

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Facteurs Sociaux de l'utilisation des Services de soins Obstétricaux Parmi les Adolescentes Camerounaises

Mburano Jean-Robert Rwenge*¹ and Honoré Blaise Tchamgoue-Nguemaleu²

¹Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun; ²Institut National de la Statistique (INS), Yaoundé, Cameroun

*For correspondence: Email: rwenge_mburano@yahoo.fr

Résumé

L'objectif de cette étude est de rechercher les facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. Les données utilisées sont celles de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Cameroun en 2004. Nos analyses ont porté sur les dernières naissances des cinq dernières années précédant l'enquête : 747 mères âgées de 15-19 ans ont alors été concernées par l'étude. 85,6 % d'adolescentes ont fréquenté les formations sanitaires pendant leurs dernières grossesses, mais seulement 20,6 % d'entre elles ont respecté toutes les normes en vigueur sur les consultations prénatales. De même, 60,4 % d'adolescentes ont eu leurs dernières naissances dans les formations sanitaires. Selon les analyses multivariées de régression logistique réalisées, les barrières socioculturelles traditionnelles, une faible ouverture à la modernité, la pauvreté économique des familles et l'éloignement physique de formations sanitaires sont les principaux facteurs freinant l'utilisation par les adolescentes camerounaises des services modernes de soins pendant la grossesse et/ou l'accouchement. L'identification de ces facteurs devrait permettre aux décideurs camerounais d'améliorer le programme de santé maternelle et infantile concernant les adolescentes (*Afr J Reprod Health 2011; 15[3]:81-92*).

Abstract

Social factors associated with the use of obstetrical health care services among Cameroonian teenagers. The specific objective of this study is to research the social factors of the use of obstetrical health care services among Cameroonian teenagers. We used data from the 2004 Cameroon Demographic and Health Survey (DHS). We focussed in this study the analyses on the last births of the last five years preceding the survey: 747 mothers of 15-19 years old were therefore concerned by the study. 85.6 % of teenagers used modern health services during their last pregnancies but only 20.6 % of them respected all the current standards on antenatal consultations. Also, 60.4 % of them used modern health services during their last deliveries. The traditional socio-cultural barriers, the weak opening to modernity, the economic poverty of families and the physical estrangement of health services were the main negative factors of the use of modern health services during pregnancy and/or delivery by the Cameroonian teenagers. The identification of these social factors should help the Cameroonian deciders improving teenagers' maternal and infantile health programs (*Afr J Reprod Health 2011; 15[3]:81-92*).

Keywords: Health services, Obstetrical care, Social factors, Teenagers, Cameroon, Sub-Saharan Africa

Introduction

Les estimations de la mortalité maternelle faites par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale en 2007 indiquent que 51,5 % de décès maternels ayant eu lieu dans le monde en 2005 concernaient l'Afrique et 45,0 % l'Asie. Il ressort

de la même source que le taux de mortalité maternelle s'est réduit de 19,7 % dans cette dernière région alors qu'elle est restée stable dans la première. Pour le nouveau-né, sur les 4 millions de décès par an, 99% sont enregistrés dans les pays à faible ou à revenu intermédiaire. Au moins 1,16 millions surviennent en Afrique au cours des

28 premiers jours de la vie, 75% en la première semaine, et jusqu' à 50% les premières 24 heures.¹ Les taux de mortalité néonatale varient de 25 à 80 décès pour 1000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest et du Centre.¹ Ces problèmes sont les cibles des quatrième et cinquième Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

80 % de décès maternels observés en Afrique et en Asie sont dus à des complications obstétricales directes dont les plus importantes sont : hémorragies post-partum, infections après accouchement, hypertensions gravidiques (toxémie, éclampsie), travail bloqué ou dystocique et avortements clandestins ou pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.² Concernant les décès néonataux, leurs principales causes sont le faible poids de naissance, les infections, l'asphyxie, la naissance prématurée et les malformations.³ Etant donné qu'une grande partie de ces causes peuvent être prévenues, la persistance d'une mortalité maternelle et néonatale élevée dans ces deux régions est une conséquence d'un faible recours des mères aux soins modernes pendant la grossesse et l'accouchement.²

Au Cameroun, la mortalité maternelle a évolué défavorablement de 430 à 669 décès pour 100 000 naissances en 1998-2004.⁴ La mortalité néonatale est de 42 décès pour 1000 naissances.³ Parmi les dernières naissances vivantes des cinq années précédant l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée dans ce pays en 2004, 83 % ont fait l'objet de consultations prénatales et 59 % se sont déroulées dans une formation sanitaire.⁴ Par ailleurs, selon la même source, dans l'ensemble des femmes ayant effectué une visite prénatale, contrairement à ce que recommande l'OMS, 59,3 % ont fait leurs premières visites après le premier trimestre de la grossesse, 26,9 % ont fait moins de quatre visites et 46,7 % ont reçu moins de deux injections antitétaniques. Une proportion non moins importante de femmes camerounaises ne bénéficie donc pas d'une prise en charge « adéquate » de leur grossesse et ne recourt pas à la prise en charge médicale de leur accouchement. Ces problèmes sont associés aux éléments de leur contexte social (ignorance, croyances et coutumes, pauvreté, faible statut et

inégalités de genre) et à leur contexte sanitaire défavorable.

Dans les pays en développement, le risque de mortalité maternelle est plus élevé parmi les mères adolescentes que parmi les adultes. Il est 2-4 fois plus élevé parmi les adolescentes de moins de 18 ans que parmi les adultes d'au moins 20 ans.⁵⁻⁷ De plus, par rapport aux enfants nés des mères âgées de 20-29 ans, ceux de mères plus jeunes ont plus de risque de mortalité néonatale.^{8,9} Certaines causes directes de ce phénomène comme le retard de croissance intra-utérin, le faible poids de naissance et l'accouchement prématuré sont plus fréquentes parmi ces dernières que parmi les premières.⁹⁻¹² Un des principaux déterminants de ces problèmes est que les mères adolescentes ont plus de risque que les adultes de ne pas utiliser les services de santé maternelle et infantile.¹³⁻¹⁵ L'inexistence des travaux de recherche portant sur les facteurs sociaux explicatifs de ce comportement à risque parmi les adolescentes camerounaises accroît encore plus l'importance de la présente étude.

La revue des études ayant porté sur l'ensemble des femmes en âge de procréer met en évidence deux types de facteurs explicatifs : les facteurs relatifs à la demande de soins et ceux relatifs à l'offre. Dans le premier ensemble, on retrouve les facteurs culturels et économiques. Selon l'approche culturelle, la fréquentation des services de santé dépend des institutions sociales telles que les coutumes, les réseaux de solidarité, les perceptions ou représentations symboliques de la grossesse et de l'accouchement, et du degré d'ouverture à la modernité.¹³ L'approche économique, quant à elle, met la fréquentation des services de santé en relation avec les conditions économiques dans lesquelles vivent les femmes.^{13,16} Dans le second ensemble, on retrouve l'accessibilité des soins (en termes de disponibilité, de temps ou de coût), la qualification du personnel sanitaire, les moyens techniques disponibles, l'accueil des clientes, le temps d'attente, etc.¹⁶⁻²⁰

L'objectif spécifique de cette étude est d'identifier, en s'orientant vers la première approche, les facteurs explicatifs de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement parmi les adolescentes

camerounaises. Dans ce qui suit sont présentés l'approche théorique, la méthodologie, les résultats et leur discussion.

Approche théorique

Les travaux sur le recours aux soins obstétricaux parmi les adolescentes sont rares dans le contexte africain. Pour cela, on ne retrouve pas dans la littérature africaine les différentes approches sociales explicatives de ce comportement et spécifiques à ce groupe social. Dans l'ensemble des femmes, deux types d'approches ont été identifiées : l'approche biomédicale et l'approche sociale. La première est essentiellement centrée sur l'offre de soins. La deuxième met en relation l'utilisation des services de santé avec les caractéristiques socio-démographiques. Si l'on en croit notamment Zoungrana²¹, l'approche intégrée offre-demande devraient être privilégiée dans les études explicatives de l'utilisation des services obstétricaux. En d'autres termes, les logiques devraient être recherchées dans une perspective systémique. Dans l'ensemble des modèles orientés vers cette perspective, celui de Beninguisse¹³ a particulièrement attiré notre attention. En effet, ce modèle est adapté à une analyse socio-démographique des déterminants de l'utilisation des services obstétricaux dans le contexte camerounais. Il distingue au niveau de la demande de soins les caractéristiques de la femme de celles du ménage et prend en compte au niveau de l'offre un facteur important dans les pays africains : l'accessibilité des services obstétricaux.

Au premier niveau, on retrouve les facteurs agissant comme des prédispositions psychologiques et ceux qui facilitent ou limitent le recours aux soins obstétricaux. Les antécédents médicaux et obstétricaux de la femme font partie de la première catégorie des facteurs alors que ses caractéristiques d'identification sociale font partie de la deuxième. Ces dernières renseignent sur l'influence des socialisations traditionnelle et urbaine, de l'ouverture à la modernité et des conditions économiques de vie. Certaines valeurs traditionnelles relatives à la gestation et à la parturition intériorisées par les adolescentes pendant leur enfance sont notamment défavorables à leur fréquentation des services

modernes de soins. En effet, dans diverses traditions africaines, la maternité est considérée comme une fonction naturelle de la femme.¹³ Toute complication de la grossesse ou d'accouchement est suspecte de transgression d'interdits ou de non-observance des prescriptions.¹³ Par conséquent, la grossesse et l'accouchement n'y sont pas perçus comme des problèmes de santé. Ce qui peut se traduire par une faible fréquentation des formations sanitaires. En revanche, l'ouverture des adolescentes à la modernité améliore leur perception de la grossesse et de l'accouchement. Elle leur permet notamment de prendre conscience des risques de maladies qui leur sont associés. Ce qui peut se traduire par l'adoption des comportements nouveaux dits modernes et l'abandon des comportements traditionnels. Au niveau individuel, l'utilisation des services modernes de soins dépend aussi de la capacité économique des adolescentes à se prendre en charge. En effet, l'assistance médicale peut être rejetée lorsqu'elles ne disposent pas des moyens financiers nécessaires pour y accéder.

Certaines caractéristiques du ménage, notamment sa structure, sa direction, le lien de parenté avec son chef et son niveau de vie peuvent aussi être des facteurs facilitants ou limitants. En effet, l'entourage familial a un rôle très important dans le processus d'enfantement. Il apporte aux adolescentes le support social dont elles ont besoin pour faire face aux difficultés d'ordre psychologique et matériel.

Selon Green et al., cité par Beninguisse¹³, les facteurs de l'offre de soins sont des « enables factors ». D'après la théorie économique des marchés, l'offre crée sa propre demande. Dans le domaine de la santé, cette offre devrait être facilement accessible (en termes de distance, de temps et de coût) et répondre aux besoins de santé des individus pour que ces derniers l'acceptent continuellement.

En définitive, l'utilisation des services obstétricaux par les adolescentes est considérée ici comme une fonction de leurs perceptions, croyances et connaissances dans le domaine de l'obstétrique, de leurs ressources financières et de l'accessibilité des formations sanitaires.

Méthodologie

Données

Les données utilisées sont celles de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Cameroun au niveau national en 2004. C'est une enquête stratifiée en trois grandes catégories : la strate « Yaoundé/Douala », la strate « petites villes » et la strate « rurale ». L'échantillon a été tiré à deux degrés. Au premier degré les zones de dénombrement (ZD) ont été tirées avec des probabilités proportionnelles au nombre de ménages recensés dans les zones. Au second degré les ménages ont été tirés à partir des listes établies à la suite d'un dénombrement exhaustif dans chaque ZD. Des coefficients de pondération ont été prévus pour assurer l'auto-pondération de l'échantillon au sein de chaque strate.

Etant donné que les analyses sont faites ici par rapport aux dernières naissances des cinq années précédant l'enquête, 747 mères âgées de 15-19 ans sont concernées par l'étude.

L'EDS réalisée au Cameroun en 2004 dispose des informations sur la personne consultée durant la grossesse, la possession d'un carnet de consultations prénatales, la durée de la grossesse à la première consultation, le nombre de visites prénatales, le vaccin antitétanique durant la grossesse, le lieu d'accouchement et l'assistance à l'accouchement. Les données EDSC (2004) permettent donc d'étudier parmi les adolescentes l'utilisation des services de soins pendant la grossesse et leur utilisation pendant l'accouchement. Elles permettent aussi de rechercher leurs déterminants sociaux puisqu'on y retrouve les informations sur les caractéristiques sociales, économiques et démographiques des enquêtées et sur celles des ménages dans lesquels elles habitent. La principale limite de ces données est qu'elles ne permettent pas d'identifier les déterminants de ces comportements au niveau structurel (c'est-à-dire de l'offre de soins) et de connaître les raisons des choix de tel ou tel type de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. En nous référant donc au support empirique utilisé, c'est l'approche « demande de soins » qui sera testée dans cette étude.

Variables dépendantes

Trois variables dépendantes ont été utilisées dans les analyses, à savoir l'utilisation des services de soins pendant la grossesse, le respect des normes relatives aux consultations prénatales et l'utilisation des services de soins pendant l'accouchement. L'utilisation des services de soins pendant la grossesse permet au personnel médical de suivre le déroulement de celle-ci et, partant, de prévenir les complications obstétricales qui pourront entraîner soit le décès de l'adolescente pendant l'accouchement ou quelques jours après (mortalité maternelle) soit le décès du bébé (mortalité néonatale).^{8, 22, 23} Deux variables ont été utilisées pour appréhender l'utilisation des services modernes de soins pendant la grossesse : le recours à une prise en charge médicale dite « moderne » (c'est-à-dire que la grossesse a été suivie dans une formation sanitaire) et le respect des recommandations en vigueur au Cameroun au sujet de la prévention des grossesses. Selon ces dernières, la femme enceinte doit effectuer sa première visite prénatale dans le premier trimestre de la grossesse, effectuer au moins quatre visites prénatales et recevoir au moins deux injections antitétaniques. Chacune des trois recommandations correspond à une variable binaire prenant la valeur 1 si elle a été respectée et 0 si non. En additionnant les 3 variables, nous avons obtenu un indicateur rendant compte du degré de respect de ces recommandations par les adolescentes ayant effectué au moins une visite prénatale. Cet indicateur a été ensuite dichotomisé pour distinguer les adolescentes ayant respecté les trois recommandations des autres.

L'utilisation des services modernes de soins pendant l'accouchement permet quant à elle au personnel médical de surveiller le déroulement de celui-ci et, partant, de pratiquer à temps des interventions obstétricales, forceps et césariennes.^{5, 19, 24} Cette variable est appréhendée par le lieu de la prise en charge de l'accouchement. Ce dernier prend la valeur 1 lorsque l'accouchement a eu lieu dans une formation sanitaire et 0 si non.

Variables indépendantes

En rapport avec l'approche théorique, dans l'ensemble des variables indépendantes, nous avons distingué les caractéristiques individuelles

d'identification sociale de caractéristiques des ménages.

On retrouve dans le premier cas les caractéristiques socioculturelles et les caractéristiques économiques. L'ethnie et la religion permettent notamment de caractériser le milieu socioculturel traditionnel des adolescentes. Ce dernier leur véhicule des coutumes et ceci se répercute négativement sur leurs perceptions de l'état de santé, de prestataires des soins modernes et de l'efficacité de ces derniers.^{13, 24} En revanche, l'exposition à la ville, l'instruction, l'exposition à la télévision et la communication avec les pairs sur la santé reproductive permettent de caractériser leur milieu socioculturel moderne. Ce dernier favorise notamment le contact des adolescentes aux idées modernes en matière de soins et, partant, leur conscientisation aux normes biomédicales de l'obstétrique. L'exposition à la ville et un niveau élevé d'instruction ont été positivement associés à la fréquentation des services modernes de soins pendant la grossesse et l'accouchement dans les études réalisées en Afrique sur l'ensemble des femmes^{13, 21} et dans celles réalisées dans d'autres contextes sur les adolescentes.^{23, 25, 26} L'influence de la communication avec les pairs et de celle du degré d'exposition à la télévision et/ou à d'autres médias sur les trois variables dépendantes n'ont pas été explorées dans les études antérieures mais nous présumons que les deux variables indépendantes sont aussi positivement associées à chacune des variables dépendantes.

Dans l'ensemble des caractéristiques économiques, l'activité économique de l'adolescente a été considérée. En effet, l'exercice par celle-ci d'une activité rémunérée dans les secteurs informel ou formel de l'économie détermine dans une certaine mesure son indépendance financière. Les adolescentes ayant un faible statut économique ont plus de risque que d'autres de ne pas utiliser les services modernes de soins pendant la grossesse et l'accouchement et de commencer tardivement les visites prénatales.^{14, 23, 25}

Une autre caractéristique individuelle considérée est la perception par l'adolescente de la distance entre son domicile et la formation sanitaire la plus proche. En effet, dans un milieu, où l'offre de soins est faible, les distances parfois

très grandes entre les populations et les formations sanitaires rendent difficiles la fréquentation de celles-ci par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement.^{19, 27}

En ce qui concerne les caractéristiques des ménages, les caractéristiques socioculturelles ont aussi été distinguées de caractéristiques économiques. On retrouve dans le premier ensemble les variables relatives à la structure familiale notamment la relation de parenté avec le chef de ménage (CM), le sexe du CM, la taille du ménage et la communication avec la mère sur la santé reproductive. On retrouve dans le second une seule variable notamment le niveau de vie du ménage. Ces variables rendent compte de l'importance du soutien familial (psychosocial ou matériel) dans l'utilisation des services modernes de soins par les adolescentes.^{23, 28-30} L'appartenance à un ménage étendu ou de grande taille peut notamment permettre à la femme de bénéficier d'un soutien moral important et d'être mieux informée dans le domaine de la santé et, partant, d'utiliser le mieux possible les services modernes de soins pendant la grossesse et l'accouchement.¹³ Toutefois, la présence dans ce type de ménage des femmes appartenant aux générations plus âgées peut aussi être une occasion pour l'adolescente de bénéficier des soins traditionnels et, partant, de sous-estimer les soins modernes.^{23, 28} Par ailleurs, dans ce type de ménage, dans les conditions économiques difficiles, le chef de ménage peut privilégier sa fille par rapport aux autres concernant l'accès aux soins.¹³ Les travaux sanitaires étant généralement effectués par les femmes dans le contexte africain, la direction féminine d'un ménage peut améliorer les comportements sanitaires des filles et, ce, surtout lorsque la mère communique facilement avec ses enfants.³⁰ Enfin, dans un contexte de crise économique, il est important d'examiner l'influence du niveau de vie de ménages sur la demande des services de soins obstétricaux d'autant plus que la mobilisation des ressources pour la santé au sein des ménages est associée aux comportements en matière de santé.^{13, 23}

Techniques d'analyse statistique

Les techniques descriptives ont été utilisées pour caractériser les adolescentes de l'échantillon et analyser, à partir des fréquences (en %) et de la statistique de chi-deux, l'association entre

chacune des variables indépendantes et les trois indicateurs des variables dépendantes. Pour évaluer l'impact net de chacune des variables indépendantes sur l'utilisation des services obstétricaux parmi les adolescentes, après contrôle des autres caractéristiques, nous avons recouru au modèle multivarié de régression logistique. Ce choix a été dicté par le fait que chaque indicateur de la variable dépendante est dichotomique ou dichotomisé.

Par exemple, si P est la probabilité d'utiliser les services de soins pendant la grossesse, le modèle multivarié de régression logistique est donné par la formule mathématique suivante :

$$\text{Logit}(P) = \text{Log}(P/1-P) = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + \dots + B_kX_k + E \text{ où}$$

- X_j indique chacune des k variables indépendantes;
- B_j ou coefficient de régression, indique l'effet net de la variable indépendante j sur la probabilité de l'événement considéré;
- E représente l'erreur de prédiction.

La statistique utilisée pour rendre compte de la grandeur de l'impact net de chacune des variables indépendantes est « l'Odd Ratio » (OR) ajusté. Il est obtenu par l'exponentiel des coefficients B_j . Les analyses des données ont été faites à l'aide du logiciel STATA.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques individuelles

On retrouve dans l'ensemble des adolescentes étudiées, 23,1 % de Bèti, Bafia et Yambassa, 18,4 % de Peuhls, 12,3 % de Maka, 11,2 % de Bamiléké, 8,8 % de Ngemba et d'autres ethnies du Nord-Ouest et 7,1 % de Guidar, Fali, Maffa et Massa ; les N'goue et d'autres ethnies du Sud-Ouest (5,7 %), Bamoun (5,3 %), Douala, Banen, Bassa et Bakoko (5,0 %) et Pygmées (3,1 %) sont moins représentées dans l'échantillon (Tableau 1). La plupart des adolescentes étudiées sont catholiques (33,5 %), protestantes (35,1 %) et musulmanes (23,2 %). 9,1 % de ces adolescentes ont été enquêtées dans les grandes villes, 29,6 % dans les petites villes et 61,3 % en milieu rural.

Les adolescentes de niveau primaire d'instruction (46,4 %) sont plus représentées dans l'échantillon que celles de niveau secondaire ou

supérieur d'instruction (30,8 %). De même, on retrouve parmi les adolescentes étudiées une proportion importante de celles sans niveau d'instruction (22,8 %). Environ 5 adolescentes de l'échantillon sur 10 sont inactives. Les agricultrices représentent 66 % de celles qui sont actives et les ouvrières 34 %. 59,0 % d'adolescentes n'ont pas du tout été exposées à la télévision, 12,5 % en étaient exposées moins d'une fois par semaine, 9,1 % au moins une fois par semaine et 19,4 % tous les jours de la semaine. Enfin, seulement 16,2 % d'adolescentes discutent avec les pairs sur la santé de la reproduction.

Caractéristiques des ménages

La plupart des ménages dans lesquels appartiennent les adolescentes étudiées sont dirigées par les hommes (80,5 %) (Tableau 2). Dans ces ménages, elles sont pour la plupart épouses du chef de ménage (43,4 %) ou filles de celui-ci (26,9 %). Celles qui sont filles apparentées du CM (10,7 %) ou ont d'autres relations de parenté avec lui (15,9 %) sont faiblement représentées dans l'échantillon. 17,9 % d'adolescentes appartiennent aux ménages de faible taille (2-3 individus), 25,9 % à ceux de taille moyenne (4-5 individus) et 56,2 % à ceux de taille élevée (au moins 6 individus). Enfin, presque la totalité d'adolescentes ne communiquent pas avec leurs mères sur la santé de la reproduction (98,1 %).

Analyses bivariées et multivariées

La plupart d'adolescentes camerounaises (85,6 %) ont effectué leurs consultations prénatales dans les formations sanitaires mais seulement 20,6 % ont respecté les trois règles relatives à la prévention des grossesses (Tableau 3). Dans l'ensemble des naissances considérées, 60,4 % d'adolescentes les ont eues dans les formations sanitaires. Les trois proportions sont plus faibles chez les adolescentes plus jeunes que chez les plus âgées. En effet, parmi les adolescentes âgées de 16 ans, la proportion de celles ayant effectué les consultations prénatales dans les formations sanitaires est de 76 % alors qu'elle vaut 84-88 % parmi celles âgées de 17 - 19 ans (résultats non

Tableau 1: Répartition des adolescentes camerounaises enquêtées selon leurs caractéristiques individuelles (EDS, 2004)

Caractéristiques individuelles	N	%
Ethnie		
Bamiléké	80	11,2
Bamoun	38	5,3
Douala/Banen/Bassa/Bakoko	35	5,0
Béti/Bafia/Yambassa	165	23,1
Ngoe et autres du SO	41	5,7
Ngemba et autres du NO	63	8,8
Peuhls	131	18,4
Guidar/Fali/Maffa/Massa	51	7,1
Maka	88	12,3
Pygmées	22	3,1
Religion		
Catholique	250	33,5
Protestante	262	35,1
Musulmane	173	23,2
Autres	61	8,2
Milieu de résidence		
Grandes villes	68	9,1
Petites villes	221	29,6
Rural	458	61,3
Niveau d'instruction		
Sans niveau	170	22,8
Primaire	347	46,4
Secondaire ou supérieur	230	30,8
Occupation principale		
Inactive	342	46,1
Agricultrice	266	35,8
Ouvrière	134	18,1
Exposition à la télévision		
Pas du tout	441	59,0
Moins d'une fois par semaine	93	12,5
Au moins une fois par semaine	68	9,1
Tous les jours	145	19,4
Communique avec les pairs sur la SR		
Oui	121	16,2
Non	625	83,8
Ensemble	747	100

présentés). De même, parmi les adolescentes âgées de 15 ans, seulement 5 % ont respecté les règles y relatives contre 17-22 % parmi celles de 16-19 ans (résultats non présentés). Enfin, la proportion d'adolescentes ayant effectué leurs derniers accouchements dans les formations sanitaires est plus faible dans le groupe des 16-18 ans (52-59 %) que dans celui des 19 ans (66 %) (résultats non présentés).

Tableau 2: Répartition des adolescentes camerounaises enquêtées selon les caractéristiques des ménages (EDS, 2004)

Caractéristiques des ménages	N	%
Sexe du CM		
Masculin	601	80,5
Féminin	146	19,5
Lien de parenté avec le CM		
Chef de ménage (CM)	23	3,1
Epouse	324	43,4
Fille	201	26,9
Fille apparentée	80	10,7
Autres relations	119	15,9
Taille du ménage		
2-3	133	17,9
4-5	193	25,9
6-7	124	16,6
8-9	126	16,9
10+	169	22,7
Communique avec la mère sur la SR		
Oui	14	1,9
Non	732	98,1
Niveau de vie du ménage		
Très pauvre	160	21,4
Pauvre	192	25,7
Moyen	167	22,4
Riche	143	19,1
Très riche	85	11,4
Ensemble	747	100

Les comportements obstétricaux des adolescentes camerounaises varient aussi selon d'autres caractéristiques (Tableaux 3 et 4). Toutes choses égales par ailleurs, dans l'ensemble des caractéristiques individuelles, les facteurs limitant la prise en charge médicale de la grossesse parmi ces adolescentes sont le fait d'être sans niveau d'instruction, celui d'être célibataire, en union libre, divorcée ou veuve et la distance entre le domicile et la formation sanitaire la plus proche (Tableau 3). En revanche, les facteurs facilitant ce comportement sont l'appartenance aux ethnies Bamiléké, Douala-Banen, Bassa-Bakoko, Béti et Bafia-Yambassa, la résidence en milieu urbain, un niveau élevé d'instruction et un niveau élevé d'exposition à la télévision (Tableau 3). Dans l'ensemble des autres caractéristiques, la direction féminine d'un ménage et l'appartenance à un ménage très riche sont inclus dans le premier

Tableau 3: Proportion d'adolescentes camerounaises dont les consultations prénatales ont eu lieu dans les formations sanitaires (p_1), proportion de celles ayant respecté les normes y relatives (p_2), proportion de celles ayant accouché dans les formations sanitaires (p_3) et les OR ajustés (c'est-à-dire issus des modèles multivariés globaux de régression logistique), selon les caractéristiques individuelles (EDS, 2004)

Caractéristiques individuelles	Consultations prénatales dans les formations sanitaires			Respect des normes			Accouchement dans les formations sanitaires		
	N	p_1	OR ajusté	N	p_2	OR ajusté	N	p_3	OR ajusté
Total	611	85,6	-	514	20,6	-	747	60,4	-
Ethnie		***			***			***	
Bamiléké	69	98,6	14,1**	67	34,3	3,9**	80	95,0	12,0***
Bamoum	28	92,9	1,4	26	19,2	3,2*	38	89,5	12,7***
Douala/banen/bassa/bakoko	32	96,9	10,8**	32	37,5	6,2**	35	91,4	6,2**
Beti/bafia/yambassa	145	93,1	4,2**	135	22,2	2,2	165	63,6	1,0
Ngoe et autres du so	31	83,9	0,7	26	3,9	0,4	41	46,3	1,3
Ngemba et autres du no	54	94,4	2,7	50	14,0	1,4	63	87,3	8,7***
Peuhls	101	74,3	1,0	70	10,0	1,0	131	36,6	1,0
Guidar/fali/maffa/massa	39	66,7	0,7	26	34,6	6,2***	51	39,2	2,4**
Maka	67	80,6	0,6	53	15,1	2,2	88	34,1	0,7
Pygmées	20	70,0	1,0	12	8,3	1,2	22	77,3	7,6
Religion		***						*	
Catholique	206	89,3	1,0	183	24,0	1,0	250	66,4	1,0
Protestant	224	90,2	1,1	201	18,4	1,0	262	59,5	0,7
Musulmane	129	76,0	0,6	92	17,4	1,3	173	55,5	1,0
Autres	51	74,5	0,7	37	24,3	1,4	61	52,5	0,7
Milieu de résidence		***			***			***	
Grandes villes	60	93,3	0,5	55	38,2	0,9	68	92,7	1,2
Petites villes	186	95,2	4,8***	173	22,5	0,7	221	80,1	1,2
Rural	365	79,5	1,0	286	16,1	1,0	458	46,1	1,0
Niveau d'instruction		***			***			***	
Sans niveau	156	64,1	0,4***	77	16,9	1,1	170	31,2	0,5***
Primaire	264	87,5	1,0	246	19,5	1,0	347	60,5	1,0
Secondaire	184	96,7	4,0**	191	23,6	0,9	230	81,7	1,6***
Occupation principale		***			***			***	
Inactive	290	89,0	1,0	253	22,5	1,0	342	72,8	1,0
Agricultrice	201	78,1	1,5	156	12,2	0,5	266	37,2	0,5***
Ouvrière	115	89,6	1,4	100	27,0	1,4	134	73,1	1,0
Etat matrimonial		***			**			***	
Célibataire	133	91,7	0,3*	121	18,2	1,3	133	69,9	0,6
Union libre	158	89,9	0,2***	142	26,8	1,4	158	74,7	0,8
Mariée	285	81,1	1,0	224	16,5	1,0	285	52,3	1,0
Divorcée/veuve	35	80,0	0,2**	27	33,3	1,6	35	65,7	0,5
Exposition a la télévision		***			***			***	
Pas du tout	355	78,9	1,0	275	14,6	1,0	441	46,7	1,0
Moins d'une fois par semaine	71	91,6	1,8	65	27,7	2,1**	93	71,0	2,2**
Au moins une fois par semaine	55	98,2	10,7**	53	9,4	0,5	68	72,1	1,6
Tous les jours	130	95,4	3,0*	121	35,5	2,2**	145	90,0	2,9***
Communique avec les pairs sur la SR					**			***	
Non	512	85,0	1,0	424	18,9	1,0	625	57,8	1,0
Oui	98	88,8	0,8	89	29,2	1,5	121	74,4	1,2
Perception de la distance		***			*			***	
Pose un problème	279	79,6	0,6**	220	16,8	0,8	345	50,0	0,7
Ne pose pas de problème	332	90,7	1,0	294	23,5	1,0	402	69,7	1,0

Notes: *** $p \leq 0,01$ ** $p \leq 0,05$ * $p \leq 0,10$

Tableau 4: Proportion des adolescentes camerounaises dont les consultations prénatales ont eu lieu dans les formations sanitaires (p_1), proportion de celles ayant respecté les normes y relatives (p_2), proportion de celles ayant accouché dans les formations sanitaires (p_3) et les OR ajustés (c'est-à-dire issus des modèles multivariés globaux de régression logistique), selon les caractéristiques des ménages (EDS, 2004)

Caractéristiques des ménages	Consultations prénatales dans les formations sanitaires			Respect des normes			Accouchement dans les formations sanitaires		
	N	p_1	OR ajusté	N	p_2	OR ajusté	N	p_3	OR ajusté
Total	611	85,6	-	514	20,6	-	747	60,4	-
Sexe du CM								***	
Masculin	482	85,1	1,0	399	19,8	1,0	601	57,1	1,0
Féminin	129	87,6	0,4*	115	23,5	0,9	146	74,0	1,0
		**						***	
Lien de parenté avec le CM									
CM	20	85,0	0,9	17	17,7	0,2	23	73,9	2,0
Epouse	242	79,8	1,0	185	21,1	1,0	324	50,0	1,0
Fille	178	91,0	2,6*	157	19,1	0,6	201	72,1	2,0**
Fille apparentée	70	88,6	2,4	63	22,2	1,1	80	65,0	1,9
Autres relations	101	88,1	1,1	92	21,7	0,9	119	63,0	1,0
Taille du ménage									
2-3	118	83,1	1,4	93	23,7	1,0	133	57,1	1,5
4-5	141	83,7	1,0	116	24,1	1,0	193	54,9	1,0
6-7	101	84,2	0,7	85	21,2	0,6	124	64,5	1,6
8-9	110	89,1	0,8	98	16,3	0,4**	126	63,5	1,1
10+	139	87,8	0,7	120	17,5	0,5*	169	63,3	0,9
Communication avec la mère sur la SR									
Oui	12	91,7	0,4	11	36,4	1,5	14	78,6	1,6
Non	598	85,5	1,0	502	20,3	1,0	732	60,1	1,0
		***			***			***	
Niveau de vie du ménage									
Très pauvre	120	73,3	1,2	87	16,1	2,2	160	30,6	0,8
Pauvre	158	79,8	1,0	124	9,7	1,0	192	47,9	1,0
Moyen	144	88,9	1,2	126	20,6	2,2**	167	65,3	1,3
Riche	115	97,4	1,6	109	30,3	3,1**	143	83,9	2,2**
Très riche	74	93,2	0,3**	68	30,9	2,1	85	95,3	5,6**

Notes: *Idem* Tableau 3.

groupe des facteurs alors le fait d'être fille du CM est inclus dans le second (Tableau 4).

Dans le cas du respect des normes en vigueur sur les consultations prénatales, l'appartenance aux ethnies Bamiléké, Douala-Banen et Bassa-Bakoko est un facteur facilitant. Il en est de même de l'appartenance aux ethnies Bamoun, Guidar-Fali et Maffa-Massa et de l'exposition à la télévision (Tableau 3). L'appartenance à un ménage de niveau de vie moyen ou à un ménage riche est le seul facteur facilitant parmi les caractéristiques des ménages (Tableau 4). En revanche, l'appartenance à un ménage de très grande taille est un facteur limitant (Tableau 4).

Les différences ethniques persistent au niveau de l'utilisation des services de soins pendant l'accouchement. Les adolescentes des ethnies Ngemba et d'autres du nord-ouest sont ici plus

enclines que celles du groupe de référence à adopter ce comportement (tableau 3).

Un niveau élevé d'instruction et un niveau élevé d'exposition à la télévision sont aussi des facteurs facilitant ce comportement (Tableau 3). Il en est de même du fait d'être fille du CM et de l'appartenance à un ménage riche (Tableau 4). En revanche, un faible niveau d'instruction et l'exercice d'une activité dans le secteur traditionnel de l'économie sont des facteurs limitants (Tableau 3).

Discussion

L'objectif de cette recherche était d'identifier les facteurs sociaux explicatifs des comportements obstétricaux des adolescentes camerounaises.

Les résultats obtenus ont révélé que la plupart d'entre elles recourent à la prise en charge médicale de leurs grossesses mais peu respectent les normes en vigueur. Ces résultats ont aussi révélé qu'une proportion importante d'entre elles n'accouche pas dans les formations sanitaires. Ces éléments devraient être suffisamment pris en compte dans les programmes camerounais de santé maternelle et infantile.

Les analyses multivariées effectuées ont révélé que l'ethnie influence les deux premières variables dépendantes. En effet, contrairement aux adolescentes appartenant aux ethnies du Centre-Sud, du Littoral et de l'Ouest, celles d'autres groupes ethniques ont été les moins enclines à la fréquentation des formations sanitaires pour les consultations prénatales. On a observé la même chose dans le cas du respect des normes en vigueur mais ici les ethnies Bamoun et Guidar/Fali/Maffa/Massa se sont démarquées des autres par des chances plus élevées de complianc aux critères normatifs en vigueur. Ces résultats accèdent la thèse selon laquelle les barrières culturelles traditionnelles font qu'une proportion importante d'adolescentes camerounaises a une perception plutôt négative des services modernes de soins prénatals. L'on devrait toutefois prendre aussi en compte les variables sociales dans l'explication des différences ethniques observées comme, par exemple, les structures et solidarités familiales, le statut social de la jeune fille et les inégalités de genre. Ce qui témoigne de l'importance des recherches qualitatives qui, notamment, amélioreraient notre compréhension de ces différences et nous permettraient de mieux cibler les attentes des adolescentes dans le domaine de l'obstétrique.

Excepté le degré d'exposition à la télévision, qui a influencé toutes les trois variables dépendantes, les autres indicateurs de l'ouverture des adolescentes aux idées modernes n'ont influencé que la fréquentation de formations sanitaires pour les consultations prénatals et leur fréquentation pour l'accouchement. Les adolescentes citadines, de niveau élevé d'instruction et suffisamment exposées à la télévision sont relativement favorisées dans le cas de la prise en charge médicale de la grossesse. En effet, le degré d'adhésion à la modernité, via les infrastructures urbaines, l'instruction et l'exposition aux messages sur la santé diffusés à la télévision, améliorent significativement les

connaissances des adolescentes en matière de santé et, partant, leur utilisation des services modernes de soins prénatals. Etant donné que c'est via la télévision que les Médecins et infirmiers (infirmières) du Ministère de la Santé informent et sensibilisent à grande échelle la communauté camerounaise sur les normes concernant les soins prénatals, les adolescentes les plus exposées à ce média sont plus conscientes que d'autres de l'importance du respect des normes en vigueur alors que leur exposition à la ville et leur niveau d'instruction ne jouent pas dans ce cas. Ces résultats confortent, dans une certaine mesure, ceux de Wiemann et al.²⁵, Erci²⁶, Haque²³ et la thèse socioculturelle de Caldwell et al.³¹, développée dans « Health Transition Review », selon laquelle la modernisation culturelle est un déterminant de la transition de la santé. L'hypothèse selon laquelle la communication avec les pairs permet aux adolescentes d'améliorer leur information sur la santé et, partant, leurs attitudes et comportements dans ce domaine n'est pas confirmée par les résultats des analyses effectuées.

Le niveau de vie est la seule caractéristique du ménage qui a significativement influencé la fréquentation de formations sanitaires pour les consultations prénatals et le respect des normes y relatives. Le fait que l'appartenance à un ménage très riche a été négativement associée à la prise en charge médicale de la grossesse parmi les adolescentes contredit les résultats issus de Beninguisse¹³ et Haque²³. Cette relation peut être expliquée par le fait que dans ce type de ménage le soutien parental vis-à-vis des enfants est élevé : les parents préfèrent notamment que leurs filles enceintes soient consultées à la maison par les médecins de famille pour éviter les attitudes parfois négatives des voisins. En revanche, comme Beninguisse¹³ le montre, l'appartenance aux ménages riches est positivement associée au respect des normes sur les soins prénatals. Ceci signifie que lorsque l'adolescente appartient à un ménage disposant suffisamment des moyens financiers nécessaires à la satisfaction de ses besoins en santé, elle est très favorable au respect de celles-ci. L'hypothèse selon laquelle la direction féminine d'un ménage est positivement associée aux comportements étudiés est infirmée par notre étude sur les adolescentes camerounaises. En revanche, celle selon laquelle le chef de ménage privilégie sa fille dans le cas

des soins prénatals est confirmée. Une taille élevée du ménage est plutôt, comme Haque²³ a observé, négativement associée à la deuxième variable dépendante. En effet, dans les ménages de grande taille, le soutien parental est généralement faible et de plus, si l'on en croît notamment Haque²³, les décisions sur l'utilisation des services modernes de soins n'y sont pas généralement prises par les individus.

Les résultats concernant l'état matrimonial traduisent l'importance du soutien des partenaires des adolescentes dans l'utilisation par ces dernières des services de soins prénatals comme Moss et Hensleigh²⁹ ont observé aux USA. Dans le contexte camerounais, ils traduisent aussi celle des sanctions sociales infligées aux adolescentes célibataires enceintes. Ces dernières et leurs partenaires devraient pour cela être sensibilisés sur ces questions.

Dans le cas de la prise en charge médicale de l'accouchement, les différences ethniques sont plus fortes que celles observées ci-dessus. Ce résultat démontre une fois de plus la pertinence des recherches qualitatives sur les modèles culturels traditionnels et sociaux des soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. Comme un niveau élevé d'instruction et un niveau élevé d'exposition à la télévision ont aussi ici positivement influencé cette variable dépendante, l'amélioration des connaissances des adolescentes dans le domaine de la santé via leur ouverture aux idées modernes s'accompagne aussi de leur forte utilisation des services modernes de soins pendant l'accouchement. Ces résultats confortent aussi la thèse de Caldwell et al.³¹.

Si l'on en croît notamment Wiemann et al.²⁵, Isaranurug¹⁴ et Haque²³, la relation négative observée, toutes choses par ailleurs, entre l'exercice de l'activité agricole et la prise en charge médicale de l'accouchement s'explique par la faiblesse de l'indépendance financière des adolescentes exerçant ce type d'activité. L'hypothèse selon laquelle le chef de ménage privilégie l'accès aux soins parmi ses filles est aussi confirmée dans le cas de l'accouchement. Enfin, les résultats relatifs au niveau de vie témoignent comme ci-dessus de l'influence négative de la pauvreté économique sur les comportements obstétricaux des mères adolescentes.

La thèse de Thaddeus et Maine¹⁷ ou celle de Hulton et al.¹⁹, selon laquelle l'éloignement physique de formations sanitaires influence négativement leur fréquentation, n'est confirmée que dans le cas de soins prénatals. Le respect des normes en vigueur et la fréquentation des formations sanitaires pour l'accouchement ne dépendent pas quant à eux de la proximité géographique de ces dernières.

En définitive, l'information et la sensibilisation des adolescentes camerounaises sur l'efficacité des soins obstétricaux modernes, via les institutions locales, la famille, l'école et la télévision, l'amélioration de leurs conditions économiques de vie et celle de l'accessibilité physique de formations sanitaires sont les actions que le Gouvernement camerounais, les Organisations internationales et les ONG devraient le plus promouvoir pour qu'à moyen ou à long terme les adolescentes camerounaises utilisent de plus en plus, quantitativement et qualitativement, les services modernes de soins pendant la grossesse et/ou l'accouchement.

References

1. Agbo H. Y. Rôle de la recherche dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre. Symposium de réflexion et d'échanges sur le dialogue entre chercheurs et décideurs dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Cotonou, 16 et 17 janvier 2007, 15p.
2. OMS. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles. Organisation Mondiale de la Santé, Imprimé à Singapour, 2003, ISBN924 159084X.
3. FNUAP Cameroun. Plaidoyer pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun. <http://cameroon.unfpa.org/docs/PLAIDOYER%20RMMN.pdf>.
4. Barrère M. La Santé de la mère et de l'enfant. INS et Macro International Inc., Enquête Démographique et de Santé du Cameroun en 2004, Yaoundé, Cameroun, 2005.
5. Kumbi S and Isehak A. Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East African Medical Journal, 1999, vol. 76 n°3: 138-140.
6. McCauley AP and Salter C. Meeting the needs of young adults. Population Reports, 1995, Series J, number 41.
7. Reynolds H W, Wong E L and Tucker H. Adolescents use of maternal and child health services in Developing countries. International Family Planning Services, 2006, vol. 32 n°1: 6-16.

8. United Nations (UN). Adolescent reproductive behaviour. Vol. 2 Evidence from Developing countries, New York: UN, 1989.
9. Nkuabong E., Fomulu J. Adolescent pregnancies and deliveries: problems encountered. *Trop. Doct.* 2009 Jan, vol. 39 n°1 : 9-11.
10. Tebeu P. M., Mbu R., Kongnyuy E. et al. Influence du jeune âge maternel sur l'issue de l'accouchement à l'hôpital provinciale de Maroua, Nord Cameroun, de 2003 à 2005. *Médecine Tropicale*, 2008, vol. 68 : 553-554.
11. Tietche F., Ngoufack G., Kago I. et al. Facteurs étiologiques associés au retard de croissance intra-utérin à Yaoundé (Cameroun). *Médecine d'Afrique Noire*, 1998, vol. 45 n°6 : 377-380.
12. Petra O. O., Sven C., Bengt H. Does the increased risk of preterm delivery in teenagers persist in pregnancies after the teenage period? *British Journal in Obstetrics Gynaecology*, 2001, 108 n° 7: 721-725.
13. Beninguise G. Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. L'Harmattan & Academia-Bruyant, 2003, 297p.
14. Isaranurug S, Ladda M. and Chanpen C. Differences in socio-economic status, services utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *J Med Assoc Thai*, 2006, vol. 89 n°2: 145-51.
15. Rutstein S, Sommerfelt A. and Schoemaker J. Who uses maternal and child health services? Evidence from DHS. In *Child Survival Programs: issues for 1990's*; Baltimore, MD, USA: Institute for international programs, School of hygiene and public health, Johns Hopkins University, 1990, pp. 37-84.
16. Ransom I. and Yinger V. Pour une maternité sans risques. Comment éliminer les obstacles aux soins. Population Reference Bureau, juillet 2002, 36p.
17. Thaddeus S. and Maine D. "Too far to walk: maternal mortality in context". *Social Science and Medicine*, vol. 38 n°8: 1091-1110.
18. Vernon R. and Foreit J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care. *International Family Planning Perspectives*, 1999, vol. 25 n°4: 200-202.
19. Hulton L., Matthews Z. and Stones R W. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. University of Southampton, 2000, 72p.
20. Lantis K, Green C P and Joyce S. Providers and quality of care. *New perspectives on quality of care*, n°3, Population Council & Population Reference Bureau, July 2002, 8p.
21. Zougrana C M. Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali). Collection de thèses et mémoires n°36, Université de Montréal, 1993, 214p.
22. Carroli G., Rooney C. and Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001, 15 (suppl. 1): 1-42.
23. Haque N. Individual's characteristics affecting Maternal Health Services utilization: Married adolescents and their use of Maternal Health Services in Bangladesh. *The Internet Journal of Health*, 2009, vol. 8 n°2.
24. Committee on improving birth outcomes, Board on Global Health. *Improving Birth Outcomes: Meeting the Challenge in Developing World*. Washington DC: National Academy Press, 2003.
25. Wiemann C M, Berenson, A B, Pino, L G. and McCombs S L. Factors associated with adolescents' risk for late entry into prenatal care. *Family Planning Perspectives*, 1997, vol 29 n°6: 273-276.
26. Erci B. Barriers to Utilization of Prenatal Care Services in Turkey. *Sigma Theta Tau International*, 2003.
27. Gage AJ and Calixte MG. Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti, *Population Studies* 2006, vol. 60 n°3: 271-288.
28. Caldwell J C. *The theory of fertility decline*, London and New York, Academic, 1982. 386 p.
29. Moss N E. and Hensleigh, P A. Initiation of prenatal care by adolescents. Associations with social support, stress, and Hispanic ethnicity. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 1990, vol 10 n°2: 170-174.
30. Cresson G. *Le travail domestique de santé : analyse sociologique*, L'Harmattan, Paris, 1995.
31. Caldwell J C, Caldwell P, Gajanayake I, Orubuloye I O, Pieris I. and Reddy P H. Cultural, social and behavioural determinants of health and their mechanisms: a report of related programs. Caldwell J, Findley S, Caldwell P, Santow G, Cosford W, Braid J, Broers-Freeman D (ed.), *What we know about health transition. The cultural, social and behavioural determinants of health*, *Health Transition Review*, 1990, vol.2: 534-541.