

L'INTERRELATION DES FACTEURS DE LA MATERNITÉ PRÉCOCE ET SES RISQUES ACCRUS DANS L'AIRE SANITAIRE DE ETTROKRO (CÔTE D'IVOIRE)

N'Doloua Aimé Édith TANOH
Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
aimeedith@gmail.com

RÉSUMÉ

La présente étude sur la santé Maternelle en particulier chez les mères adolescentes a été entreprise dans le district sanitaire de Daoukro, précisément dans la localité de : Ettrokro. Le volet qualitatif a permis, grâce au focus group et aux entretiens individuels, de comprendre et d'expliquer la complexité des risques accrus de la maternité précoce, à travers cinq facteurs. Ce sont les logiques d'ordre économique, éducationnel, psychosociologique, culturel et géographique.

Mots-clés : la reproduction, santé, maternité précoce, facteur de risque, mortalité maternelle

THE INTERRELATION OF THE FACTORS OF EARLY MATERNITY AND ITS INCREASED RISKS IN THE ETTROKRO HEALTH AREA (IVORY COAST)

SUMMARY

This study on maternal health, particularly among adolescent mothers, was undertaken in the health district of Daoukro, precisely in the locality of: Ettrokro. The qualitative component made it possible, thanks to the focus group and individual interviews, to understand and explain the complexity of the increased risks of early motherhood, through five factors. These are economic, educational, psycho-sociological, cultural and geographical logics.

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire enregistre un taux de mortalité maternelle très préoccupante. Le taux est passé de 543 en 2005 à 614 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2012 selon l'Enquête démographique et de santé 2011-2012 (Edele et al, 2021).

Pour pallier cette situation, la Côte d'Ivoire a choisi de se focaliser sur trois points :

Le premier porte sur l'OMD5 « Améliorer la santé maternelle » avec ses deux cibles, à savoir :
- « réduire de trois quarts entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle »
- et « rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015 ». Le deuxième est, le plan d'action et de mise en œuvre de la feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015. Et le troisième de réduire la mortalité maternelle et néonatale de 70% sur la période de 2013-2015, avec le lancement de la CARMMA (la Campagne pour l'Accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique) en 2013.

Malgré ces efforts, sur le plan démographique, ce sont les décès maternels et néonatal récurrents ; Sur le plan sanitaire, ce sont les complications obstétricales avec risques de séquelles (fistules) pour les mères et les morbidités pour les nouveau-nés (prématurité, petit poids à la naissance); et Sur le plan social et économique, c'est le cas de l'abandon de l'école par les jeunes filles et les implications de cette situation : analphabétisme, dépendance et pauvreté (OMD, 2014).

Dans cette étude, la catégorie sociale particulière à observer est constituée de mères adolescentes. Le choix de cette catégorie de mères répond à l'attente de la problématique de la santé maternelle et infantile qui est une des priorités de la politique sanitaire des pays Africains plus particulièrement de la Côte d'Ivoire. En effet, le « *risque accru* » fait son apparition lorsque ces mères adolescentes en danger, se retrouvent en même temps, sous la rubrique des Pratiques Génésiques à Risque (PGR). Il s'agit notamment des mères adolescentes observées en situation d'accouchement non assisté ; de consultations prénatales insuffisantes et de vaccins néonataux non à jour.

Dans cette partie, il importe de ressortir les facteurs explicatifs qui exposent les mères adolescentes aux risques accrus. L'analyse consiste d'abord à présenter la situation générale des risques accrus et ensuite à examiner la maternité précoce et ses facteurs associés dans les aires sanitaires de l'étude.

METHODOLOGIE

Les recherches et les enquêtes ont été faites dans une localité du district sanitaire de Daoukro dans le département de Daoukro.

Les critères de choix

Les critères de choix portent sur la distance entre les centres de santé et le centre de référence (HG de Daoukro). Nous avons visité le centre de santé urbain de Ettrokro À 73 km de l'hôpital général de Daoukro.

Le Type d'étude

Cette recherche s'inscrit dans une approche inductive (empirique), qui part de l'observation (maternité précoce, l'insuffisance des consultations prénatales et des vaccins néonataux non à jour chez les mères adolescentes) à l'explication des phénomènes. Elle s'inscrit dans une démarche de type mixte (qualitatif et quantitatif). C'est une étude expérimentale en lien avec la théorie de la transition génésique. Elle est orientée dans la perspective de comprendre comment les facteurs de risques accrus peuvent être aggravants.

Les outils pour recueillir les informations et les populations enquêtées

L'obtention des données a suscité l'usage de : la recherche documentaire; la grille d'observation; le focus group; le questionnaire; les entretiens semi-directif; le profil historique et les registres d'accouchement des formations sanitaires. Les données quantitatives ont été collectées auprès, des mères adolescentes de moins de 19 ans, ainsi que dans les registres d'accouchement des formations sanitaires. Elles portent sur la maternité précoce, l'insuffisance des consultations prénatales, les accouchements à domicile et les vaccins néonataux non à jour chez les mères adolescentes de moins de 19 ans et aussi sur les facteurs sous-jacents ces pratiques à risque. Quant aux données qualitatives, elles nous ont orienté vers les hommes et femmes, âgés de 45 à 60 ans. Les informations collectées auprès de ces personnes ont trait à certains aspects de la culture baoulé de Ettrokro.

La rencontre du courant empiriste de l'anthropologie de la santé et de la méthode dialectique consiste à montrer les facteurs explicatifs du comportement à risque et des pratiques génésiques à risque des mères adolescentes des communautés étudiées.

L'analyse des informations recueillies ont permis d'obtenir des résultats :

RESULTATS

Nous mettons en lien, la maternité précoce et ses pratiques à risque pour percevoir le problème qui existe chez les mères de cette catégorie d'âge et ensuite connaître les raisons explicatives de ces problèmes.

1. Les risques accrus chez les mères adolescentes à Ettrokro

La situation des risques accrus concerne les niveaux et les tendances de la maternité précoce et des pratiques génésiques à risque (Accouchement non assisté, CPN insuffisante, vaccin non à jour) des mères adolescentes dans les aires sanitaires d'Ettrokro (Tableau 1 &2).

1.1. La situation des comportements procréateurs à risque à Ettrokro

Les comportements procréateurs à risque (CPR) concernent les maternités à risque. L'observation est guidée par la description statistique et la mise en évidence des tendances. Il s'agit de situer le niveau et les tendances de la maternité précoce, de la maternité tardive et de la maternité nombreuse. Les données chiffrées que nous présentons proviennent des registres d'accouchement que nous avons consultés dans le service de maternité d'Ettrokro.

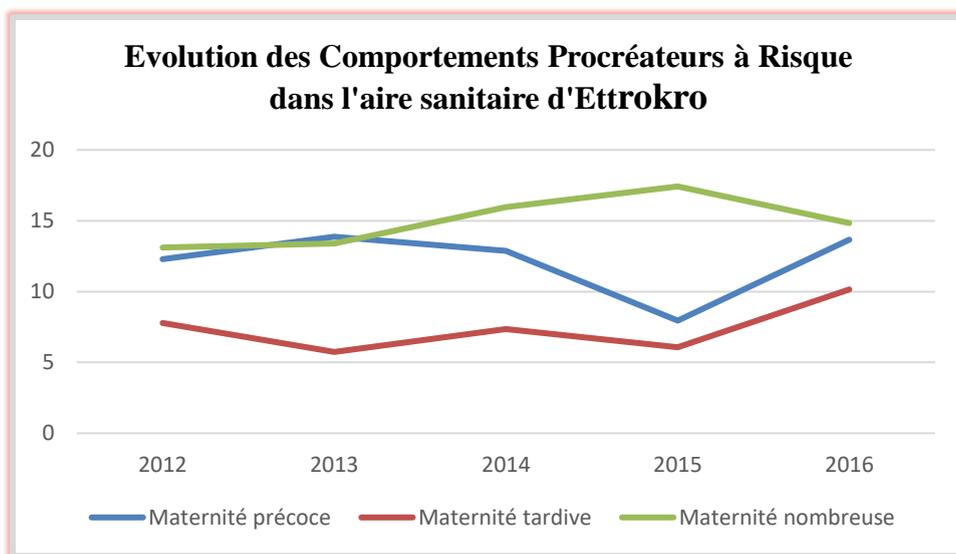
Les faits observés, dans le centre urbain d'Ettrokro, montrent que la maternité précoce se trouve au deuxième rang après la maternité nombreuse avec 12,13% (tableau 1).

Tableau 1: les comportements procréateurs à risque des mères dans le secteur sanitaire d'Ettrokro de 2012 à 2016

| CPR | Maternité | | Maternité tardive | | Maternité | | Total |
|----------------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | V.A | V.R (%) | V.A | V.R (%) | V.A | V.R (%) | |
| Années | | | | | | | |
| 2012 | 30 | 12,29 | 19 | 7,78 | 32 | 13,11 | 244 |
| 2013 | 29 | 13,87 | 12 | 5,74 | 28 | 13,39 | 209 |
| 2014 | 21 | 12,88 | 12 | 7,36 | 26 | 15,95 | 163 |
| 2015 | 21 | 7,95 | 16 | 6,06 | 46 | 17,42 | 264 |
| 2016 | 35 | 13,67 | 26 | 10,15 | 38 | 14,84 | 256 |
| Moyennes annuelles% | 12,13 | | 7,41 | | 14,94 | | |

Dans **la figure 1** ci-dessous, les tendances observées montrent des formes d'évolution qui sont : une allure décroissante et deux allures croissantes. Malgré sa moyenne élevée (**14,94**) **tableau 1**, l'allure de la courbe de la maternité nombreuse reste décroissante. Cependant, les courbes d'évolution de la maternité précoce et la maternité tardive sur les cinq années (2012 à 2016) sont ascendantes. Ceci signifie que la question de la maternité précoce dans l'aire sanitaire d'Ettrokro est préoccupante. La tendance de la courbe pour les trois cas (la maternité précoce, de la maternité tardive et de la maternité nombreuse) reste alarmante dans cette zone d'étude.

Figure 1 : Tendance des comportements procréateurs à risque



1.2. La situation des pratiques génésiques à risque des mères adolescentes dans l'aire sanitaire d'Ettrokro.

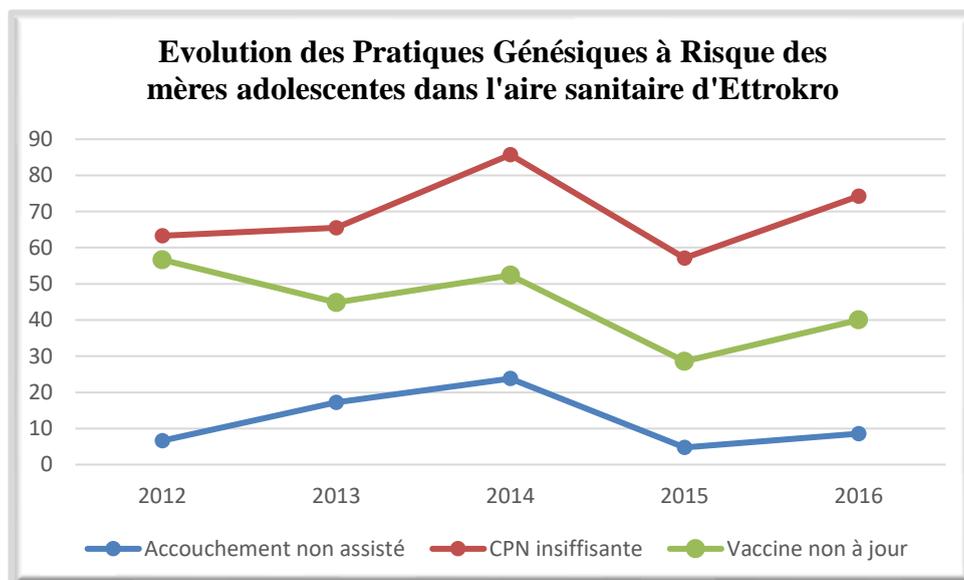
Les pratiques génésiques à risque sont celles qui peuvent exposer les mères adolescentes aux morbidités et mortalités maternelle et infantiles. Ces pratiques concernent les actions concrètes dans les us et coutumes de la vie reproductive.

À travers le **tableau 2**, on peut noter que : le problème qui prévaut dans la zone d'Ettrokro est les insuffisances des consultations prénatales chez les mères adolescentes. La moyenne annuelle générale s'élève à 69,19%. Les mères adolescentes n'atteignent pas les quatre consultations prénatales exigées. Les consultations prénatales sont négligées par les mères adolescentes dans l'aire sanitaire d'Ettrokro.

Tableau 2: les pratiques génésiques à risque des mères adolescentes dans l'aire sanitaire d'Ettrokro 2012 à 2016

| Risques accrus Années | Accouchement non assisté | | CPN insuffisante | | Vaccin non à jour | | Total |
|-----------------------------|--------------------------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|
| | VA | VR% | VA | VR% | VA | VR% | |
| 2012 | 02 | 6,66 | 19 | 63,33 | 17 | 56,66 | 30 |
| 2013 | 05 | 17,24 | 19 | 65,51 | 13 | 44,82 | 29 |
| 2014 | 05 | 23,80 | 18 | 85,71 | 11 | 52,38 | 21 |
| 2015 | 01 | 4,76 | 12 | 57,14 | 06 | 28,57 | 21 |
| 2016 | 03 | 8,57 | 26 | 74,28 | 14 | 40 | 35 |
| Moyennes annuelles % | 12,20 | | 69,19 | | 44,48 | | |

Figure 2 : Tendence des Pratiques Génésiques à risque



Il convient d’observer l’évolution des pratiques génésiques à risque. La présentation de l’allure de la courbe d’évolution apparaît croissante plusieurs fois dans la **figure 2**. Il ressort de ce constat que les accouchements non assistés, les CPN insuffisante et les vaccins non à jour ne se font pas de manière régulière dans la zone d’Etrokro. Les problèmes sont dominants dans cette aire sanitaire. La tendance alarmante est observée dans l’aire sanitaire d’Etrokro, car les trois indicateurs (**les accouchements non assistés, les CPN insuffisante et les vaccins non à jour**) sont croissants. Ce qui signifie qu’en matière de pratique génésique à risque des mères adolescentes, la situation apparaît catastrophique.

Quels sont les facteurs qui accentuent les risques accrus ?

2. Les facteurs sous-jacents

2.1. Les facteurs de la maternité précoce (Tableau 3)

Selon la communauté

Les hommes et les femmes expliquent la maternité précoce par le désir pour ces jeunes filles de vouloir découvrir le sexe et ceci facilité par les contacts à travers les téléphones portables, les réseaux sociaux de l'internet et les films pornographiques.

Aussi, les hommes accusent l'école d'exposer les jeunes filles par l'éloignement des parents. Les femmes quant à elles, mettent l'accent sur le manque d'éducation sexuelle des jeunes filles.

Selon les mères adolescentes

Les mères adolescentes dénoncent elles-mêmes le manque d'éducation sexuelle (**90%**), la pauvreté (**76,66%**) et le rituel pubertaire (**60%**). À Ettrokro la maternité précoce reste essentiellement dominée par :

- la logique éducationnelle (l'impact de la modernisation et le manque d'éducation sexuelle) ;
- La logique économique (la pauvreté);
- La logique culturelle (l'influence du rite pubertaire).

Tableau 3 : la répartition des cas selon les raisons de la maternité précoce

| Les raisons de la maternité précoce | Effectif N=30 | Pourcentage (%) |
|---|---------------|-----------------|
| <i>L'analphabétisme</i> | 06 | 20,00 |
| <i>Le niveau primaire</i> | 01 | 3,3 |
| <i>Le niveau secondaire</i> | 23 | 76,66 |
| <i>Le rituel pubertaire (de 10 à 17 ans)</i> | 18 | 60,00 |
| <i>Le manque de notion d'éducation sexuelle</i> | 27 | 90,00 |
| <i>Manque de soutien financier des parents</i> | 05 | 16,66 |

2.2. Les facteurs de l'insuffisance des Consultations Périnatales (Tableau 4)

Selon la communauté

Selon les hommes et les femmes, certaines mères adolescentes n'ont aucun soutien financier, ni des parents ni du géniteur pour la prise en charge médicale ; aussi s'ajoute d'après eux, le retard du géniteur d'accepter la paternité de la grossesse.

Les femmes précisent qu'en plus de ces facteurs de l'insuffisance des CPN il y a aussi l'ignorance de la date des rendez-vous à la maternité.

Nb : sur l'ensemble des 30 mères adolescentes interrogées, 18 ont des CPN insuffisantes. selon les mères adolescentes

Les mères adolescentes (**50%**) expliquent l'insuffisance des consultations prénatales par le manque de moyens financiers.

Les facteurs en cause pour l'insuffisance des CPN à Ettrokro sont :

- La logique économique (la pauvreté) ;
- La logique psychosociologique (refus de la paternité) ;
- La logique éducationnelle (analphabétisme).

Tableau 4 : la répartition des cas selon les raisons de l'insuffisance des consultations Prénatales

| Les raisons de l'insuffisance des | Effectif N=18 | Pourcentage (%) |
|---|---------------|-----------------|
| La décision personnelle | 01 | 5,56 |
| le manque de moyens financiers | 09 | 50,0 |
| les consultations prénatales tardives (attendre l'approbation de la famille du géniteur) | 08 | 44,4 |
| | | 4 |

2.3. Les facteurs des vaccins non à jour (Figure 5)

Selon la communauté

Les hommes et les femmes ont des points différents en ce qui concerne la réticence aux vaccins néonataux.

Les hommes expliquent cette réticence par le manque de sensibilisation des jeunes mères, ce qui les amène à ignorer et négliger ces vaccins au moment de la grossesse. D'après eux, les informations sur les avantages des vaccins néonataux ne sont pas bien connues dans la communauté.

L'oubli des dates des rendez-vous à la maternité sont aussi mis en évidence par les femmes.

Nb : sur l'ensemble des 30 mères adolescentes interrogées, 12 ont des vaccins non à jour.

Selon les mères adolescentes

Les mères adolescentes justifient leur réserve vis-à-vis du vaccin néonatal à cause de son coût (**91,66%**) et aussi de la proximité de la médecine traditionnelle (**83,33%**).

Les logiques qui font comprendre ces motifs sont les suivantes :

- La logique économique (la pauvreté) ;
- La logique psychosociologique (l'oubli ; la négligence) ;
- La logique éducationnelle (l'ignorance des avantages des vaccins) ;
- La logique culturelle (la médecine traditionnelle).

Tableau 5: la répartition des cas selon les raisons des vaccins non à jour

| Les raisons des vaccins non à jour | Effectif N=12 | Pourcentage (%) |
|---|---------------|-----------------|
| La médecine traditionnelle habituelle | 10 | 83,33 |
| Le manque de moyens financiers | 11 | 91,66 |
| le coût élevé du vaccin | 03 | 25,00 |

2.4. Les facteurs d'accouchement non assisté

Selon la communauté

Pour les hommes, les accouchements non assistés par un personnel de santé qualifié sont dus au manque de moyens financiers.

Pour les femmes, ces accouchements à domicile sont liés à l'ignorance des mères adolescentes.

NB : sur l'ensemble des 30 mères adolescentes interrogées, 04 ont accouché à domicile.

Selon les mères adolescentes

75,00% des mères adolescentes accouchent à domicile parce que la prestation de l'accouchement est gratuite.

Les logiques se dégageant de ces idées sont les suivantes :

- La logique économique (la pauvreté) ;
- La logique éducationnelle (manque d'information).

Tableau 7: la répartition des cas selon les raisons d'accouchement à domicile

| Les raisons d'accouchement à domicile | Effectif N=04 | Pourcentage (%) |
|---|---------------|-----------------|
| une longue distance au centre de santé | 02 | 50,00 |
| La préférence d'accouchement à domicile | 01 | 25,00 |
| la surprise par le travail d'accouchement | 02 | 50,00 |
| la gratuité de la prestation d'accouchement à domicile | 03 | 75,00 |

Que peut-on retenir de cette analyse à Ettrokro?

L'examen critique de la situation de Ettrokro

La maternité précoce est présente dans cette zone d'étude avec **12,13%** sur la période de 2012 à 2016. Il ressort de ces analyses que plusieurs facteurs sont à l'origine de la maternité chez les adolescentes de la localité de Ettrokro, mais l'on constate trois facteurs réguliers ; ce sont : *les facteurs éducationnels, économiques et culturels*.

Les logiques explicatives des risques accrus de cette maternité sont pour des raisons économiques, éducationnelles, psychosociologiques et géographique (problème d'accessibilité)

DISCUSSION

Les mères adolescentes sont exposées aux risques de morbidités et de mortalités. En raison de cela plusieurs facteurs explicatifs sont révélés pour appréhender les causes des comportements et des pratiques à risque chez les mères adolescentes.

1. Les facteurs récurrents de risques accrus de la maternité précoce

Comment interviennent ces facteurs ?

1.1. La théorie de l'adaptation rationnelle

En effet, les motivations d'ordre économique et social sont régulièrement évoquées comme facteur de risque dans la survenue de grossesses adolescentes dans la communauté. Les grossesses dans la zone s'expliquent par la pauvreté des parents. Les parents ont du mal à satisfaire les besoins primaires de leurs enfants. Et les adolescentes économiquement pauvres s'engagent dans l'activité sexuelle avec plusieurs partenaires pour des raisons financières. La faiblesse des moyens économiques des parents constitue un handicap à la transmission des normes éducationnelles en vigueur dans leur société. Cette faiblesse conduit à l'autonomisation des adolescentes en matière de sexualité qui peut les conduire à la fécondité précoce. Dans ce même cadre, l'étude portant sur :

« Les facteurs déterminants et répercussions des grossesses précoces en milieu scolaire en Côte d'Ivoire, précisément dans les lycées modernes Mixtes et BAD du district autonome de Yamoussoukro, **B.J-P. Kouakou et al (2018)** montrent le manque de moyen financier comme facteur favorisant les grossesses en milieu scolaire ».

En effet, selon l'étude, plus de la moitié des enquêtées ont contracté une grossesse dans la recherche de moyens de survie.

1.2. La théorie éducationnelle

La modernisation, à travers ses composantes que sont l'urbanisation, la scolarisation et les médias, apparaît ici comme une deuxième cause dans la survenue des maternités précoces et de la destruction du système familial traditionnel. Les médias sont un facteur déterminant du comportement sexuel des jeunes car ils véhiculent des informations dont la sexualité. Le suivi régulier de la télévision (diffusant les films et clips musicaux.etc.) par l'adolescente conduit

celle-ci dans les rapports sexuels précoces. Les villages commencent à être touchés également par le changement des modes de vie. Le relâchement des mœurs en matière de sexualité et l'éducation sexuelle, dû à la détérioration croissante des conditions de vie et l'abandon des valeurs traditionnelles, tendent à favoriser une plus forte activité sexuelle des adolescentes. L'abandon des valeurs traditionnelles et l'accroissement de l'activité sexuelle dans cette société découlent de la diffusion des valeurs occidentales : La curiosité pour certaines jeunes de vouloir découvrir le sexe ; Les sorties récréatives (soirée dansante) qui exposent les jeunes filles à des grossesses précoces. L'affaiblissement du contrôle parental donnant une plus grande liberté aux adolescents ; les normes sociales et les mœurs (interdiction au droit à la chicotte .etc.) sont délaissées au profit de nouvelles aspirations et de nouvelles valeurs, et le groupe social n'a plus de contrôle sur la procréation des jeunes. Par ailleurs, l'école expose la fille à plus de contacts avec le sexe opposé ; comme le souligne le chef de la localité de Ettrokro « *l'absence d'internat (foyer) pour les jeunes élèves affectés oblige ces jeunes à louer des chambres communes* ». La scolarisation des jeunes filles, loin du cadre familial expose celles-ci à des pratiques sexuelles sans contrôle. La scolarisation, c'est-à-dire le système d'éducation formelle, en tant que force de changement, pousse les adolescentes à surmonter les préjugés sociaux ou à transgresser les normes et les règles établies par la tradition.

1.3. La théorie socioculturelle

La procréation des adolescentes dans cette société étudiée, a de multiples raisons. D'abord, l'absence de communication entre les parents et enfants en matière de santé sexuelle et de reproduction, se font ressentir, d'une part en raison du tabou et d'autre part de l'ignorance. Aussi, l'enfantement est valorisé et considéré comme un rituel de passage entre l'enfance et le monde adulte. Par ailleurs, la maturité émane du rite pubertaire. Cette pratique culturelle (débutant dès les premières menstrues (l'âge de 10 ans)), influence la vie reproductive des adolescentes. Ce constat a été également observé dans l'article de **M. B. K. D-D, Kouadio (2015)**, qui affirme que :

« Dans la société Baoulé-Dohoun, le rite pubertaire demeure l'un des éléments fondamentaux de la procréation. Ce passage au stade d'adulte est caractérisé par des responsabilités sociales notamment le mariage, la vie génésique ».

Contrairement à l'étude de **R. Gougoua (2015)**, la pesanteur socioculturelle militent en faveur du mariage précoce des jeunes filles. Cette pratique constitue une des causes des grossesses en milieu scolaire. Tout de même, dans son article, **L., C. Goli (2017)**, expliquent que :

« Le poids de la culture entrave la régression des grossesses en milieu scolaire. Dans ses résultats ; le mariage précoce, la place de la femme dans la famille, la faiblesse, la soumission, le manque d'éducation sexuelle, le faible accès aux contraceptifs, la pauvreté, la faiblesse d'une justice corrompue, sont autant de facteurs qui favorisent les grossesses des jeunes filles scolarisées ».

Malgré les campagnes de sensibilisation sur des méthodes contraceptives, certaines jeunes filles n'envisagent pas les rapports sexuels protégés et celles-ci n'ayant aucune connaissance du calendrier reproductif, contractent une grossesse de façon accidentelle. La grossesse peut être un « *accident* » mais aussi venir d'un désir de la jeune fille ou du partenaire. À ce propos, les travaux de **L. Pourchez, et al., (2002)**, ont montré que :

« Dans les Mascareignes, si les campagnes de prévention, ou le modèle occidental pouvaient influencer les femmes dans leurs choix relatifs à leur vie sexuelle et à leur maternité, ceux-ci étaient plus particulièrement puisés dans leur culture, issus des transmissions culturelles au sein et en dehors de la famille, et de leurs représentations de la vie et de la fécondité ».

2. Les facteurs récurrents de risques accrus de la maternité précoce

Comment s'expliquent ces facteurs ?

Les insuffisances des consultations prénatales et des vaccins non à jour s'expliquent par : le manque de moyens financiers, le manque d'éducation, la théorie psychosociologique, la théorie sociologique ou l'acceptabilité des soins et l'inaccessibilité géographique des soins de santé.

2.1. Le manque de moyens financiers

L'incapacité financière est l'un des déterminants de non-utilisation des soins de santé des mères adolescentes. Par incapacité financière on attend le manque de soutien des parents et du partenaire à subvenir aux dépenses. La vie socio-économique est pratiquement faible. Les mères adolescentes dans la région sont soit élèves ou agricultrices. Elles ont pour compagnons des élèves ou des agriculteurs dont les ressources financières ne sont pas favorables pour la prise en charge de leur grossesse. Ce manque d'argent amène les compagnons à fuir leur responsabilité. À cet effet, les mères adolescentes restent abandonnées, et vivent soit chez les parents, l'oncle ou la grande mère, qui eux aussi vivent une situation précaire. Aussi, faut-il rappeler que la problématique de l'irrégularité des femmes en consultation prénatale a été abordée par **D. Brahima (2013)** au Mali. Ainsi, la précarité financière des femmes et le fait qu'elles assimilent les soins prénataux aux soins curatifs influencent leur irrégularité en CPN.

2.2. Le manque d'éducation

Le manque d'instruction est révélé comme un facteur de réticence aux CPN. L'instruction permet aux mères adolescentes d'acquérir une certaine autonomie. Ici, certaines mères adolescentes sont moins instruites et non pas cette latitude de prendre une décision relative à leur propre santé et à celle de l'enfant. Et ces jeunes mères ont de faibles connaissances sur le calendrier du suivi prénatal, des avantages et des risques encourus. Elles méconnaissent l'existence et l'importance des soins prénataux offerts par les centres de santé et aussi les signes de danger qui peuvent survenir chez le couple mère-nouveau-né durant le postnatal. Ce manque d'information, cause très souvent le retard à la première CPN (après la fin du deuxième trimestre), ou encore le non-respect des délais fixés pour les consultations suivantes, ce qui justement limite le nombre de CPN effectué avant l'accouchement. Dans ce contexte, dans son article portant sur l'impact du niveau d'instruction de la mère dans le déclin de la mortalité au Nigéria, **J.C. Caldwell (1979)** a abondamment discuté du rôle de l'instruction de la mère sur la santé et la mortalité des enfants.

Selon l'auteur, « en plus de l'ouverture à la modernité et le changement de mode de vie, le niveau d'instruction de la femme augmente son pouvoir de négociation avec son conjoint et de s'affranchir de l'emprise des anciens. L'immaturation, les empêche à ne pas se rendre compte plus tôt qu'elles deviennent mères. Et cela suscite un retard dans la prise de décision d'une prise en charge dès les premiers mois de la grossesse ».

Dans cette même optique, **M. Kourouma (2006)** explique qu'au :

« Sénégal, le retard accusé par les mères à la première consultation prénatale en milieu rural constitue le facteur essentiel limitant la surveillance correcte de la grossesse. Il explique ce comportement par le caractère inattendu de la grossesse, l'ignorance des risques et le refus d'être examinées par des prestataires hommes. De plus, ce retard est aussi lié à l'âge, à la multiparité et à l'illettrisme ».

2.3. La théorie psychosociologique

La présence du personnel masculin expliquerait la non-utilisation des services de santé modernes par les mères de cette communauté. Par ailleurs, les jeunes mères ont tendance à cacher leur grossesse parce qu'elles ont honte de se faire découvrir par des amies et cela exerce une influence négative sur l'utilisation des soins obstétricaux. Une prise de décision tardive, vu que la grossesse n'est pas vite reconnue par le partenaire. Aussi dans la société, les jeunes mères ont tendance à avoir une perception à l'égard des pratiques modernes (les vaccins, les comprimés...) comme signe de danger pour leur santé et celle du bébé. Surtout, elles accordent

plus leur temps aux activités commerciales et champêtres que de se rendre dans un centre de santé. À ce propos, une jeune mère déclare ceci :

« Pour moi, la santé est très importante, cependant d'autres préoccupations sont mes priorités dans la vie, à savoir, le commerce et les activités champêtres ».

En ce qui concerne la thèse de, **A. P. Djigimde (1997)**, en milieu rural de Bobo-Dioulasso. Il indique dans son étude que ;

« La proportion faible de femmes consultées au premier trimestre de la grossesse s'expliquait pour la simple raison que, les femmes préféreraient avoir la certitude de porter une grossesse avant de se présenter à la formation sanitaire pour une consultation prénatale. Une autre raison montre que certaines femmes évitaient la consultation prénatale au premier trimestre pour ne pas subir les critiques des villageois ».

2.4. La théorie de l'acceptabilité des soins

Le facteur culturel exerce une influence sur le choix des soins obstétricaux. Les mères adhèrent à des croyances traditionnelles. Elles adoptent des attitudes et des pratiques au cours de leur maternité pour la prévention des maladies ou de complications. Des infusions et des lavements sont recommandés par les mères ou des grand-mères et des interdits sont imposés aux jeunes mères, car la société croit en ces pratiques.

D'après M. F. Djah et R. F. N. Danho (2011), dans leur étude anthropologique sur les soins traditionnels. Ces deux auteurs ont exhibé, que 90,3% des femmes enceintes de Yakassé Feyassé ont recours à la médecine traditionnelle afin de s'assurer du développement des fœtus et d'un accouchement facile. À cet effet, **Rwenge & Nguemaleu (2011)** dans leur article, ont montré que,

« les principaux facteurs de réticence à l'accessibilité de soins moderne pendant la grossesse sont les raisons socioculturelles et traditionnelles, la faible ouverture à la modernité, la pauvreté économique des familles et l'éloignement des formations sanitaires ».

2.5. L'inaccessibilité géographique

La couverture médicale est insuffisante dans la zone. Les distances à parcourir sont longues et les moyens de transport peu développés. Une jeune mère affirme :
« Nous habitons très loin, pour moi le jour de marché est la seule opportunité pour trouver le transport pour aller au Centre de Santé ».

Dans l'ensemble et très généralement en milieu rural, rares sont les centres de santé dotés d'une ambulance. Si cette dernière existe, les moyens de communication sont déficients, dans

de telles conditions, il est difficile de recourir aux structures de santé urbaine ; par exemple, les villages et campements situés entre 5 et 15 km et aussi à plus de 15 km des formations sanitaires. Le manque d'ambulance dans un centre de santé entraîne un grand problème d'évacuations sanitaires qui est souvent effectuées par des véhicules de transport en commun. Ce même constat est corroboré par une étude réalisée par, **I. Tiembré et al (2010)** dans le district sanitaire de Grand Bassam. Les auteurs ont montré que le manque d'ambulance dans un centre de santé entraîne un grand problème d'évacuations sanitaires. Ces évacuations étaient souvent effectuées par des véhicules de transports en commun.

Également, notre résultat est conforté par ceux de **A. DIALLO** et collaborateurs qui ont indiqué qu'en Guinée, l'éloignement de la structure sanitaire a été le motif de l'accouchement à domicile pour 58,41% de femme (**A. Diallo et al**).

L'accessibilité aux soins de santé est donc un déterminant très important du recours aux soins de santé.

2.6. La sous-utilisation des services de santé

Les résultats de cette étude montrent qu'une importante proportion des mères adolescentes accouche dans les formations sanitaires. Cependant, l'utilisation des services n'a pas encore atteint le niveau optimal, parce que toutes les mères ne vont pas accoucher sous surveillance d'un personnel qualifié.

À ce propos plusieurs raisons explicatives justifient ces accouchements hors maternité. Les accouchements se passent à domicile à cause de l'horaire nocturne et la brièveté du travail. Ces mères adolescentes n'ont aucune idée de la date d'accouchement, puisque certaines parmi elles sont analphabètes et d'autres du niveau primaire. Cependant, l'étude **I. Tiembré et al (2010)**, indique que les prestataires n'accordent pas une grande importance aux informations portant sur la date probable de l'accouchement et le lieu de l'accouchement. Ce qui explique souvent les surprises des femmes par l'accouchement.

Le manque de véhicule à des heures tardives les oblige à prendre la décision d'accoucher à domicile. Les mères accouchent sans l'aide d'une tierce personne ou grâce à l'aide d'une accoucheuse traditionnelle ou de la famille (la mère, la grande mère...). Elles sont sans activité génératrice de revenu et sont confrontées au problème de faible niveau de vie. Les mères adolescentes dépendent pour la plupart des parents chez qui elles vivent. En outre, l'absence du conjoint ou l'incapacité de celui-ci à faire face aux dépenses de santé, limitent l'accès des mères aux centres de santé.

Malgré la gratuité établie pour les femmes enceintes, le coût de la prestation des accouchements reste élevé. L'accessibilité financière est donc un facteur pouvant favoriser les accouchements à domicile. Avant la gratuité des soins à l'accouchement, plusieurs mères accouchaient à domicile en raison de leur incapacité à payer les factures. Avec la gratuité, le problème demeure. La pauvreté reste une barrière à l'accès aux soins de santé. De même, **Nkurunziza (2015)**, a également montré qu'en :

« Burundi, les accouchements, y compris les césariennes, sont subventionnés à 100% depuis juin 2006. Pourtant, près de 40% des femmes rurales accouchent encore à domicile. La faiblesse du niveau de vie du ménage est un facteur important de l'accouchement à domicile en milieu Burundais. Une autonomie financière et décisionnelle de la femme réduite et une préférence pour les services des accoucheuses traditionnelles en sont également d'autres raisons ».

Il n'y a pas qu'un seul facteur isolé comme le montrent certains auteurs, mais plusieurs facteurs en interrelation (interaction) dynamique.

CONCLUSION

Les données chiffrées obtenues à travers la théorie de la transition génésique ont permis de comprendre et d'approfondir les facteurs intervenants dans les risques accrus de la maternité précoce dans la société étudiée. Il convient de comprendre qu'il existe des facteurs de risques accrus qui exposent les mères adolescentes aux risques de morbidité et de mortalité. Tous ces facteurs sont interactifs et agissent dans la vie reproductive des mères. Face aux résultats de la présente recherche, il importe de noter que le problème de la santé reproductive chez les adolescentes est un problème qui comporte plusieurs dimensions. Celles-ci sont d'ordre démographique, économique, infrastructurel, épidémiologique, culturel et social. Ce qui veut dire que la solution appropriée devrait tenir compte à la fois de toutes ces dimensions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABE N'doumy Noel, 2013, *la Théorie de la Transition Génésique : un outil de l'observation de la santé maternelle et infantile en Afrique*, Abidjan, Ed.Balafons, 229 pages.

BRAHIMA Dembélé, 2013, « Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : cas de la commune I du district de Bamako », étude socio-anthropologique Sahel, programme AFD-Sahel, Rapport ; 15-29.

CALDWELL John Charles, 1979, Education as a factor in mortality decline an examination of Nigerian data. *Population studies*, 33(3), 395-413.

DJAH François Malan et DANHO Fursy Rodelec Neuba, 2011, « Pratique traditionnelle et les plantes médicinales utilisées pendant la grossesse par les femmes d'Agni-N'denye (Côte d'Ivoire) », *Revue Africaine de la santé reproductive* ; 15(1), 85-93.

AKA Edele, HORO Apollinaire, KOFFI Abdoul., & KONÉ Mamourou, 2021, Mortalité maternelle hospitalière au cours d'une décennie à Abidjan avant les objectifs du développement durable de 2015. *Journal de la sago (Gynécologie–Obstétrique et Santé de la Reproduction)*, 22(2).

TIEMBRÉ Issaka, BI Joseph Vroh Benie., AKÉ-Tano Odile, DAGNAN Simplicie, EKRA Daniel, DOGOU-WAWAYOU Brigitte, ... & ODEHOURI-KOUDOU Paul, 2010, Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire). *Santé publique*, (2), 221-228.

KOUADIO M'bra Kouakou Dieu-Donné, 2015, Analyse sémantique et idéologique de la maternité en pays baoulé-dohoun (Côte d'Ivoire). *European Scientific Journal*, 11(29).

KOUAKOU Bah Jean-Pierre & KONAN Amoumé Thérèse Epse Kouadio, 2018, Facteurs déterminants et répercussions des grossesses précoces en milieu scolaire ivoirien. *Int. J. Adv. Educ. Res*, 3(1), 47-53.

Rapport OMD 2015, Évaluation des progrès réalisés en Afrique pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, 126p.

RWENGE Mburano Jean-Robert & NGUEMALEU Honoré Tchamgoue, 2011, Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises. *African journal of reproductive health*, 15(3), 87-99.

DIALLO Assatou, 2018, Souffrance fœtale aigue: facteurs de risque et pronostic néonatal dans une maternité à ressources limitées en Guinée Conakry. *Journal de la Sago (Gynécologie–Obstétrique et Santé de la Reproduction)*, 19(2).

NKURUNZIZA Mediatrice, 2015, Accoucher à domicile malgré la gratuité des soins: Le cas du milieu rural burundais. *Autrepart*, (2), 85-100.

GOLI Laetitia Carelle, 2023, Comment réduire les grossesses en milieu scolaire ? Consulté le 12 mai 2024 de [Http://Www.Libreafrique.Org/Goli-Laetitia-Carelle-Grossesses-Milieu-Scolaire-170517](http://Www.Libreafrique.Org/Goli-Laetitia-Carelle-Grossesses-Milieu-Scolaire-170517).

GOGOUA Rachel, 2015, « Grossesse en milieu scolaire, un obstacle au maintien des filles à l'école : le cas de la Côte d'Ivoire », Consulté le 12 mai 2024 de https://www.academia.edu/36975772/RDF_colloque_2015_V_2_Rachel_Gogoua_GROSSESSES_EN_MILIEU_SCOLAIRE

DJIGUIMDE Amédée Prosper, 1997, « Analyse des déterminants de l'utilisation des consultations prénatales en zone rurale de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso) ». Thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine (diplôme d'état), Université de Ouagadougou, 96 p., 96 p.

MAMADI Kourouma, 2006, « Contribution à l'amélioration de la qualité de la consultation prénatale : le cas d'un centre de santé rural, Thiadiaye, département de M'Bour région de Thiès, (Sénégal) » mémoire pour l'obtention du diplôme de 3ème cycle de gestion des programmes de santé, Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), 111 p.

POURCHEZ Laurence, 2002, Refus d'allaitement à l'île de La Réunion. *Allaitements en marge. Paris, L'Harmattan*, 47-68.