communautés à dominance de femmes pauvres. Celles-ci courent 52,90 % plus de cotes de ne pas connaître le phénomène.

❖ Effets des caractéristiques individuelles et communautaires

L'estimation du modèle complet (modèle 3) où ont été introduites les variables explicatives relatives à la femme et à sa communauté montre qu'il subsiste une hétérogénéité significative entre les communautés pour le non-recours aux soins maternels. Le rabais de la variance entre les communautés par rapport au modèle vide est moins important que celui que l'on observe dans les modèles 1 et 2, soit 44,86 %. ($1,365607 - \frac{0,6312399}{1,365607} * 100$). L'introduction des variables explicatives dans le modèle nul contribue donc à mieux comprendre les facteurs d'influence du non-recours aux soins de santé maternelle. Ce modèle traduit significativement le non-recours des femmes aux soins de santé maternelle ($X^2 = 287.96(21), p < 0,000$).

Après introduction de toutes les variables explicatives prises en compte dans l'étude, il s'est avéré que le niveau de vie n'est plus significatif au seuil de 5 %. Toutes les variables significatives dans les modèles 1 et 2 ont gardé leur significativité au seuil de 5 %.

Au niveau individuel, le niveau d'instruction demeure significatif. Il est, de ce fait, déterminant du non-recours aux soins de santé maternelle. Ainsi, les femmes de niveau primaire ou moins ont respectivement 3,70 et 2 fois plus de côtes de connaître le phénomène étudié. L'exposition aux médias également est un déterminant. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes

faiblement exposées aux médias ont plus de cotes à ne pas recourir aux soins maternels, soit 43,40 % et 26 % par rapport à leurs homologues qui sont fortement et moyennement exposées aux médias. Enfin, le statut matrimonial est avéré déterminant dans la compréhension du non-recours aux soins de santé maternelle. Effectivement, les femmes célibataires s'exposent à 36,90 % plus de côtes de connaître le phénomène étudié.

Par ailleurs, au niveau communautaire, la région de résidence a gardé sa significativité au seuil de 5 %. Ainsi, les femmes métropolitaines courent 46,80 % moins de côtes de ne pas recourir aux soins maternels. La proportion des ménages pauvres concourt à la compréhension du phénomène, elle est avérée également déterminante. En effet, les femmes des communautés à faible part des pauvres ont 59,90 % moins de côtes pour non-recours aux soins maternels.

Tableau n°3 : Effets nets (Odds ratios) des variables indépendantes sur le non-recours des femmes aux soins de santé maternelle

Variables	Modèle 0	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Partie fixe				
Constante	-1.060***	0.479***	0.468***	0.603***
Caractéristiques individuelles				
Groupe d'âge de la femme				
15-19 ans		0.865 ^{ns}		0.808 ^{ns}
20-24 ans		1.190 ^{ns}		1.171 ^{ns}
25-29 ans		Réf		Réf
30-34 ans		0.854 ^{ns}		0.867 ^{ns}
35-39 ans		0.842 ^{ns}		0.831 ^{ns}
40 ans ou plus		0.958 ^{ns}		0.952 ^{ns}
Religion de la femme				
Chrétienne		Réf		Réf
Autre religion		1.049 ^{ns}		1.055 ^{ns}
Sans religion		1.078 ^{ns}		1.039 ^{ns}
Niveau de vie de la femme				
Pauvre		Réf		Réf
Moyen		0.427***		0.723*
Riche		0.303***		0.692*
Niveau d'instruction de la femme				
Aucun niveau		3.154***		3.070***
Primaire		1.738***		1.692***
Secondaire ou plus		Réf		Réf
Expérience de maternité				
Elevée		Réf		Réf
Faible		0.892 ^{ns}		0.943 ^{ns}
Degré d'exposition de la femme aux médias				
Elevé		0.560***		0.576***
Moyen		0.691***		0.740***
Faible		Réf		Réf
Statut matrimonial de la femme				
Célibataire		1.355**		1.369**

Mariée/en union		Réf		Réf
Veuve/Divorcée/Séparée		0.964 ^{ns}		0.962 ^{ns}
Caractéristiques communautaires				
Région de résidence de la femme				
Région du Sud			0.861 ^{ns}	0.871 ^{ns}
Région du Nord			Réf	Réf
Métropoles			0.409***	0.468***
Milieu de résidence				
Urbain			0.777 ^{ns}	0.848 ^{ns}
Rural			Réf	Réf
Proportion des formations de santé dans la communauté				
Proportion faible			Réf	Réf
Proportion élevée			0.897 ^{ns}	0.926 ^{ns}
Proportion des femmes instruites dans la communauté				
Faible			2.053***	
Elevée			Réf	
Proportion des ménages pauvres dans la communauté				
Elevé			0.481***	0.599**
Faible			Réf	Réf
Partie aléatoire				
Variance individuelle		Réf	Réf	Réf
Variance intercommunautaire	1.365***	0.678***	0.671***	0.639***
Wald chi2	281.64***	251.03***	232.84***	282.21***

Note : ns non significatif, * significatif au seuil de 10 %, ** significatif au seuil de 5 %, *** significatif au seuil de 1 %, Réf modalité de référence.

4. DISCUSSION

Les résultats de l'analyse ont montré qu'il existe cinq (05) déterminants dans la compréhension du non-recours aux soins de santé maternelle au Congo, à savoir : le niveau d'instruction de la femme, son degré d'exposition aux médias, son statut matrimonial, sa région de résidence et la proportion des ménages pauvres. Par ailleurs, certains résultats sont parus contraires aux attentes. C'est le cas de la proportion des formations de santé (FOSA) dans la communauté. Il était attendu, au regard de la littérature, à ce que les femmes des communautés à faibles disponibilités de FOSA soient plus exposées de ne pas recourir aux soins de santé maternelle. Car l'inexistence de l'offre de soins de santé maternelle, son insuffisance et ses caractéristiques déterminent les écarts dans le recours aux soins. Au Maroc, une étude de Kajjone et al., (2023) souligne que près de 80 % des maternités souffrent d'un manque de formation continue, ce qui implique la nécessité d'une amélioration des compétences des professionnels. De même les auteurs Andriantsimietry et al., (2015) indiquent qu'à Madagascar, le renforcement des capacités des prestataires de santé, en particulier dans le domaine maternel et néonatal, est crucial pour répondre efficacement aux besoins des patientes et réduire la mortalité maternelle. Pour Rwenge & Tchamgoue, (2011), l'éloignement physique des formations sanitaires est l'un

des facteurs freinant l'utilisation par les adolescentes camerounaises des services de soins modernes pendant la grossesse. Les effets de la distance sur les comportements d'utilisation des services de santé vont être aussi influencés par l'intervention d'autres facteurs comme le revenu. Cependant, dans le cas du Congo, l'éloignement et/ou l'accessibilité des femmes aux FOSA n'expliquent pas leurs recours aux soins de santé maternelle. Ceci se comprend dans la mesure où même le milieu de résidence (marqué par la faible densité des centres de santé au km²) ne s'est pas avéré significatif dans l'explication du phénomène. Ainsi, on retient que les services de santé sont relativement disponibles autant pour les femmes urbaines que pour celles vivant en milieu rural, la distance au centre de santé le plus proche ne joue pas de rôle dans les inégalités de recours aux soins.

Par ailleurs, la région de résidence discrimine significativement le non-recours aux soins de santé maternelle. Ce résultat va dans le même sens que ceux trouvés par Bikoula (2020) et Legbre (2021). Ils expliquent que les femmes des régions à fort degré d'urbanité ont plus de chance de recourir aux soins de santé que celles vivant dans d'autres régions. Rossier, C. et al. (2014), expliqueront cette réalité du fait que l'offre de services de santé est essentielle pour expliquer les variabilités géographiques d'accès aux soins de santé. En revanche, dans le contexte congolais, ce résultat ne semble pas extraordinaire, dans la mesure où les deux métropoles (Brazzaville et Pointe-Noire) regorgent à elles seules de l'offre de santé maternelle assez conséquente aussi bien privée que publique. Aussi, le type de femmes qui compose cet espace est pour la plupart instruite, exposée aux médias ou du moins sensibilisée, quand il s'agit de l'importance des consultations maternelles. Cette réalité porte tout de même un éclaircissement au résultat trouvé en rapport avec le niveau d'instruction et le degré d'exposition aux médias des femmes. On constate que les femmes peu instruites et faiblement exposées aux médias recourent moins aux soins de santé maternelle. Navaneetham et Dharmalingam, (2002), notaient déjà que l'acquisition d'un capital humain par la femme la prédispose à avoir un type de comportement pouvant l'amener à agir pour réaliser un suivi de qualité pendant la grossesse. Le niveau d'éducation participe au processus de capacitation de la femme. La prise de conscience de la femme, s'agissant de l'éducation à la santé maternelle devrait être pris en compte dans les stratégies de communication et de sensibilisation en marketing social en République du Congo.

L'effet de la proportion des ménages pauvres dans la communauté s'est avéré déterminant dans la compréhension du non-recours aux soins de santé maternelle au Congo. En effet, les communautés à forte proportion de pauvres recourent moins aux soins de santé maternelle que

leurs pairs vivant dans les communautés moins pauvres. On pourrait attribuer ce résultat au fait que les communautés des régions du Sud et du Nord sont relativement plus pauvres. Ainsi, la pauvreté plus accentuée dans ces communautés constituerait un obstacle aux consultations maternelles. Ce résultat corrobore avec celui trouvé par Cisse S. (2018), qui, dans le cas du Mali, notait que le niveau de vie influençait l'accès aux soins de santé.

CONCLUSION

Une femme sur cinq (20 %) au Congo ne recourt pas aux services de soins de santé maternelle. Plusieurs études ont montré l'influence des facteurs individuels sur la probabilité de recourir aux soins de santé. Mais peu d'études ont mis en exergue les facteurs contextuels dans l'explication de ce phénomène. Notons que dans cet article, l'approche par les capacités met en relief les aspects liés à l'offre et à la demande. L'offre a constitué la disponibilité des FOSA, et les autres variables ont déterminé la demande dans toutes ses dimensions. L'approche par les capacités a permis d'appliquer les modèles multiniveaux pour dégager la part de chaque niveau. Cette étude a montré que la part attribuable aux caractéristiques contextuelles représente 29,34 % dans l'explication du non-recours aux soins de santé maternelle. L'effet du contexte n'est plus à nier. Au sortir des résultats de l'analyse, on note que la proportion des ménages pauvres dans la communauté, la région de résidence, le niveau d'instruction, le degré d'exposition aux médias, le statut matrimonial se sont avérés déterminants dans l'explication du non-recours aux soins de santé maternelle.

Eu égard aux conclusions qui ressortent de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes en rapport avec la théorie de nudge:

- multiplier les actions de sensibilisation ciblées sur l'importance du recours aux soins de santé maternelle dans les régions du Sud et du Nord, en mettant en exergue les cotess évitables, et renforcer les séminaires sur le professionnalisme des personnels soignants, afin de renforcer la confiance.
- encourager les femmes pauvres à recourir aux soins de santé maternelle, en diminuant les barrières liées à l'accès, tels que les services payants. Par exemple, rendre financièrement abordable les soins de santé maternelles.
- faire une étude spécifique sur la santé maternelle dans toutes ses dimensions afin de mieux apprécier le phénomène et d'orienter les programmes/projets.

BIBLIOGRAPHIE

- Andriantsimietry, S., Rakotovao, J., Ramiandrisson, E. R., Andriamiharisoa, H., Razakariasy, E. M., Favero, R., Bazant, E., Gomez, P., & Dao, B. (2015). Evaluation de la disponibilité des personnels qualifiés en santé maternelle et néonatale à Madagascar. *African Evaluation Journal*, 3(2), 8.
- Benartzi, S., Beshears, J., Milkman, K. L., Sunstein, C. R., Thaler, R. H., Shankar, M., Tucker-Ray, W., Congdon, W. J., & Galing, S. (2017). Should governments invest more in nudging? *Psychological science*, 28(8), 1041-1055.
- BIKOULA ONDOUA FRANCK ERIC. (2020). *EVOLUTION COMPARATIVE DE LA QUALITE DU SUIVI PRENATAL ENTRE CATEGORIES SOCIALES DES FEMMES AU CAMEROUN* [Memoire]. Université de Yaoundé II (IFORD).
- Caraban, A., Karapanos, E., Gonçalves, D., & Campos, P. (2019). *23 ways to nudge : A review of technology-mediated nudging in human-computer interaction*. 1-15.
- CISSE, Siaka. (2018). *Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités : Le cas du Mali* [Thèse]. Univ. Genève.
- Dugas M. (2011). *Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : Stratégie avancée de consultations prénatales*. (p. 3). Université de Montréal.
- EL MANSOURI, R., & OUZZANI, A. (2025). L'approche par les capacités face au développement de la performance éducative préscolaire de la province Larache Une évaluation micro-économétrique de l'approche d'A. Sen. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 6(9).
- Elizabeth I.Ransom & Nancy V. Yinger. (2002). POUR MATERNITE SANS COTES : comment éliminer les obstacles aux soins. *Population Reference Bureau*, 39.
- Guindo, M. M. A., Kone, H., & Mburano, R. (2023). Recours aux soins prénatals au Mali : Une analyse de la qualité des soins. *ESI Preprints (European Scientific Journal, ESJ)*, 16, 301-301.
- INS-Congo. (2016). *Enquete par grappes à indicateurs multiples MICS (2014-2015)* (p. 548). INS-Congo.
- Kajjoune, I., de Brouwere, V., Manoussi, A., Elomrani, S., & Assarag, B. (2023). L'expérience de l'accouchement en milieu surveillé dans la province d'Essaouira au Maroc : Quelle réalité? *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), 2272712.
- Kotler, P., & Lee, N. (2008). *Social marketing : Influencing behaviors for good*. Sage.
- LEGBRE GUIGUI Didier Stéphane. (2021). *FACTEURS INDIVIDUELS ET CONTEXTUELS DE LA DISCONTINUITÉ DES SOINS NEONATALS EN COTE D'IVOIRE* [Memoire]. Université de Yaoundé II (IFORD).

- MPANDI-LUCKA Florian Lejuste. (2020). *PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE DES ENFANTS DE 0 A 3 ANS AU CONGO BRAZZAVILLE : A LA RECHERCHE DES DETERMINANTS* [Mémoire]. Université de Yaoundé II (IFORD).
- NAVANEETHAM K. & DHARMALINGAM A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social science medicine*, 55(10), 1849-1869.
- NGUENDO Yongsy & TCHANGO Ngale Georges Alain. (2016). *Maternité et santé : La question de l'accouchement à domicile au Cameroun*.
- Nys, T. R., & Engelen, B. (2017). Judging nudging : Answering the manipulation objection. *Political Studies*, 65(1), 199-214.
- OMS. (1948). *Gouvernance de l'OMS : Consitution*.
- OMS. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (p. 180). OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE 2000-2017 : Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies* (p. 14). Organisation mondiale de la Santé. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.
- Pauline Givord & Marine Guillerm. (2016). *Les modèles multiniveaux*. INSEE.
- Richard L. & LEGRAND T. (1996). La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village, *Population. INED*, 51(2), 329-351.
- Rossier, C., Muindi, K., Soura, A., Mberu, B., Lankoande, B., Kabiru, C., Millogo, & R. (2014). Maternal health care utilization in Nairobi and Ouagadougou : Evidence from HDSS. *Global health action*, 7(1).
- RWENGE M. J. & TCHAMGOUE N. (2011). Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescents camerounaises. *African Journal of Reproductive Health*, 15(3), 87-99.
- SEN A. (1985). Well-being, agency and freedom : The Dewey lectures 1984. *The journal of philosophy*, 82(4), 169-221.