

## ***Analyse des facteurs de non recours en première consultation prénatale lors des premières grossesses des adolescentes et jeunes à Yaoundé, Cameroun***

**Lidwine Sonia DE-BANGUIRYS**, IFORD<sup>1</sup>, Yaoundé, Cameroun

**Justin DANSOU**, PAULESI<sup>2</sup>, University of Ibadan, Nigeria

**Prof. Gervais BENINGUISSE**, Coordonateur du Projet DEMENTREND, IFORD

### **RESUME**

Les questions de santé de la reproduction, présentement, composante clé des OMD qui échoient, occupent encore une place de choix dans l'agenda des Objectifs de Développement Durable pour l'après 2015. La présente étude examine les facteurs associés au premier accès des jeunes aux services de consultation prénatale pendant les premières grossesses à partir des données de l'enquête biographique «*Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes à Yaoundé*» conduite en 2011. L'étude utilise l'analyse biographique du risque. Au niveau bivarié, les courbes de séjour de Kaplan-Meier sont utilisées pour examiner les schémas d'accès des premières grossesses aux services de consultations prénatales. Les analyses multivariées prennent la forme des modèles de régression semi-paramétrique de Cox. Les résultats préliminaires présument l'existence d'une différentielle dans la conduite des premières grossesses en premières consultations prénatales tandis que les schémas d'accès semblent s'opérer indépendamment de la génération de naissance.

### **INTRODUCTION**

La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) présente depuis plus d'une décennie un intérêt majeur dans le monde de la recherche sociodémographique dans les pays en développement notamment au Cameroun. Présentement, composante clé des OMD<sup>3</sup> qui échoient, les questions de la SR<sup>4</sup> occupent encore une place de choix dans l'agenda des Objectifs de Développement Durable pour l'après 2015, (ONU 2014). L'importance de ces questions à d'ailleurs été soulignée par Koffi Annan<sup>5</sup>, les indexant comme levier des OMD, ceci, après la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) au Caire, en Egypte en 1994, instituant la SR comme droit humain et faisant partie intégrante de la loi internationale, (FNUAP 2004).

En effet, au Cameroun comme partout ailleurs dans le monde, les adolescents et les jeunes (15-24) ans sont une population vulnérable à plusieurs égards et notamment en matière de la SR. Ils sont souvent mal informés sur la sexualité, la contraception, les signes de complications d'une grossesse et les infections sexuellement transmissibles. Ils dialoguent difficilement avec les adultes et ont peu recours aux services de la SR, (Beninguisse 2007 ; Miangotar 2010 ; Mouftaou et al. 2011 ; Sawadogo et al. 2012). Bien qu'ils constituent par ailleurs, une génération montante sur qui compte la société pour la relève, beaucoup sont dépourvus de l'accès aux services ou aux informations de santé sexuelle et reproductive dont ils ont besoin pour traduire leurs décisions en réalités pour leur vie actuelle et future, (IPPF<sup>6</sup> 2012). Une jeunesse mal encadrée est un grand défi pour une société toute

---

<sup>1</sup> Institut de Formation et de Recherche Démographiques

<sup>2</sup> Pan African University Institute of Life and Earth Sciences

<sup>3</sup> Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

<sup>4</sup> Santé de la reproduction

<sup>5</sup> Secrétaire général des Nations Unies, Déclaration à la Cinquième Conférence Asiatique et Pacifique sur la Population. Bangkok, Décembre 2002

<sup>6</sup> Fédération internationale pour la planification familiale

entière, et donc mérite toutes les attentions pour un monde meilleur. Certains auteurs font comprendre qu'ils sont non seulement l'avenir mais bel et bien le présent d'un pays, (Kabwe et al. 2007 ; IPPF 2012 ; Kalau Mutej 2013). Selon les résultats du RGPH<sup>7</sup> Cameroun de 2005, les adolescents et jeunes de 15-24 ans représentent environ 20% de la population, (BUCREP<sup>8</sup> 2012). Par conséquent, un intérêt particulier doit leur être porté, du fait de leur vulnérabilité non seulement économique mais aussi sociale, (Beninguisse 2007 ; Kabwe et al. 2007 ; Sawadogo et al. 2012).

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive qu'ils connaissent découlent principalement des grossesses précoces et des rapports sexuels non ou mal protégés, (Kalambayi 2007). A cet effet, les résultats de l'EDS-MICS Cameroun de 2011 ont montré que la prévalence contraceptive était de 24% chez les femmes de 15 à 49 ans, les chiffres les plus faibles étant enregistrés chez les générations les plus jeunes (15% environ chez celles de 15 à 19 ans) également chez les plus âgées (15% chez les femmes de 45 à 49 ans). Environ 21% des jeunes femmes sexuellement actives de 15 à 24 ans désirant éviter une naissance n'utiliseraient pas de méthode contraceptive, (EDS-MICS 2011). Quant à l'usage du préservatif pour la prévention du sida, des études révèlent que, si les jeunes connaissent globalement les risques liés à la sexualité ou si l'utilisation du préservatif s'est récemment accrue avec les campagnes de promotion réalisées dans le cadre des programmes de prévention du VIH/Sida, son emploi est souvent incorrect ou irrégulier. L'usage des moyens de prévention et notamment du préservatif demeure irrégulier et sujet à des difficultés techniques, (Rwenge 2004 ; Vimard 2007 ; IPPF 2012). En 2011, la prévalence du VIH était de 1,2% chez les adolescents et de 2,2% chez les jeunes de 20 à 24 ans.

La prévalence du VIH, est plus élevée chez les femmes contrairement à celle observée chez les hommes de même âge : 2,0 % des femmes de 15-19 ans, sont séropositives contre 0,4 % des hommes du même âge. Ce taux est de 3, 4% chez celles de 19-24 ans contre 0,6% chez leurs homologues hommes, (EDS-MICS 2011). Ceci peut être dû à leur vulnérabilité biologique à l'infection mais aussi à leur faible pouvoir de décision en ce qui concerne l'activité sexuelle et la prévention des IST. De façon générale, de nombreux efforts restent à faire en matière de prévention des IST/Sida dans le pays, tant en ce qui concerne l'usage des préservatifs qu'en matière de vulgarisation du test de dépistage du sida (CNLS 2010, EDS-MICS 2011).

S'agissant des grossesses non désirées, les avortements provoqués chez les jeunes révèlent l'importance du phénomène. S'ils restent difficiles à évaluer quantitativement au Cameroun en raison de leur caractère illégal et tabou dans le pays, on sait qu'ils demeurent un important problème de santé publique, avec des conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité maternelle, (Sawadogo et al 2012 ; Kalau Mutej 2013 ; Rwenge 2014).

Dans la pratique, ils connaissent de réelles difficultés à accéder aux soins de santé, (Kalambayi 2007 ; Mouftaou et al 2011 ; Sawadogo et al 2012). Ajouter à cela une insuffisance de l'accès à des soins qualifiés de santé maternelle, (Rwenge 2007 ; Sawadogo et al. 2012). Si plus de 90% des jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans ont recours à des soins prénatals, on estime que 65% d'entre elles n'ont pas bénéficié d'information et d'éducation sur les complications de la grossesse durant ces visites prénatales (EDS-MICS 2011). On relève également une inadéquation entre l'offre de services de santé reproductive et les besoins des adolescents et jeunes, (Evina 1998 ; Beninguisse et al. 2003 ; Sawadogo et al. 2012). Ce qui se traduit par une augmentation de la mortalité maternelle, passant de

---

<sup>7</sup> Recensement Général de la Population et l'Habitat

<sup>8</sup> Bureau Central de Recensement et de Population

669 à 782 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2004 à 2011 alors que la proportion des femmes ayant accès aux soins obstétricaux (soins prénatals et à l'accouchement) a peu changé, faisant ainsi suspecter une dégradation de la qualité des soins, (EDS-MICS 2011). Un rapport sur les critères et caractéristiques des services socio-sanitaires conviviaux pour adolescents et jeunes publié par le Ministère de la Santé du Cameroun, avait ainsi indiqué que cette situation délétère peut s'expliquer par des éléments, entre autres : la pauvreté, les conflits sociaux, le faible accès aux soins, le relâchement des mœurs et coutumes en matière d'éducation sexuelle (MINSANTE 2009)<sup>9</sup>. Pour ces mêmes raisons, chaque année dans le monde, 70 000 jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans décèdent pendant l'accouchement ou des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, (OMS et al. 2009 ; IPPF 2012).

Au vu de ce qui précède, ayant ratifié les principes du programme d'action de la CIPD depuis 2004, des efforts ont été engagés par le Gouvernement Camerounais, en collaboration avec les partenaires au développement, pour la mise en place d'un système de santé capable de répondre aux besoins des populations avec un accent particulier sur la SRAJ qui occupe une place de choix. Pour preuve, la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2001-2015 a ciblé la santé de l'adolescent comme une priorité d'intervention dans le domaine de la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant. Toutefois, malgré ces multiples actions entreprises, la question de la sexualité des adolescents et des jeunes demeure cruciale et mérite d'être abordée. Raison pour laquelle on s'interroge : quels sont les facteurs associés au non suivi médical des premières grossesses des adolescentes et jeunes à Yaoundé ? Ainsi, de façon générale, l'étude vise à cerner les facteurs de non suivi des premières grossesses en consultation prénatale en vue d'éclairer les mécanismes sous-jacentes et dégager les implications politiques pour les programmes de la SR.

Plus spécifiquement l'étude vise à :

- Décrire les schémas d'accès aux services prénatals par les adolescentes et jeunes lors des premières grossesses selon les caractéristiques sociodémographiques ;
- Mettre en évidence l'influence des attitudes et comportements sexuels antérieurs et les conditions de survenance de la grossesse sur son suivi médical ;
- Identifier les facteurs de risque associés au non utilisation des services de santé pendant les premières grossesses.

## REVUE DE LITTÉRATURE

Dans l'explication de la conduite des premières grossesses en premières consultations prénatales par les jeunes mères, plusieurs facteurs en rapport à la SR sont mis en exergue. Il s'agit notamment des facteurs endogènes et/ou des facteurs exogènes, (Beninguisse et al 2003 ; Rwenge 2007 ; Sawadogo et al 2012 ; Rwenge 2014) pouvant accélérer ou retarder la conduite des adolescentes et jeunes aux services maternels lors des premières grossesses.

### ❖ Facteurs endogènes

Pour les tenants de ces facteurs, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé sexuelle restent sujettes à des attitudes ou comportements des femmes en fonction de leurs caractéristiques individuelles (âge, état matrimonial, niveau d'instruction, milieu de socialisation, niveau de vie, parité, etc.).

---

<sup>9</sup> Ministère de la Santé au Cameroun

On constate par exemple que les jeunes non mariés ont en effet un accès souvent difficile aux services de la SR, ce qui explique leur faible utilisation de la contraception, notamment des méthodes modernes<sup>10</sup>, et leur recours fréquent aux interruptions volontaires de grossesse. Comme celles-ci sont pratiquées le plus souvent dans des contextes non médicalisés, les risques de morbidité voire de mortalité sont élevés, (Calves 1995 ; Beninguisse et al. 2003 ; Rwenge 2007 ; Rwenge 2014).

Par ailleurs, de nombreux auteurs ont montré l'influence de la parité sur l'utilisation des services de santé. Généralement les primipares utilisent beaucoup plus les formations sanitaires que les multipares. Il est probable que les primipares soient plus inquiètes par rapport à leur état tandis que les multipares sont confiantes grâce à l'expérience accumulée dans le passé, (Beninguisse et al. 2003 ; Rwenge 2007). Contrairement à la précédente idée, certaines études indiquent que les jeunes femmes sont celles qui utilisent moins les services de maternité car, faute d'expérience, elles peuvent ignorer des symptômes de la grossesse et par conséquent, elles auront un recours tardif à la première consultation prénatale (Gage 1998 ; Manzambi 2008 ; Kalau Mutej 2013). De même, les grossesses non planifiées, c'est-à-dire celles dont l'occurrence est jugée inopportune, diminue les chances d'une prise en charge médicale, (Beninguisse et al. 2003 ; Sawadogo et al. 2012).

Pour lutter contre cet enchaînement de précarité chez les futures jeunes mamans, il est essentiel de développer des programmes de santé sexuelle et reproductive en direction des jeunes générations et, contrairement à ce qui se passe aujourd'hui, de leur permettre d'accéder aux services de la SR sans contrainte, quel qu'en soit leur statut matrimonial, rang de la grossesse, niveau d'instruction et autres, (Evina 1998). Les actions correspondantes, si elles sont bien organisées et menées avec conviction, sont susceptibles d'avoir des effets relativement rapides, en particulier sur la prise en charge médicale des premières grossesses, (Beninguisse et al. 2003 ; Rwenge 2007 ; Richard et al. 2008 ; Sawadogo et al. 2012 ; Rwenge 2014).

En résumé le non recours des jeunes femmes à la première consultation prénatale serait influencé non seulement par leurs caractéristiques individuelles mais aussi des facteurs exogènes.

#### ❖ Facteurs exogènes

D'une manière générale, ces facteurs sont influencés par l'environnement social de la jeune mère et peuvent être entre autres l'effroi des parents, la honte de ses pairs, la survenance de grossesse (non planifiée) et un manque de ressource financière. C'est ainsi de l'avis des spécialistes sur la question, ils estiment qu'en raison de leurs implications psychosociales, l'offre des soins maternels de qualité pour les adolescents et jeunes devrait s'inscrire dans une approche complexe qui intègre des éléments essentiels du réseau psychosocial tels que la famille, l'école, les structures socio-éducatives, etc. Puisque généralement, au sortir de

---

<sup>10</sup> L'emploi est souvent incorrect ou irrégulier.

l'enfance, les jeunes ont par définition peu d'expérience avec les services de soins, en particulier les services de santé sexuelle et reproductive, et ils ne savent pas nécessairement ce que ces services peuvent leur offrir, (UNICEF 2009 ; IPPF 2012). C'est pourquoi certains chercheurs pensent que l'amélioration de l'accès des jeunes générations à SR doit être un volet d'action spécifique, dans le cadre d'une politique allant bien au-delà des seuls services de santé, (Manzambi 2008 ; Richard et al. 2008).

Le recours à une structure sanitaire suppose que les ressources matérielles et humaines adéquates soient disponibles, (Sawadogo et al. 2012). Ceci a pour objectif d'aider la femme à mener sa grossesse à terme et à accoucher dans les meilleures conditions de sécurité pour elle et son enfant, (Rwenge 2007 ; Beninguisse 2009). Les soins prénatals constituent tous les soins dispensés durant la grossesse. Ils sont nécessaires pour établir un lien de confiance entre la femme et le pourvoyeur de soins, pour identifier et prendre en charge tout risque de complications. C'est très souvent pendant les consultations prénatales, que les femmes reçoivent une éducation sanitaire qui, entre autres, met en évidence l'importance d'une assistance médicale à l'accouchement (Beninguisse 2009 ; Rwenge 2014). Une grossesse qui a bénéficié de visites prénatales aboutit, le plus souvent, à un accouchement assisté par du personnel médical, en particulier, lorsque les visites prénatales ont été nombreuses (WHO 2008 ; Beninguisse 2009). D'où cette recommandation d'au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse par l'OMS, (OMS et al. 2009). En outre, pour être efficaces, les soins prénatals doivent débuter à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement.

Les soins de santé qu'une mère reçoit au cours de sa grossesse, au moment et immédiatement après l'accouchement sont, non seulement, très importants pour sa survie et son bien-être mais aussi pour celui de l'enfant. Le suivi des femmes enceintes au cours des consultations prénatales permet de prévenir les risques et les complications lors de l'accouchement, (Richard et al. 1998 ; Beninguisse et al. 2003 ; OMS 2008).

## **DONNEES ET METHODES**

### **❖ Données**

Cette étude utilise les données l'enquête biographique « *Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes à Yaoundé* » réalisée entre Juin et Juillet 2011 à Yaoundé, Cameroun. L'enquête est réalisée dans le cadre du projet « *Pauvreté et Besoins non Satisfaits en Santé de la Reproduction des Adolescents et Jeunes en Afrique Centrale* » financé par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), l'Agence Inter-établissements de Recherche pour le Développement (AIRD), l'Agence Française de Développement (AFD) et la Fondation William et Flora Hewlett dans le cadre du programme DEMENTREND « *Tendances démographiques en Afrique subsaharienne : quels ressorts, quelles conséquences ?* ». Le projet était basé sur une approche alliant trois différents volets : le quantitatif, le qualitatif et le situationnel. La partie quantitative, principale source de données de la présente étude, est axée sur des biographies quantitatives des jeunes et adolescents de 15-24 ans tandis que le volet qualitatif recueille les récits de vie des enquêtés. Le volet situationnel, en ce qui le concerne, fait l'état des lieux des politiques et programmes en matière de santé reproductive en cours dans le contexte.

L'enquête biographique utilise le « questionnaire ménage » classique, collectant des données sur les caractéristiques et la composition des ménages au moment de l'enquête et un questionnaire biographique individuel accompagné d'une fiche récapitulative de la localisation chronologique de l'occurrence des événements (appelée fiche Age-événements ou fiche AGEVEN). Elle utilise un échantillon tiré à deux niveaux à partir d'une liste des zones de dénombrement (ZD) issue de la cartographie du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2005. Elle porte sur un échantillon de 2317 ménages avec 2256 biographies recueillies avec succès. La fiche AGEVEN, utilisée à cet effet, comporte plusieurs modules parmi lesquels le module « Conceptions ». Ce module recueille les informations relatives à l'histoire génésique des jeunes femmes / hommes ayant eu/été auteur d'au moins une grossesse.

Pour chaque grossesse, aussi bien celle portée par l'enquêtée elle-même que celle dont l'enquêté a été auteur, on dispose entre autre de son rang, de sa date de début, de son suivi médical (conduite en consultation prénatale ou non), de son état actuel (encours ou non). Particulièrement pour les grossesses portées par les enquêtées, l'âge de la grossesse (en mois) à la première consultation prénatale a été collecté. Au regard de l'objectif principal de la présente étude, cette dernière variable s'avère très capitale. Elle permet d'appréhender les différentielles dans le temps de l'accès des jeunes femmes à la première consultation prénatale pendant les premières grossesses. Les grossesses portées par les enquêtées et spécialement les premières grossesses font objet d'examen de l'étude. Ainsi, la population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des adolescentes et jeunes de 15-24 ans interviewées au moment de l'enquête et ayant eu au moins une grossesse.

Parmi les 2256 biographies recueillies avec succès à l'enquête, on en dénombre 1257 biographies féminines dont 439 (34%) éligibles pour le module « conceptions » (ayant eu au moins une grossesse). A l'issue de l'interview des 439 adolescentes et jeunes, un total de 636 grossesses a été enregistré dont 439 grossesses de rang 1 (taille de l'échantillon de la présente étude) et 197 de rang 2 ou plus (rang 2 à 5). Parmi les 439 grossesses de rang 1 enregistrées ; 14% (62) n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatales. Cette étude explore les facteurs de risque de non suivi médical de ces grossesses et examine dans quelle mesure les caractéristiques propres des individus contribuent à ses différences. Par ailleurs, épousant l'hypothèse selon laquelle le suivi médical d'une grossesse pourrait être le résultat d'une relation de cause à effet (*bien évidemment que la cause soit antérieure à l'effet*), l'étude met aussi à profit cet avantage qu'offrent les données biographiques en matière de datation des événements. Par exemple, une attention particulière est portée aux conditions de survenue de la grossesse dans les chances de sa conduite à une première consultation prénatale. Ceci vise à cerner l'influence d'éventuels besoins non satisfaits en SR et notamment en planification familiale sur le devenir d'une grossesse. L'effet des besoins non satisfaits en planification familiale est donc mis en évidence.

## ❖ Méthodes

Les données étant de type biographique et en tenant compte des objectifs assignés à l'étude, deux types de méthodes relatifs à l'analyse de survie sont retenus. Il s'agit des courbes de séjour de Kaplan-Meier au plan descriptif et les modèles de régression semi paramétrique de Cox au niveau multivarié. Les courbes de séjour de Kaplan-Meier sont utilisées au niveau bivarié. Elles permettent d'examiner le délai d'attente avant la conduite des premières grossesses en première consultation prénatale (*schémas d'accès en première consultation prénatale pendant les premières grossesses*), et ceci, en fonction des facteurs de risque. L'approche biographique adoptée ici permet

au niveau multivarié d'estimer le rôle joué par chaque caractéristique sur le risque d'occurrence de l'événement au cours du temps (Le Goff et al, 2013 : 3). Ainsi, les analyses multivariées quant à elles prennent la forme des modèles de régression semi paramétrique de Cox, implémentés sous STATA IC/13.0. Ils permettent d'explorer les facteurs accélérant ou retardant la conduite des premières grossesses en premières consultations prénatales en regardant de plus près, non seulement, l'effet des caractéristiques individuelles mais aussi et surtout le rôle des facteurs exogènes en rapport à la santé de la reproduction dans la réalisation de l'évènement.

En plus de ces analyses, les résultats du volet qualitatif de la même enquête seront utilisés pour une meilleure compréhension des enseignements qui découlent des méthodes quantitatives.

### ❖ **Conceptualisation de l'évènement d'étude : 1<sup>er</sup> accès en consultation prénatale lors d'une 1<sup>ère</sup> grossesse des jeunes**

Les méthodes d'analyse de survie comme la régression semi paramétrique de Cox présentent l'avantage de prendre en compte le facteur temps en même temps que les facteurs explicatifs (*dont certains sont fixes et d'autres variables dans le temps*) de l'évènement en étude. Elles permettent donc une analyse causale dans l'explication d'un évènement. Pour la conduite des premières grossesses aux premières consultations prénatales, le facteur temps est pris en compte. Le temps qui s'écoule entre la date de début de la première grossesse (*date de début d'observation ou le compteur est mis à zéro pour toutes les premières grossesses*) et la date de sa conduite à une première consultation prénatale est pris en compte. Si la grossesse se termine avant la date de l'enquête, son âge à la première consultation prénatale est pris en compte (*s'il y a lieu*), il y a donc sortie d'observation avec changement d'état. Pour les grossesses achevées avant l'enquête sans aucune consultation prénatales, il y a sortie d'observation sans changement d'état et la durée d'observation correspond à la durée d'une grossesse normale (9 mois). De même pour les grossesses interrompues sans consultation prénatale préalable, il y a sortie d'observation sans changement d'état. Pour les grossesses en cours au moment de l'enquête, la durée d'observation est soit l'âge de la grossesse à l'enquête (*si elle n'a pas encore bénéficié d'une consultation prénatale*), soit l'âge à la première consultation prénatale (*s'il y a déjà eu première consultation prénatale*).

La variable dépendante associée à cet évènement est une variable durée, mesurée pour chaque première grossesse soumise au risque (*toutes premières grossesses*). Elle représente la durée d'observation<sup>11</sup> ou durée avant évènement (*s'il se réalise*). Le modèle de régression calcule l'effet des variables explicatives sur le risque par unité de temps (ici le mois) de connaître l'évènement (*ici l'accès à la première consultation prénatale pendant la première grossesse*). C'est la composante paramétrique ou vecteur paramétrique du modèle. Elle s'ajoute à la composante non paramétrique (*la fonction de séjour de base généralement notée  $h_0(t)$  dans l'équation*), pour former un modèle dit semi-paramétrique. Un coefficient de régression est associé à chaque modalité d'une variable, mesurant son influence moyenne sur le risque mensuel de d'accès à la CPN, comparé à la catégorie de référence choisie. On peut ainsi dégager les facteurs qui accélèrent ou ralentissent la réalisation du phénomène. La figure suivante résume la conceptualisation de l'évènement en étude.

---

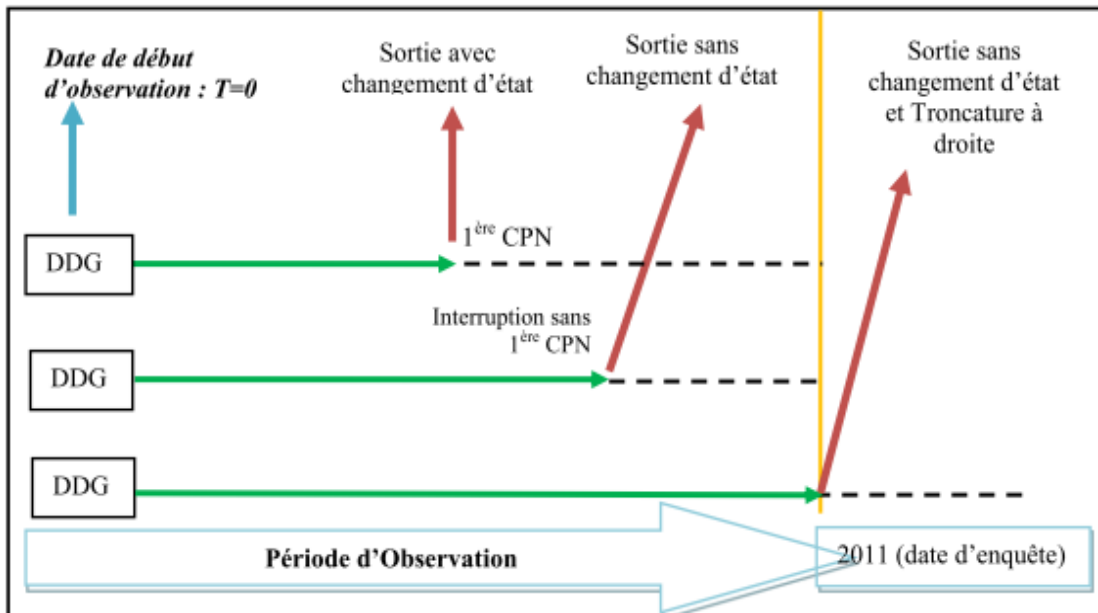
<sup>11</sup> Temps écoulé depuis le début d'observation jusqu'à la date de troncature ou durée écoulée depuis le début d'observation jusqu'à la date de l'enquête pour ceux qui sortent sans changement d'état

**Evènement étudié** : Accès en premières consultations prénatales pendant les premières grossesses.

**Date de début d'observation** : Date de début de la grossesse.

**Unité de temps** : le mois.

**Figure 1 : Conceptualisation de l'accès à une première consultation prénatale**



**DDG** : Date de Début de la 1<sup>ère</sup> Grossesse

Source : Exploitation des données de l'enquête biographique «*Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes à Yaoundé*» réalisée en 2011.

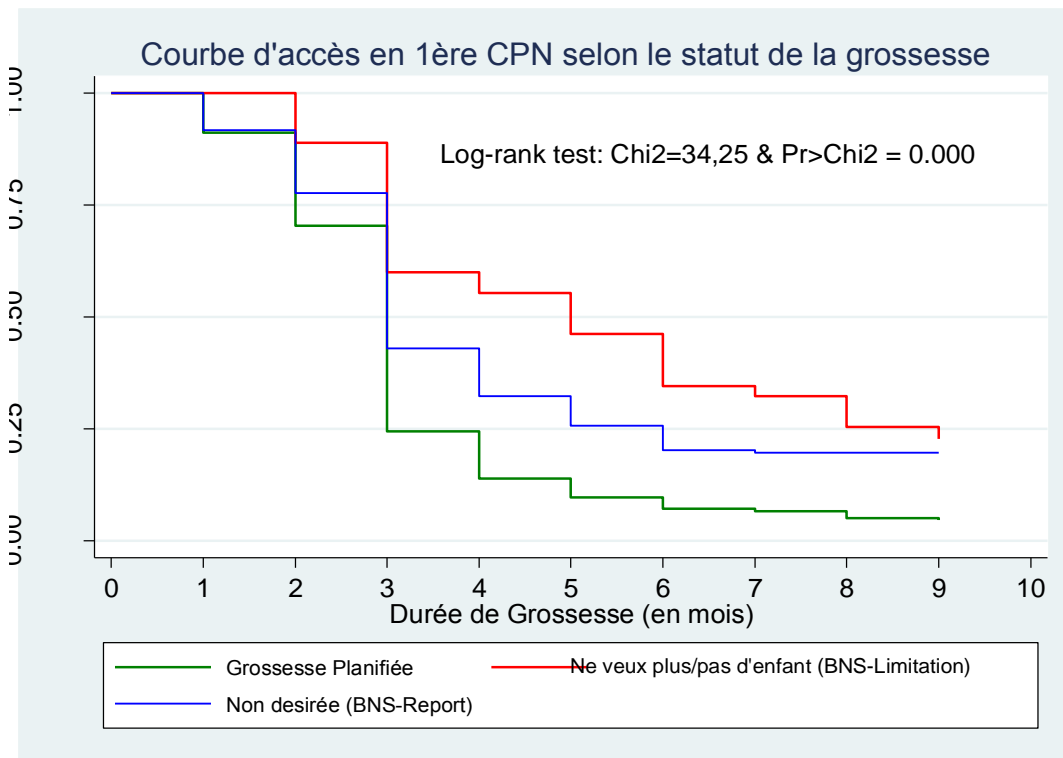
## RESULTATS PRELIMINAIRES

### ❖ Courbe d'accès aux premières consultations prénatales selon le type de grossesse

Les chances de conduite des premières grossesses aux premières consultations prénatales semblent s'associer au type de grossesse (planifiée ou non). En effet, sans surprise, les premières grossesses planifiées semblent être les mieux suivies sur le plan médical (Figure 2, ci-après). La courbe d'accès en première consultation prénatale de ces grossesses planifiées est en dessous (donc plus suivies sur le plan médical) de celles de leurs homologues non planifiées observées sous deux angles. Les grossesses non désirées mais survenues au moment où les jeunes femmes espèrent une grossesse, mais dans le futur (BNS-PF, report) et celles non désirées mais survenues dans un contexte où les jeunes femmes ne désirent plus/pas d'enfant. De même, les grossesses survenues plutôt que prévu semblent être mieux suivies que celles survenues dans un regret total (aucun plan de procréation). Enfin, on note que les différences en matière d'accès en CPN semblent être plus ou moins claires à partir du troisième anniversaire, et ce, jusqu'à l'issue des grossesses. En gros, ces résultats mettent en évidence le rôle négatif que les Besoins Non Satisfaits en planification familiale pourraient engendrer.



**Figure 2 : Délai d'attente avant la conduite des premières grossesses en 1<sup>ère</sup> consultations prénatales selon le type de grossesse**



Source : Exploitation des données de l'enquête biographique «*Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes à Yaoundé*» réalisée en 2011.

## CONCLUSION PARTIELLE

Cette étude a examiné les chances de premiers recours aux services de santé maternelle pendant les premières grossesses parmi les adolescentes et jeunes âgées de 15-24 ans à Yaoundé à partir des données de l'enquête biographique «*Pauvreté et Besoins Non Satisfaits en Santé de la Reproduction des adolescents et jeunes à Yaoundé*» réalisée en 2011. Les analyses descriptives basées sur l'examen des courbes de séjour de Kaplan-Meier et des tests de comparaison des fonctions de survie de log-rank confirment certains résultats théoriques attendus en ce qui concerne l'association des variables retenues et le phénomène en étude.

Cette étude interpelle donc les autorités et décideurs à divers niveaux au Cameroun et à Yaoundé en particulier, sur l'importance que requiert la fourniture et la disponibilité des services de santé de la reproduction adéquats pour une meilleure survie médicale des grossesses des jeunes femmes dans ce contexte.

## Références bibliographiques

- BERGSJØ, P. (2001), « Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle? ». *Studies in Health Services Organisation & Policy*.
- BENINGUISSE G., NIKIEMA B., FOURNIER P., et HADDAD S. (2003), « L'accessibilité culturelle: une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique ». *Étude de la population africaine*, vol. 19.
- BENINGUISSE G. (2007), « Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne », *L'Afrique face à ses défis démographiques: Un avenir incertain*, Paris; Nogent-sur-Marne, pp. 289-321.
- BUCREP (2012), *Etat et structures de la population : 3ème RGPH 2005*, Yaoundé, Vol. II, Analyse thématique, Tome 1, 110 p. Consulté de <http://www.bucrep.cm/fr/ressources-et-documentations/telechargement/category/42-analyses-thmatiques.html>.
- CALVEZ M. (1995), « La sexualité dans les recherches sociologiques sur le sida : des questions de prévention à la construction d'une approche » in Bajos N., Bozon M., Giami M., Doré V. et Souteyrand V. (eds), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, ANRS, Paris, pp. 143-158.
- CNLS (2010), *Impact du VIH et du sida au Cameroun à l'horizon 2020*. Groupe technique central, Yaoundé, 32p.
- EVINA A. (1998), *Vie féconde des adolescentes en milieu urbain Camerounais*, Les cahiers de l'IFORD IFORD, Yaoundé, 117 p.
- IPPF (2012), *Le choix ouvre sur un monde de possibilités « Les clés du succès pour des services sensibles aux jeunes : Présentation de la série »*, 4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Royaume-Uni, Œuvre de bienfaisance britannique enregistrée sous le N° 229476 ; web [www.ippf.org](http://www.ippf.org).
- FNUAP (2004), *L'État de la population mondiale 2004. Le Consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté*, New York.
- FOURNIER P. et S. HADDAD (1995), *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*, in GERARD H et V. PICHE, *La sociologie des populations*, Montréal, PUM.
- GAGE, A.J (1998), « Premarital Childbearing, Unwanted Fertility and Maternity Care in Kenya and Namibia ». *Population Studies*, Vol. 52, n° 1.
- INS (2004) *Enquête Démographique et de Santé 2004*, Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) Yaoundé Cameroun, 322p.
- KALAMBAYI BANZA Barthélémy (2007), « Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo) », Thèse de doctorat en démographie, Université de Montréal, 339p.
- Le GOFF Jean-Marie, YANNIC Forney, ANTONIETTI Jean-Philippe et André BERCHTOLD. (2013), « *Analyse des événements de l'histoire de vie : estimation de modèles logistiques à temps discret avec SPSS* », *Cahiers Recherche et Méthodes*, Université de Lausanne, Faculté des SSP, N° 3, février 2013, 29p.
- MIANGOTAR Y. (2010), *Relation entre l'environnement familial et le comportement sexuel des adolescents au Burkina Faso*; Thèse de doctorat en démographie, Université de Montréal, 231p.
- MOUFTAOU Amadou Sanny et ATTEMBA Roger (2011), (CEFORP, Cotonou) : *Santé de la reproduction des adolescents Défis des Réformes des Systèmes de Santé*, Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar, Bulletin d'Information sur la Population en Afrique et à Madagascar Numéro 57 / Numéro 2 Décembre 2010 - Janvier 2011.
- MOUTE NYOKON Charles Emmanuel (2012) *Parcours de vie des adolescents et jeunes à Yaoundé : Une analyse des séquences d'entrée en vie sexuelle, reproductive et matrimoniale*.

OMS (2008), *Mortalité maternelle en 2005 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque Mondiale*, 46 p.

OMS (2009), *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles*. 2<sup>e</sup> édition.

ONU (2010), *Rapport sur la stratégie mondiale de la mère et de l'enfant* 24p.

ONU (2014), *Agenda post 2015 : Objectifs de Développement Durable*

RICHARD F., WITTER S, et DE BROUWERE V (2008), « Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir ! ». *Studies in Health Services Organisation & Policy* 25, 13-24.

RWENGE M. (2004), *Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun*. *African journal of reproductive*.

RWENGE M. (2007), « *La qualité des soins obstétricaux au Cameroun* » Travaux et documents publiés par l'IFORD, N°29, 206p.

RWENGE M. (2014), *La qualité des soins à l'accouchement selon la perception des clients au Cameroun*, les *Annales de l'IFORD* Vol.19N°2, Mai.

SAWADOGO N. et al. (2012), *Projet DEMENTREND : « Pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Centrale », Rapport enquête qualitative-Yaoundé Cameroun Yaoundé* 58p.

TALANI P., et MOYEN G. (2007), « *Accessibilité aux services et aux soins de santé à Pointe-Noire (CONGO): Cas des circonscriptions socio-sanitaires de M'PAKA NZAZI ET TIE-TIE* ». *Médecine Afrique Noire* 54 (12) : 621-624.

VIMARD PATRICE (2007), *Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne*. In : *Ferry Benoît (dir.). L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 329-367.

VIMARD P., ADJAMAGBO A., ET MSELLATI P. (2007). *Changements contemporains de fécondité et de santé de la reproduction dans les pays du Sud*, in *Academia Bruylant, Louvain La Neuve*.

WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank, (2007), *Maternal Mortality in 2005*, 48p;

WHO, UNICEF and UNFPA (2001), *Maternal Mortality in 1995*, Estimates developed by Geneva WHO, WHO/RHR/01.9;

WHO (2007), « *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* », *Département de la Santé et*

WHO (2008), *Aider les parents à améliorer la santé des adolescents dans les pays en développement*, Geneva. *Recherches Génésiques*, 432p ;

[https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/263/francais\\_372.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/263/francais_372.fr.pdf) Comment mesurer la mortalité maternelle dans les pays en développement ? Gilles Pison

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2014/WHO MPS 09.05\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2014/WHO_MPS_09.05_fre.pdf) 2010

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500264\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500264_fre.pdf)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>

<http://www.un.org/millenniumgoals/> OMS | Mortalité maternelle Objectifs Millénaires de Développement des Nations Unies (2000):