



# **PASSAGE**

## **Projet d'Approche Solidaire en Santé GEnésique**

EuropeAid/120804/C/G/Multi

### **Attentes et besoins des populations. Rapport d'enquête**

## **Cameroun**

## **Mai 2007**

Solange Ngo Yebga (UCAC/IRD)

## **Sigles et abréviations**

APAD	Aociation pour la promotion
APEEFC	Association pour la protection des enfants éloignés de leurs familles au Cameroun
APRICOM	Action pour la prise en charge communautaire des personnes affectées et infectées
CPF	Centre de promotion de la femme
DDAS	Délégation départementale des affaires sociales
DPJ	Délégation povinciale de la jeunesse
DPPFF	Délégation provinciale pour la promotion de la femme et de la famille
GTP	Groupe technique provincial
IST	Infection sexuellement transmise
OCALPAS	Organisation camerounaise pour l'appui à la lutte contre la pauvreté dans le Sahel
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

<b>Sigles et abréviations .....</b>	<b>2</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Méthodologie.....</b>	<b>5</b>
1.1. <i>Type d'étude .....</i>	5
1.2. <i>Le choix des thèmes de discussion.....</i>	5
1.3. <i>L'équipe d'enquête .....</i>	5
1.4. <i>Présentation des groupes de discussion et échantillon .....</i>	6
1.5. <i>Quelques précisions notionnelles.....</i>	6
1.6. <i>Outils de collecte .....</i>	7
1.7. <i>Analyse et dépouillement des données collectées .....</i>	7
1.8. <i>Difficultés et limites de l'enquête .....</i>	7
1.8.1. <i>Organisation des groupes de discussions.....</i>	7
1.8.2. <i>Communication : français, fulfuldé .....</i>	7
<b>2. Contraintes en santé de la reproduction .....</b>	<b>8</b>
2.1. <i>Contraception et planification familiale.....</i>	8
2.1.1. <i>L'accès à l'information .....</i>	8
2.1.2. <i>La demande de contraception .....</i>	9
2.1.3. <i>Niveau d'instruction .....</i>	9
2.1.4. <i>Education et droits de la femme .....</i>	10
2.2. <i>Suivi de grossesse .....</i>	10
2.2.1. <i>Autorisation maritale et consultation prénatale.....</i>	10
2.2.2. <i>Contraintes financières et état de dépendance.....</i>	11
2.2.3. <i>Comportement des parturientes et soin prénatal .....</i>	11
2.3. <i>Avortement .....</i>	11
2.3.1. <i>Grossesse non désirée.....</i>	12
2.3.2. <i>L'accès aux moyens de prévention de la grossesse.....</i>	12
2.3.3. <i>L'offre de services parallèles .....</i>	13
2.4. <i>Infections sexuellement transmises .....</i>	13
2.4.1. <i>L'information sur les IST et le VIH/SIDA.....</i>	13
2.4.2. <i>Usagers et traitement des IST .....</i>	14
2.4.3. <i>Recours et qualité des soins.....</i>	14
<b>3. Attentes et besoins des populations .....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusion et recommandations .....</b>	<b>15</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>17</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>18</b>
<i>Guide Focus Group 1: Femmes, jeunes et personnes démunies.....</i>	18
<i>Guide Focus Group 2: Prestataires et accompagnateurs des bénéficiaires.....</i>	19
<i>Liste des équipes d'animation des focus groups .....</i>	20

## Introduction

L'amélioration et la qualité des soins est l'une des priorités de la communauté internationale. Pour certaines populations, bénéficier des soins de qualité dans de telles conditions n'est pas du tout aisée quel que soit le domaine de la santé puisque la plupart des systèmes présentent d'énormes insuffisances pour offrir des soins de qualité aux populations, notamment une insuffisance en ressources humaines, en infrastructures, équipements, inefficacité des programmes prioritaires, inaccessibilité financière aux médicaments et dispositifs médicaux essentiels, contraintes relatives à l'approvisionnement, à la distribution, aux ventes illicites et aux comportements des prescripteurs

Au Cameroun, les données quantitatives relatives à la planification familiale et à la grossesse montrent que 9% des femmes connaissent les méthodes contraceptives, 60% des naissances se déroulent dans une formation sanitaire et 78% des femmes n'ont pas d'instruction (EDSCII 2004).

Des observations de terrain menées dans plusieurs pays africains<sup>1</sup> dans plusieurs maternités en milieu urbain révèlent que certains facteurs tels que la disponibilité d'un personnel qualifié (sage femme, gynécologue obstétricien), d'équipements et de médicaments essentiels pour des cas d'urgence (urgences obstétricales, cas d'éclampsie) jouent un rôle important dans la prise en charge et l'offre de qualité de soins obstétricaux en situation d'urgence, pour certaines populations particulièrement les femmes et les jeunes adolescentes.

Dans le même ordre d'idée, une étude quantitative réalisée auprès de 718 adolescentes et femmes âgées respectivement de 10-19 ans et de 20-29 ans et de 754 mères de nouveau-nés à la maternité de l'hôpital central de Yaoundé, montre qu'il y a une différence dans l'utilisation des services de santé maternelle, particulièrement pendant la grossesse et l'accouchement (Nji et al., 2002).

Selon ces auteurs la différence d'utilisation des services de santé maternelle est liée à l'âge de la femme pendant la grossesse ainsi que certaines complications pouvant survenir au cours de la grossesse (avortement, infections sexuellement transmises, hémorragies). De ce fait, il faudrait tenir compte de cette différence de statut (femme, adolescente) pour limiter la morbidité et mortalité maternelle chez de telles patientes (Nji et al, 2002).

L'intérêt que nous pouvons tirer de cette étude c'est qu'il y a une réelle nécessité de prendre en compte ces catégories dans l'élaboration des politiques et des programmes. Toutefois, l'analyse nous semble insuffisante dans la mesure où certains facteurs tels que les conditions de vie, les revenus, les structures sociales et parentales influent également sur le recours à certains services. Par exemple, pour une adolescente ou une femme, le recours à une structure hospitalière dépend souvent des membres de sa famille qui, en cas de traitement, assurent la prise en charge des frais y afférents.

Le plus souvent, l'information de la famille pour des personnes qui sollicitent des services en SR (IST, stérilité, phase de travail de la parturiente) n'intervient souvent qu'en cas de complication ou lorsqu'il s'agit d'une prise charge immédiate.

A Maroua par exemple, à l'Extrême Nord Cameroun, la décision pour certaines jeunes mariées de recourir à une accoucheuse traditionnelle ou un personnel de soin en cas d'accouchement, peut parfois dépendre de la co-épouse, de la belle-mère puisque le plus souvent, ces nouvelles mariées sont à leur charge et elles en assurent le suivi et l'encadrement pendant tout le déroulement de la grossesse. Des observations similaires sur l'intervention des tierces personnes (famille, entourage, amis, voisins) ont été aussi soulignées dans d'autres questions relatives à la santé génésique (IST, avortement).

Ces expériences nous amènent à penser que la qualité des soins en santé génésique dépend aussi bien des pratiques professionnelles que de l'implication de non professionnels, qui d'une manière ou d'une autre, offre leurs services aux femmes et aux adolescents, mais ces actions ne sont pas toujours soulignées dans les politiques de santé.

Un autre travail de terrain réalisé par Tebeu et al (2006) entre 1999 et 2004 à Maroua, montre que sur 13 026 accouchements effectués à la maternité de l'Hôpital Provincial, 26,54% sont ceux des adolescentes âgées de 10 à 19 ans. Pour les auteurs, ce taux est un indicateur de l'activité sexuelle précoce, parfois non protégée des adolescents. L'étude permet également de penser que cette

---

<sup>1</sup> Cette étude est issue d'un projet d'action concertée menée par la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale en 2001 à partir des données recueillies auprès de 20 maternités des services en Afrique Centrale, occidentale et de Madagascar.

catégorie est sujette à des affections et donc courent des risques considérables en santé reproductive.

L'étude est donc une interpellation de la prise de conscience de l'intégration de la santé des jeunes et des adolescents dans les politiques nationales et régionales. Il convient selon eux de trouver et de mener des études plus approfondies, avec des stratégies adaptées aux réalités locales afin d'offrir à ces populations des soins de qualité.

L'objectif global de passage donc dans cette optique est de contribuer par une approche participative et globale à l'amélioration de la santé génésique et sexuelle de la population, particulièrement des jeunes. Spécifiquement, il s'agit d'amener les politiques et programmes à adapter leurs stratégies aux demandes et aux besoins des populations, de garantir l'adéquation entre la demande des populations et l'offre de services, de faciliter l'accessibilité des jeunes aux soins de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive.

L'une des stratégies proposée dans le cadre de ce projet est donc d'identifier avec les communautés, particulièrement les jeunes, les femmes, les personnes démunies, les attentes et les besoins spécifiques en matière de santé génésique et sexuelle.

Mener une telle étude avait donc un double souci: identifier les problèmes rencontrés autour de la question de la santé reproductive et sexuelle en donnant la parole aux acteurs, ensuite engager une action concertée avec les différents acteurs (jeunes, femmes, personnes démunies, hommes, prestataires de soin, accompagnateurs et encadreurs des projets jeunes et des femmes) pour offrir des soins et des services de qualité.

C'est également ce double souci qui a guidé notre enquête sur les « Attentes et les besoins des populations en abordant les questions relatives à la fois à la contraception et au planning familial, au suivi de la grossesse, à l'avortement et aux infections sexuelles transmises et le VIH/SIDA

Dans cette optique, l'enquête effectuée est donc une écoute et un compte rendu des besoins des bénéficiaires, des difficultés rencontrées en santé de la reproduction et sexuelle, plus précisément en matière de contraception et de la planification familiale, du suivi de la grossesse, de l'avortement, des infections sexuellement transmises, des suggestions et des propositions de la communauté pour améliorer et offrir les soins et les services de qualité en santé génésique.

L'enquête de terrain a été effectuée à Maroua entre les mois de d'avril et mai 2007. La méthodologie de l'enquête, les contraintes relatives en santé génésique, les attentes et les besoins des bénéficiaires, la conclusion et les recommandations constituent les principales articulations de ce rapport.

## **1. Méthodologie**

La partie méthodologique comprend la présentation du type d'étude, les thèmes de discussion, l'équipe d'enquête, des précisions notionnelles de l'expression « personne démunie », les outils de collecte, les difficultés et les limites de l'enquête.

### **1.1. Type d'étude**

Cette étude est essentiellement qualitative sur la base des discussions de groupe avec différents informateurs. Nous avons impliqué lors de ces en plus des bénéficiaires du projet (jeunes, femmes et personnes démunies), les personnes ressources comme délégués provinciaux partenaires du projet (DPPFF, DDAS, DPJ), les prestataires de soin et des personnes accompagnateurs des projets jeunes, ou qui parfois prennent des femmes en charge dans le cas de l'accouchement ou de la grossesse (les accoucheuses traditionnelles par exemple) et les animateurs d'associations qui œuvrent pour les jeunes et les femmes.

### **1.2. Le choix des thèmes de discussion**

Quatre thèmes de discussion ont été proposés:

- Le planning familial et la contraception
- Le suivi de grossesse
- L'avortement
- Les IST et le VIH/SIDA

### **1.3. L'équipe d'enquête**

Pour la mobilisation des informateurs dans les quartiers, nous avons sollicité l'aide de certaines associations comme ALVF, Assame, Ocalpas. Les responsables des dites structures ont mis à notre

disposition quelques uns de leurs animateurs en fonction de leurs compétences et du secteur d'activité (quartier dans lequel un animateur mène habituellement ces activités).

Trois équipes d'animation des groupes de discussion ont donc été constituées en fonction des cibles (les jeunes, les femmes et les personnes démunies).

Après cette constitution, la seconde étape consistait pour elles à identifier et de mobiliser les informateurs, à expliquer les modalités de déroulement des groupes de discussion (lieu, l'heure). Nous avons aussi parallèlement à ces discussions de groupe, tenu deux séances préalables d'animation (pour familiariser les animateurs à l'usage des thématiques et décider du choix et de la traduction des mots) avec chaque équipe.

La discussion des groupes se déroulait généralement soit au quartier, au domicile de l'un des informateurs qui avait accepté de nous offrir « son saré », soit dans les centres de formation.

#### **1.4. Présentation des groupes de discussion et échantillon**

Les principales caractéristiques des informateurs retenues étaient:

- Etre bénéficiaire du projet PASSAGE
- Etre scolarisé
- Etre non scolarisé

En dehors de ces caractéristiques précitées, nous avons adjoint le critère « être responsable d'un programme ou d'une association en faveur des jeunes, des femmes ou des personnes démunies ou accompagnateur des activités des bénéficiaires », afin d'avoir les points de vue des autres acteurs et de les impliquer dans la réalisation de ce projet.

Au total donc douze discussions de groupe ont été réalisées comme nous l'indique cette liste:

- un groupe de femmes au foyer
- un groupe de jeunes filles scolarisées
- un groupe de jeunes garçons scolarisés
- un groupe de mères célibataires
- un groupe de jeunes non scolarisés
- un groupe de personnes démunies
- un groupe de femmes et filles dans un centre de formation professionnelle
- un groupe de prestataires
- un groupe d'animateurs et/ou accompagnateurs des projets jeunes
- trois groupes de personnes ressources (DDPFF, DDAS et DPJ)

La plupart des groupes était composés de 6-8 informateurs. Seul l'âge des principaux informateurs et bénéficiaires du projet a retenu notre attention lors de cette enquête. L'âge de ces informateurs variait respectivement entre 15 et 25 ans pour les jeunes, entre 23-35 ans pour les femmes, et 15-30 ans pour les personnes démunies.

#### **1.5. Quelques précisions notionnelles**

Il faut préciser que pour les personnes démunies, nous avons eu du mal à les identifier puisque la plupart de ces personnes pouvait être à la fois, jeune (fille ou garçon), femme. Ce qui exigeait donc à la fois une pré enquête et donc des ressources (financières, matérielles et humaines) et du temps supplémentaires. En collaboration avec la Délégation départementale des affaires sociales, nous avons choisi de travailler avec des personnes défavorisées telles que les enfants de la rue, les filles mères et orphelines, les femmes veuves et enfants orphelins vulnérables. Ces groupes font partie des cibles de la DDAS. Des associations comme Woudawo, l'association des assistantes sociales de Maroua et APEEFC bénéficient de l'appui (matériel, financier et suivi) de la DDAS pour encadrer ces cibles. Nous avons donc tenu une réunion de concertation avec les responsables des dites structures sous la coordination de la déléguée départementale puis par la suite nous avons choisi ensemble trois informateurs parmi ces catégories. Exceptionnellement, un groupe de 10 personnes a été constitué et dénommé, personnes démunies. Aussi, « personnes démunies » renvoient à des personnes défavorisées matériellement, psychologiquement et socialement mais qui bénéficient de l'aide et de l'encadrement d'une structure associative spécifique.

## **1.6. Outils de collecte**

Un guide d'entretien comprenant quatre thèmes (la contraception et l'espacement des naissances, le suivi de la grossesse, les IST/VIH et l'avortement) servait d'outil de collecte des données.

## **1.7. Analyse et dépouillement des données collectées**

Les données ont été dépouillées manuellement. Les principaux résultats obtenus présentent les contraintes relatives à la contraception, au suivi de la grossesse, aux IST/VIH et à l'avortement. Par souci de concision, seules les données relatives à ces quatre thèmes sont présentées dans ce rapport. Les suggestions et propositions évoquées lors des discussions de groupe traduisant les besoins et les attentes des différents informateurs ont été regroupées et listées afin d'éviter les redondances et les répétitions.

## **1.8. Difficultés et limites de l'enquête**

Les difficultés concerneront l'organisation matérielle, la communication avec certains informateurs, le rôle de l'enquêteur et les informations collectées au cours des discussions de groupe. Les autres informations recueillies et n'ayant pas été soulignées peuvent nécessiter une collecte supplémentaire afin d'enrichir les thèmes et être utilisées pour des éventuelles publications.

### **1.8.1. Organisation des groupes de discussions**

Certains groupes de discussion comme celui des femmes pose beaucoup de problème. La plupart des femmes rencontrées était des femmes dans les « saré » (femmes au foyer parfois non scolarisées). Leur sortie même si celle-ci est dans le voisinage exige souvent l'autorisation des époux. Il n'était pas rare qu'à la vue d'un homme de la maison ou du chef de « saré », les femmes arrêtent des discussions. Certaines s'éclipsaient d'ailleurs à l'occasion.

La préférence est de tenir la rencontre dans leur propre « saré » avec le risque de n'avoir que les épouses du chef de ménage et de leurs voisines. C'est ce qui nous avait d'ailleurs été proposé lors de la rencontre de la mobilisation. Après des explications de l'animatrice, la décision d'inviter d'autres femmes a été adoptée à l'unanimité.

L'autre difficulté pour l'organisation est souvent liée à la définition de l'horaire de la discussion. Il est assez difficile d'avoir une discussion avec les femmes le matin. Elles proposent en général que cela soit réalisé dans l'après-midi. Malheureusement, cet horaire coïncidait avec l'heure des préparatifs des repas du soir. Avant même la fin de la discussion, certaines femmes se voient souvent obligées de partir pour « éviter le mécontentement de leur mari si le repas n'est servi à temps ». La rencontre avec cette catégorie de population exige des démarches et un temps de négociation certains (plusieurs semaines à l'avance et beaucoup d'intermédiation). Ces contraintes ne sont pas adaptées et adéquates pour des enquêtes ponctuelles et limitées dans le temps.

### **1.8.2. Communication : français, fulfuldé**

Compte tenu de leur niveau de scolarisation, la discussion se déroule souvent en langue locale, le fulfuldé. Des difficultés de compréhension, de traduction et de saisie des informations sont souvent observées surtout pour un enquêteur qui ne maîtrise pas la langue. Certaines informations échappent à l'enquêteur et le contrôle de l'information reste toujours une difficulté permanente entre ceux qui traduisent et les informateurs.

Confusion de rôle : chercheur et/ou juge des pratiques peu orthodoxes des professionnels de santé à l'égard des usagers des structures de santé ?

Les groupes de discussion apparaissent le plus souvent pour des différents informateurs surtout ceux qui n'appartiennent pas au corps médical comme « une forme de tribunal » pour des prestataires. Il n'est pas rare d'observer que des digressions soient opérées, des accusations de tel soignant soient évoquées lors de discussions de groupe. Parfois, l'attitude du chercheur à vouloir expliquer et à comprendre apparaît très ambiguë et prolonge le temps prévu pour les discussions. Malgré ces difficultés, nous avons pris le temps de préciser que ce travail n'a pas l'intention « d'accuser ou de juger » qui que ce soit. Le but est plutôt d'avoir « le point de vue de chaque informateur et de voir comment nous pouvons améliorer ensemble les soins offerts en santé sexuelle et reproductive aux jeunes, aux femmes et aux personnes démunies à Maroua, donc chaque « usager et prestataire a une responsabilité dans cette tâche ».

## **2. Contraintes en santé de la reproduction**

Les contraintes rencontrées par les informateurs sont observées autour de la contraception, de la planification familiale, du suivi de la grossesse, de l'avortement et des IST/VIH sont à la fois relatives à leur environnement familial et à la qualité des prestations offertes.

### **2.1. Contraception et planification familiale**

La planification familiale et la contraception, bien que connues par certains ne sont pas toujours observées dans leurs pratiques quotidiennes pour espacer les naissances ou éviter les grossesses. Car selon certains informateurs, « *les enfants quand Dieu te les donne il faut les faire, il faut les accoucher* ». Ce qui apparaît plus dans la pratique, c'est que les méthodes naturelles sont les plus évoquées et utilisées.

L'observance de la contraception et de la planification familiale n'est pas toujours acceptée, car le plus souvent la décision du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances dans le cas des couples relève de la volonté du mari principalement. « *En dépit de l'envie manifeste des femmes d'arrêter parfois l'état physique et inquiétant des femmes dû aux maternités ou aux grossesses répétées, ou des mariages précoces des filles ; quelquefois aussi le il y a le mari qui s'oppose, le mari dit qu'il faut donner autant d'enfants que possible . Or quelquefois la femme se sent déjà fatiguée, peut-être qu'elle a accouché de, 3, 4, 5, 6, 7 enfants, elle est déjà un peu fatiguée, et elle désire la paix pour se reposer mais le mari bloque, il n'accepte pas* » (Focus group, Prestataires de soin).

Aussi lorsque l'on est un jeune, une femme ou une personne démunie, l'usage de la contraception en dépend également en général. Toutefois, pour ceux qui choisissent d'adopter une méthode contraceptive, les méthodes naturelles et traditionnelles telles que l'abstinence, sont les plus utilisées selon les informateurs parce que « *moi j'ai suivi seulement pour le planning familial, on nous a seulement donné sans expliquer ce que c'est ; les gens ont très mal accueilli ce mot, on croyait que le planning familial veut dire ne plus accoucher* ». (Une femme, Focus Group avec des femmes et jeunes filles d'un centre de formation)

Quant aux méthodes modernes comme la pilule, les injections, le préservatif, seules quelques catégories en bénéficient. Plusieurs raisons expliquent ces contraintes notamment l'accès à l'information, la demande de la contraception, le niveau d'instruction et l'éducation et le droit de la femme. Nous pouvons examiner les contraintes liées à la planification familiale et la contraception à travers l'accès à l'information, la demande de la contraception, le niveau d'instruction, l'éducation et les droits de la femme.

#### **2.1.1. L'accès à l'information**

Les femmes sont souvent informées sur la planification familiale lors des consultations prénatales dans les structures de soin ou pendant les causeries éducatives. Or à l'observation, les visites prénatales par les femmes enceintes telles que prescrites tout au long de la grossesse ne sont pas systématiques, et dont garantissent pas toujours la transmission de l'information souhaitée par les prestataires et les politiques de santé formulées à ce sujet.

Le nombre de consultation varie en moyenne entre une à deux pour les plus assidues. Pour d'autres encore, aucune consultation prénatale n'est effectuée parce que « *lorsque tu vas à l'hôpital, on te demandera l'argent pour payer les frais de ceci ou de cela* ». Seul un cas de maladie non identifié ou n'ayant aucun rapport avec la grossesse selon la parturiente, pourrait obliger à se rendre dans une structure de soin comme le témoigne cette femme « *si tu te sens malade, tu vas à la consultation prénatale, tu dis au docteur ce qui te fait mal, il te donnera les médicaments et on te fera aussi des piqûres. Si cela se passe bien, tu n'es pas malade tu accouches tranquillement à la maison* » (Focus Group, Femmes au foyer quartier Domayo).

Par ailleurs, les voisines et les co-épouses sont une autre source permanente auprès desquelles les femmes peuvent obtenir des informations sur les méthodes contraceptives, informations qui ne sont pas toujours exactes ou susceptibles de répondre toujours à leurs préoccupations, indépendamment des conseils et informations des prestataires.

Pour les jeunes, la planification familiale et la contraception sont « *une histoire de couple* ». Parler de la contraception semble « *précoce* », « *d'aucune nécessité pour l'instant car cela nécessite un peu de moyens* » et surtout que la sollicitation des structures de soin n'est pas si fréquente. L'on note néanmoins une différence d'accessibilité (en ce qui concerne les informations sur la planification familiale) pour les jeunes.

Les jeunes des établissements confessionnels et publics, donc scolarisés bénéficient plus d'information que ceux qui ne sont plus scolarisés puisque l'introduction des disciplines et modules

sur l'« éducation à la vie et à l'amour » par exemple ou la création des « Clubs Santé »<sup>2</sup> donnent des occasions à ces jeunes d'être plus informés que ceux qui ne sont plus scolarisés. Les activités éducatives avec thèmes (sur la sexualité par exemple), les débats animés par des accompagnateurs, la formation sur la pair éducation sont le plus souvent des opportunités pour sensibiliser et des occasions d'échanges entre les jeunes et les adultes.

### 2.1.2. La demande de contraception

Les pilules, le stérilet et le norplant sont les principaux contraceptifs dont disposent certaines structures de soin à Maroua. Mais cette disponibilité n'est pas toujours garantie. De nombreuses ruptures de stocks peuvent être observées, limitant ainsi l'accès des femmes et des jeunes à la contraception.

Pour les jeunes même si l'offre des contraceptifs venait à être améliorée, le coût de ces contraceptifs n'est pas toujours à leur portée puisque la plupart « *dépendent financièrement de leur parents ou d'une tierce personne de leur famille* ».

Parfois aussi, si un jeune venait à solliciter une structure pour une telle demande, « *le comportement des infirmiers* » lors de la consultation de routine surtout « *leurs questions*<sup>3</sup> » (sur la grossesse, sur le VIH/SIDA les IST, les raisons pour lesquelles la jeune sollicite une méthode contraceptive) « *découragent les jeunes à aller vers les structures de soin ; parce que un jeune n'aura pas ce courage pour aller se placer devant un infirmier ou une infirmière, lui parler de reproduction, de sa sexualité ; là parce qu'il va se sentir mal à l'aise* ». (Un jeune, Focus Group garçons). « *On préfère un endroit où on peut demander un conseil, un service sans honte, sans problème* »

De telles questions pour le jeune apparaissent comme une « *violation de l'intimité* » surtout comme une « *forme d'étalage de sa sexualité* ».

Pour les femmes, le choix préférentiel d'enfant (préférence d'un enfant de sexe masculin par rapport un enfant de sexe féminin pour pérenniser la génération) limite la demande des contraceptifs. Cette observation est surtout valable pour les femmes en couple selon les prestataires. « *Quelquefois, nous recevons les femmes qui sollicitent une méthode contraceptive parce qu'elle est fatiguée ; elle dit qu'elle a cinq enfants mais elle n'a que des filles, elle cherche des garçons ; son mari ne peut pas accepter parce que pour lui ne pas avoir de garçons c'est toute sa génération qui est finie* ». (Un prestataire, Focus group Prestataire). La sollicitation de la contraception par des femmes dans de telles situations est parfois difficile et sa pratique montre qu'entre couples, la décision de la mise sous contraceptif n'est pas toujours discutée parfois même inexistante. En cas de nécessité, la décision est unilatérale. Seul un cas d'extrême urgence peut amener à instaurer la contraception dans le couple.

Pour les jeunes, la demande de contraception même si elle n'est pas toujours formulée, est bien réelle et n'intervient qu'en cas de nécessité ou d'urgence.

### 2.1.3. Niveau d'instruction

A Maroua, le taux d'analphabétisme est très élevé surtout chez les femmes. L'accès à la contraception et à la planification familiale peut aussi s'analyser à travers le niveau d'instruction et dégager les différences entre la population féminine scolarisée et la population féminine non scolarisée.

Les femmes et les filles scolarisées parfois ayant un niveau d'instruction certain sont mieux disposées et informées sur la contraception. Par exemple, certaines structures d'encadrement des jeunes filles et des centres de formation comme le CPF (Centre de promotion de la femme) ou le Saré Tabita, dès la deuxième année de formation, introduisent des modules sur la grossesse, sur la sexualité, sur l'hygiène de la femme avec l'appui des soignants de certaines structures et les responsables des centres de formation. Ainsi, seules les femmes ou les jeunes filles inscrites dans ces centres bénéficient de cette formation, donc sont informées sur la contraception et la planification familiale. Les informations sur la contraception restent donc inaccessibles à celles qui sont exclues des systèmes éducatifs formels.

Les personnes démunies sont davantage touchées par cette situation. Par exemple, cette personne démunie, membre d'une association raconte « *moi je pense qu'il faut être lettrée parce que quand tu*

---

<sup>2</sup> Club santé : regroupement des jeunes dans les établissements scolaires secondaires autour des activités en santé de manière générale.

<sup>3</sup> Selon certains prestataires, la consultation d'un jeune garçon ou d'une jeune fille est souvent l'occasion pour eux d'évoquer et d'aborder toutes les questions de la santé au-delà de la demande mais cette méthode n'est pas toujours acceptée et appréciée dans la plupart des cas

*pars à l'hôpital n'est-ce pas qu'on te donne un carnet et on écrit, on donne un délai ; si ce délai passe parce que tu ne connais pas lire, ça peut déranger »* (Femme démunie, Focus Group avec personnes démunies)

Le niveau d'instruction conditionne donc dans la plupart des cas l'information et l'accès à la contraception et à la planification familiale des femmes.

#### **2.1.4. Education et droits de la femme**

L'éducation que la femme reçoit selon certaines informatrices part de l'interprétation des textes sacrés. «chez nous il ya la mauvaise interprétation de la religion, parce que on se dit que *quand tu es une femme à tout moment quand notre mari vient tu n'as pas droit à dire non, donc tu dois seulement accepter même si tu as un bébé d'un mois tu sais que maintenant c'est ta période tu vas concevoir ; mais si le mari vient tu n'as pas le droit de dire non, hors c'est une mauvaise* interprétation de la religion ; on est obligé de subir parce que tu ne peux pas quitter ton mari pour dire à tes parents que moi mon mari m'a chassé parce que j'ai refusé, le père va te renvoyer on va te dire que non ce *n'est pas ça, donc il y a la mauvaise interprétation de la religion* ». Certains comportements des femmes, pourraient se comprendre et s'expliquer par l'éducation qu'elles ont reçu et se soustraire à ces « normes de fonctionnement d'une société » par exemple comme « se refuser à son mari » même en période féconde « est un signe de désobéissance et un refus de son devoir conjugal » selon ces informatrices. (Focus Group, Femmes APAD).

Outre les contraintes liées à la contraception et à la planification familiale, les femmes sont confrontées à des difficultés dans le suivi de leur grossesse.

#### **2.2. Suivi de grossesse**

Habituellement, il est recommandé que les femmes effectuent les visites prénatales dans un centre de santé ou un hôpital dès le deuxième ou le troisième mois de la grossesse. Ces rendez-vous sont mensuels et dépendent également de l'état de santé général de la femme.

Lors de ces consultations, la date du prochain rendez-vous est en principe donnée à la parturiente. D'autres visites supplémentaires peuvent intervenir indépendamment de la date fixée selon les prestataires.

Malgré cette procédure bien définie, le suivi de la grossesse ne se déroule pas toujours selon les normes prescrites. Pour certaines femmes, « elles ne jugent pas de la nécessité d'en faire » puisque par expérience elle a eu d'autres grossesses dans les mêmes conditions comme le témoigne l'une d'entre elles « *moi j'attends jusqu'à six mois avant d'aller à l'hôpital ; je vais deux à trois ça va* » ou encore « *si on se sent bien, on n'est pas malade, on peut bien accoucher* ».

Pour d'autres enfin, des contraintes d'ordre marital, financières ou enfin les relations qui se jouent souvent entre prestataires et usagers, parturientes particulièrement les « empêchent d'aller à l'hôpital ».

##### **2.2.1. Autorisation maritale et consultation prénatale**

En général pour certaines femmes<sup>4</sup>, la plupart des sorties exigent l'autorisation du mari, même dans le cas d'une visite médicale. Le conjoint selon certaines, peut même « *choisir l'hôpital* » dans certaines situations (cas de la grossesse par exemple)<sup>5</sup>. Or, dans le cadre du suivi de la grossesse, un minimum de visites prénatales médicales est exigé. Pour certaines, jusqu'au 8<sup>e</sup> mois de grossesse, aucune visite prénatale n'a été effectuée. Au cas où la femme s'aventurerait à se rendre dans une

---

<sup>4</sup> Ceci est surtout valable pour les femmes Peules. Selon les prestataires, lors des consultations, ces femmes surtout nouvellement mariées sont le plus souvent accompagnées par leur mari et une femme de la concession. Ce dernier reste en dehors des lieux de consultation et en général sous les arbres et attend. C'est cette accompagnatrice qui joue souvent le rôle de conseillère de la nouvelle mariée et sert parfois au niveau des rapports entre l'époux et la mariée, de courroie de transmission surtout en ce qui concerne les dépenses relatives à ces soins. Au cas où celui-ci a été empêché au moment où la femme se rend à la visite, il est fort possible que la femme et son accompagnatrice renvoient les soins plus tard et rentrent à la maison en attendant une autre occasion puisque le plus souvent, elles ne disposent pas d'argent pour assurer les frais relatifs aux soins administrés à la maternité.

<sup>5</sup> Il est récurrent de constater que le recours d'une structure de soin surtout dans le cas de la grossesse et de l'accouchement dépende du personnel soignant. Certaines femmes sollicitent et préfèrent les structures où l'on va rencontrer des infirmières parce que leur mari l'exige. Cela est surtout observable auprès des populations musulmanes.

structure de soin de son propre gré, sans l'autorisation du mari, il est fort possible qu'elle soit « répudiée » et « rejetée » même par ses parents comme elles nous l'indiquent ici : « *la femme ne peut pas sortir d'elle-même pour aller à l'hôpital faire suivre sa grossesse ; allez d'elle-même ce n'est pas facile elle doit demander l'avis de son mari ; oui parce que sans l'autorisation du mari elle ne sors pas (...) ; tu ne peux pas sortir sans l'autorisation de ton mari c'est difficile dans le cas où tu sors c'est la répudiation, si tu pars tu rentres tu ramasses seulement tes effets tu sors ; parce que si tu pars chez tes parents on te demande que tu es venu mais ton mari est à la maison rentre ; c'est l'éducation de base surtout chez le musulman* » (Focus Group, Femmes et filles de l'APAD/ALVF).

D'autres par contre sont confrontées à des difficultés d'ordre financières.

### **2.2.2. Contraintes financières et état de dépendance**

Le paiement des soins relatifs à la grossesse et l'accouchement est pour la plupart des cas assuré par le mari ou la parentèle puisque le plus souvent la femme ne dispose pas toujours d'une source de revenus. Même si elle mène une activité génératrice de revenus, celle-ci ne lui permet pas en même temps d'assurer ses besoins quotidiens et ses soins parce que souvent elle est à la charge du mari comme le souligne une intervenante « *madame il y a la pauvreté pour aller à l'hôpital ; il faudrait ne serait-ce que l'argent de taxi, ne serait que l'argent de la consultation, la femme est tellement pauvre qu'elle ne compte que sur son mari, elle ne compte que sur l'homme* ».

En plus de ces frais afférents à sa consultation prénatale si modiques soient-ils, les comportements de certains personnels de santé redoutent davantage les usagers. Selon certaines femmes, usagères « *dans la majeure partie des cas même ces gens là à l'hôpital ne suivent pas la procédure ; dès que vous arrivez là, leur problème c'est que donne l'argent, donne l'argent* » (Focus Group avec des femmes).

Il faut aussi noter que le comportement (comportement de discrétion, d'effacement) qu'affichent les parturientes trouve son explication par rapport à leur milieu de vie, à leur environnement familial. Mais ces « *manières de faire* » ne sont pas toujours intégrées dans la pratique des professionnels de santé comme l'indique cet extrait.

### **2.2.3. Comportement des parturientes et soin prénatal**

A chaque visite prénatale, la date de la prochaine visite, le traitement et les conseils sur l'état de la grossesse, les signes de l'accouchement sont autant d'informations qui sont données à la femme enceinte. En dépit de cela, il n'est pas rare que des consignes données ne soient pas suivies pendant toute la grossesse. Certains accouchements sollicitent accoucher à domicile sans aucune consultation prénatale.

Selon certaines femmes, la consultation en dehors des rendez-vous n'intervient que lorsque la femme a des petits problèmes comme le témoigne l'une femme : « *si tu as des problèmes tu vas voir le docteur, on te donne le traitement sinon tu restes chez toi* ».

Parfois, lorsqu'elle se décide à rencontrer un soignant, le motif pour lequel elle consulte n'est pas toujours celui révélé au soignant lors de l'interrogatoire. Ce « *type de comportement* » pour le soignant est un travail supplémentaire parce « *qu'il faut creuser parce que les femmes ici sont fermées* » (Focus Group avec Prestataires).

Comme la contraception, la planification familiale et la grossesse, il existe aussi des contraintes liées à l'avortement. Cette partie sera donc consacrée à la présentation de ces différentes contraintes.

## **2.3. Avortement**

Le recours à la pratique abortive est observé à Maroua. L'avortement est pratiqué aussi bien dans les structures de soins (publiques et privées) que dans les quartiers et à domicile. Deux types d'avortement ont été mentionnés : l'avortement spontané et l'avortement provoqué.

Dans le cas de l'avortement spontané, la consultation peut se faire aisément. Ces cas sont la plupart du temps déclarés avec pour motifs récurrents : saignement, grossesse arrêtée par exemple. L'entourage et la famille sont toujours informés et impliqués dans la décision de se rendre dans une structure de soin.

Contrairement à l'avortement spontané, seules les complications obstétricales obligent les filles et les femmes à recourir à une structure de soin. De tels cas ne font pas toujours l'objet d'un enregistrement dans les structures de soin

Les déclarations notées dans le cas de l'avortement sont ceux des avortements spontanés, incomplets ou complets. Toutefois, il est assez difficile sur simple déclaration d'affirmer que l'avortement réalisé a été spontané ou volontaire. Seuls l'examen physique et clinique par un soignant

ou une intervention chirurgicale dans les cas des complications, permet d'attester du type et de la nature de l'avortement pratiqué.

Les méthodes utilisées sont à la fois modernes (injections, curetage et sonde) et traditionnelles (écorces, potions).

Les sources d'approvisionnement dans le recours à l'avortement provoqué sont des vendeurs ambulants ou « aga », le personnel soignant des structures de soin, les amis ou la parentèle.

Solliciter un avortement se fait souvent par les intermédiaires, sur propre initiative ou le recours à des personnes (amis, parents) dont la réputation est connue par les seules personnes ayant sollicité de tels services.

Mais les motivations de ces sollicitations ne sont pas identiques pour toutes les catégories des femmes.

### **2.3.1. Grossesse non désirée**

Pour les femmes mariées, l'avortement intervient souvent comme moyen « d'épacement des naissances trop rapprochées entre les enfants ». Le recours à l'avortement s'effectue comme une consultation de routine post partum parfois à l'insu du mari.

Au cas où le personnel soignant refusait de telles demandes, des co-épouses, les vendeurs ambulants des médicaments modernes ou des produits de la pharmacopée traditionnelle constituent le second recours.

Ces personnes ne sont pas toujours qualifiées mais usent de « l'expérience due à leur métier de vendeurs des médicaments modernes » ou tout simplement parce que les demandes de tels services par les femmes sont récurrentes.

Pour les jeunes filles, l'arrivée d'une grossesse hors mariage constitue la « pire des choses » comme le souligne une fille lors de la discussion de groupe « *moi je pense que quand une femme attrape la grossesse peut-être quand elle est mariée il n'y a pas de problème, la grossesse est bien accueillie elle est bien fière d'avoir cette grossesse ; quand tu n'es pas mariée et que tu es une jeune fille c'est là qu'il y a problème* » (Focus Group avec les jeunes)

Les informations sont toujours données par les pairs ou les amis. La mère est également considérée comme la personne la plus concernée (mais pas toujours la plus informée) puisque le plus souvent, si le père venait à constater que sa fille est enceinte sans au préalable « *qu'il y ait un projet de mariage ou éventuellement un prétendant* », il est fort probable que la mère et la fille soient expulsées de la concession paternelle. Selon certains informateurs « *pour le père, la grossesse de sa fille symbolise pour lui la honte, un déshonneur et le signe d'une complicité partagée entre la mère et la fille* ».

Certaines jeunes filles usent parfois de stratégies plus subtiles telles que « le camouflage » lorsqu'elles constatent qu'elles sont enceintes « *...de fois elle cache jusqu'à l'accouchement ; tu ne sais pas si ta fille est malade et tu pars à l'hôpital avec qu'elle dès la grossesse grandit et qu'il y a l'enfant ; il y a de fois la maman te pose la question est-ce que tu es enceinte tu dis non ; or elle voit que tu es enceinte finalement tu as peur de lui oui ; parce qu'il ne faut pas ça créé des problèmes tu préfères attendre jusqu'à le jour de l'accouchement ou bien alors entre temps on essaie de te faire avorter* ».

Parfois, elles précipitent leur mariage lorsque le prétendant s'était déjà présenté afin de lever toute suspicion au sujet de leur éventuelle grossesse. La découverte de la grossesse n'interviendra que plus tard, lorsque le mari finit par exiger que son épouse soit consultée par un soignant afin de confirmer la présence d'une grossesse ou non. Seul le nombre de mois de grossesse permet de préserver la survie de cette union récente. Dans le cas contraire, les époux finissent par se séparer et la fille peut rejoindre le domicile parental puisqu'elle « *a déjà été mariée et tout le monde sait qu'elle a mis les pieds dans le mariage* » (Focus Group, Jeunes femmes et filles en formation dans un centre).

Mais on peut aussi observer chez certaines les difficultés d'accéder aux moyens de prévention de grossesse.

### **2.3.2. L'accès aux moyens de prévention de la grossesse**

L'accès aux moyens de contraception comme la pilule ou le préservatif ne sont pas toujours à la portée des usagers selon les informateurs. Seuls ceux qui bénéficient d'un réseau relationnel assez large (amis, un parent soignant, l'implication dans la pair éducation ou des activités des clubs santé) peuvent avoir des opportunités de se procurer des préservatifs par exemple, et parfois d'en être les « fournisseurs » pour les autres. Or, la demande est bien permanente pour peu que vous les rencontriez pendant des activités de sensibilisation ou au cours des formations.

Cette demande ne se fait qu'à des personnes de confiance (comme les sensibilisateurs, les formateurs) car pour un jeune, se rendre dans une structure de soin par exemple ou auprès de ces parents n'est pas toujours « aisée » et « facile ». L'on sollicite d'abord ses pairs en première intention et puis il n'est pas toujours évident que sa demande soit prise en considération lorsqu'on s'y engage comme le souligne ce jeune *« parce que un jeune n'aura pas le courage pour aller se placer devant un infirmier ou une infirmière lui parler de ceci ou cela, de reproduction, de la sexualité quoi ; là il va se sentir mal à l'aise ; le jeune et la personne qui serait entrain de l'écouter ; il va prendre cela à la légère ; il va un peu essayer de tourner le jeune et le renvoyer sans rien lui dire de bon : mais pourtant ce jeune il est allé parce qu'il avait vraiment besoin de certaines informations »* ou encore *« il va d'abord nous parler par rapport à notre situation de jeune, il va d'abord nous demander de nous abstenir et de voir la question plus tard »* alors que la demande est bien réelle. Parfois, on recourt à des services parallèles comme des *« ambulants parce que l'accès est facile »*.

### **2.3.3. L'offre de services parallèles**

En dehors des structures officielles, il existe aussi à Maroua, des non professionnels (vendeurs ambulants des médicaments modernes, vendeurs des produits de la pharmacopée traditionnelle). Ces personnes parfois sans formation préalable offrent leurs services aux femmes et filles qui sollicitent un avortement dans le cas d'une grossesse non désirée par exemple.

L'avortement bien qu'interdit par les diverses instances (pénales, religieuses, éthiques) se fait de manière clandestine. Aussi, une jeune fille qui viendrait à exprimer son souhait d'avorter auprès de ces personnes, il est souvent difficile à un vendeur de lui refuser un tel service puis cela procure au premier des revenus certains et à la seconde de se « débarrasser de sa grossesse » qui certainement, ne peut que la confronter à des difficultés familiales et parentales plus tard.

Le recours à une structure officielle ou à un personnel médical ne survient qu'à la suite d'une complication telle que le saignement ou l'infection, « un mal de ventre » persistant.

Le recours à l'avortement est donc un moyen *« d'évacuer une grossesse non désirée surtout lorsque que celle-ci intervient dans un contexte hors mariage »* selon les jeunes filles et les offres de soins parallèles par leur facilité d'accès *« aident les femmes à résoudre leur problème »*.

Les discussions avec les bénéficiaires des projets ont permis aussi de voir les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans le cas des infections sexuellement transmises.

## **2.4. Infections sexuellement transmises**

Les infections sexuellement transmises bénéficient d'une mobilisation sociale certaine dans la ville de Maroua surtout le VIH. Pour les autres (syphilis, gonococcie etc.), les informations et les services surtout le traitement par exemple sont fournis au gré à gré. Malgré ces activités de terrain, la diffusion de l'information, les comportements des usagers et l'accès aux soins de qualité dans le cas des IST sont autant de difficultés rencontrées par les populations surtout la population jeune.

### **2.4.1. L'information sur les IST et le VIH/SIDA**

Les campagnes de sensibilisation et l'implication de la société civile constituent les principales sources d'informations sur les IST et VIH/ même si la mobilisation reste plus orientée sur le VIH/SIDA que sur les autres infections sexuellement transmises. Certaines affections comme la blennorragie, la gonococcie et la syphilis restent peu ou pas abordées puisque évoquer une infection transmise signifierait le plus souvent parler de la sexualité selon certains informateurs.

Les femmes enceintes qui se rendent aux consultations prénatales bénéficient de cette sensibilisation à travers les causeries éducatives. D'autres formes d'activités de proximité sont aussi initiées par les associations locales, appuyées par Apricom, le GTP/VIH/SIDA, telles que les visites à domicile, l'aide à l'observance et la prise en charge scolaire et médicale des enfants et femmes vulnérables. Les informations, par la sensibilisation et la mobilisation, sont donc diffusées par les médias mais aussi par les structures associatives.

Pour les jeunes, les campagnes de sensibilisation de proximité entreprises par les associations, avec l'appui du GTP/VIH/SIDA, par les différentes délégations provinciales à Maroua (DPJ, DPFFF, DDAS), les journées de sensibilisation lors de la fête de la jeunesse ou enfin l'organisation des activités telles que « vacances sans SIDA » et la formation des pairs éducateurs, offrent des opportunités de mener des débats entre jeunes et d'être sensibilisés.

Mais cette diffusion est partielle puisque les familles et l'entourage ne sont pas toujours le lieu de discussion et de dialogue sur de tels sujets. Car évoquer un cas d'une infection sexuellement transmise par exemple au sein des familles ou son entourage c'est aborder aussi la sexualité.

Toutefois, ces infections ne sont pas ignorées par la population notamment les jeunes, les femmes et les personnes démunies. Selon eux, elles ne peuvent être débattues qu'entre personnes de confiance ou quand une opportunité se présente (comme une infection avec des symptômes pouvant susciter des inquiétudes de la part du malade) puisqu'elles touchent également à leur intimité et à leur sexualité.

#### **2.4.2. Usagers et traitement des IST**

Habituellement, l'administration d'un traitement par un soignant dans les structures de soins officiel comme le centre de santé ou l'hôpital passe d'abord par un interrogatoire sur le motif de la consultation, les symptômes de l'affection et la durée de l'affection. Ce sont des préalables à tout traitement ainsi qu'à toute conduite à tenir vis-à-vis de l'utilisateur.

Dans le cas des infections sexuellement transmises, la démarche d'interrogatoire semble encore plus personnelle puisque le patient est appelé à relater les formes de protection utilisées lors de ces relations sexuelles, et son ou ses partenaires sexuels.

Pour les jeunes et les femmes, ces préalables ne sont pas toujours acceptés ou compris et ne jugent donc pas de la nécessité de se rendre dans une structure de soin lorsque un tel cas venait à se présenter surtout une infection sexuellement transmise, et de se faire interroger à travers de telles questions.

Plus encore, en raison de la dépendance financière de certains patients (femmes et jeunes) à l'égard de leurs parents ou de leurs époux, se référer à une structure de soin « *c'est mettre à jour sa sexualité ou le démarrage de sa sexualité* ».

#### **2.4.3. Recours et qualité des soins**

La consultation des patients dans le cas d'une infection sexuellement transmise exige d'aborder les relations sexuelles avec les partenaires et de relater la période à laquelle les symptômes ont apparus avant toute prescription. Lorsque cela s'avère nécessaire, le soignant peut également faire appel aux partenaires, aux parents surtout lorsque les frais du traitement à prescrire sont élevés. Or pour le patient, l'intrusion d'une tierce personne dans sa relation thérapeutique avec le soignant ne semble pas du tout indiquée et même souhaitée.

L'immixtion dans cette relation qui, jusque là se limitait entre le soignant (à qui le patient a fait confiance en acceptant de parler de sa sexualité et de ses partenaires) et le patient, rompt souvent la confidentialité qu'il voulait préserver au sujet de sa maladie et de sa sexualité. Parfois, elle provoque la fuite et le recours vers les structures et pourvoyeurs de soin non officiels (vendeurs de médicaments de la rue) comme l'indique ce jeune : « *C'est d'ailleurs pour cette raison qu'on est amené à recourir aux vendeurs ambulants, aux amis puisque là-bas tu achètes tes médicaments et ça fini là tu pars* ».

Pour d'autres encore, la tarification des soins relatifs à un épisode de maladie va au-delà des prix fixés puisque « *le comportement du personnel avec leurs tracasseries d'argent quand tu vas à l'hôpital ça dérange* ». Le plus souvent, la prise en charge du traitement revient aux parents même si certains d'entre eux mènent des petites activités génératrices de revenus comme conduire une moto taxi, vendre au marché ou tenir « un call box<sup>6</sup> », ces revenus sont modiques et la santé n'est pas toujours « *une priorité au quotidien* » selon les informateurs.

Solliciter un soin à l'hôpital par un jeune, par une femme ou une personne démunie et subir des « *tracasseries des infirmiers* », pour une personne dépendante et démunie, est une situation courante même dans le cas d'une infection sexuellement transmise. Le choix est donc souvent opéré entre les structures de soin officielles et les structures non officielles ou « *parallèles* » puisque « *cela vous met souvent à l'abri de certaines choses* ».

Si le recours parallèle intervient dans le cas des IST, c'est parce que la relation thérapeutique est simple, l'anonymat préservé et la tarification négociable (en fonction de l'argent donc dispose le demandeur). Dans le recours officiel comme le centre de santé ou l'hôpital, la confidentialité, l'immixtion des tierces dans les soins à administrer, donc de sa sexualité (comme les collègues de services) ne sont pas garanties et la tarification du soin est variable « *selon les humeurs de*

---

<sup>6</sup> Call box : sorte de maisonnette fabriquée à partir de quelques planches servant de cabine téléphonique au bord de la route. L'activité des calls box est très courante dans nos villes et même à Maroua. Elle est pratiquée surtout par des personnes plus ou moins ayant arrêté leurs études ou n'ayant pas un emploi fixe.

*l'infirmier* ». Dans ce cas, la qualité de soin reste donc une question du point de vue (selon que l'on est soignant ou usager) et aussi en fonction des paramètres non financiers.

A la suite de ces discussions, des propositions et suggestions ont été faites pour améliorer la qualité de soins offerts aux jeunes, aux femmes et aux personnes démunies en santé génésique dans la ville de Maroua. Ces propositions concernent à la fois les familles et l'entourage, les prestataires, la société civile, la formation, l'encadrement et l'accompagnement et l'information.

### **3. Attentes et besoins des populations**

Selon Suivant les suggestions des informateurs, les points suivants doivent les orientations sur lesquels l'action doit être menée.

Formation du personnel soignant et des accompagnateurs pour améliorer la prise en charge dans les cas de sollicitation des services en santé reproductive et améliorer la relation thérapeutique entre soignants et usagers

Sensibilisation des parents à instaurer un dialogue entre jeunes adolescents et parents et discuter de certains sujets surtout la sexualité.

Création ou renforcement des services existants pour offrir des services spécifiques aux jeunes pour prévenir les grossesses des jeunes filles et prendre en charge leurs préoccupations

Développer des services pour jeunes à travers des personnes- référentes et/ou des structures pour faciliter l'accès des jeunes aux structures de soin et prendre en compte leurs demandes en santé de la reproduction

Organiser une prise en charge psycho-sociale aussi bien des femmes des jeunes que des personnes démunies en cas de grossesse ou de l'avortement.

Instaurer d'une collaboration entre structures d'accompagnement (associations, ONG), professionnels de santé et usagers.

Faciliter l'accessibilité socio-culturelle par une sensibilisation de leur famille lorsque qu'une situation relative à la reproduction se présente (grossesse des filles, IST/VIH/SIDA)

Offrir des informations exactes en multipliant les sources d'informations (manuels d'éducation, d'informations à travers les jeux et les divertissements, formation des accompagnateurs dans les divers domaines de la reproduction afin de pouvoir répondre aux questions qui peuvent être posées)

Assurer à certaines catégories (jeunes, femmes, personnes démunies) des soins spécifiques en matière de reproduction selon leurs demandes (offre de contraceptifs, accès à la planification familiale, soins en cas d'IST)

Faciliter l'accessibilité financière (s'assurer que les dépenses relatives aux soins sollicités (cas des IST) sont réduites si les recours officiels (centre de santé, hôpital) sont sollicités à temps par les bénéficiaires

Améliorer la qualité des soins (accueil, prise en charge sociale de leurs demandes et écoute de celui qui sollicite le soin, la confidentialité)

Assurer aux jeunes, aux femmes et aux personnes démunies des soins spécifiques en santé reproductive selon leurs demandes à travers des espaces d'écoute, d'accompagnement et d'orientation

### **Conclusion et recommandations**

Bien que l'on dénote des pratiques traditionnelles et modernes de contraception et de la planification familiale (jeunes, femmes et personnes démunies), l'enquête révèle qu'il y a une demande réelle au regard des difficultés auxquelles sont confrontées les bénéficiaires (disponibilité, accès aux services de la planification familiale et informations).

A la suite de ce constat, des actions concrètes et pratiques telles que la contraception d'urgence, des espaces spécifiques pour jeunes mais pour l'écoute pour l'accompagnement des populations, la sensibilisation peuvent être mises en place afin de leur montrer et l'importance de la contraception et de la planification familiale.

En ce qui concerne le suivi de la grossesse, l'enquête montre que les difficultés d'ordre financier et social entravent le plus souvent le suivi des grossesses.

Des mesures d'accompagnement par des activités de proximité au sein des communautés et de la sensibilisation peuvent servir d'appui à l'action entreprise au plan national pour offrir aux femmes des soins de qualité dan le cas des grossesses.

Dans le cas de l'avortement, l'enquête révèle une offre de services diversifiée (structures de santé, cabinets privés etc.) et l'implication de différents acteurs (professionnels et non professionnels). Afin

de limiter les risques liés à l'avortement, des actions de sensibilisation, d'éducation de la population surtout les femmes, d'information peuvent être entreprises au sein des communautés pour amener les familles et l'entourage à encadrer des filles et femmes dans le cas des grossesses non désirées.

Au niveau sanitaire, la mise en place des moyens de contraception d'urgence pour les jeunes, l'implication de la société civile (associations par exemple) et des volontaires peuvent permettre d'assurer une prise en charge sociale et servir de courroie de transmission entre structures de soin et la communauté.

Dans le cas des IST et du VIH, des actions sont menées certes même si celles –ci reste partielles. L'offre de services spécifiques à certaines catégories comme les femmes et les jeunes, l'éducation et la sensibilisation aideront prévenir et à offrir des soins de qualité et limiter ainsi des risques liées à une sexualité non protégée.

## **Bibliographie**

EDSCIII (2004). Enquête démographique et de santé au Cameroun

Nji-Ako S., Mbu R., Nana P., Tonye R., Eteki N., Leke R. J.I., (2002). "*Complications of first second trimester of pregnancy among adlescents admitted in the central maternity of Yaoundé central hospital* », in Health Science Disease (2) : 12- 15

Nji-Ako S., Mbu R., Nana P., Tonye R., Eteki N., Leke R. J.I.,(2002). "Adolescent birth outcome in the central maternity of Central Hospital Yaounde, Cameroon: A comparative study", in Health Science Disease (2): 20-23

Tebeu P.M., Tantchou J., Obama Abena M.T., Mevoula Onala D., Leke R.J.I., (2006) «*Accouchement des adolescentes à l'extrême Nord : des proportions inadmissibles* », in Revue Médicale de Liège, 61(2) : 124-127

## **Annexes**

Guide Focus group 1 : Femmes, jeunes et personnes démunies

Guide Focus group 2 : Prestataires et accompagnateurs des bénéficiaires

Liste des équipes d'animation des Focus group

### ***Guide Focus Group 1: Femmes, jeunes et personnes démunies***

#### Thèmes de discussion

Planning familial (espacement de naissance, non désir de grossesse)/ Contraception

- Avez-vous déjà entendu parler d'espacement de naissance ?
- Comment faites-vous pour espacer les naissances (si vous ne voulez pas d'enfant maintenant, comment faites-vous ?) Poursuivre la discussion pour bien identifier les différentes conduites utilisées.
- Selon vous, est-il nécessaire d'espacer ou d'éviter les grossesses ?
- Y a-t-il des difficultés pour espacer ou éviter les grossesses ?
- À votre avis, que pourrait-on faire pour améliorer les choses ?

Suivi de la grossesse

- Quand il y a grossesse, comment faites-vous pour que tout se passe bien ?
- Comment faites-vous dans vos familles ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour faire suivre votre grossesse ? Si oui, lesquelles ?
- Quelles sont les personnes qui vous aident dans le suivi de la grossesse ? Ces personnes travaillent-elles toutes dans un hôpital ou centre de santé ? Sont-elles au quartier ? Sont-elles dans votre concession ? Si c'est une personne qui est-elle pour toi ? C'est un membre de votre concession, de la concession voisine, de la famille ?
- Avez-vous déjà vécu une complication de la grossesse ? Où êtes-vous allés ? Comment cela s'est passé ?
- Que souhaiteriez-vous que l'on fasse pour améliorer le suivi des grossesses afin d'éviter les complications qui peuvent survenir ?

Avortement

- S'il y a grossesse alors que vous ne le souhaitez pas, que feriez-vous ?
- Connaissez-vous des gens qui ont tenté d'arrêter une grossesse ? Si oui, pouvez-vous raconter comment cela s'est passé ? En général où vont-ils pour arrêter leur grossesse ?
- Qu'est-ce qui peut amener certaines femmes/jeunes filles à mettre fin à leur grossesse ?
- Que peut-on faire pour améliorer la situation ?

IST et VIH

- Avez-vous connaissance de maladies qu'on peut attraper au cours d'un rapport sexuel ?
- Pouvez-vous citer quelques unes par exemple ?
- Où vont les hommes/jeunes /quand ils /elles ont ces maladies ?
- Où vont les femmes/jeunes filles quand elles ont ces maladies ?
- Quels sont les services où l'on peut aller pour soigner ces maladies ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans ces services ?
- Quelles proposez-vous pour améliorer les problèmes de maladies et de leur traitement

## **Guide Focus Group 2: Prestataires et accompagnateurs des bénéficiaires**

Thèmes de discussion

Prestataires de soins/autres personnes ou acteurs dispensant les soins aux cibles

1-Difficultés ou problèmes que vous rencontrez dans vos relations avec les usagers (jeunes, femmes et personnes démunies) en ce qui concerne divers services

- Planning familial (espacement de naissance, non désir de grossesse/ Contraception)
- Suivi de la grossesse
- Avortement
- IST et VIH

2-Qu'est-ce qui est offert comme services et soins en ce qui concerne :

- Le Planning familial (espacement de naissance, non désir de grossesse/ Contraception)
- Le Suivi de la grossesse
- L'avortement
- Les IST et VIH

3-Que souhaiteriez-vous ou que proposez-vous que l'on fasse pour améliorer l'offre de soins en santé génésique surtout en ce qui concerne :

- Le planning familial (espacement de naissance, non désir de grossesse)/Contraception)
- Le suivi de la grossesse
- L'avortement
- Les IST et VIH

### **Liste des équipes d'animation des focus groups**

Nom des	Fonction	Rôle joué	Contact
Alhadji Mahamat	Responsable chargé des associations de la DPJ	Personne Ressource	77 93 75 43
Baldina Raphaël	Infirmier breveté	Mobilisateur	96 19 61 56
Bénédicte Gaïba	Animatrice OCALPAS	Animateur	77 87 07 10
Bile Sike	Responsable ALVF	Personne Ressource	99 81 37 60
Fidèle Djebba	Assistante sociale	Mobilisatrice	77 87 63 16
Francis Djeuleu	Animateur ASSAME	Animateur	96 74 66 64
Gabriel Yadjji	Délégué provincial DPPFF	Personne Ressource	77 43 82 56
Germaine Malana	Responsable ALVF	Mobilisatrice	99 30 18 99
Ladang Mamma	Déléguée des Affaires Sociales	Personne Ressource	
Marie Yaya Asta	Responsable Woudawo	Mobilisatrice	77 87 63 16
Marie-Leone Meniatou	Responsable ASSAME	Mobilisatrice	99 53 40 70
Moustapha Bako	Responsable provincial ACMS	Mobilisateur	77 93 75 43
Nafissatou Aissatou	Animatrice ASSAME	Animatrice	77 27 34 62
Pascal Mtsa	Accompagnateur projet Siloé	Mobilisateur	99 65 35 81
Zacharie APEEFC	Responsable APEEFC	Mobilisateur	