

# Recherche formative sur la santé et les droits reproductifs (SDR) et la planification familiale (PF) au Tchad

Rapport provisoire

Janvier 2026



## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| Résumé exécutif.....   | 4         |
| <b>1 Introduction et cadre de la recherche.....</b>                                    | <b>5</b>  |
| 1.1 Contexte et justification .....  | 5         |
| 1.2 Objectifs et questions de recherches.....  | 6         |
| 1.3 Devis de l'étude.....  | 7         |
| <b>2 Déterminants comportementaux individuels du recours aux services PF/SDR .....</b> | <b>17</b> |
| 2.1 Connaissances et compréhension .....   | 17        |
| 2.2 Perceptions, croyances et représentations.....                                     | 23        |
| 2.3 Attitudes et intentions comportementales.....                                      | 28        |
| 2.4 Pratiques actuelles.....   | 32        |
| <b>3 Déterminants sociaux et communautaires .....</b>                                  | <b>33</b> |
| 3.1 Normes sociales, culturelles et religieuses.....                                   | 33        |
| 3.2 Influences sociales et figures d'autorité .....                                    | 35        |
| 3.3 Dynamiques de pouvoir et prise de décision.....                                    | 36        |
| 3.4 Engagement et dialogue communautaire .....   | 37        |
| <b>4 Déterminants structurels et systémiques.....</b>                                  | <b>39</b> |
| 4.1 Accessibilité des services .....   | 39        |
| 4.2 Qualité et expérience de service.....  | 40        |
| 4.3 Inclusivité et adéquation de l'offre .....   | 41        |
| 4.4 Environnement institutionnel .....   | 42        |
| <b>5 Équité et vulnérabilités spécifiques .....</b>                                    | <b>43</b> |
| 5.1 Groupes en situation de vulnérabilité.....   | 43        |
| 5.2 Barrières cumulatives .....  | 44        |
| 5.3 Réponses différenciées existantes ou manquantes .....                              | 44        |
| <b>6 Ecosystème informationnel .....</b>   | <b>45</b> |
| 6.1 Accès à l'information.....   | 45        |
| 6.2 Qualité et compréhension de l'information.....                                     | 46        |
| 6.3 Confiance, crédibilité et désinformation.....                                      | 47        |
| <b>7 Leviers stratégiques et recommandations opérationnelles SBC .....</b>             | <b>49</b> |
| 7.1 Leviers prioritaires.....  | 49        |
| 7.2 Recommandations opérationnelles et Implication programmatiques .....               | 50        |



## Sigles et abréviations

ARDA : Association of Religious Data Archives

COGES : Comité de Santé Communautaire

DAES : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies

DHS : Demographic Health Study

DPS : Délégation Provinciale de la Santé

DS : District Sanitaire (DS)

DSSR : Droits et Santé Reproductifs et Sexuels

EDS : Enquête Démographique de Santé

FGD : Focus Groups Discussions (« Groupes de discussion »)

FP : Familial Planning

GAVI : Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation

IDI : In-Depth Interviews (« Entretien semi-directif »)

INSEED : Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques du Tchad

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

MSF : Médecins Sans Frontières

MSP : Ministère de la Santé Publique du Tchad

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PF : Planning Familial

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

RAES : Réseau Africain de l'Éducation pour la Santé (RAES)

SBC : Social and Behavioral Change (« Changement social et de comportement »)

SDR : santé et droits reproductifs

SRH : Sexual and Reproductive Health



---

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population

VBG : Violence(s) Basée(s) sur le Genre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPH : Virus du Papillome Humain

WISH2 : Women's Integrated Sexual Health

ZR : Zone de responsabilité



## Résumé exécutif

Au Tchad, la santé et les droits reproductifs (SDR) et le planning familial (PF) restent confrontés à des défis majeurs, malgré des progrès récents. La mortalité maternelle demeure parmi les plus élevées au monde et les grossesses précoces restent très fréquentes, en lien avec les mariages précoces et des normes sociales fortement restrictives. La prévalence contraceptive moderne progresse lentement, tandis que les besoins non satisfaits en PF demeurent élevés, traduisant des obstacles persistants liés aux croyances, à la stigmatisation, aux ruptures de stocks, aux barrières financières et géographiques. Ces difficultés sont renforcées par un contexte humanitaire fragile et un sous-financement chronique des services de santé, affectant particulièrement les femmes, les adolescentes et les groupes marginalisés, dont les personnes en situation de handicap.

Dans ce contexte, le programme WISH2, coordonné par MSI Reproductive Choices, vise à renforcer l'accès équitable à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, fondés sur les droits et centrés sur les besoins des usagers. L'ONG RAES y joue un rôle clé à travers la conception et la mise en œuvre d'approches de changement social et comportemental (SBC), adaptées aux réalités culturelles et sociales locales, en mobilisant les médias, les outils numériques et les dynamiques communautaires afin de favoriser des normes plus favorables à la SDR/PF.

La recherche formative conduite s'inscrit dans cette dynamique et avait pour objectif d'analyser les perceptions, les pratiques et les obstacles liés à l'accès et à l'utilisation des services de SDR/PF au Tchad. Elle visait à identifier les dynamiques socioculturelles influençant les comportements, les acteurs et leviers stratégiques pour renforcer les actions SBC, et à formuler des recommandations concrètes, inclusives et opérationnelles pour améliorer l'acceptabilité et l'accessibilité des services.

L'étude a adopté une approche qualitative fondée sur des entretiens individuels et des discussions de groupe, menées auprès de diverses populations clés dans les provinces du Batha, du Hadjer Lamis et à N'Djamena. Les participants étaient composés de 108 jeunes (18-34 ans), 108 femmes (35 ans et plus), 108 hommes adultes, 105 personnes en situation de handicap, neuf (9) prestataires de services de SDR/PF, ainsi que neuf (9) leaders religieux, spirituels et autorités traditionnelles et coutumières. Dans cette optique, 63 entretiens individuels et 42 focus groups composés de 11 personnes, soit un total de 105 interviews et 525 personnes interrogées en tout. L'analyse s'est structurée autour des dimensions de la demande, de l'offre et de l'environnement socioculturel et institutionnel.

Les résultats mettent en évidence des inégalités persistantes d'accès et de recours aux services de SDR/PF, fortement influencées par les normes sociales, les rapports de pouvoir genrés, la faible autonomie décisionnelle des femmes et la marginalisation de certains groupes. Ils soulignent la nécessité de développer une approche SBC intégrée et multiniveau pour améliorer durablement l'accès et l'utilisation des services SR/PF, en combinant des messages adaptés aux publics, le renforcement de la qualité et de l'accessibilité des services, l'implication des leaders communautaires et religieux, ainsi qu'une coordination renforcée des acteurs, dans des programmes continus, inclusifs et fondés sur le renforcement des capacités locales et l'apprentissage progressif. Ces enseignements constituent une base stratégique essentielle pour orienter les interventions futures de RAES et du programme WISH2 au Tchad.



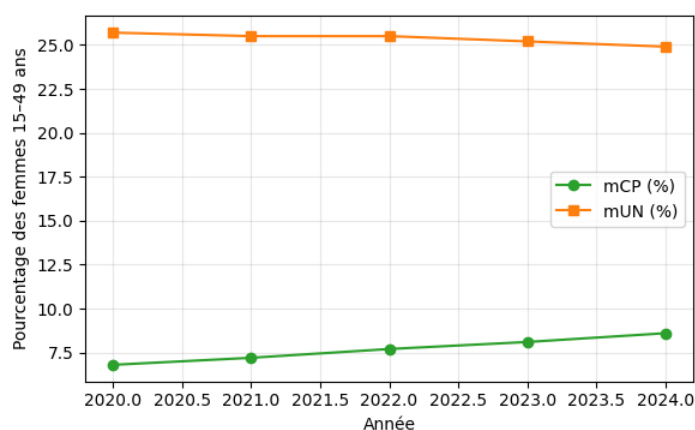
# 1 Introduction et cadre de la recherche

## 1.1 Contexte et justification

### 1.1.1 Enjeux PF/SDR au Tchad

Au Tchad, la PF/SDSR se joue à l'intersection d'un besoin élevé et d'un accès fragile : malgré une baisse récente de la mortalité maternelle (877→748 décès pour 100 000 naissances de 2020 à 2023)<sup>1</sup> le niveau reste parmi les plus élevés du monde, révélant la nécessité d'intensifier l'offre de soins obstétricaux et de PF de qualité. Les naissances chez les adolescentes demeurent très fréquentes ( $\approx 135$  naissances pour 1 000 filles 15–19 ans en 2023)<sup>2</sup> alimentées par les mariages précoces et des normes sociales restrictives, ce qui renforce la demande de services adaptés aux jeunes. Or, la prévalence contraceptive moderne (mCP) progresse lentement ( $\approx 6,8\% \rightarrow 8,6\%$  entre 2020 et 2024)<sup>3</sup> tandis que les besoins non satisfaits restent très élevés ( $\approx 25\%$ ), indiquant des obstacles persistants liés aux croyances, à la stigmatisation, aux ruptures de stocks et aux barrières financières et géographiques que le TDR pointe explicitement et que les cadres de sécurisation des contraceptifs confirment (lacunes de financement, disponibilité irrégulière, capacités limitées des prestataires)<sup>4</sup>. Le contexte humanitaire marqué par l'afflux de réfugiés, les crises climatiques et le sous-financement des services SRH accentue la pression sur les structures de santé et les vulnérabilités, notamment chez les adolescentes et les personnes handicapées. Cela rend indispensables des approches SBC sensibles au genre, des solutions inclusives et le renforcement des systèmes et chaînes d'approvisionnement, conformément aux recommandations de WISH2 et des agences onusiennes.

Figure 1: PF – mCP vs besoins non satisfaits (mUN), 2020–2024



### 1.1.2 Cadre RAES et approche SBC

Le programme WISH2 (Women's Integrated Sexual Health), coordonné par MSI Reproductive Choices, s'inscrit dans une dynamique régionale visant à renforcer l'accès des femmes et des

<sup>1</sup> WHO/UNFPA, [Trends in Maternal Mortality: 2000–2023](#), 2025

<sup>2</sup> World Bank – Gender Data Portal, [Chad – Country Gender Data Portal \(Adolescent fertility rate\)](#), 2025

<sup>3</sup> FP2030, [Chad – 2024 Indicator Summary Sheet \(FPET estimates: mCP, mUN, mDS\)](#), 2024

<sup>4</sup> USAID GHSC-PSM, [2023 Contraceptive Security Indicators Report \(financement, disponibilité, supply chain\)](#), 2024



adolescentes, en particulier les plus vulnérables, à des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) de qualité, fondés sur les droits et centrés sur le client. Déployé dans 13 pays, dont le Tchad, WISH2 ambitionne d'améliorer les connaissances, attitudes et normes sociales, d'intégrer les services SSR, de consolider l'environnement politique et de générer des preuves pour l'apprentissage. Dans ce cadre, l'ONG RAES, experte en approches de changement social et comportemental (SBC), joue un rôle stratégique : elle conçoit et adapte des plans de communication innovants, développe des cadres narratifs et des boîtes à outils pour influencer positivement les comportements et les normes de genre. En mobilisant les médias de masse, les plateformes numériques et les organisations communautaires, RAES vise à toucher un large public, y compris les groupes marginalisés, et à diffuser des messages inclusifs et transformateurs.

Cette approche participative et sensible au contexte culturel permet non seulement de renforcer l'adhésion aux services SSR, mais aussi de créer un environnement favorable à l'autonomie des femmes et des filles, conformément aux objectifs ambitieux du consortium WISH2-Lot 1.

## 1.2 Objectifs et questions de recherches

### 1.2.1 Objectif général

La recherche formative vise à renforcer les connaissances de RAES sur l'état actuel de la santé et les droits reproductifs et reproductifs (SDR) et le planning familial (PF) au Tchad.

### 1.2.2 Objectifs spécifiques

La recherche formative vise les trois (3) objectifs spécifiques suivants :

- I Identifier et analyser les dynamiques socioculturelles et les obstacles qui influencent l'accès aux services de SDR/PF au Tchad ;
- II Identifier les outils, acteurs et leviers stratégiques pour renforcer les stratégies de communication et l'engagement communautaire ;
- III Proposer des recommandations concrètes, inclusives, adaptées et actionnables pour améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des services

### 1.2.3 Questions de recherches

Pour cette mission, qui vise à renforcer l'accès des femmes et des adolescentes, en particulier les plus pauvres et les plus marginalisées, aux services de planification familiale et de santé et droits reproductifs (PF/SDR) au Tchad, et en s'appuyant notamment sur des documents de référence tels que le rapport UNFPA (2022) sur les perceptions communautaires en milieu rural, les principales questions de recherche s'organisent autour des axes suivants :

#### Usagers et Usagers

- Quels sont les besoins, attentes et perceptions des femmes et des adolescentes, en particulier les plus pauvres et les plus marginalisées vis-à-vis des services de PF/SDR en zones rurales et périurbaines ?
- Quels facteurs influencent l'accès ou le non-recours aux services (stigmatisation, tabous, manque d'information, coût, distance, etc.) ?



- Quelles sont les préférences des femmes et des adolescentes, en particulier les plus pauvres et les plus marginalisées en termes de modes de prestation de services (centre de santé, mobile, école, pairs) ?

### Services et Prestataires

- Quels types de services de PF/SDR sont actuellement offerts dans les zones ciblées ? Par quels acteurs ?
- Ces services sont-ils adaptés aux besoins spécifiques des femmes et des adolescentes, en particulier les plus pauvres et les plus marginalisées (horaire, confidentialité, personnel formé, coût) ?
- Quelles sont les pratiques des prestataires vis-à-vis des femmes et des adolescentes, en particulier les plus pauvres et les plus marginalisées ? Sont-ils formés, sensibilisés, outillés pour répondre à cette cible ?

### Cadre normatif et socioculturel

- Quels sont les rôles des acteurs communautaires (parents, élus locaux, autorités traditionnelles et coutumières, leaders spirituels et religieux, enseignants) dans la promotion ou le blocage de l'accès à ces services ?
- Quelle est l'influence des normes sociales et culturelles sur les comportements des adolescentes et des familles ?
- Quelles sont les politiques et initiatives nationales ou locales qui facilitent ou freinent l'accès des adolescentes aux services SDR ?

### Innovations et pistes d'amélioration

- Quelles approches communautaires, numériques ou éducatives ont montré des résultats prometteurs ?
- Quels sont les leviers pour renforcer la confiance, la confidentialité et l'accessibilité des services ?
- Quels partenariats ou mécanismes pourraient permettre une meilleure intégration et durabilité des actions dans les systèmes existants ?

## 1.3 Devis de l'étude

### 1.3.1 Approche méthodologique (qualitative / mixte)

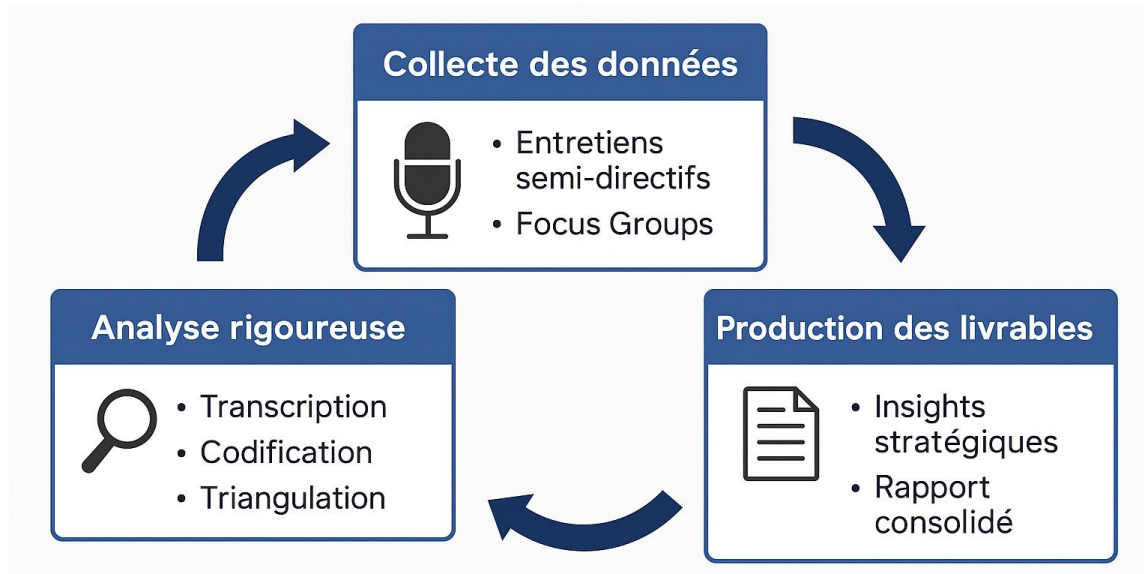
#### Méthodologie globale utilisée dans cette phase de collecte de données

La recherche formative a reposé sur une approche mixte combinant des méthodes qualitatives et quantitatives pour garantir une compréhension approfondie des enjeux. Sur le terrain, nous avons mené des **entretiens semi-directifs** auprès des acteurs institutionnels et partenaires afin de recueillir une vision stratégique, ainsi que **des focus groups** ciblant les bénéficiaires finaux (jeunes, femmes) pour capter leurs perceptions et les barrières vécues. L'analyse des données a suivi un processus rigoureux comprenant **la transcription intégrale des échanges, la codification thématique**, et une **triangulation systématique entre les données primaires** et la revue documentaire pour valider les hypothèses. Ce travail a permis d'identifier des insights stratégiques, notamment les écarts entre l'offre de soins et la demande réelle. L'ensemble de



ces étapes a abouti à la production **d'un rapport intermédiaire consolidé**, mettant en évidence les tendances clés et orientant les recommandations opérationnelles.

*Figure 2 : Aperçu des aspects importants de méthodologie utilisée dans cette phase de collecte des données*



### Approche utilisée pour l'étude de perception

Pour répondre aux objectifs de la recherche formative, nous avons opté pour une étude de perception, une méthode particulièrement adaptée pour explorer la manière dont les individus et les groupes comprennent et interprètent des enjeux tels que la santé sexuelle et reproductive (SSR) et la planification familiale (PF). Cette approche permet de recueillir des impressions, opinions et commentaires afin d'identifier les points forts, les faiblesses et les opportunités d'amélioration des politiques et pratiques existantes.

### Type et sources des données

Les données collectées **sont qualitatives**, obtenues via deux techniques complémentaires :

- **Entretiens individuels semi-directifs**, pour approfondir les perceptions et expériences personnelles.
- **Discussions de groupe (focus groups)**, réunissant des participants homogènes ou hétérogènes afin de comparer les points de vue et enrichir la compréhension des dynamiques sociales.

### Cadre analytique

L'analyse s'est appuyée sur un cadre structuré autour de trois dimensions :

- **Demande** : besoins des individus et groupes (femmes, adolescentes, jeunes, personnes vulnérables) en matière de SSR/PF.
- **Offre** : services, programmes et initiatives disponibles, incluant les acteurs opérationnels tels que RAES et ses partenaires, qui mobilisent des approches SBC pour améliorer l'accès.



- **Environnement** : facteurs institutionnels, politiques, sociaux et culturels influençant la demande et l'offre, notamment les décideurs publics et les leaders religieux ou coutumiers qui façonnent les normes et comportements.

Ce cadre a guidé la collecte et l'analyse des données, en mettant en lumière les interactions entre besoins, solutions et contextes, afin de formuler des recommandations adaptées.

### 1.3.2 Populations cibles

La population d'étude de perception était constituée comme suit :

*Figure 3 : Structure de la population cible*



Les participants à la collecte des données furent choisis dans toutes les zones des provinces du Batha, Hadjer Lamis et N'Djamena que nous avons ciblées.

#### Jeunes (âgées de 18 à 34 ans)

Les personnes incluses dans cette catégorie étaient les hommes et les femmes âgées de 18 à 34 ans. Leur statut marital n'a été ni un critère d'inclusion ni d'exclusion. Cette catégorisation permettait de prendre en compte les multiples acceptions données à la notion de « jeunes » par les données socio-démographiques disponibles que nous avons exploitées. La collecte des données a donné la priorité aux jeunes dans une situation de précarité ou de pauvreté car leur situation socioéconomique pourrait être un obstacle à la réalisation de leur santé et droits reproductifs et reproductifs notamment l'accès aux services et aux méthodes.

#### Femmes (35 ans et plus)

Les femmes âgées de 35 ans et plus désignaient les femmes qui ne sont pas considérées comme « jeunes » tant par les normes socioculturelles que par les catégorisations démographiques mises en avant par les données que nous avons exploitées. La collecte a ciblé les femmes de ce



groupe qui sont mariées et celles en situation de précarité ou de pauvreté. Il était essentiel que les femmes de ce groupe d'âge participent à l'étude, car leurs perspectives sont essentielles pour comprendre les effets à long terme des expériences et des choix en matière de SDR et de PF au Tchad.

### **Hommes (35 ans et plus)**

Les individus de cette catégorie étaient des hommes âgés d'au moins 35 ans en situation maritale. Leur inclusion est tout aussi pertinente que celle des jeunes car les hommes d'un certain âge sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé reproductive et reproductive liés à l'âge, de surcroît cela permet d'inscrire la collecte des données dans une démarche holistique qui ne cantonne pas la recherche formative à une vision biaisée selon laquelle la SDR et le PF n'étaient qu'une question de « jeunes » ou de personnes célibataires.

### **Personnes en situation de handicap**

Cette classe de participants comprenait des hommes et des femmes, quel que soit leur âge ou leur état matrimonial, souffrant de problèmes ou de handicaps physiques ou non physiques. La recherche formative tient tout particulièrement à inclure ces personnes, car leur handicap pourrait être une source de stigmatisation sociale. En plus de cette possible exclusion sociale, malgré le fait que ces personnes aient les mêmes besoins que les personnes non handicapées, leur handicap pourrait les rendre extrêmement difficile l'accès aux ressources et services de SDR et de PF. Ce phénomène peut être dû à plusieurs facteurs, tels que l'inadéquation des installations, les obstacles à la communication, les attitudes négatives et l'absence d'initiatives de SSSR adaptées aux personnes handicapées.

### **Leaders religieux et spirituels**

Dans le contexte tchadien, les leaders religieux et spirituels font référence aux dignitaires religieux des trois principales religions dans le pays. Leur statut de leader peut être objectif, par exemple une reconnaissance officielle de la part de l'État tchadien ou de leur institution religieuse (surtout pour les dignitaires Catholiques). Le statut de leader peut également découler du soutien et de l'influence qu'ils ont acquis au sein de leurs communautés respectives. À ce titre les dignitaires religieux suivants participèrent à l'étude :

- **Imams ;**
- **Membres du Clergé Catholique (archevêques, évêques, prêtres, diacres)**
- **Membre du Clergé Protestant (pasteurs, anciens, diacres).**

Les chefs spirituels et religieux expriment fréquemment leur opposition à SDR et au PF, invoquant la doctrine religieuse pour justifier leur opposition aux principes, méthodes et services associés.

### **Autorités traditionnelles et coutumières**

Au Tchad, la Loi organique n°10-013/PR du 25 août 2010 portant statuts et attributions des autorités traditionnelles et coutumières fait de ces dernières des collaborateurs de l'administration. Selon cette même loi, celles-ci opèrent sous l'autorité et le contrôle des chefs des unités administratives relevant de leur compétence. En outre, la même loi stipule que les autorités traditionnelles et coutumières agissent en tant qu'intermédiaires entre



l'administration et les citoyens. Conformément à la loi tchadienne qui les reconnaît officiellement comme autorités traditionnelles et coutumières, les acteurs suivants ont participé à l'étude :

- Sultans ;
- Chefs de canton ;
- Chefs de tribu ;
- Chefs de groupement ;
- Chefs de village ;
- Chefs de ferrick.

### 1.3.3 Zones d'étude

La collecte des données primaires a été réalisée dans trois régions du Tchad : N'Djamena (urbaine), Hadjer Lamis (semi-urbaine / pastorale) et Batha (rurale / sahélienne). Ce choix vise à garantir une diversité de contextes sociaux, économiques et culturels, tout en assurant une représentativité des dynamiques urbaines, périurbaines et rurales.

- **N'Djamena, capitale et centre urbain national**, présente une forte densité de population, une concentration de services de santé de niveau tertiaire, ainsi qu'un accès direct aux acteurs institutionnels, aux organisations de la société civile (OSC) et aux leaders d'opinion. La ville constitue un terrain stratégique pour explorer les perceptions et pratiques en matière de santé reproductive dans un cadre urbain mixte, marqué par une pluralité d'influences et une hétérogénéité sociale.
- **Hadjer Lamis, située au nord de N'Djamena**, est une région à profil semi-rural et pastoral. Proche de la capitale, elle offre un terrain pertinent pour explorer les réalités de la santé reproductive dans des contextes de transition, combinant pratiques traditionnelles et proximité avec les services modernes. Les zones ciblées incluront des localités comme Massakory et les communes environnantes.
- **Batha, au centre-est du pays**, présente une typologie rurale prononcée, avec des communautés à fortes traditions religieuses et coutumières. Cette région sahélienne est marquée par un accès limité aux services de santé, une faible couverture infrastructurelle et des normes sociales souvent restrictives en matière de droits reproductifs et reproductifs. L'étude y explorera les dynamiques d'accès, de demande et les rôles des parties prenantes dans un environnement contraint.

Ces zones ont été retenues pour leur complémentarité territoriale et culturelle, mais l'équipe est restée pleinement ouverte aux ajustements proposés par le ministère de la Santé Publique, le Comité National de Bioéthique du Tchad (CNBT), ou le Comité technique du consortium. Une période de transition d'environ deux semaines a été accordée entre la phase de revue documentaire (Phase 1) et celle de la collecte primaire (Phase 2), afin d'intégrer les retours et validations des parties prenantes nationales.

### 1.3.4 Echantillonnage et méthodes de collecte

#### 1.3.4.1 Echantillonnage

La taille de l'échantillon des participants aux entretiens individuels de l'étude de perception fut déterminée en utilisant le principe du choix raisonné. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage



non probabiliste selon laquelle les participants sont choisis par le chercheur en fonction de critères spécifiques et de leur pertinence pour l'étude, plutôt que par un tirage au sort.

Nous avons décidé d'accorder une surreprésentation aux catégories sociales (catégories de participants) susceptibles de fournir des informations utiles à l'atteinte des objectifs de la recherche formative, en l'occurrence les jeunes, les femmes, les hommes et les personnes en situation de handicap, en particulier ceux en situation de pauvreté ou de précarité. Ceci est dû au fait qu'ils sont les catégories de participants privilégiées pour renseigner les informations et les indicateurs choisis par la recherche formative, et ceux-ci sont les cibles et bénéficiaires directs des projets et programmes de SDR et de PF au Tchad. Les participant(e)s furent sélectionné(e)s de manière à refléter une diversité maximale en termes de types de handicap, afin de garantir une représentativité des différentes situations vécues. À ce titre, les catégories ci-dessous furent prises en compte.

Toutefois, pour des raisons éthiques et logistiques, la sélection privilégia les personnes pouvant s'exprimer de manière autonome ou ayant un niveau d'autonomie suffisant pour participer aux entretiens ou discussions sans dépendre de manière significative d'un(e) accompagnant(e). Le recrutement se fit en collaboration avec les Organisations de Personnes Handicapées (OPH) actives dans les zones ciblées pour la collecte de données, ainsi qu'avec les partenaires de RAES (notamment Sightsavers et IPAS) ou leurs bénéficiaires directs et indirects.

L'échantillonnage tint également compte des différentes communautés composant le tissu social, culturel et démographique du Tchad et reflétera à la fois le cadre d'analyse articulé autour de la demande, de l'offre et de l'environnement, ainsi que la diversité sociale, culturelle et démographique des contextes locaux. Il est crucial pour l'échantillonnage de tenir compte des dynamiques communautaires et des groupes spécifiques suivants :

#### 1.3.4.2 Entretiens semi-directifs

Un total de **63 entretiens individuels semi-directifs** y furent réalisés, répartis à raison de 21 par zone, auprès de sept catégories clés (adolescents, adultes, leaders, personnes handicapées, agents de santé). N'Djamena permit de capter les perspectives urbaines et institutionnelles ; Hadjer Lamis, proche de la capitale, offrit un accès facilité aux communautés pastorales ; et Batha apporta une vision rurale sahélienne ancrée dans des structures traditionnelles. Les participants furent sélectionnés par convenance et contactés en amont pour organiser les entretiens selon leurs disponibilités et préférences.

Tableau 2 : Répartition des entretiens individuels par province

| No.                       | Participants   | N'Djamena | Hadjer Lamis | Batha | Total |
|---------------------------|--|-----------|--------------|-------|-------|
| <b>Cibles principales</b> |  |           |              |       |       |
| 1                         | Jeunes hommes (18-34 ans)  | 3         | 3            | 3     | 9     |
| 2                         | Jeunes femmes (18-34 ans)  | 3         | 3            | 3     | 9     |
| 3                         | Hommes (35 ans et plus)  | 3         | 3            | 3     | 9     |
| 4                         | Femmes (35 ans et plus)  | 3         | 3            | 3     | 9     |
| 5                         | Personnes en situation de handicap                                     | 3         | 3            | 3     | 9     |
| <b>Informateurs clés</b>  |  |           |              |       |       |
| 6                         | Prestataires de services de santé reproductive et de planning familial | 3         | 3            | 3     | 9     |



|              |  |           |           |           |           |
|--------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 7            | Leaders religieux / Autorités traditionnelles et coutumières | 3         | 3         | 3         | 9         |
| <b>Total</b> |  | <b>21</b> | <b>21</b> | <b>21</b> | <b>63</b> |

#### 1.3.4.3 Discussions de groupe (focus groups)

Un total de 42 groupes de discussion, chacun composé d'onze (11) personnes, a été conduit dans les trois zones sélectionnées, soit 14 groupes par localité, représentant 462 participant.e.s. Chaque site accueille sept catégories clés : adolescents garçons, adolescentes filles, hommes adultes, femmes adultes, leaders religieux ou traditionnels, personnes en situation de handicap et agents de santé communautaires. Cette répartition permet de combiner diversité des profils, équilibre géographique et faisabilité logistique. Les discussions furent organisées en concertation avec les participants, en tenant compte de leur disponibilité, de leur sécurité et de leur confort.

Tableau 3 : Répartition des focus groups par site

| No.  | Participants   | N'Djamena  | Hadjer Lamis | Batha      | Total      |
|--|--|------------|--------------|------------|------------|
| <b>Cibles principales</b>                              |  |            |              |            |            |
| 1  | Garçons adolescents  | 3          | 3            | 3          | 9          |
| 2  | Filles adolescentes  | 3          | 3            | 3          | 9          |
| 3  | Hommes adultes   | 3          | 3            | 3          | 9          |
| 4  | Femmes adultes   | 3          | 3            | 3          | 9          |
| 5  | Personnes en situation de handicap                                     | 2          | 2            | 2          | 6          |
| <b>Informateurs clés</b>                               |  |            |              |            |            |
| 6  | Prestataires de services de santé reproductive et de planning familial | 0          | 0            | 0          | 0          |
| 7  | Leaders religieux / Autorités traditionnelles et coutumières           | 0          | 0            | 0          | 0          |
| <b>Nombre total de groupes de discussion</b>           |  | <b>14</b>  | <b>14</b>    | <b>14</b>  | <b>42</b>  |
| <b>Nombre total de personnes (11 pers. par groupe)</b> |  | <b>154</b> | <b>154</b>   | <b>154</b> | <b>462</b> |

Au total, 525 participants furent mobilisés dans le cadre de cette étude, en combinant les groupes de discussion et les entretiens individuels approfondis.

#### 1.3.4.4 Méthodes de collecte

La collecte des données a été assurée par les agents de collecte locaux (présent dans les zones où mener la collecte) qui furent recrutés sur la base de leur expérience et de leur connaissance du terrain et du contexte (langues parlées) leur permettant d'en naviguer toutes les dynamiques politiques, sociales et culturelles pour mener à bien leur mission d'enquête en dépit des possibles sensibilités liées à la SDR et aux PF. Dans le cadre du processus de recrutement mené par le coordinateur de l'étude, chaque agent de collecte fit l'objet d'une sélection rigoureuse (entretien et test écrit) et dû fournir la preuve de son expérience préalable dans le domaine de la collecte de données. Durant leur mandat d'agent de collecte, il a été organisé régulièrement par le superviseur des réunions et séances de mise à niveau informationnel et de suivi des enquêtes pour procéder au besoin à toute rectification nécessaire du processus de collecte.



#### 1.3.4.5 Outil de collecte

Pour mener les entretiens individuels et les discussions de groupe (focus groups), les agents de collecte des données ont utilisé un guide d'entretien spécifique à chaque catégorie de participants. Avant le lancement de la collecte, ce guide a été testé à partir de deux entretiens-test qui furent faits en français et en langues locales parlés dans les trois provinces afin de minimiser les biais liés à la traduction et à l'interprétation des concepts.

#### 1.3.4.6 Déroulement de la collecte des données

Les agents de collecte des données furent répartis par localité, et chaque agent a collecté les données dans les communes pour lesquelles il aura été recruté pour une durée de 9 jours pour mener à terme les activités d'enquête. Dans le cadre de cette mission, le point focal a adressé une correspondance aux autorités pertinentes pour leur appui et validation pour le démarrage des activités de collecte des données.

#### 1.3.4.7 Analyse des données

Pour l'analyse des données qualitatives, nous avons utilisé l'analyse de contenu. Celle-ci a permis d'interpréter les documents écrits issus des observations, des entretiens et de l'analyse documentaire. À cet effet, nous avons eu recours à l'analyse de contenu thématique (ACT). L'ACT a débuté dès le commencement de la collecte des données et a porté sur l'intégralité des transcriptions des entretiens issues des différents enregistrements audio fournis par les agents chargés de la collecte des données.

La mise en œuvre de l'ACT s'est déroulée en trois (3) phases : le codage, la thématisation et l'analyse. Dans un premier temps, les transcriptions ont été examinées ligne par ligne et paragraphe par paragraphe afin de produire des codes sous forme d'étiquettes attribuées à des unités d'analyse de tailles diverses. Ensuite, les codes les plus étroitement associés ont été regroupés sous un même sous-thème, puis classés sous un thème général.

Par la suite, la phase d'analyse a été menée à l'aide d'une méthodologie mixte, à la fois inductive et déductive, mobilisant des thèmes émergents et des thèmes préétablis. Une hiérarchie thématique a été établie en classant les thèmes par ordre de priorité selon leur pertinence centrale ou secondaire par rapport aux sujets examinés. La récurrence de ces thèmes a servi de synthèse du matériel analysé dans les différents scénarios liés au thème de recherche.

Cette démarche a conduit à la constitution d'ensembles thématiques présentant des caractéristiques convergentes, divergentes ou complémentaires. Ces ensembles thématiques ont formé des matrices de sens coexistant les unes avec les autres et ont permis de délimiter les différentes dimensions du sujet étudié. Des relations ont ensuite été établies afin d'identifier les liens existants entre ces dimensions. Les ensembles thématiques ont été comparés dans le but de construire un cadre de signification facilitant l'identification des perceptions des participants concernant les questions de sécurité examinées. L'analyse de contenu thématique a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo.

### 1.3.5 Thèmes explorés

Les participants à la collecte des données primaires furent interrogés sur les thèmes suivants :

- Leur connaissance des principes, méthodes et services de SDR/PF ;
- Leur usage ou non des méthodes de SDR/PF ;



- Leur **appréciation des services** de SDR/PF : infrastructure sanitaire ; programmes et projets ; acteurs en faisant la promotion, etc.
- Les **facteurs sociaux, culturels et religieux** pouvant affecter les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes, des femmes, des hommes et personnes en situation de handicap en matière de SDR/PF, incluant les normes sociales.
- Les **normes descriptives** : comportements liés à la SDR que les participants considèrent comme normaux/typiques/attendus/couramment pratiqués par eux-mêmes ou les autres.
- Les **normes injonctives** : comportements liés à la SDR que les cibles considèrent comme récompensés/approuvés OU punis/condamnés par des personnes dont l'opinion compte ;
- Les **approches et méthodes** qui pourraient encourager toutes les parties prenantes à **adhérer à et soutenir l'utilisation** de contraceptifs et d'autres services et produits liés aux droits reproductifs et génésiques, à la soutenir et à la faire connaître ;
- Les **approches et méthodes** qui pourraient encourager les parties prenantes **résistantes à rejeter les stéréotypes néfastes, à adopter des relations respectueuses et saines et à favoriser des attitudes et des comportements équitables entre les genres** en faveur de la santé et des droits reproductifs et reproductifs pour les jeunes, les femmes et les hommes ;
- Les **modalités de communication** qui pourraient se montrer **efficaces pour encourager** plus de personnes le souhaitant à avoir recours à la SDR/PF ;
- Les  **récits culturels ou les croyances**  prévalents qui affectent l'information et le recours à la SDR/PF ;

Les **barrières (physiques, sociales, culturelles et économiques) qui limitent l'accès** des jeunes, des femmes, des hommes et des personnes handicapées aux services de DSR.

### 1.3.6 Limites de la mission

#### 1.3.6.1 Limites de l'étude

- **Échantillonnage non probabiliste** : le recours à un échantillonnage par quotas ou raisonné a pu limiter la généralisation des résultats.
- **Biais de sélection** : une surreprésentation potentielle de certaines communautés ou de groupes plus accessibles (urbains et/ou déjà engagés dans des programmes) a été observée.
- **Taille d'échantillon limitée** : des ressources financières ou logistiques restreintes ont pu affecter la couverture territoriale de l'étude.

#### 1.3.6.2 Limites liées à la collecte de données

- **Tabous socioculturels** : des difficultés ont été rencontrées pour obtenir des informations sensibles, notamment sur la contraception, en raison des normes culturelles, sociales ou religieuses.



- **Réponses biaisées** : un phénomène de désirabilité sociale a été constaté, en particulier chez les adolescentes interrogées en présence d'adultes ou dans des contextes peu confidentiels.
- **Barrière linguistique et traduction** : certaines nuances ont pu être perdues lors de la traduction des langues locales vers le français ou l'arabe.

#### 1.3.6.3 Limites contextuelles et logistiques

- **Accès restreint à certaines zones** : l'insécurité, les contraintes climatiques ou logistiques ont parfois empêché l'accès à certaines localités rurales ou frontalières.
- **Calendrier restreint** : le délai court entre la revue documentaire et le travail de terrain a réduit la flexibilité nécessaire à l'ajustement des outils de collecte.
- **Saisonnalité** : les périodes de récolte ou de migration ont limité la disponibilité de certains participants, notamment dans les zones rurales.

#### 1.3.6.4 Limites institutionnelles

- Les **délais de validation** par les comités éthique ou technique ont parfois retardé la mise en œuvre des activités de terrain.
- L'**accès aux données secondaires** est resté limité en raison de l'indisponibilité ou du manque d'actualisation de certaines bases de données nationales (PNDS, DHS, etc.).

### 1.3.7 Stratégies d'atténuation

Le tableau structuré ci-dessous a présenté les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour chaque grande catégorie de limites identifiées dans le protocole de recherche. Cette approche a permis d'anticiper et de déployer des mesures concrètes visant à réduire l'impact de ces contraintes.

Tableau 4 : Stratégies d'atténuation pour les limites méthodologiques

| Limites                          | Stratégies d'atténuation mises en œuvre  |
|----------------------------------|--|
| Échantillonnage non probabiliste | La méthode a été justifiée dans le protocole et les données qualitatives ont été croisées avec les statistiques nationales disponibles (DHS, PNDS, etc.).  |
| Biais de sélection               | Des relais communautaires ont été mobilisés afin d'identifier des participants aux profils variés et de diversifier les caractéristiques au sein de chaque groupe (âge, situation matrimoniale, etc.). |
| Taille d'échantillon limitée     | La profondeur de l'analyse a été privilégiée par rapport à la représentativité statistique, et les résultats ont été étayés par des cas-types illustratifs.  |

Tableau 5 : Stratégies d'atténuation pour les limites liées à la collecte des données

| Limites               | Stratégies d'atténuation mises en œuvre  |
|-----------------------|--|
| Tabous socioculturels | Les enquêteurs ont été formés à l'éthique et à la sensibilité culturelle ; des enquêtrices locales reconnues et de confiance ont |



|                       |   |
|-----------------------|---|
|                       | été recrutées ; les entretiens ont été conduits dans des environnements sécurisés.  |
| Réponses biaisées     | L'anonymat des participants a été garanti, les formulations ont été adaptées et les présences extérieures ont été évitées lors des entretiens, notamment avec les adolescentes. |
| Barrière linguistique | Des enquêteurs multilingues issus des communautés locales ont été recrutés et les traductions entre langues locales et langue d'analyse ont été systématiquement validées.      |

Tableau 6 : Stratégies d'atténuation pour les limites contextuelles et logistiques

| Limites                           | Stratégies d'atténuation mises en œuvre  |
|-----------------------------------|--|
| Accès restreint à certaines zones | Une collaboration avec les autorités locales a été établie afin de sécuriser l'accès aux sites ; des zones comparables ont été privilégiées lorsque certains villages étaient inaccessibles. |
| Calendrier rigide                 | Une phase tampon a été intégrée entre la revue documentaire et le terrain afin de tenir compte des retours et d'ajuster les outils de collecte.  |
| Saisonnalité                      | Le calendrier du terrain a été adapté en fonction des périodes de disponibilité des populations locales, notamment après la saison des pluies ou des récoltes.                               |

Tableau 7 : Stratégies d'atténuation pour les limites institutionnelles

| Limites                              | Stratégies d'atténuation mises en œuvre   |
|--------------------------------------|---|
| Délais de validation                 | Les soumissions aux comités ont été anticipées et des versions provisoires des outils ont été partagées afin d'accélérer les procédures d'approbation.                        |
| Accès limité aux données secondaires | Des partenariats ont été noués avec des institutions clés (INSEED, Direction de la Santé Reproductive, UNFPA) afin de faciliter l'accès à des bases de données non publiques. |

## 2 Déterminants comportementaux individuels du recours aux services PF/SDR

### 2.1 Connaissances et compréhension

#### 2.1.1 Niveau de connaissance des services et méthodes

Les entretiens menés auprès des différentes populations cibles indiquent que le **niveau de connaissance en matière de santé reproductive et de planning familial demeure globalement partiel et inégalement structuré**. Si l'existence des services et certaines notions et principes de base sont largement connues, la compréhension approfondie des concepts, des méthodes disponibles et de leur fonctionnement reste limitée.



Au Tchad, la santé reproductive est majoritairement **appréhendée sous l'angle des événements visibles tels que les grossesses, le suivi maternel, l'accouchement, la prévention des maladies** ; plus que comme **un continuum de droits, d'informations et de services**. Cette focalisation se retrouve dans la compréhension du planning familial, souvent réduit à l'espacement des naissances plutôt qu'à un ensemble de méthodes contraceptives offrant un choix éclairé (**méthodes courtes, longues, réversibles, permanentes**). Les indicateurs nationaux confirment un contexte d'accès limité : la prévalence contraceptive moderne (mCPR) demeure faible, près de 5,3 % chez les femmes de 15-49 ans en 2022, avec une demande satisfaite par des méthodes modernes à  $\approx 21\%$  et un besoin non satisfait moderne proche de 20 % ; la méthode-mix est dominée par les injectables ( $\approx 59\%$ )<sup>5</sup>, loin devant les implants et pilules, ce qui reflète une palette d'options restreinte et des habitudes de prescription ancrées. La faible couverture des soins maternels de base alimente une mortalité maternelle et des grossesses adolescentes très élevées, renforçant une perception de la planification familiale davantage comme réponse à la grossesse que comme choix préventif de santé et d'autonomie.

Les connaissances recueillies sur la SR/PF apparaissent fortement influencées par **l'expérience personnelle, le contact ponctuel avec les structures de santé et les échanges informels au sein des communautés** ; à l'inverse, les informations techniques (**mécanismes d'action, effets secondaires, indications/contre-indications, disponibilité réelle des méthodes**) sont rarement maîtrisées. Les grandes enquêtes nationales montrent une faible prévalence contraceptive globale ( $\approx 8\%$  toutes méthodes, 2019)<sup>6</sup> et une demande satisfaite par méthodes modernes très basse ( $\approx 14\%$  autour de 2014-2015, avec fortes disparités urbain/rural et par quintile de richesse)<sup>7</sup>, traduisant **un déficit d'information structurée et de counseling de qualité, y compris sur la gestion des effets indésirables qui alimentent rumeurs et abandons**. Les analyses récentes (FP2030) confirment la progression lente de la mCPR ( $\approx 3\% \rightarrow 5,3\%$  entre 2012 et 2022)<sup>8</sup> et la persistance d'un besoin non satisfait moderne, soit à peu près 19 à 25 % selon les populations et les sources, ce qui corrobore **l'idée d'un accès irrégulier à l'information fiable, d'une offre peu diversifiée et d'un enracinement des normes qui découragent la recherche active de services** ; ces tendances s'adossent à un niveau de fécondité encore très élevé (TFR  $\approx 6,1$  en 2023)<sup>9</sup> et à des normes pro-naissances documentées par les enquêtes (DHS/MICS), renforçant l'importance de composantes SBC et d'une éducation complète à la sexualité adaptées au contexte local.

Ce niveau de connaissance, bien que fonctionnel à un niveau élémentaire, demeure **insuffisant pour soutenir une appropriation autonome et éclairée des services de SDR/PF**, et constitue un facteur limitant dans l'utilisation effective et durable de ces services.

### 2.1.1.1 Jeunes (18-34 ans)

Les entretiens menés auprès des jeunes âgés de 18 à 34 ans révèlent **un niveau de connaissance hétérogène en matière de santé reproductive et de planning familial**. Les jeunes ( $\approx 88\%$ )<sup>10</sup> associent principalement la santé reproductive à la grossesse, à la santé de la femme et à la prévention des maladies, tandis que le planning familial est le plus souvent perçue comme un

<sup>5</sup> FP2030, [Chad – 2024 Indicator Summary Sheet \(FPET estimates: mCP, mUN, mDS\)](#), 2024

<sup>6</sup> Banque Mondiale, [Base de données sur Prévalence sur la contraception](#), 2019

<sup>7</sup> INSEED, [Enquête Démographique et de Santé - Multiple Indicateurs Cluster Survey \(EDS-MICS\) Tchad 2014-2015](#), 2016

<sup>8</sup> Family Planning 2030, [Aperçu des Indicateurs FP2030 Tchad 2024 / Chartbook Tchad](#), 2024

<sup>9</sup> UNFPA Tchad, [Rapport Annuel UNFPA Tchad / World Population Dashboard Tchad](#), 2024

<sup>10</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025



simple espacement des naissances, plutôt que comme un ensemble structuré de méthodes contraceptives.

Les échanges mettent également en évidence une sensibilisation partielle, largement fondée sur des expériences personnelles et des sources d'information informelles. Plusieurs participants ( $\approx 75\%$ )<sup>11</sup> déclarent ne pas disposer d'informations suffisantes ou n'avoir été exposés qu'à des actions de sensibilisation ponctuelles. Les centres de santé, les campagnes de sensibilisation et les échanges entre pairs constituent les principales sources d'information, mais l'accès à ces canaux demeure variable selon les profils.

L'analyse des données fait ainsi apparaître un décalage persistant entre l'existence de services de santé reproductive et de planification familiale et leur appropriation effective par les jeunes. La compréhension partielle des concepts clés, combinée à une dépendance à des sources d'information fragmentées et inégales, limite la capacité des jeunes à faire des choix éclairés et autonomes. Ce constat souligne la nécessité de renforcer des stratégies de communication et de sensibilisation continues, cohérentes et spécifiquement adaptées aux jeunes, intégrant l'ensemble des dimensions de la santé sexuelle et reproductive et favorisant leur participation active, afin d'améliorer durablement l'appropriation des services.

#### 2.1.1.2 Femmes (35 ans et plus)

Les éléments recueillis traduisent un **niveau de connaissance globalement fonctionnel mais partiel** du planning familial chez les femmes interrogées ( $\approx 85\%$ )<sup>12</sup>. Si les principes généraux des méthodes contraceptives sont bien compris et clairement reliés à leur vécu quotidien, les connaissances demeurent limitées en ce qui concerne le fonctionnement des méthodes et leurs effets secondaires réels. Cette compréhension incomplète, largement influencée par des récits indirects et des rumeurs communautaires, alimente des perceptions de risque persistantes et fragilise une appropriation pleinement éclairée des services de planification familiale.

#### 2.1.1.3 Hommes (35 ans et plus)

Les échanges avec les hommes âgés de 35 ans et plus mettent en évidence une **compréhension globalement fonctionnelle mais limitée de la santé sexuelle et reproductive** ( $\approx 75\%$ )<sup>13</sup>. Celle-ci est principalement associée à la grossesse, à la santé maternelle et à la prévention des complications liées à l'accouchement. La planification familiale est majoritairement perçue comme un outil d'organisation des naissances, visant à protéger la santé des femmes et à soutenir l'équilibre économique du ménage.

Cette connaissance demeure toutefois **générale et peu approfondie**. Les méthodes contraceptives modernes, leurs mécanismes d'action et leurs effets secondaires sont rarement maîtrisés, ce qui pourrait restreindre la capacité des hommes à s'impliquer de manière active et éclairée dans les décisions relatives à la planification familiale. Les hommes reconnaissent par ailleurs que leur information repose le plus souvent sur des échanges informels ou des contacts

<sup>11</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025

<sup>12</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025

<sup>13</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025



indirects avec les services de santé, notamment lors de l'accompagnement de leurs épouses ou à travers les discussions communautaires.

#### 2.1.1.4 *Personnes en situation de handicap*

Les personnes en situation de handicap interrogées ( $\approx 65\%$ )<sup>14</sup> présentent un **niveau de connaissance globalement faible à modéré** en matière de santé sexuelle et reproductive et de planification familiale. Les notions générales liées à la prévention des maladies, à la grossesse et au recours aux structures de santé en cas de problème sont globalement connues. La santé reproductive est toutefois majoritairement appréhendée sous un angle biomédical restreint, centré sur l'absence de maladie ou la capacité physique à procréer.

Le planning familial est identifié, mais de manière souvent superficielle. Les participants distinguent rarement les différentes méthodes contraceptives et disposent d'une compréhension limitée de leur fonctionnement, de leurs effets secondaires et de leur disponibilité effective. Cette connaissance est le plus souvent acquise à travers des contacts ponctuels avec les agents de santé ou des échanges informels, plutôt que par des actions de sensibilisation structurées. Cette compréhension fragmentaire limite la capacité des personnes en situation de handicap à s'approprier pleinement les services de SR/PF et à y recourir de manière autonome et éclairée.

#### 2.1.1.5 *Autorités coutumières et traditionnelles*

Les échanges avec les chefs traditionnels et coutumiers mettent en évidence un **niveau de connaissance globalement satisfaisant sur le plan conceptuel**, mais **limité sur le plan technique**, en matière de santé reproductive et de planification familiale. La santé reproductive est principalement associée à la santé de la femme, à la maternité, à la procréation responsable et au bien-être familial, et est perçue comme un enjeu collectif contribuant à la stabilité et à la cohésion de la communauté.

La planification familiale est majoritairement comprise comme un outil d'espacement ou de gestion des naissances, visant à préserver la santé maternelle et à favoriser l'équilibre du foyer (sur 95% des chefs traditionnels et coutumiers interrogés)<sup>15</sup>. En revanche, les connaissances relatives aux méthodes contraceptives spécifiques, à leurs modalités d'utilisation et aux droits reproductifs demeurent générales et peu approfondies. Cette compréhension non technique, bien qu'alignée sur des principes de protection familiale, pourrait donc limiter la capacité des chefs à relayer des informations précises et complètes auprès des communautés.

#### 2.1.1.6 *Appréciation du niveau de connaissance des usagers par les prestataires de services de SDR/PF*

Les prestataires de services de santé sexuelle, reproductive et de planification familiale soulignent des **niveaux de connaissance contrastés mais globalement insuffisants** parmi les bénéficiaires. Dans plusieurs contextes, la sensibilisation apparaît **fragmentée et largement dépendante des contacts directs avec les structures de santé, en l'absence de campagnes communautaires régulières et structurées**. Cette situation pourrait complexifier la communication entre prestataires et bénéficiaires et limite la compréhension approfondie des messages transmis.

<sup>14</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025

<sup>15</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025



Si certaines notions de base – telles que l'espacement des naissances, les consultations prénatales ou l'existence des méthodes contraceptives modernes – sont relativement bien connues par une partie de la population, notamment les femmes ayant déjà fréquenté les services de santé, des lacunes importantes persistent. Les prestataires relèvent une compréhension insuffisante des mécanismes d'action des méthodes contraceptives, de leurs effets secondaires réels et de leurs bénéfices à long terme, ce qui alimente incompréhensions, craintes et réticences.

Les jeunes, les hommes et les personnes peu ou non scolarisées sont identifiés comme présentant des niveaux de connaissance particulièrement faibles, ce qui limite leur engagement actif et éclairé dans le recours aux services de SDR/PF. Ce constat met en évidence la nécessité de renforcer des stratégies de sensibilisation continues, inclusives et différenciées, allant au-delà du cadre strict des structures sanitaires.

### 2.1.2 Compréhension du fonctionnement et de la disponibilité

L'analyse des entretiens menés auprès des différentes populations cibles suggère que la compréhension du **fonctionnement** et de la **disponibilité** des services de SDR/PF demeure **globalement partielle et inégale**. Si l'existence des services est largement connue, leur organisation concrète, leur continuité et leurs modalités d'accès restent insuffisamment maîtrisées par une partie importante des bénéficiaires.

Dans l'ensemble, les usagers (≈95%) identifient les **centres de santé et les hôpitaux** comme les principaux lieux d'offre de services SDR/PF<sup>16</sup>. Toutefois, cette connaissance reste souvent limitée à une vision générale, centrée sur quelques prestations visibles (consultations prénatales, accouchements, planning familial), sans compréhension approfondie de l'éventail des services disponibles, de leurs conditions d'accès ou de leur régularité.

La compréhension du **fonctionnement des services** apparaît fréquemment réduite à des expériences ponctuelles ou indirectes. De nombreux bénéficiaires associent l'accès aux services à des moments spécifiques (grossesse, maladie, urgence), sans percevoir les services SDR/PF comme des dispositifs continus, préventifs et accessibles tout au long du cycle de vie. Cette perception contribue à une utilisation intermittente et réactive des services, plutôt qu'à un recours anticipé et planifié.

En ce qui concerne le **planning familial**, la majorité des populations cibles (≈95%) comprennent son principe général, principalement comme un outil d'espacement des naissances et de protection de la santé maternelle. En revanche, la connaissance des **méthodes contraceptives disponibles**, de leur mode de fonctionnement, de leurs effets secondaires réels et de leur disponibilité effective dans les structures reste limitée. Cette méconnaissance alimente des incertitudes, des craintes et parfois des renoncements, même lorsque les services existent.

Par ailleurs, la compréhension de la **disponibilité réelle des services** est fragilisée par des expériences rapportées de ruptures de stocks, d'absences de personnel ou de services irréguliers. Ces éléments contribuent à une perception d'offre incertaine, renforçant l'idée que les services ne sont pas toujours accessibles ou fiables, en particulier pour les jeunes, les hommes et les personnes en situation de handicap.

Dans l'ensemble, cette compréhension partielle et fragmentée du fonctionnement et de la disponibilité des services SDR/PF **pourrait limiter l'appropriation effective des services**, réduire

<sup>16</sup> GDI Advisors, Entretien semi-directif, 2025



la demande exprimée et freiner l'engagement autonome des populations cibles. Elle met en évidence la nécessité de renforcer des actions d'information claires, continues et adaptées, portant non seulement sur les bénéfices des services, mais aussi sur leur fonctionnement concret, leur accessibilité et leur disponibilité réelle.

### 2.1.3 Lacunes critiques

Les données issues des entretiens révèlent que, malgré une connaissance générale de l'existence des services de santé sexuelle, reproductive et de planification familiale, **plusieurs lacunes critiques persistent dans la compréhension de leur fonctionnement et de leur portée**. Ces insuffisances pourraient constituer des freins majeurs à l'appropriation effective des services par les populations cibles.

En premier lieu, **la compréhension des concepts reste largement réductrice au Tchad**. La santé reproductive est principalement assimilée à la grossesse et à l'accouchement (couverture CPN4 à 23,78% seulement, SIS 2023), tandis que la planification familiale se limite souvent à l'espacement des naissances (9% des utilisatrices visent l'espacement vs 3% la limitation, EDST 1996-1997 tendances 2024)<sup>17</sup>. Cette vision occulte les droits reproductifs, le choix éclairé et la prévention globale, avec 45% des décès féminins (15-49 ans) liés à la maternité dans certaines zones (Banque Mondiale 2024)<sup>18</sup>.

En second lieu, **les connaissances techniques sont très limitées**. Les mécanismes, avantages, effets secondaires et accès aux méthodes modernes (pilule, DIU, implants) sont mal connus, favorisant rumeurs et craintes : prévalence contraceptive à 13% en Afrique de l'Ouest, mais 8,1% au Tchad (UNFPA 2022 ; Rapport Annuel 2024)<sup>19,20</sup>. Cela persiste malgré des efforts, avec opposition culturelle/religieuse citée par 40-50% des femmes rurales (Countdown 2030 Chartbook Tchad 2024)<sup>21</sup>.

Par ailleurs, **l'information disponible est fragmentée, reposant sur des contacts ponctuels avec les centres de santé ou échanges communautaires informels**. L'absence de sensibilisation continue limite la consolidation des savoirs, comme noté dans les MICS6 (2019) où 31,4% seulement ont une couverture sanitaire universelle basique.

Enfin, une faible compréhension de la disponibilité des services est observée au Tchad. **Les usagers manquent d'informations sur lieux, horaires et continuité** (taux d'accouchement en établissement à 27%), menant à une sous-utilisation malgré les stocks UNFPA Supplies (Banque Mondiale ; UNFPA 2024).

Ces lacunes critiques suggèrent que, si un socle minimal de connaissances existe, il demeure **insuffisant pour permettre des décisions autonomes, informées et durables**, et appelle à un renforcement substantiel des stratégies d'information, de sensibilisation et d'éducation en matière de SDR/PF.

<sup>17</sup> Institut National de la Statistique, [Économique et Démographique \(INSEED\) Tchad, Enquête Démographique et de Santé au Tchad \(EDST II\)](#), 2024

<sup>18</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Bureau Régional Afrique (AFRO), [Rapport Biennal OMS Tchad 2022-2023](#), 2024

<sup>19</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), [Rapport sur le Cycle du Programme UNFPA Afrique de l'Ouest et du Centre \(WCA\)](#), 2022

<sup>20</sup> Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), [Rapport Annuel UNFPA Tchad](#), 2024

<sup>21</sup> Countdown to 2030 for Women's, Children's and Adolescents' Health, [Chartbook Tchad](#) 2024



## 2.1.4 Analyse comparative entre les groupes cibles en termes de connaissances et compréhension

L'analyse des entretiens met en évidence des **niveaux de connaissances et de compréhension différenciés** des services de santé sexuelle, reproductive et de planification familiale selon les groupes cibles. De manière générale, l'existence des services et leurs principes de base sont connus, mais leur fonctionnement, leur continuité et les modalités concrètes d'accès restent imparfaitement compris.

Les **femmes adultes (≈85%)** disposent des connaissances les plus fonctionnelles, largement construites à partir de leur expérience directe de la maternité et du recours aux services de santé. Elles identifient clairement les bénéfices de la planification familiale, mais leur compréhension demeure partielle sur les aspects techniques des méthodes contraceptives.

Les **hommes âgés de 35 ans ou plus (≈75%)** présentent une compréhension plus générale et distante, centrée sur la protection de la santé maternelle et l'organisation du ménage, avec une maîtrise limitée des méthodes et de leur fonctionnement.

Les **jeunes (≈75%)** affichent un niveau de connaissance hétérogène et inégal, fortement dépendant de sources d'information informelles et d'actions de sensibilisation ponctuelles, ce qui limite une appropriation structurée des services. Les **personnes en situation de handicap (≈65%)** apparaissent comme le groupe le plus désavantagé, avec des connaissances fragmentées, peu adaptées et centrées sur des notions biomédicales de base, sans intégration claire des dimensions de droits et de choix.

Les **autorités coutumières et traditionnelles (≈95%)** disposent d'une compréhension conceptuelle relativement solide des enjeux de santé reproductive, mais restent peu outillés sur les aspects techniques en particulier les **méthodes contraceptives**, tandis que les **prestataires** identifient un déficit global de compréhension chez les bénéficiaires, en particulier chez les jeunes, les hommes et les personnes vulnérables.

Dans l'ensemble, cette analyse met en évidence un **décalage persistant entre l'offre de services existante et la capacité des populations à en comprendre pleinement le fonctionnement et la disponibilité**, soulignant la nécessité de stratégies d'information différenciées, continues et adaptées aux profils des groupes cibles.

## 2.2 Perceptions, croyances et représentations

### 2.2.1 Bénéfices perçus

L'analyse des entretiens menés auprès des différentes populations cibles met en évidence une **reconnaissance largement partagée des bénéfices de la santé reproductive et du planning familial**, malgré des niveaux de compréhension variables selon les groupes. Ces bénéfices sont majoritairement exprimés à travers des registres pratiques, sanitaires et socio-économiques, étroitement liés aux réalités quotidiennes des ménages.

**La préservation de la santé des femmes constitue le bénéfice le plus fréquemment cité du recours à la SR/PF.** Les participants associent le planning familial à la prévention des grossesses rapprochées, à la réduction de la fatigue physique et à la diminution des risques de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Cette perception est particulièrement marquée chez les femmes et les prestataires de santé, mais elle est également reconnue par les hommes, les jeunes et les leaders communautaires. Elle coexiste toutefois avec des croyances



religieuses et culturelles fortes, souvent résumées par l'expression « **C'est Dieu qui donne les enfants** » (jeune femme, N'Djamena), nuancée par des discours conciliateurs tels que « **Même si Dieu donne les enfants, nous pouvons protéger la santé de la mère et de l'enfant** » (sage-femme, Hadjer-Lamis).

Le recours à la SR/PF est également perçu comme un **facteur clé de stabilité économique du ménage**. L'espacement des naissances permet aux familles de mieux anticiper et gérer les dépenses essentielles (alimentation, santé, scolarité), réduisant ainsi les risques d'endettement et de précarité. Une **majorité de participants (65 %)** soulignent qu'« **avoir des enfants trop rapprochés fatigue le corps mais aussi la bourse** », et que le **planning familial contribue à « élever correctement les enfants déjà présents »**. Cette rationalité économique, particulièrement mise en avant par les hommes et les chefs de ménage, repositionne la PF comme un outil de gestion responsable et de protection des ressources familiales.

Enfin, la **planification familiale est perçue comme un levier d'organisation sociale et de développement familial**. En permettant aux couples de choisir le nombre et l'espacement des enfants en fonction de leurs moyens et de leurs projets, la PF contribue à **améliorer la qualité de vie et à réduire les tensions au sein des ménages, dans un contexte tchadien marqué par une fécondité élevée (≈ 6,1 enfants par femme en 2023, UNFPA)**. Les espaces sûrs pour adolescentes et jeunes femmes mis en place par le programme SWEDD montrent que l'intégration de modules sur la PF et les compétences de vie favorise des décisions éclairées, renforce l'autonomie et facilite l'insertion sociale. Ces expériences confirment que la PF dépasse le seul registre médical pour s'inscrire comme un levier de cohésion sociale et de développement communautaire durable.

Dans l'ensemble, les bénéfices perçus de la SDR/PF apparaissent donc **largement reconnus** mais principalement à travers une lecture fonctionnelle et pragmatique, davantage centrée sur la santé maternelle, l'espacement des naissances et la stabilité du ménage que sur une approche globale des droits sexuels et reproductifs. Cette reconnaissance constitue un levier important sur lequel pourraient s'appuyer des stratégies de sensibilisation renforcées et contextualisées.

## 2.2.2 Risques perçus (effets secondaires, infertilité, stigmatisation)

Les entretiens menés auprès des différentes populations cibles révèlent que, parallèlement à la reconnaissance des bénéfices de la santé sexuelle, reproductive et de la planification familiale, **des perceptions de risques persistantes et largement partagées continuent d'influencer les attitudes et les comportements** à l'égard des services SDR/PF.

Le risque le plus fréquemment évoqué concerne les **effets secondaires des méthodes contraceptives**. De nombreux participants expriment des craintes liées à des saignements prolongés, à des troubles de la santé, à des complications à long terme ou à une atteinte à la fertilité, parfois assimilée à une stérilité définitive. Ces perceptions sont rarement fondées sur des connaissances médicales précises et s'appuient principalement sur des récits indirects, des expériences isolées ou des rumeurs circulant au sein des communautés.

Un second registre de risques perçus est de nature **sociale et relationnelle**. Plusieurs participants (≈55%) évoquent la **crainte de tensions conjugales, de conflits familiaux ou de désapprobation communautaire liés à l'utilisation de la planification familiale**. Cette dimension est particulièrement marquée chez les femmes, les jeunes et les personnes en situation de



handicap, pour qui le recours aux services peut être interprété comme une transgression des normes sociales, religieuses ou culturelles.

Les entretiens mettent également en évidence des **risques symboliques et moraux**, liés à la perception de la planification familiale **comme contraire à certaines croyances religieuses ou traditions locales**. Cette représentation, souvent implicite, alimente des réticences collectives et renforce la prudence, voire le rejet passif, de certaines méthodes contraceptives.

Pour les personnes en situation de handicap, les risques perçus dépassent la seule dimension médicale et incluent la **crainte d'un mauvais accueil, d'une incompréhension ou d'une stigmatisation** de la part des prestataires. Ces appréhensions contribuent à une auto-exclusion et à une faible fréquentation des services, même lorsque les besoins sont reconnus.

Enfin, du point de vue des prestataires et des chefs traditionnels, ces perceptions de risques sont largement **entretenu**es par une **circulation d'informations non vérifiées**, l'absence de communication continue et le manque de clarification collective au niveau communautaire. Elles constituent un obstacle majeur à l'acceptation sociale et à l'utilisation effective des services SDR/PF.

Dans l'ensemble, les risques perçus apparaissent **moins liés à des réalités médicales avérées qu'à des constructions sociales, informationnelles et normatives**, soulignant l'importance stratégique d'interventions ciblées visant à déconstruire les rumeurs, renforcer la confiance et sécuriser socialement le recours aux services de santé sexuelle et reproductive.

### 2.2.3 Mythes et croyances

Les entretiens conduits auprès des personnes enquêtées mettent en évidence un **socle commun de croyances et de représentations sociales** qui structure fortement les perceptions et les comportements en matière de santé reproductive et de planning familial. Ces mythes et croyances, largement partagés entre les groupes, contribuent à façonner l'acceptabilité sociale des services SDR/PF et à en limiter l'usage effectif.

Un premier ensemble de croyances repose sur une **valorisation normative élevée de la fécondité**. Dans les discours recueillis, la procréation demeure étroitement associée au statut social, à la réussite familiale et au respect des normes culturelles et religieuses. Dans ce contexte, le planning familial est majoritairement accepté lorsqu'il est présenté comme un simple **espacement des naissances**, perçu comme compatible avec la préservation de la santé maternelle. En revanche, il devient source de méfiance, voire de rejet, lorsqu'il est assimilé à une **limitation volontaire de la fécondité**, interprétée comme contraire aux valeurs traditionnelles ou religieuses.

Un second registre de croyances concerne la **sexualité et la moralité**, en particulier chez les jeunes. La sexualité hors mariage demeure largement taboue, ce qui alimente l'idée que le recours aux services de SDR/PF serait moralement répréhensible pour les personnes non mariées, notamment les jeunes femmes. Cette croyance contribue à des stratégies d'évitement, à une autocensure et à une fréquentation tardive ou indirecte des services.

Les entretiens révèlent également des **représentations spécifiques concernant les personnes en situation de handicap (~45%)**, souvent perçues comme asexuées ou inaptes à fonder une famille. Ce mythe profondément ancré invisibilise leurs besoins en matière de santé reproductive et



contribue à leur exclusion implicite des services SDR/PF. L'absence de discours explicites des autorités traditionnelles et religieuses sur les droits reproductifs des personnes handicapées renforce ce vide normatif et légitime socialement leur marginalisation.

Par ailleurs, les discours recueillis mettent en lumière des **interprétations religieuses sélectives**, selon lesquelles une fécondité élevée serait valorisée ou prescrite, tandis que le planning familial serait perçu comme une pratique importée, étrangère ou potentiellement incompatible avec la foi. Ces croyances, bien que rarement formulées de manière dogmatique, nourrissent un climat de prudence et de méfiance à l'égard des services de PF.

Enfin, les chefs traditionnels et coutumiers reconnaissent l'existence de traditions pouvant freiner l'adoption du planning familial ( $\approx 77\%$ ), tout en exprimant, pour certains, une ouverture conditionnelle dès lors que la PF est présentée comme un moyen de protéger la santé des femmes et l'équilibre des familles. Cette ambivalence souligne que les croyances ne sont pas figées, mais susceptibles d'évoluer dans des cadres de dialogue culturellement légitimes.

Dans l'ensemble, les mythes et croyances recensés autour de la SDR/PF relèvent moins d'un rejet explicite que d'un **ensemble de représentations sociales, morales et religieuses** qui encadrent fortement ce qui est jugé acceptable ou non. Ils constituent des déterminants majeurs des résistances observées et soulignent l'importance d'approches de sensibilisation contextualisées, respectueuses des référents culturels et impliquant activement les leaders communautaires et religieux.

## 2.2.4 Analyse comparative entre les groupes cibles en termes de perceptions, croyances et représentations

### 2.2.4.1 Jeunes (18–34 ans)

Les entretiens menés auprès des jeunes âgés de 18 à 34 ans mettent en évidence l'influence structurante des normes culturelles et religieuses sur leurs comportements en matière de santé reproductive et de planning familial. La sexualité hors mariage demeure largement taboue dans les discours recueillis, ce qui limite fortement l'accès des jeunes aux services SDR/PF, en particulier celui des jeunes femmes.

Le planning familial est généralement mieux accepté lorsqu'il est présenté comme un moyen d'espacement des naissances, perçu comme compatible avec les normes sociales et religieuses. En revanche, il suscite davantage de réticences lorsqu'il est assimilé à une limitation volontaire de la fécondité. Les entretiens révèlent également la persistance de croyances associant la contraception à une remise en cause des valeurs traditionnelles ou religieuses, contribuant à des stratégies d'évitement et à une autocensure dans le recours aux services.

### 2.2.4.2 Femmes (35 ans et plus)

Il ressort de la collecte des données que les normes culturelles et religieuses valorisent fortement la **fécondité** et le rôle reproductif de la femme. Le planning familial est socialement acceptable lorsqu'elle est présentée comme un espacement des naissances, mais demeure sensible lorsqu'elle est perçue comme une limitation volontaire. Certaines croyances traditionnelles telles que celle selon laquelle une femme a vocation à faire des enfants/donner des enfants à son époux ou renforcent la prudence des femmes et limitent leur marge de manœuvre dans l'adoption des méthodes contraceptives.



#### 2.2.4.3 Hommes (35 ans et plus)

Les entretiens menés auprès des hommes âgés de 35 ans et plus montrent que les normes culturelles et religieuses constituent des référents centraux dans leurs représentations de la santé reproductive et du planning familial. Les discours recueillis valorisent fortement la fécondité ainsi que le rôle reproductif attribué aux femmes, perçus comme des piliers de l'ordre social et familial.

Dans ce cadre normatif, le planning familial est généralement jugé acceptable lorsqu'il est présenté comme un moyen d'espacement des naissances visant à préserver la santé maternelle. En revanche, il devient source de controverses lorsqu'il est assimilé à une limitation volontaire de la fécondité, interprétation qui entre en tension avec certaines normes sociales et religieuses dominantes. Les références religieuses sont fréquemment mobilisées pour justifier une approche prudente et encadrée du recours au planning familial, contribuant à maintenir une adhésion conditionnelle plutôt qu'une acceptation pleine et entière.

#### 2.2.4.4 Personnes en situation de handicap (PSH)

L'exploitation des données qualitatives recueillies auprès de ce groupe met en lumière l'existence de normes sociales locales profondément ancrées tendant à les considérer comme asexuées ou inaptes à fonder une famille. Ces représentations sociales contribuent à invisibiliser leurs besoins spécifiques en matière de santé reproductive et à restreindre leur accès aux services de SDR/PF. Les récits recueillis soulignent également l'absence de position explicite des autorités traditionnelles et religieuses sur les droits reproductifs des personnes en situation de handicap. Ce vide normatif renforce leur marginalisation implicite et participe à la normalisation de leur exclusion des dispositifs et des discours relatifs à la santé reproductive.

#### 2.2.4.5 Autorités coutumières et traditionnelles

Les données issues de la collecte qualitative auprès des chefs traditionnels et coutumiers montrent que les normes culturelles et religieuses constituent des référents centraux dans leurs jugements en matière de santé reproductive et de planning familial. La fécondité demeure fortement valorisée, et le planning familial est principalement accepté lorsqu'il est présenté comme un moyen d'espacement des naissances, perçu comme compatible avec les valeurs sociales et religieuses dominantes. Les chefs reconnaissent toutefois que certaines traditions peuvent freiner l'adoption du planning familial, en particulier lorsqu'il est interprété comme une limitation volontaire de la fécondité. Néanmoins, plusieurs participants soulignent que les pratiques culturelles ne devraient pas mettre en danger la santé et le bien-être des femmes, laissant apparaître des marges de dialogue et d'adaptation progressive des normes au sein des communautés.

#### 2.2.4.6 Évaluation de la prégnance des mythes et croyances par les prestataires de services de SDR/PF

Les données issues de la collecte qualitative auprès des prestataires de services de SDR/PF montrent que les mythes et croyances d'ordre culturel et religieux demeurent fortement ancrés au sein des communautés et constituent un déterminant majeur de l'accès aux services. Selon les prestataires, le planning familial est globalement mieux accepté lorsqu'il est présenté comme un moyen d'espacement des naissances, perçu comme compatible avec la préservation de la santé maternelle.

En revanche, ces mêmes prestataires soulignent que le recours au planning familial devient largement contesté lorsqu'il est assimilé à une limitation volontaire de la fécondité. Cette



interprétation entre en tension avec certaines normes sociales et religieuses dominantes, qui valorisent une fécondité élevée comme signe de réussite familiale et sociale.

Les prestataires rapportent que certaines interprétations religieuses locales contribuent à alimenter la méfiance vis-à-vis des services de SDR/PF, en les présentant comme contraires aux valeurs religieuses ou aux traditions. Ces croyances, largement relayées au sein des communautés, compliquent la promotion des services, renforcent les réticences des bénéficiaires et limitent l'adoption durable des pratiques de planning familial.

Dans l'ensemble, l'évaluation portée par les prestataires met en évidence une **prégnance élevée et persistante des mythes et croyances**, qui continue de structurer les comportements et les décisions en matière de santé reproductive, et constitue un enjeu central à adresser dans toute stratégie de communication et de sensibilisation.

## 2.3 Attitudes et intentions comportementales

### 2.3.1 Attitudes envers la SDR/PF

L'analyse des données qualitatives met en évidence des **attitudes globalement favorables mais fortement conditionnées**, se traduisant par des comportements souvent prudents, indirects ou limités en matière de recours aux services de santé reproductive et de planning familial.

Chez l'ensemble des populations enquêtées, la reconnaissance de l'utilité des services de SDR/PF est largement partagée. Toutefois, cette adhésion demeure **plus déclarative que comportementale**, en raison de freins sociaux, normatifs et relationnels qui entravent le passage à l'action. Les attitudes observées s'inscrivent ainsi sur un continuum allant de l'intérêt prudent à l'acceptation conditionnelle, voire au retrait silencieux et les **dynamiques de genre** structurent fortement les comportements.

### 2.3.2 Intention d'usage

L'analyse des données qualitatives met en évidence une **volonté largement exprimée de recourir aux services de santé reproductive et de planning familial**, mais cette intention demeure **fortement conditionnelle et fragile** au sein de l'ensemble des populations cibles. La motivation individuelle ne se traduit pas systématiquement par un passage à l'acte, en raison de multiples facteurs sociaux, normatifs et institutionnels.

Chez les jeunes, la volonté d'utiliser les services SDR/PF est réelle, mais s'inscrit dans une logique de **prudence**. La motivation est étroitement liée à la confidentialité, à la qualité de l'accueil et à l'absence de jugement dans les structures de santé. Les jeunes femmes apparaissent plus enclines à envisager un recours aux services, tandis que les jeunes hommes manifestent une intention plus distante, les services étant souvent perçus comme relevant prioritairement de la sphère féminine. Le sentiment que les dispositifs existants ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques des jeunes contribue à affaiblir leur motivation.

Chez les femmes de 35 ans et plus, la motivation à recourir aux services SDR/PF est généralement élevée, notamment lorsqu'elles ont déjà fait l'expérience de grossesses multiples ou difficiles. Toutefois, cette volonté demeure **fortement dépendante de l'accord du conjoint et de l'acceptabilité sociale**. En l'absence de soutien conjugal ou communautaire, la motivation



individuelle tend à s'éroder, même lorsque les bénéfices du planning familial sont clairement perçus.

Les hommes de 35 ans et plus expriment une volonté de soutenir le planning familial, mais celle-ci reste **indirecte et conditionnée**. Leur motivation dépend de la confiance accordée aux prestataires, de la conformité des pratiques aux normes sociales et religieuses, et de l'assurance que le recours au PF ne remet pas en cause les valeurs familiales. Dans ce cadre, les hommes se positionnent davantage comme autorisateurs ou soutiens que comme usagers directs des services.

Les personnes en situation de handicap manifestent également une volonté de recourir aux services SDR/PF, mais cette motivation est **particulièrement vulnérable au contexte**. L'accessibilité physique des structures, l'attitude du personnel soignant et le regard social porté sur le handicap jouent un rôle déterminant. La peur d'être stigmatisées, mal considérées ou humiliées freine fortement l'initiative individuelle, conduisant souvent à un renoncement ou à un recours tardif aux services.

Les chefs traditionnels et coutumiers expriment une motivation réelle à soutenir les actions de SDR/PF, mais celle-ci est **conditionnée par la reconnaissance de leur rôle d'autorité**, l'alignement des messages avec les normes culturelles locales et leur implication en amont dans les processus de sensibilisation. Leur engagement potentiel apparaît élevé, mais demeure dépendant de modalités de collaboration jugées respectueuses et inclusives.

Enfin, du point de vue des prestataires, la motivation des bénéficiaires à utiliser les services SDR/PF est perçue comme **instable et fortement dépendante de l'environnement social**. L'accord du conjoint, le soutien familial et la crainte du jugement communautaire sont identifiés comme des facteurs déterminants. Les prestataires soulignent que l'absence de soutien social peut rapidement neutraliser une volonté individuelle pourtant clairement exprimée.

Dans l'ensemble, les intentions d'usage des services SDR/PF apparaissent **présentes mais conditionnelles**, révélant un écart persistant entre volonté individuelle et capacité réelle d'agir. Cette situation souligne que le renforcement de la demande ne peut reposer uniquement sur la motivation personnelle, mais nécessite des interventions agissant simultanément sur l'environnement social, les normes de genre, l'accessibilité des services et la qualité de l'accueil.

### 2.3.3 Auto-efficacité perçue

Dans l'ensemble, la santé reproductive et le planning familial sont **largement reconnus comme utiles et potentiellement efficaces** par les populations interrogées. Les participants identifient clairement les bénéfices attendus de la SDR/PF, notamment la prévention des grossesses non désirées, la protection de la santé maternelle, la réduction des complications liées aux grossesses rapprochées et, dans une moindre mesure, la prévention des IST/VIH. Cette reconnaissance de l'utilité constitue un socle favorable à l'adhésion aux services.

Toutefois, **l'efficacité perçue demeure fortement conditionnelle** et ne se traduit pas systématiquement par une auto-efficacité élevée ni par un recours régulier aux services. Chez les jeunes, l'efficacité est reconnue sur le plan théorique, mais elle dépend étroitement de la qualité de l'accueil, du respect de la confidentialité et de la capacité des services à proposer des



messages simples, concrets et adaptés à leurs réalités. Toute expérience négative fragilise rapidement la confiance et réduit la perception d'efficacité réelle.

Chez les femmes de 35 ans et plus, l'efficacité de la SDR/PF est principalement évaluée à l'aune d'effets concrets sur la santé et le bien-être (réduction de la fatigue, prévention des complications, meilleure gestion du ménage). Néanmoins, cette efficacité est limitée par des contraintes sociales et conjugales persistantes : même lorsque les bénéfices sont reconnus, la nécessité d'obtenir l'accord du conjoint et la crainte du jugement social restreignent la capacité des femmes à tirer pleinement profit des services.

Les hommes de 35 ans et plus reconnaissent également l'efficacité de la SDR/PF, mais de manière **indirecte et genrée**. Ils évaluent les services à travers leurs effets sur la santé des femmes et l'équilibre familial plutôt qu'à partir d'une expérience personnelle. Leur perception de l'efficacité reste conditionnée par la conformité des services aux normes sociales, culturelles et religieuses, ainsi que par la validation des messages par les leaders religieux et traditionnels. Les craintes liées aux effets secondaires des méthodes contraceptives affaiblissent par ailleurs la reconnaissance de l'efficacité médicale des services.

Pour les personnes en situation de handicap, l'efficacité de la SDR/PF est perçue comme **faible dans la pratique**, malgré une reconnaissance de son utilité théorique. Les obstacles liés à l'accessibilité, à l'inadéquation des services et à des expériences de stigmatisation réduisent fortement l'impact réel des interventions sur leur vie quotidienne et limitent leur auto-efficacité perçue.

Du point de vue des prestataires, cette situation se traduit par une **auto-efficacité globalement faible à modérée** chez les bénéficiaires. Les prestataires observent que la capacité des usagers à agir de manière autonome dépend moins de leurs connaissances que de l'environnement social, conjugal et relationnel dans lequel ils évoluent. L'auto-efficacité apparaît plus élevée lorsque l'accompagnement est continu, respectueux et soutenu par l'entourage, notamment chez certaines femmes ayant une expérience prolongée des services.

### 2.3.4 Analyse comparative entre les groupes cibles en termes d'attitudes et d'intentions comportementales

L'analyse transversale des données met en évidence une **dissociation récurrente entre attitudes déclarées favorables et intentions ou comportements effectifs**, avec des variations notables selon les groupes cibles. Globalement, **l'adhésion de principe aux services de santé reproductive et de planning familial est largement partagée**, mais son passage à l'action demeure fortement conditionné par des facteurs sociaux, normatifs et contextuels.

#### 2.3.4.1 Jeunes (18–34 ans)

Les jeunes se distinguent par des **attitudes ambivalentes**, oscillant entre reconnaissance de l'utilité des services et stratégies de retrait. Leur intention d'usage est réelle mais fragile, fortement dépendante de la confidentialité, de l'accueil et de l'absence de stigmatisation. Les jeunes femmes manifestent une intention plus affirmée, liée à leur exposition directe aux enjeux reproductifs, tandis que les jeunes hommes adoptent une posture plus distante, traduisant une **intention comportementale faible et indirecte**. La peur du jugement social agit comme un facteur transversal limitant le passage à l'action.



#### 2.3.4.2 Femmes (35 ans et plus)

Les femmes de 35 ans et plus présentent les **attitudes les plus favorables** à la SDR/PF et une motivation intrinsèque élevée, nourrie par l'expérience des grossesses répétées. Toutefois, leurs intentions comportementales restent **fortement conditionnées par l'accord du conjoint et l'acceptabilité sociale**, ce qui freine l'exercice d'une autonomie effective. Ainsi, malgré une intention claire, le comportement demeure dépendant de facteurs externes, révélant un écart structurel entre volonté individuelle et capacité d'action.

#### 2.3.4.3 Hommes (35 ans et plus)

Les hommes affichent une attitude globalement favorable, mais marquée par une **distance comportementale**. Leur intention se manifeste principalement sous la forme d'un soutien ou d'une autorisation accordée aux épouses, plutôt que par un recours personnel aux services. L'intention comportementale masculine est donc **indirecte et conditionnelle**, encadrée par la conformité aux normes sociales et religieuses et par la confiance envers les prestataires. Cette posture renforce la division genrée des rôles et limite leur implication comme usagers à part entière.

#### 2.3.4.4 Personnes en situation de handicap (PSH)

Chez les personnes en situation de handicap, les attitudes oscillent entre acceptation passive et retrait, avec une **intention d'usage réelle mais fortement entravée**. La motivation existe, mais elle est fragilisée par des barrières structurelles (accessibilité), relationnelles (attitude du personnel) et symboliques (regard social). La peur de la stigmatisation conduit fréquemment à des comportements d'auto-exclusion, transformant une intention potentielle en non-recours effectif.

#### 2.3.4.5 Autorités coutumières et traditionnelles

Les chefs adoptent une attitude globalement favorable mais prudente. Leur intention d'agir se situe davantage dans une **logique d'orientation et de validation sociale** que dans une promotion proactive. Leur engagement intentionnel dépend de la compatibilité des messages avec les normes locales et de la reconnaissance de leur rôle d'autorité. Cette conditionnalité limite leur mobilisation spontanée, mais révèle un potentiel stratégique important en cas d'intégration structurée.

#### 2.3.4.6 Appréciation par les prestataires de services de SDR/PF

Du point de vue des prestataires, les attitudes et intentions des bénéficiaires se situent sur un continuum allant de l'adhésion prudente au retrait passif. Ils soulignent que, pour l'ensemble des groupes, **l'intention individuelle est fréquemment neutralisée par des contraintes sociales, conjugales et communautaires**.

Cette lecture met en évidence un schéma commun : **l'intention d'usage existe, mais celle-ci reste instable et facilement réversible en l'absence de soutien social et normatif**.

Comparativement, les femmes (notamment de 35 ans et plus) présentent les intentions les plus affirmées, tandis que les jeunes et les personnes en situation de handicap affichent des intentions plus fragiles et conditionnelles. Les hommes et les chefs se situent dans une logique de soutien indirect, contribuant à façonner l'environnement décisionnel sans s'inscrire pleinement comme acteurs du recours.

Dans l'ensemble, les attitudes favorables ne suffisent pas à générer des comportements effectifs, soulignant que l'intention comportementale en matière de SDR/PF est moins un déterminant



individuel qu'un produit des normes sociales, des rapports de pouvoir et de l'environnement institutionnel.

## 2.4 Pratiques actuelles

### 2.4.1 Comportements observés

Les observations recueillies auprès des prestataires de services de santé reproductive et de planning familial mettent en évidence un **écart structurel persistant entre l'offre de services disponible et les modalités effectives de recours par les bénéficiaires**. Selon les prestataires, le non-recours ou le recours partiel aux services de SDR/PF ne relève pas d'un rejet explicite, mais d'un ensemble de **comportements prudents, conditionnels et socialement contraints**.

Les prestataires observent que le recours aux services intervient fréquemment de manière **tardive et réactive**, souvent déclenchée par une situation d'urgence ou de contrainte sanitaire, plutôt que dans une logique préventive ou de suivi continu. Le planning familial, en particulier, est utilisé de façon **discontinue**, avec des abandons précoces ou des changements non accompagnés de méthodes, traduisant une adhésion fragile et réversible.

Selon les prestataires, les comportements des bénéficiaires sont fortement influencés par des **freins sociaux et relationnels**, notamment la dépendance à l'accord du conjoint, la crainte du jugement communautaire et le poids des rumeurs. Même lorsque les bénéficiaires expriment une attitude favorable à la SDR/PF, cette intention ne se traduit pas systématiquement en pratique, du fait de normes sociales persistantes qui limitent la capacité d'action individuelle, en particulier chez les femmes et les jeunes.

Les prestataires soulignent également une **faible implication directe des hommes**, majoritairement absents des structures de santé reproductive en tant qu'usagers, et une **auto-exclusion marquée des personnes en situation de handicap**, liée à la fois à des barrières physiques et à un sentiment de non-légitimité. Ces dynamiques contribuent à une utilisation inégalitaire des services et à la reproduction de vulnérabilités spécifiques.

### 2.4.2 Logiques de non-recours ou de recours partiel

L'analyse des entretiens individuels et des focus groups met en évidence que l'utilisation des services de santé reproductive et de planning familial (SDR/PF) est largement marquée par des **dynamiques de non-recours et de recours partiel**, plutôt que par une adhésion pleine et régulière. Ces logiques, transversales aux différents groupes cibles, prennent toutefois des formes différenciées selon le genre, l'âge et la position sociale.

### 2.4.3 Analyse comparative entre les groupes cibles en termes de pratiques

#### 2.4.3.1 Jeunes (18-34 ans)

Chez les jeunes, le non-recours prend la forme d'un **évitement anticipé**. Bien que les jeunes expriment un intérêt pour les questions de SDR/PF, les entretiens montrent qu'ils retardent ou évitent volontairement le recours aux services existants. Ce non-recours est principalement motivé par la peur du jugement social, le manque de confidentialité perçu et l'absence de services explicitement identifiés comme adaptés aux jeunes, en particulier aux jeunes non mariés. Le recours aux services intervient le plus souvent tardivement, lorsque les besoins deviennent urgents ou visibles, traduisant un **recours tardif plutôt que préventif**.



#### 2.4.3.2 Femmes (35 ans et plus)

Chez les femmes, le recours aux services SDR/PF s'opère de manière **sélective et fonctionnelle**. Les données issues des entretiens indiquent que les femmes utilisent principalement les services liés à la maternité (consultations prénatales, accouchements, suivi postnatal), tandis que le recours au planning familial demeure plus irrégulier et souvent discret.

Ce recours partiel traduit une logique d'**utilisation sous contrainte** : les femmes accèdent aux services lorsque les besoins deviennent médicalement incontournables, mais limitent leur fréquentation pour des services perçus comme socialement sensibles. Le non-recours s'explique par la dépendance à l'accord du conjoint, la crainte du jugement social et la nécessité de préserver l'équilibre familial, ce qui conduit à des stratégies de dissimulation, de temporisation ou de renoncement.

#### 2.4.3.3 Hommes (35 ans et plus)

Chez les hommes, en particulier ceux âgés de 35 ans et plus, le **non-recours direct** aux services SDR/PF constitue la norme dominante. Les entretiens révèlent que les hommes reconnaissent l'utilité des services, sans pour autant se considérer comme des usagers légitimes. Cette posture se traduit par un **recours délégué**, où les hommes interviennent à distance, en tant qu'autorité décisionnelle ou accompagnateurs ponctuels, sans fréquenter eux-mêmes les structures de santé reproductive. Le non-recours masculin apparaît ainsi comme socialement légitimé et intégré aux normes de genre, réduisant la possibilité d'une implication active et informée.

#### 2.4.3.4 Personnes en situation de handicap (PSH)

Chez les personnes en situation de handicap, les logiques de non-recours sont particulièrement prononcées et prennent la forme d'une **auto-exclusion intériorisée**. Les entretiens révèlent que ces personnes ne se sentent pas pleinement légitimes à fréquenter les services SDR/PF, perçus comme implicitement conçus pour les personnes valides. Le non-recours est renforcé par les barrières physiques, la crainte d'un accueil inadapté et les expériences passées de stigmatisation. Le recours aux services est ainsi rare, souvent conditionné par la présence d'un accompagnant, et survient majoritairement en situation de contrainte ou d'urgence.

#### 2.4.3.5 Observations faites par les prestataires de SDR/PF

Du point de vue des prestataires de services SDR/PF, le non-recours et le recours partiel constituent des réalités centrales. Les prestataires observent que de nombreux bénéficiaires expriment une attitude favorable ou une intention d'utiliser les services, sans que cela ne se traduise par un passage à l'acte. Ils identifient une **rupture persistante entre intention et comportement**, alimentée par des contraintes sociales, conjugales et communautaires. Cette dissociation contribue à des trajectoires d'utilisation discontinues, marquées par des abandons, des retours tardifs ou un recours exclusivement circonstanciel.

## 3 Déterminants sociaux et communautaires

### 3.1 Normes sociales, culturelles et religieuses

L'ensemble des données recueillies met en évidence le **rôle central et structurant des normes sociales, culturelles et religieuses** dans les perceptions, attitudes et comportements relatifs à la santé reproductive (SDR) et au planning familial (PF), toutes populations confondues. Ces



normes constituent un cadre de référence puissant qui conditionne l'acceptabilité sociale des services, les intentions de recours et les pratiques effectives.

Un premier facteur transversal **tient à la forte valorisation sociale et religieuse de la fécondité**, largement partagée au sein des communautés. La maternité demeure un marqueur central de reconnaissance sociale pour les femmes, dont le **rôle reproductif est étroitement encadré par des normes culturelles et religieuses**. Dans ce contexte, le planning familial est généralement accepté lorsqu'il est présenté comme un moyen d'espacer les naissances (9%) afin de préserver la santé maternelle et le bien-être du ménage. En revanche, il devient socialement sensible, voire controversé, lorsqu'il est perçu comme **une limitation volontaire des naissances** (3%), en contradiction **avec certaines interprétations islamiques et coutumières dominantes**. Cette ambivalence freine l'adoption des méthodes contraceptives modernes, dont l'utilisation reste limitée à 18 % chez les femmes mariées (EDST 1996-1997 ; Countdown 2030, 2024 ; EDS 2022).

Chez les jeunes, ces normes se traduisent par des **tabous persistants autour de la sexualité hors mariage**, qui restreignent fortement l'accès aux services de SDR/PF, en particulier pour les jeunes femmes. **La peur de la stigmatisation citée par 45% des adolescentes favorise l'évitement**, malgré un besoin non satisfait de 25% en contraception moderne (UNFPA Rapport Annuel 2024). Les pairs jouent un rôle ambivalent : ils peuvent à la fois faciliter l'orientation vers les services ou, au contraire, renforcer la diffusion de croyances erronées et de rumeurs.

Chez les femmes adultes, les normes sociales et religieuses **renforcent une prudence structurelle** dans l'adoption du planning familial. Si l'espacement des naissances est admis, les décisions restent fortement encadrées par les attentes du conjoint, de la belle-famille et de la communauté limitant l'autonomie à 32% des cas (SIS 2023 ; Banque Mondiale 2024). Ces normes réduisent les marges de manœuvres individuelles et favorisent des comportements discrets, conditionnels et souvent dépendants de l'approbation masculine.

Chez les hommes, les normes sociales masculines attribuent un **rôle central de contrôle et de décision en matière reproductive**. Les références religieuses sont fréquemment mobilisées pour légitimer une approche encadrée et prudente du planning familial. Les discussions ouvertes sur SDR/PF sont rares (moins de 20% des groupes masculins), perpétuant des perceptions traditionnelles (OMS Rapport Biennal Tchad 2022-2023), contribuant à la reproduction de perceptions traditionnelles et à une faible remise en question collective des normes existantes.

Pour les personnes en situation de handicap, les normes sociales prennent une forme particulièrement excluante. Elles sont fréquemment perçues comme **asexuées ou inaptes à fonder une famille**, ce qui invisibilise leurs besoins en matière de SDR/PF. Cette marginalisation est renforcée par un **silence normatif** : ni les autorités traditionnelles ni les autorités religieuses ne formulent de position claire sur leurs droits reproductifs, contribuant à un vide social et symbolique qui limite leur accès aux services.

Les chefs traditionnels et coutumiers apparaissent comme des **acteurs clés de régulation normative**. Leurs discours confirment l'ancrage des valeurs de fécondité, mais laissent également entrevoir des **marges d'adaptation des normes**, notamment lorsque la santé et le bien-être des femmes sont en jeu. Toutefois, leur influence peut être freinée par des résistances internes, liées à des groupes conservateurs ou à des figures masculines dominantes.



Enfin, du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, ces normes sociales, culturelles et religieuses pèsent lourdement sur les décisions individuelles. Les prestataires observent que le regard communautaire, les rumeurs et les tensions conjugales potentielles **priment souvent sur les recommandations médicales** avec 40-50% des refus liés à des rumeurs (Countdown 2030 Tchad 2024), limitant l'autonomie des bénéficiaires et compliquant la promotion du planning familial.

Dans leur ensemble, ces normes ne se traduisent pas par un rejet frontal de la SDR/PF, mais par une **acceptation conditionnelle, encadrée et socialement négociée**, qui explique la persistance de comportements de non-recours, de recours partiel ou de pratiques discontinues.

### 3.2 Influences sociales et figures d'autorité

Les données recueillies mettent en évidence un **environnement social fortement prescriptif**, dans lequel les décisions relatives à la santé reproductive (SDR) et au planning familial (PF) sont rarement le fruit de choix strictement individuels. À travers l'ensemble des groupes interrogés, les comportements et intentions apparaissent façonnés par un réseau dense d'influences sociales et de figures d'autorité, dont le poids varie selon l'âge, le genre et la position sociale.

Un premier constat transversal concerne la **prégnance du regard communautaire**. La crainte de la stigmatisation, des rumeurs et du jugement social ressort comme un déterminant majeur des comportements, en particulier chez les jeunes et les femmes. Cette pression sociale alimente des mécanismes d'autocensure, de discrétion et, dans certains cas, de renoncement au recours aux services SDR/PF, même lorsque les besoins sont reconnus.

Chez les jeunes, les influences sociales se caractérisent par leur **pluralité et leur ambivalence**. Les pairs occupent une place centrale : ils peuvent jouer un rôle de soutien et de transmission d'informations, mais constituent également un vecteur important de rumeurs et de perceptions erronées. À cette influence horizontale s'ajoutent des figures verticales d'autorité — parents, leaders religieux et chefs traditionnels — qui encadrent fortement les comportements. Dans ce contexte, les agents de santé apparaissent comme des référents secondaires, et les décisions liées à la SDR/PF sont rarement prises de manière autonome.

Chez les femmes adultes, la pression sociale s'exerce de manière plus directe et hiérarchisée. Le conjoint, la belle-famille et la communauté constituent les **principales instances de régulation des comportements reproductifs**. La crainte du jugement social, notamment en cas de volonté perçue de limiter les naissances, conduit fréquemment à des stratégies de recours discret ou à un non-recours aux services. L'autonomie décisionnelle des femmes apparaît ainsi fortement contrainte par ces rapports d'influence.

Chez les hommes de 35 ans et plus, les normes sociales masculines renforcent des **rapports de pouvoir hiérarchisés** et limitent les espaces de discussion critique. Les échanges entre pairs sur la SDR/PF sont peu fréquents, ce qui favorise la reproduction de perceptions traditionnelles. Dans ce groupe, les chefs traditionnels et les leaders religieux émergent comme les figures d'autorité les plus influentes dans les choix liés au planning familial, tandis que les agents de santé jouent un rôle informatif plus marginal.



Pour les personnes en situation de handicap, l'influence sociale prend une forme spécifique, marquée par le **silence et l'invisibilisation**. Les récits décrivent un environnement où les questions de SDR/PF sont rarement abordées à leur égard, comme si ces enjeux ne les concernaient pas. Les décisions sont principalement façonnées au sein du cercle familial proche, tandis que les leaders communautaires exercent une influence limitée, reflétant la faible intégration des personnes handicapées dans les dynamiques décisionnelles collectives.

Les chefs traditionnels et coutumiers occupent une position centrale dans l'architecture des influences sociales. Ils sont reconnus comme des **acteurs de régulation normative**, capables de légitimer ou, à l'inverse, de freiner le recours aux services SDR/PF par leurs prises de position explicites ou implicites. Toutefois, leur influence n'est pas absolue : elle peut être entravée par des résistances internes, notamment de la part de groupes conservateurs ou d'hommes socialement dominants, qui continuent de peser sur les normes communautaires.

Enfin, du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, les influences sociales constituent un **frein majeur à l'autonomie individuelle**. Les prestataires observent que l'opinion collective, les attentes familiales et la crainte de conflits conjugaux priment souvent sur les recommandations médicales. Cette domination des normes sociales sur l'expertise sanitaire explique en partie la dissociation fréquente entre attitudes favorables déclarées et comportements effectifs de recours aux services.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que les influences sociales et les figures d'autorité forment un **système imbriqué**, où les décisions relatives à la SDR/PF sont négociées, conditionnées et parfois bloquées par des rapports de pouvoir et des normes collectives. Toute stratégie visant à améliorer l'accès et l'utilisation des services devra donc nécessairement intégrer ces acteurs clés et travailler sur les dynamiques sociales qui structurent les comportements.

### 3.3 Dynamiques de pouvoir et prise de décision

L'analyse des données issues des entretiens met en évidence des **dynamiques de pouvoir fortement hiérarchisées et genrées**, au sein desquelles les décisions relatives à la santé reproductive et au planning familial sont rarement prises de manière individuelle. Dans l'ensemble des groupes interrogés, la prise de décision s'inscrit dans des cadres sociaux et familiaux contraignants, où les normes culturelles, les rapports de genre et les positions d'autorité structurent l'accès effectif aux services de SDR/PF.

Chez les jeunes, les décisions liées à la santé reproductive sont largement **encadrées par la famille et les normes sociales dominantes**. Cette contrainte est particulièrement marquée pour les jeunes femmes, dont la marge de manœuvre apparaît limitée, voire fortement restreinte lorsqu'elles sont mariées. Les récits recueillis montrent que l'avis du conjoint et, dans certains cas, celui de la famille élargie, conditionne l'initiation, la poursuite ou l'abandon du recours aux services de SDR/PF, réduisant ainsi l'autonomie décisionnelle des jeunes femmes.

Chez les femmes âgées de 35 ans et plus, la prise de décision est décrite comme **explicitement patriarcale**. Le recours aux services de santé reproductive est généralement subordonné à la consultation, voire à l'autorisation, du conjoint. Cette pratique, présentée comme socialement attendue et rarement remise en question, limite structurellement l'autonomie reproductive des



femmes et ancre les choix en matière de planning familial dans des rapports conjugaux asymétriques.

Du côté des hommes de 35 ans et plus, les entretiens révèlent une **centralité assumée du pouvoir décisionnel masculin**. Les participants reconnaissent que les femmes sollicitent le plus souvent l'accord de leur mari avant de recourir aux services de SDR/PF (≈85%). Cette organisation hiérarchisée est largement perçue comme conforme à l'ordre social établi et ne fait l'objet que de peu de remise en question, contribuant au maintien de normes genrées et à une implication masculine essentiellement décisionnelle plutôt qu'opérationnelle.

Pour les personnes en situation de handicap, les dynamiques de décision se caractérisent par une **délégation fréquente du pouvoir décisionnel à des tiers valides**, notamment des membres de la famille ou des accompagnants. Cette délégation, parfois justifiée par des logiques de protection, se traduit dans les faits par une réduction significative de l'autonomie des personnes handicapées, limitant leur capacité à exprimer leurs besoins, à initier des démarches et à accéder de manière indépendante aux services de SDR/PF.

Les chefs traditionnels et coutumiers confirment et légitiment, dans leurs propres analyses, l'existence de **logiques décisionnelles patriarcales profondément ancrées**. Ils reconnaissent que les hommes, en tant que chefs de famille, exercent un pouvoir déterminant dans les choix liés à la santé reproductive, influençant directement l'accès des femmes aux services de SDR/PF. Plusieurs chefs identifient explicitement cette configuration comme un facteur central des inégalités persistantes en matière d'autonomie reproductive.

Enfin, du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, la prise de décision apparaît **collective, hiérarchisée et souvent externalisée**. Les prestataires décrivent des trajectoires de recours aux services dominées par le conjoint masculin et, dans certains cas, par la belle-famille. Cette dynamique réduit considérablement la capacité des femmes à faire des choix autonomes, même lorsque les services sont disponibles, accessibles et perçus comme bénéfiques.

Dans leur ensemble, ces résultats mettent en évidence que l'accès effectif aux services de SDR/PF ne dépend pas uniquement de l'offre sanitaire, mais s'inscrit dans des **rapports de pouvoir structurants** qui conditionnent la capacité des individus, en particulier des femmes, des jeunes et des personnes en situation de handicap, à exercer un contrôle réel sur leurs choix reproductifs. Toute intervention visant à améliorer l'utilisation des services devra ainsi intégrer des stratégies explicites de transformation des dynamiques décisionnelles, en ciblant non seulement les individus, mais également les acteurs et structures qui façonnent ces rapports de pouvoir.

### 3.4 Engagement et dialogue communautaire

L'analyse des entretiens met en évidence un **engagement communautaire globalement faible, fragmenté et peu structuré** autour des questions de santé reproductive et de planning familial. Les dynamiques observées révèlent des niveaux de participation inégaux selon les groupes, avec une marginalisation marquée des jeunes, des femmes et des personnes en situation de handicap, et une implication essentiellement ponctuelle des acteurs communautaires clés.

Chez les jeunes, l'engagement communautaire apparaît particulièrement limité. Les récits recueillis indiquent que les jeunes sont rarement conviés aux espaces de discussion communautaires ou ne s'y sentent pas légitimes, ces cadres étant largement dominés par les adultes et les figures d'autorité traditionnelles. Cette exclusion relative restreint leur capacité à



exprimer leurs besoins spécifiques en matière de SDR/PF et contribue à un faible sentiment d'appropriation des enjeux communautaires liés à la santé reproductive.

Les femmes âgées de 35 ans et plus participent également de manière restreinte aux espaces communautaires dédiés à la santé. Lorsqu'elles sont présentes, leur participation demeure souvent passive, contrainte par des normes sociales et des rapports de pouvoir qui limitent leur prise de parole. Cette participation limitée réduit la visibilité de leurs besoins et entrave leur intégration effective dans les processus communautaires de discussion et de décision en matière de SDR/PF.

Chez les hommes de 35 ans et plus, l'engagement communautaire est décrit comme **irrégulier et peu structuré**. Les occasions de dialogue collectif sur la santé reproductive et le planning familial restent rares, ponctuelles et souvent non institutionnalisées. Cette faible mobilisation communautaire masculine limite la circulation d'informations fiables et freine l'émergence de débats collectifs susceptibles de questionner les normes sociales existantes.

Les personnes en situation de handicap apparaissent comme **quasi absentes des dynamiques communautaires** liées à la santé reproductive. Les entretiens révèlent une participation extrêmement marginale, expliquée par l'absence d'invitations, des barrières physiques, sociales et organisationnelles, ainsi que par un manque de reconnaissance implicite de leur légitimité à participer à ces espaces. Cette exclusion renforce leur invisibilité dans les processus communautaires de sensibilisation, de prise de décision et de définition des priorités en matière de SDR/PF.

Du côté des chefs traditionnels et coutumiers, l'engagement communautaire existe mais demeure **essentiellement ponctuel et peu institutionnalisé**. Leur participation se concentre principalement sur des campagnes de sensibilisation initiées par des acteurs externes, tels que les autorités sanitaires ou les organisations non gouvernementales. Les entretiens soulignent l'absence de cadres réguliers et durables de dialogue communautaire spécifiquement consacrés aux enjeux de santé reproductive et de planning familial.

Enfin, les prestataires de services de SDR/PF décrivent un **déficit marqué de dialogue communautaire structuré**. Ils indiquent être rarement associés à des espaces communautaires d'échange, en raison de l'absence de mécanismes formels, du manque de temps et de ressources dédiées. Cette faible intégration limite les opportunités de clarification collective, de réponse aux rumeurs et de transformation progressive des normes sociales qui freinent le recours aux services.

Dans l'ensemble, ces constats suggèrent que l'engagement communautaire en matière de SDR/PF reste largement **réactif, fragmenté et dépendant d'initiatives ponctuelles**, sans s'inscrire dans des dynamiques continues et inclusives. Le renforcement de cadres de dialogue communautaire réguliers, participatifs et adaptés aux différents groupes apparaît ainsi comme un levier central pour améliorer l'appropriation collective des enjeux de santé reproductive et soutenir des changements durables de normes et de pratiques.



## 4 Déterminants structurels et systémiques

### 4.1 Accessibilité des services

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires, des prestataires et des acteurs communautaires convergent vers un constat récurrent : **des obstacles géographiques et financiers majeurs entravent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de planning familial**. Ce diagnostic de terrain s'aligne sur les indicateurs nationaux : **la mortalité maternelle au Tchad demeure parmi les plus élevées, estimée à 748 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023** (contre 1119 en 2000)<sup>22</sup>, tandis que seulement 34 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié selon les dernières sources UNICEF/MICS disponibles <sup>23</sup>. Les capacités d'urgence obstétricale et néonatale restent très limitées : seuls 18 % des hôpitaux offrent des services EmONC, avec un nombre restreint de structures complètes (C-EmONC) et basiques (B-EmONC)<sup>24</sup>.

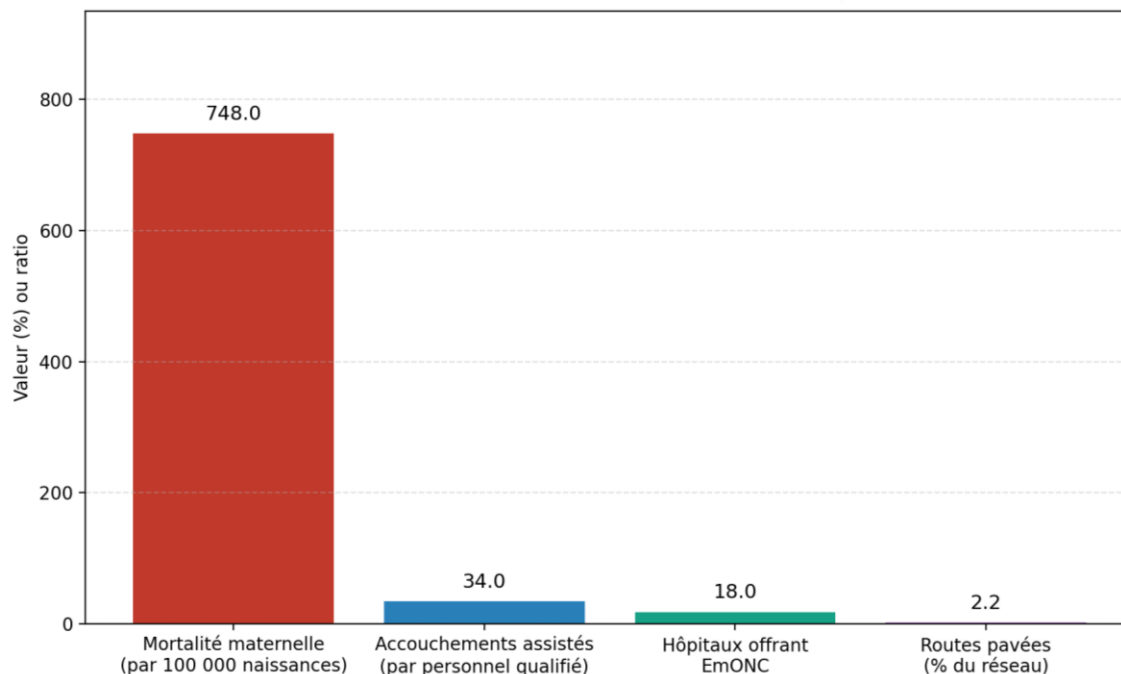
Dans les **zones rurales et éloignées**, en particulier dans les **provinces du Batha et de Hadjer Lamis**, **l'éloignement des centres de santé et le coût du transport** constituent des freins majeurs ; le réseau routier national est largement non pavé (environ **870 km pavés sur >40 000 km**), ce qui accentue l'isolement et augmente les temps et coûts de déplacement vers les structures de santé, notamment en saison des pluies. Ces contraintes structurelles corroborent les témoignages recueillis : **le manque de moyens de transport** peut retarder la prise en charge **d'urgences obstétricales** et, comme l'illustre le cas relaté dans **le Batha**, conduire à des **issues tragiques**. Les analyses provinciales récentes soulignent d'ailleurs des **écarts de couverture importants** et la **nécessité de prioriser** les zones sous-desservies dans la planification de la santé maternelle, ce qui renforce la validité des constats posés par les communautés.

*Figure 4 : Indicateurs clés d'accès aux soins SR/PF au Tchad (niveau national)*

<sup>22</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , [Rapport Biennal OMS Tchad 2022-2023](#), 2024

<sup>23</sup> UNICEF / Institut National de la Statistique (INSEED) Tchad, [Enquête à Indicateurs Multiples par Grappes \(MICS6\) Tchad 2019](#), 2020

<sup>24</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPT) / Banque Mondiale, [Refonte de la prestation de services SRMNIA-N au Tchad / Évaluation EmONC Nationale](#), 2024



Banque mondiale (MMR 2023); UNICEF Tchad – MICS 2014-15/Note santé (accouchements, EmONC 2019); Islamic Development Bank (routes)

À titre d'illustration, selon le témoignage d'une participante, une jeune femme interrogée dans la Province du Batha, le manque de moyens de transport a directement entraîné le décès d'une femme des suites d'un accouchement. Ce témoignage illustre de manière concrète et poignante l'impact de l'inaccessibilité des services de santé, en particulier en situation d'urgence obstétricale, et souligne combien l'absence de solutions de transport adaptées peut entraîner des conséquences fatales pour les femmes, notamment dans les zones éloignées des structures de santé.

Les entretiens mettent également en évidence que ces difficultés sont encore plus prononcées pour les personnes en situation de handicap, qui font face à des défis supplémentaires liés à leur mobilité et à l'absence de moyens de transport adaptés. Dans ce contexte, le cumul de l'éloignement, des coûts financiers et des contraintes physiques contribue à retarder, voire empêcher, le recours aux services de SDR et de PF, renforçant ainsi les inégalités d'accès aux soins entre les différentes catégories de la population.

## 4.2 Qualité et expérience de service

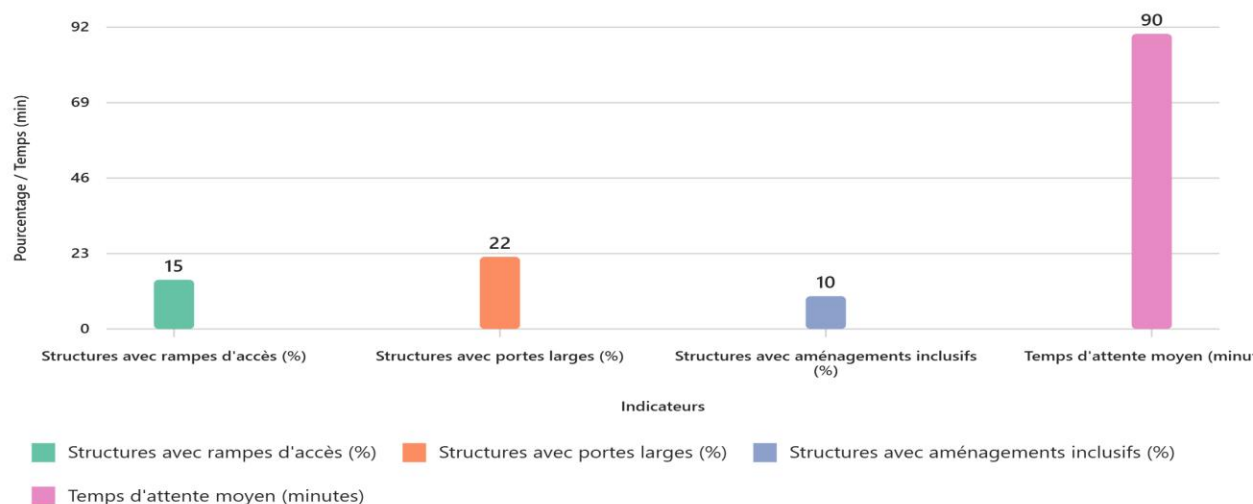
Les entretiens révèlent que **des difficultés majeures liées aux infrastructures et à l'organisation des soins persistent dans les structures sanitaires**. Ces constats sont corroborés par les données disponibles : selon les estimations issues des rapports OMS et UNICEF pour les pays à faible revenu, **moins de 15 % des structures disposent de rampes d'accès, 22 % ont des portes adaptées, et seulement 10 % offrent des aménagements inclusifs pour les personnes à mobilité réduite**. À ces obstacles physiques s'ajoutent des temps d'attente moyens élevés, estimés à 90 minutes, ce qui constitue un frein supplémentaire surtout pour les personnes en situation de handicap ou présentant des limitations physiques.

Ces données confirment que les barrières structurelles et organisationnelles se cumulent avec les contraintes géographiques et financières, limitant l'accès équitable aux services de santé sexuelle, reproductive et de planning familial (SR/PF). Elles soulignent la nécessité d'intégrer des



normes d'accessibilité universelle et des améliorations organisationnelles dans les politiques de santé pour garantir une prise en charge inclusive.

Figure 5 : Accès aux soins SR/PF difficile pour les personnes à mobilité réduite



### 4.3 Inclusivité et adéquation de l'offre

Les entretiens avec les prestataires de santé révèlent que les personnes en situation de handicap physique ou mental revendiquent leur droit à la sexualité et à une vie épanouie, mais se heurtent à des obstacles majeurs dans l'accès aux services de santé sexuelle, reproductive et de planning familial (SR/PF). Au Tchad, où 3,5 % de la population vit avec un handicap (UNICEF, 2021), ces personnes sont deux fois plus susceptibles d'être exclues des services de santé que les autres (OMS, 2020). Les inégalités de traitement et, dans certains cas, des violences verbales ou physiques ont été rapportées, confirmant la persistance de préjugés. Pour garantir un accès équitable, il est essentiel de mettre fin aux discriminations et de reconnaître leurs droits comme ceux de toute autre personne, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ratifiée par le Tchad en 2012.

Les entretiens mettent en évidence un angle mort dans les services actuels concernant l'inclusion des personnes handicapées. L'inaccessibilité physique constitue l'un des principaux obstacles : selon les données nationales et les estimations OMS, moins de 15 % des structures sanitaires au Tchad disposent de rampes d'accès, et moins de 10 % offrent des aménagements inclusifs (UNICEF, 2019). À cela s'ajoute l'inaccessibilité communicationnelle : le manque de personnel formé à la langue des signes et l'absence de supports visuels ou pédagogiques adaptés pour les déficients intellectuels ou visuels limitent fortement l'accès à l'information et aux soins. Ces lacunes compromettent la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la santé inclusive, qui préconisent la formation du personnel et l'adaptation des infrastructures.

L'isolement social est un autre facteur aggravant identifié lors des entretiens. Les personnes handicapées sont souvent exclues des espaces de discussion communautaire, soit par oubli, soit en raison de préjugés sur leur sexualité. Selon l'OMS, les personnes handicapées ont 2 fois moins de chances de participer aux programmes de santé reproductive que les autres groupes (OMS, 2020). Au Tchad, où les normes sociales restent fortement influencées par des perceptions



traditionnelles, cette exclusion réduit leur visibilité et leur capacité à participer pleinement aux initiatives de sensibilisation ou aux programmes de SR/PF, accentuant les inégalités.

Ces constats soulignent la nécessité de **repenser l'organisation et l'accessibilité des services** pour les rendre inclusifs, en intégrant des **mesures physiques (rampes, transport adapté), communicationnelles (langue des signes, supports visuels) et sociales (sensibilisation communautaire)**. L'OMS recommande d'adopter une approche fondée sur les droits humains pour garantir que les personnes en situation de handicap puissent bénéficier pleinement de leurs droits à la santé reproductive et au planning familial. Cela implique des **investissements ciblés** dans les infrastructures et la formation du personnel, ainsi que la **mobilisation communautaire** pour lutter contre les préjugés.

#### 4.4 Environnement institutionnel

Les entretiens menés auprès des prestataires et professionnels de santé au Tchad soulignent le rôle pivotale du soutien institutionnel dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé de la reproduction (SDR) et de planification familiale (PF). Selon le rapport de l'UNFPA sur le Tchad (2023), ce soutien des ONG étrangères et organisations internationales a permis d'atteindre 1,2 million de femmes en âge de procréer via des appuis techniques et matériels, contribuant à réduire le taux de mortalité maternelle de 860 pour 100 000 naissances vivantes en 2014-2015 à environ 740 en 2022 (Enquête Démographique et de Santé au Tchad - EDS 2022, INS Tchad).

Plusieurs prestataires ont particulièrement mis en avant l'apport de l'UNFPA, qui **distribue des outils de sensibilisation tels que des boîtes à images, des documents pédagogiques et des préservatifs**. En 2024, l'UNFPA a fourni plus de 5 millions de préservatifs et 200 000 kits de sensibilisation au Tchad, permettant aux agents de santé et associations communautaires d'informer efficacement les populations sur la santé reproductive, les méthodes contraceptives et la prévention des infections sexuellement transmissibles (Rapport annuel UNFPA Tchad 2024). Cela a boosté le taux de connaissance des méthodes modernes de contraception de 45% en 2014-2015 à 62% en 2022 (EDS 2022).

**Ce soutien renforce aussi les compétences des prestataires grâce à des formations ciblées et des ressources adaptées.** Par exemple, l'UNFPA et ses partenaires ont formé 1 500 agents de santé tchadiens en 2023 sur les SDR et PF, facilitant les campagnes de sensibilisation et le suivi des bénéficiaires (Rapport UNFPA 2023). Ainsi, l'appui institutionnel accroît l'efficacité des services, avec une augmentation de 25% des consultations PF dans les zones soutenues entre 2021 et 2023 (ministère de la Santé Publique du Tchad, Bulletin Annuel 2023).

Les entretiens menés avec les prestataires et professionnels de santé révèlent que le soutien institutionnel joue un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de SDR et de PF. Selon leurs témoignages, de nombreuses ONG étrangères et organisations internationales apportent un appui technique et matériel indispensable, particulièrement au Tchad où les défis logistiques et financiers limitent les capacités nationales.

Plusieurs prestataires ont spécifiquement mentionné le rôle de l'UNFPA, qui fournit des outils de sensibilisation variés, tels que des boîtes à images, des documents pédagogiques et des préservatifs à distribuer. Ces outils permettent aux agents de santé et aux associations communautaires de mieux informer les populations sur la santé reproductive, les méthodes



contraceptives et la prévention des infections sexuellement transmissibles, dans un contexte tchadien marqué par un faible taux d'alphabétisation (22% chez les femmes, EDS 2022).

Les entretiens montrent que ce soutien contribue également au renforcement des compétences des prestataires, en leur offrant des formations et des ressources adaptées pour mieux accompagner les bénéficiaires. L'appui institutionnel facilite ainsi la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation et le suivi des bénéficiaires, tout en améliorant l'efficacité et la portée des services de SDR et planning familial dans les communautés tchadiennes rurales et urbaines.

## 5 Équité et vulnérabilités spécifiques

### 5.1 Groupes en situation de vulnérabilité

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires et des prestataires de santé confirment que certaines populations sont particulièrement vulnérables en matière d'accès aux services de santé sexuelle, reproductive et de planning familial (SR/PF). Parmi elles figurent les femmes, les adolescentes, les personnes en situation de handicap, les habitants des zones rurales et les populations marginalisées. Selon l'UNFPA et l'OMS, le Tchad présente un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde (748 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023), et seulement 34 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié (UNICEF, MICS 2019). Ces chiffres illustrent la vulnérabilité des femmes, en particulier celles vivant en zones rurales où l'accès aux soins est limité par la distance et le manque d'infrastructures.

Les femmes en situation précaire sont particulièrement exposées aux risques liés à la santé reproductive, notamment en raison de leur accès limité à l'information, aux soins et aux moyens de contraception. Au Tchad, le taux de prévalence contraceptive moderne reste faible (10 % en 2022), et les besoins non satisfaits en planification familiale atteignent 23 % (UNFPA, 2022). Les adolescentes sont également vulnérables : 30 % des filles âgées de 15 à 19 ans sont mariées, ce qui augmente les risques de grossesses précoces et de complications obstétricales (UNICEF, 2021). Ces données confirment que les obstacles sociaux et économiques limitent l'accès équitable aux services SR/PF pour ces groupes.

Les entretiens révèlent que les personnes en situation de handicap subissent une stigmatisation sociale persistante, y compris dans les centres de santé. Selon l'OMS, les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles de se voir refuser des soins et trois fois plus exposées à des violences physiques ou verbales dans les contextes sanitaires (OMS, Rapport mondial sur le handicap, 2011). Au Tchad, où 3,5 % de la population vit avec un handicap (UNICEF, 2021), cette stigmatisation contribue à leur isolement social et limite leur accès à l'information et aux soins.

Les prestataires soulignent que de nombreux centres de santé ne sont pas adaptés pour accueillir les personnes handicapées, en particulier celles rencontrant des difficultés de mobilité. Selon les estimations OMS/UNICEF pour les pays à faible revenu, moins de 15 % des structures disposent de rampes d'accès, et moins de 10 % offrent des aménagements inclusifs. Au Tchad, ces chiffres sont probablement similaires, compte tenu du faible investissement dans les infrastructures sanitaires. À cela s'ajoute le manque de formation du personnel : moins de 20 % des agents de santé ont reçu une formation sur la prise en charge des personnes handicapées (OMS, 2020). Ces obstacles cumulés illustrent que les personnes en situation de handicap font



face à des barrières multiples, sociales et structurelles, qui restreignent leur droit à la santé reproductive et au planning familial.

## 5.2 Barrières cumulatives

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires et prestataires de santé au Tchad mettent en évidence plusieurs obstacles critiques limitant l'accès aux services de santé de la reproduction (SDR) et de planification familiale (PF). Selon l'Enquête Démographique et de Santé-Multiple Indicateurs (EDS-MICS 2014-2015, confirmée par tendances 2022), le taux d'accouchement assisté par personnel qualifié n'atteint que 43,4%, tandis que la mortalité maternelle reste élevée à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, parmi les plus hauts au monde (OMS Rapport Biennal Tchad 2022-2023). Ces barrières sont amplifiées par la pauvreté touchant 42% de la population et un système de santé fragile (Banque Mondiale 2024).

Sur le plan financier, les contraintes économiques représentent un obstacle majeur. Une participante, jeune femme, a témoigné que le manque de moyens de transport a entraîné la mort d'une femme post-accouchement, illustrant un impact tragique : 28% des décès maternels sont liés à des retards dus à des coûts de transport (10-20% du revenu rural mensuel) et une couverture CPN4 à seulement 23,78% (UNFPA Tchad 2023 ; SIS 2023). Ces difficultés empêchent l'accès aux consultations régulières et aux centres équipés distants, avec un taux national d'accouchement en établissement à 27% seulement (Banque Mondiale 2020-2024).

Les obstacles sociaux jouent un rôle prépondérant. Le faible niveau d'éducation, taux d'alphabétisation féminin à 32% nationalement (14% en zone rurale), entraîne la négligence des conseils des prestataires (Rapport Réseau FAR Tchad 2025). L'insuffisance de sensibilisation limite l'adoption des méthodes contraceptives (utilisation moderne à 18% chez les femmes mariées, malgré 62% de connaissance) et accroît les risques d'infections sexuellement transmissibles (OMS, Tchad 2022-2023).

## 5.3 Réponses différenciées existantes ou manquantes

Lors des entretiens, des membres d'associations ont recommandé la création de lieux de prise en charge adaptés aux personnes en situation de handicap dans tous les arrondissements des chefs-lieux. Ces lieux devraient être conçus pour répondre aux besoins spécifiques des bénéficiaires handicapés, notamment en matière d'accessibilité physique (rampes, ascenseurs, équipements adaptés) et de communication (supports visuels, langage des signes).

Les participants ont également souligné la nécessité de former le personnel de santé spécialisé en SDR/planning familial afin qu'il puisse accompagner de manière appropriée les bénéficiaires en situation de handicap. Cette formation devrait inclure la sensibilisation aux besoins spécifiques des personnes handicapées, la maîtrise de techniques de communication adaptées et la promotion de pratiques inclusives et respectueuses des droits des bénéficiaires.

Selon les entretiens, la mise en place de ces mesures contribuerait à réduire la stigmatisation, à améliorer l'accès équitable aux services et à garantir que les personnes en situation de handicap puissent bénéficier pleinement de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive et de planning familial.



## 6 Ecosystème informationnel

### 6.1 Accès à l'information

L'analyse des données met en évidence un **accès globalement inégal, fragmenté et largement informel à l'information sur la santé reproductive et le planning familial** parmi l'ensemble des populations enquêtées. Si plusieurs canaux d'information existent, leur portée, leur régularité et leur capacité à fournir des messages complets et adaptés varient fortement selon les profils sociaux, le genre, l'âge et la situation de vulnérabilité.

Chez les jeunes, l'accès à l'information repose principalement sur les centres de santé, des campagnes de sensibilisation ponctuelles et le bouche-à-oreille, complétés par les échanges entre pairs et, dans une moindre mesure, les réseaux sociaux. Toutefois, cet accès demeure très inégal : le niveau d'éducation, le lieu de résidence et l'exposition aux actions de sensibilisation influencent fortement la disponibilité et la qualité de l'information reçue. Les jeunes vivant en zones rurales ou périphériques apparaissent particulièrement désavantagés, révélant des disparités marquées au sein de ce groupe.

Chez les femmes âgées de 35 ans et plus, l'information circule essentiellement à travers les centres de santé et les réseaux sociaux de proximité, notamment les discussions communautaires et les échanges informels entre femmes. Si ces canaux constituent des sources importantes, ils restent fortement dépendants des dynamiques locales et ne garantissent pas toujours une information exhaustive, actualisée ou standardisée, limitant ainsi la profondeur des connaissances disponibles.

Pour les hommes de 35 ans et plus, les circuits d'information sont majoritairement informels. Le bouche-à-oreille, les discussions communautaires et les radios locales constituent les principales sources évoquées, souvent au détriment de canaux institutionnels structurés. Cette configuration favorise la circulation de messages partiels, parfois imprécis, et restreint l'accès à des informations techniques et complètes sur la SDR/PF.

Les personnes en situation de handicap apparaissent comme l'un des groupes les plus désavantagés en matière d'accès à l'information. Les données indiquent un recours principalement aux centres de santé, aux relais communautaires et au bouche-à-oreille, dans un contexte marqué par une offre peu structurée et rarement adaptée à leurs besoins spécifiques. L'absence de supports accessibles, de messages ciblés et de dispositifs inclusifs contribue à une information fragmentée et insuffisante, renforçant leur marginalisation informationnelle.

Les chefs traditionnels et coutumiers jouent un rôle central dans la circulation de l'information au niveau communautaire. L'information relative à la SDR/PF transite principalement par le bouche-à-oreille, les échanges communautaires et des campagnes ponctuelles, les chefs se positionnant comme des relais clés de transmission et de légitimation sociale des messages. Toutefois, cette diffusion repose davantage sur des dynamiques occasionnelles que sur des mécanismes systématiques et structurés.

Du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, l'accès à l'information pour les bénéficiaires demeure globalement limité. La diffusion repose essentiellement sur les contacts directs lors des consultations et sur le bouche-à-oreille communautaire, ce qui restreint la portée, la régularité et la cohérence des messages transmis. L'absence de stratégies



communautaires structurées et de dispositifs de communication continus limite la capacité des services à toucher l'ensemble des populations, en particulier les groupes les plus éloignés ou marginalisés.

Dans l'ensemble, cette synthèse met en évidence un **écosystème informationnel marqué par des inégalités d'accès, une forte dépendance aux réseaux informels et une insuffisante structuration des canaux de diffusion**, ce qui limite l'appropriation équitable et durable de l'information sur la SDR/PF par l'ensemble des populations cibles.

## 6.2 Qualité et compréhension de l'information

L'analyse des données met en évidence une **compréhension globalement partielle et inégale de l'information relative à la santé reproductive et au planning familial**, fortement conditionnée par la qualité des messages, leur niveau d'adaptation aux publics cibles et les modalités de diffusion. Si les informations sont disponibles, leur appropriation effective demeure limitée pour une part importante des enquêtés.

Chez les femmes âgées de 35 ans et plus, la compréhension diminue sensiblement lorsque les messages reposent sur un langage médicalisé ou technique. Les participantes soulignent l'importance de supports clairs, pratiques et diffusés en langues locales, qui facilitent l'assimilation des informations et soutiennent une prise de décision plus éclairée en matière de santé reproductive. Des campagnes nationales ont montré leur efficacité lorsqu'elles combinent explications simples + démonstrations : par exemple, la **« Quinzaine de la santé de la reproduction et de la planification familiale » (9<sup>e</sup> édition, 2024)** a mobilisé des sketches et des séances d'information de proximité (centres de santé, marchés, quartiers) pour expliquer l'espacement des naissances et les signes de danger en grossesse ; l'approche a été portée par **le Ministère de la Santé publique avec l'appui des partenaires (UNFPA)**, précisément pour traduire des notions techniques dans un langage courant et renforcer la fréquentation des services. En parallèle, **l'initiative SWEDD/SWEDD+** a déployé des espaces sûrs et des caravanes de communication (ex. **« Stronger Together », 2023-2024**) scénarisant les messages en langues locales, avec supports visuels et témoignages, afin d'améliorer l'adhésion des femmes adultes et des mères de famille dans des provinces comme le Batha, Wadi-Fira, Borkou, Ennedi Est.

Chez les jeunes, la compréhension des messages apparaît étroitement liée à leur degré de contextualisation. Les informations formulées de manière trop technique, abstraite ou déconnectée du vécu quotidien sont difficilement assimilées. Les jeunes expriment un besoin marqué de messages simples, concrets et directement ancrés dans leurs réalités, condition jugée essentielle pour réduire les malentendus et favoriser une appropriation durable des contenus relatifs à la SDR/PF.

Pour les hommes de 35 ans et plus, la compréhension des messages est inégale et fortement influencée par le niveau d'instruction et la familiarité avec le vocabulaire utilisé. Les messages perçus comme trop techniques ou éloignés des références quotidiennes perdent en clarté et en impact, ce qui limite leur capacité à influencer les attitudes et les comportements. Au Tchad, **les radios communautaires (émissions interactives en langues locales, ex. Radio Tob à Koumra)** et **les dialogues communautaires SWEDD avec chefs traditionnels et religieux** se distinguent comme des initiatives marquantes, ayant largement contribué à sensibiliser sur la PF et la SR, à légitimer les messages et à renforcer l'acceptabilité sociale, notamment auprès des hommes adultes.



Les personnes en situation de handicap rencontrent des obstacles spécifiques et marqués à la compréhension de l'information. L'absence de supports adaptés, tels que des messages formulés en langage simplifié, des supports visuels accessibles ou un accompagnement personnalisé — constitue un frein majeur à l'appropriation des informations sur la SDR/PF. Cette situation renforce une exclusion informationnelle déjà présente et limite l'accès effectif aux services. A l'opposé, **les campagnes de sensibilisation comme les caravanes et espaces sûrs SWEDD** peuvent servir d'exemples. Elles ont intégré des **modules SR/PF adaptés aux adolescentes et jeunes femmes handicapées, avec 360 professionnels formés et 520 espaces sécurisés, améliorant l'accessibilité et l'efficacité pédagogique pour les publics vulnérables, tandis que dans l'Est humanitaire (Ouaddaï, Wadi Fira), les espaces sûrs femmes-filles et les séances de proximité, appuyés par des supports visuels et interprétariat, renforcent la compréhension et l'orientation vers les services SR pour tous.**

Du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, la compréhension des messages par les bénéficiaires est souvent jugée partielle. Les prestataires attribuent ces difficultés à la combinaison de barrières linguistiques, de niveaux d'alphabétisation variables et à l'usage fréquent de terminologies médicales complexes, insuffisamment adaptées aux réalités et aux capacités des différents publics. Les **formations ciblées en communication et counseling SR/PF** (Ministère de la Santé + UNFPA), accompagnées de supports visuels en langue locales et guides alignés à la stratégie nationale, et les **fenêtres de service dédiées** durant la « Quinzaine SR/PF » (consultations à horaires étendus, stands pédagogiques) **sont modèles de solutions nécessaires pour renforcer l'accessibilité, la compréhension et la rétention des informations sur la PF,** notamment pour les publics peu familiers avec l'écrit.

Enfin, selon les chefs traditionnels et coutumiers, la compréhension des messages est satisfaisante lorsque ceux-ci sont simples, illustrés, contextualisés et transmis en langues locales. À l'inverse, les messages à forte composante technique ou médicale sont perçus comme difficilement accessibles pour une partie des communautés, ce qui limite leur diffusion et leur efficacité sociale.

Dans l'ensemble, cette synthèse met en évidence que **la qualité et la compréhension de l'information sur la SDR/PF restent insuffisantes,** non pas en raison d'un manque total d'information, mais du **décalage persistant entre les formats, le langage et les canaux utilisés, et les capacités, attentes et réalités des populations cibles.** Cette situation limite l'appropriation des messages et freine leur traduction en comportements éclairés et durables.

### 6.3 Confiance, crédibilité et désinformation

Il ressort des entretiens menés qu'il existe **rapport ambivalent à l'information en matière de santé reproductive et de planning familial,** marqué à la fois par l'existence de sources perçues comme crédibles et par une **fragilité persistante de la confiance,** qui ouvre un espace important à la circulation de rumeurs et de perceptions erronées.

De manière transversale, les **agents de santé** sont largement reconnus comme des sources légitimes et crédibles d'information sur la SDR/PF. Toutefois, cette crédibilité apparaît **conditionnelle** : elle dépend fortement de la qualité de l'accueil, du respect de la confidentialité, de l'absence de jugement moral et de la capacité des prestataires à adopter une posture respectueuse et empathique. Toute expérience négative — qu'il s'agisse de stigmatisation, de



manque de considération ou de rupture de confidentialité — fragilise immédiatement la confiance et peut conduire à un retrait durable vis-à-vis des services et des messages diffusés.

Chez les jeunes, la confiance accordée aux agents de santé est particulièrement sensible à ces dimensions relationnelles. La crainte d'être jugés ou exposés socialement réduit leur disposition à solliciter les services, favorisant un recours accru à des sources informelles d'information, moins fiables mais perçues comme socialement plus sûres. Cette configuration contribue à la circulation de rumeurs et de croyances approximatives, notamment autour des effets des méthodes de planning familial.

Chez les femmes de 35 ans et plus, la crédibilité des agents de santé est clairement reconnue, mais demeure étroitement liée à la qualité de l'interaction. Un accueil respectueux et non jugeant constitue un levier central de confiance, tandis que des attitudes perçues comme autoritaires ou moralisatrices renforcent les hésitations et les stratégies de discrétion.

Pour les hommes de 35 ans et plus, les données révèlent une **hiérarchie marquée des sources de confiance**. Les leaders religieux et traditionnels occupent une place centrale et structurante, leur parole étant profondément ancrée dans les normes sociales et culturelles locales. Les agents de santé sont reconnus comme des sources d'information pertinentes, mais leur crédibilité reste souvent secondaire par rapport à celle des autorités religieuses et coutumières, ce qui influence fortement l'acceptabilité des messages sur la SDR/PF.

Chez les personnes en situation de handicap, les prestataires de santé sont également perçus comme les sources les plus crédibles. Toutefois, la confiance apparaît particulièrement fragile et facilement altérée par des expériences de stigmatisation, d'incompréhension du handicap ou de manque d'adaptation des services. Cette fragilité accentue la méfiance et limite l'appropriation des messages, renforçant l'exposition à une information partielle ou déformée.

Les chefs traditionnels et coutumiers émergent comme des **figures clés de crédibilité sociale**. Leur implication active dans la diffusion des messages renforce significativement la confiance communautaire et contribue à légitimer les interventions en matière de SDR/PF. À l'inverse, leur silence ou leur ambiguïté peut entretenir les doutes, les résistances et les interprétations erronées.

Du point de vue des prestataires de services de SDR/PF, la confiance communautaire repose avant tout sur la **cohérence des messages et la convergence des acteurs**. Lorsque agents de santé, chefs traditionnels et leaders religieux délivrent des messages alignés, contextualisés et adaptés aux réalités locales, la crédibilité de l'information s'en trouve renforcée. À l'inverse, l'absence de coordination ou les discours contradictoires favorisent la désinformation et affaiblissent l'adhésion aux services.

Dans l'ensemble, cette synthèse montre que la **désinformation ne résulte pas uniquement d'un déficit d'information**, mais d'une **confiance instable**, fortement dépendante des relations sociales, des expériences vécues et de la légitimité des acteurs qui portent les messages. La crédibilité de l'information en matière de SDR/PF apparaît ainsi comme un enjeu central, conditionnant directement l'appropriation des messages et les comportements de recours aux services.



## 7 Leviers stratégiques et recommandations opérationnelles SBC

### 7.1 Leviers prioritaires

#### 7.1.1 Niveau individuel

Pour améliorer l'adoption des services de santé sexuelle, reproductive et de planning familial (SR/PF), il est essentiel **de renforcer la compréhension fonctionnelle des concepts liés à la SR/PF**. Les bénéficiaires doivent percevoir ces services comme des droits fondamentaux et non comme des privilèges. Il convient également **d'accroître le sentiment de légitimité individuelle à recourir aux services**, en insistant sur le droit à la santé et à l'information. Enfin, il est crucial de **réduire la peur du jugement, de la stigmatisation et de l'exposition sociale, en garantissant des espaces confidentiels** et un accueil non jugeant.

#### 7.1.2 Niveau Communautaire

À l'échelle communautaire, les interventions doivent viser **à transformer les normes sociales défavorables sans confrontation directe**, mais par des approches participatives et inclusives. **L'implication des figures d'autorité** (chefs traditionnels, leaders religieux) est indispensable pour légitimer les pratiques de SR/PF et réduire la stigmatisation communautaire. Ces leaders peuvent devenir des vecteurs puissants de changement en validant publiquement les bénéfices de la planification familiale et de la santé des femmes.

Un levier complémentaire, encore insuffisamment exploité, réside dans **l'influence des femmes des chefs traditionnels et des leaders communautaires, organisées au sein d'associations locales ou de réseaux informels**. À N'Djamena, au Hadjer-Lamis et au Batha, des regroupements tels que **les associations de femmes de notabilités traditionnelles des arrondissements de N'Djamena, les collectifs de femmes de chefs coutumiers, ou encore des réseaux de femmes leaders coutumières dans le Hadjer-Lamis et le Batha**, jouent un rôle clé de médiation et, grâce à leur pouvoir d'influence « par association », constituent un levier stratégique pour faire évoluer les normes sociales et favoriser la normalisation des services de SR/PF, notamment auprès des femmes et des adolescentes.

#### 7.1.3 Niveau structurel

Au niveau des structures sanitaires, il est nécessaire **d'améliorer l'expérience utilisateur en rendant les services plus accueillants et respectueux**. Cela implique de **réduire les barrières relationnelles et symboliques entre prestataires et bénéficiaires, et de rendre l'offre réellement inclusive**, notamment pour les jeunes, les personnes handicapées et les populations marginalisées.

**L'amélioration de la qualité de l'accueil au sein des structures sanitaires constitue également un levier essentiel pour renforcer le recours aux services de SR/PF**. Dans plusieurs centres, certains sujets sensibles, notamment la planification familiale, sont abordés en groupe, ce qui peut inhiber l'expression des besoins individuels et décourager les bénéficiaires, en particulier les jeunes et les femmes, à poser des questions ou à exprimer leurs préoccupations en toute confiance. Il est donc nécessaire de promouvoir des modalités d'accueil plus confidentielles et personnalisées, fondées sur l'écoute, le respect et la non-stigmatisation, afin de réduire les barrières relationnelles et symboliques entre prestataires et usagers. Une telle approche contribuerait à rendre l'offre de services réellement inclusive et adaptée aux attentes des jeunes, des personnes handicapées et des populations marginalisées.



### 7.1.4 Niveau informationnel

Sur le plan informationnel, il est impératif **d'améliorer la clarté, la cohérence et la crédibilité des messages diffusés**. Les rumeurs et la désinformation doivent être activement combattues par **des messages validés et harmonisés**, diffusés via des **canaux adaptés** (radios communautaires, supports visuels simples, langues locales).

## 7.2 Recommandations opérationnelles et Implication programmatiques

### 7.2.1 Renforcement de la demande de services SR/PF

#### Adaptation des messages SBC aux publics cibles

Développer des modules SBC différenciés selon les groupes cibles (jeunes, femmes, hommes, personnes en situation de handicap), mettant en avant des bénéfices concrets liés à la santé, au bien-être et à l'économie du ménage. Les messages doivent répondre explicitement aux mythes et peurs récurrents et intégrer des témoignages positifs anonymisés afin de renforcer la confiance et l'adhésion.

👉 **Exemple d'initiative** : Le **Réseau Tchadien des Jeunes Ambassadeurs SR/PF** travaille déjà sur l'éducation sexuelle des jeunes et la promotion des droits des femmes et enfants – programmé pour parrainer l'accès à la contraception et à l'éducation SR/PF auprès de milliers de jeunes.

👉 **Rôle potentiel** : Ce réseau peut contribuer à cocréer et diffuser des messages adaptés aux jeunes, et mobiliser des pairs éducateurs formés.

#### Renforcement de l'auto-efficacité et de la prise de décision éclairée

Intégrer systématiquement dans les messages SBC des éléments affirmant les droits individuels fondamentaux, notamment le droit à l'information et à poser des questions sans être jugé. Cette approche vise à restaurer la confiance individuelle, à légitimer le recours volontaire aux services et à renforcer la capacité des individus à prendre des décisions éclairées.

👉 **Acteurs à impliquer** : **ASTBEF (Association Tchadienne pour le Bien-être Familial)**, qui œuvre depuis des années pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les droits en santé reproductive.

👉 **Rôle potentiel** : ASTBEF peut intégrer ces messages droits-orientés dans ses campagnes de sensibilisation et sessions de mobilisation communautaire.

#### Structuration de la sensibilisation communautaire et par les pairs

Mettre en place des cadres réguliers de dialogue communautaire différenciés par public, incluant des cercles féminins sécurisés, des groupes de jeunes animés par des pairs éducateurs et des espaces d'échange masculins centrés sur la responsabilité familiale. La sensibilisation par les pairs doit être structurée à travers des formations minimales, des messages validés et des mécanismes de correction des rumeurs.

👉 **Initiative existante** : Dans plusieurs provinces, **ASTBEF organise des campagnes** de sensibilisation sur la PF (**par ex. campagnes PF à Sarh**), ce qui montre l'existence d'une base logistique pour l'animation SBC.



👉 **Rôle potentiel** : Étendre ces campagnes vers des cadres interactifs avec participation communautaire, en collaborant avec les relais locaux.

## 7.2.2 Amélioration de l'offre de services SR/PF

### Qualité de l'accueil, confidentialité et expérience usager

Améliorer l'expérience utilisateur au sein des structures sanitaires en réduisant les barrières relationnelles et symboliques entre prestataires et bénéficiaires. Il est recommandé de mettre en place des espaces de conseil individualisé garantissant la confidentialité, un accueil non jugeant et des consultations discrètes, notamment pour les jeunes et les femmes, afin de réduire la peur de la stigmatisation.

👉 **Partenaire potentiel** : UNFPA Tchad, qui soutient la formation du personnel de santé et la fourniture d'équipements médicaux pour renforcer la qualité des services de santé reproductive à travers le pays.

👉 **Rôle potentiel** : UNFPA peut appuyer les formations en communication interpersonnelle et confidentialité pour les prestataires, et encourager les structures sanitaires à aménager circuits discrets de prise en charge.

### Accessibilité et différenciation de l'offre de services

Déployer des services différenciés incluant des créneaux spécifiques pour les jeunes, des espaces de confidentialité renforcée et des aménagements minimaux pour l'accessibilité des personnes en situation de handicap. L'intégration d'outils simples d'aide à la décision (supports visuels, fiches en langues locales) est essentielle pour faciliter la compréhension et l'appropriation de l'information.

👉 **Exemple d'action régionale** : Le projet PASFASS2 (Programme DEESSE) vise à améliorer l'accès des femmes et des jeunes aux services de SSR et à promouvoir des soins de qualité dans différentes localités tchadiennes.

👉 **Rôle potentiel** : Les équipes PASFASS2 peuvent être des partenaires pour piloter des modèles d'accès différencié dans les structures sanitaires.

### Renforcement des capacités des prestataires

Former les prestataires à la communication interpersonnelle SBC, à la gestion des peurs et rumeurs, et à l'accueil inclusif des jeunes et des personnes en situation de handicap. Ces compétences sont indispensables pour améliorer la qualité de l'offre et renforcer la confiance des bénéficiaires envers les services.

👉 **Initiative existante** : Dans le cadre du projet WISH2 WACA, plus de 50 points focaux (responsables de services et centres de santé) ont été formés et impliqués dans un dialogue structuré sur les soins SSR.

👉 **Rôle potentiel** : Cette plateforme peut être utilisée pour harmoniser et renforcer les compétences SBC des prestataires au niveau national.



### 7.2.3 Transformation de l'environnement social, normatif et institutionnel

#### Implication stratégique des leaders traditionnels et religieux ainsi que leurs femmes

Associer formellement les chefs traditionnels et leaders religieux à la validation, à la diffusion et à la légitimation des messages SBC, en particulier sur les thématiques sensibles telles que l'espacement des naissances et la santé des femmes. Leur engagement en tant que co-acteurs du changement est un levier clé pour transformer durablement les normes sociales sans confrontation directe.

👉 **Acteurs institutionnels** : Le Conseil Supérieur des Affaires Islamiques (CSAI) et d'autres structures religieuses (Conférence Épiscopale du Tchad (CET)), qui collaborent déjà avec des partenaires comme l'UNFPA et le gouvernement pour renforcer la santé maternelle.

👉 **Rôle potentiel** : Ces leaders peuvent valider et relayer publiquement des messages SBC cohérents avec les normes religieuses et culturelles, réduisant ainsi les résistances sociales.

#### Valorisation des normes et discours favorables à la SR/PF

Valoriser publiquement les discours religieux et coutumiers compatibles avec la SR/PF afin de réduire les résistances culturelles et sociales. Cette approche contribue à créer un environnement normatif favorable à l'acceptation et à l'utilisation des services.

👉 **Potentiel d'acteurs locaux** : Des associations de femmes leaders coutumières et relais communautaires (ex. Femmes Prières mobilisées dans la région de Bol pour la PF), qui ont démontré leur capacité à mobiliser et influencer localement.

👉 **Rôle potentiel** : Impliquer ces collectifs comme porte-parole de pratiques positives en SR/PF dans leurs communautés.

#### Coordination des acteurs et communication multicanale

Renforcer la coordination entre structures de santé, relais communautaires et autorités locales, et co-produire les messages avec les communautés afin d'en garantir la pertinence culturelle. L'harmonisation des discours entre prestataires, chefs traditionnels et leaders religieux est essentielle pour éviter les contradictions. Une communication multicanale coordonnée (radios communautaires, relais locaux, supports visuels simples, discussions communautaires) doit être déployée, avec des séquences régulières de clarification des mythes.

👉 **Engagement politique national** : Le plan national PF2030 du Tchad souligne l'importance de l'accès à l'information et des espaces sûrs pour l'éducation SR/PF.

👉 **Rôle potentiel** : Les plateformes nationales peuvent faciliter l'harmonisation des messages entre acteurs et assurer une visibilité intersectorielle.

### 7.2.4 Orientations programmatiques clés

Les programmes doivent adopter une approche SBC multiniveau, combinant les dimensions individuelle, communautaire, structurelle et informationnelle. Il est nécessaire de passer de



campagnes ponctuelles à des interventions continues, et de positionner les autorités traditionnelles et religieuses comme co-acteurs. L'inclusion (genre, âge, handicap) doit être intégrée comme critère de qualité programmatique.

### 7.2.5 Implications concrètes pour les programmes

Les interventions doivent **financer le renforcement des capacités locales** (prestataires, relais, leaders), **intégrer des indicateurs normatifs et comportementaux** au-delà de la simple fréquentation des services, et **prévoir des dispositifs flexibles** permettant l'adaptation aux résistances sociales, l'ajustement progressif des messages et l'apprentissage itératif.