



**Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues et
Civilisations**

**ISSN
2958-2814**

Numéro 004, Octobre 2023

**Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société**

revue.akiri-uao.org



**Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues et
Civilisations**

**ISSN
2958-2814**

Numéro 004, Octobre 2023

**Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société**

revue.akiri-uao.org



ISSN 2958-2814

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : revueakiri@gmail.com

Editeur

UFR Communication, Milieu et Société

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)



ISSN 2958-2814

INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue *AKIRI*, consultez les bases de données ci-dessous :

auré HAL
accès aux données
de référence de HAL

<https://aurehal.archivesouvertes.fr/journal/read/id/398946>

Mir@bel
“(RE)CUEILLIR
LES SAVOIRS”

<https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

Equipe Editoriale

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob
 Directeur de publication : MAMADOU Bamba
 Rédacteur en chef : KONE Kiyali
 Chargé de diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert
 Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

Comité Scientifique

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
 OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
 LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 FAYE Ouseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,
 ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly
 SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 NGAMOUNSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
 BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
 N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
 DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 M'BRA Kouakou Désiré, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
 BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
 SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
 GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
 SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,
 BAKAYOKO Mamadou, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
 SANOGO Tiantio, Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle
 ETTIEN N'doua Etienne, Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny
 DJIGUE Sidjé Edwige Françoise, Assistante, Université Alassane Ouattara
 YAO Elisabeth, Assistante, Université Alassane Ouattara

Contacts

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : revueakiri@gmail.com

Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

Indexations internationales :

Auré HAL : <https://aurehal.archivesouvertes.fr/journal/read?id/398946>

Mir@bel : <https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « **AKIRI** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

AKIRI est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI

La revue *AKIRI* n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («... »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{nde} éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.
- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Les articles sont la propriété de la revue.

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES, CIVILISATIONS

Études arabes et islamiques

- 1. Les avantages de la pédagogie coranique dans le cursus scolaire des enfants des daara: le cas du « modèle passerelle » à Touba**
Seydou KHOUMA 1-18

Études germaniques

- 2. Kooperation zwischen Kolonialverwaltung und Missionsgesellschaften im Rahmen der Schulpolitik in Deutsch-Ostafrika von 1891 bis 1912: Divergenzen und Herausforderungen**
Gnénéfolo Brahim SORO 19-36

Lettres Modernes

- 3. La poétique de l'impersonnage ou l'écriture de la marge dans pudeur de José Pliya**
Moussa SIDIBÉ..... 37-46
- 4. Comme des flèches de Koulsy Lamko : un désordre dramaturgique engagé**
Aboudou N'golo SORO & Bio Yaoua ADJOU MANI..... 47-59

COMMUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

- 5. Médias locaux et accidents de motos à Korhogo (Côte d'Ivoire) : défis pour une éducation à la sécurité routière**
Mamadou DIARRASSOUBA & Daouda FOFANA..... 60-78
- 6. Enjeux et défis de la formation en photojournalisme au Burkina Faso**
Taïrou BANGRE & Aïcha Tamboura-Diawara 79-86

Sciences de l'art et du patrimoine

- 7. Dimensions touristique et économique des collections muséales en Côte d'Ivoire**
Serge Arnaud GBOLA 87-102

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Géographie

- 8. San Pedro (sud-ouest Côte d'Ivoire), une ville aux conditions géomorphologiques à risque d'inondation**
David Yao KOUASSI, Alain Atchiman KONE & Kan Emile KOFFI 103-120
- 9. Adaptation des productions agricoles face au changement climatique dans la commune rurale de Mandé au Mali**
Diakaridia SIDIBE, Tenemaka SANOGO & Boukary AYA 121-137

- 10. Évolution démographique et menace de la conservation de la réserve de LAMTO (Centre de la Côte d'Ivoire)**
Ahou Suzanne N'GORAN..... 138-153

Histoire

- 11. L'activité commerciale à Tiassalé à l'époque coloniale (1892-1937)**
N'guessan Bernard KOUAMÉ 153-171
- 12. Signes gestuels et leurs significations : le cas des statuettes des peuples du jòrò du Burkina Faso**
Adama TOMÉ..... 172-191
- 13. Les Dohoun de Bendêkouassikro 1701 À 1730 : un sous-groupe baoulé oublié dans le peuplement**
Kouassi Roger DJANGO & Mamadou BAMBA..... 192-206
- 14. La délinquance juvénile à Lomé au Togo (1880-2007)**
Ningui Wénessowa MAYEDA 207-224
- 15. L'Église Protestante Évangélique du Burkina Faso face à la problématique de l'inculturation, 1978-2015**
Worondjilé HIEN 225-245
- 16. Le Goly, un masque au cœur du patrimoine culturel wan**
Kouadio Alexandre DJAMALA..... 246-262
- 17. L'abstraction dans la peinture contemporaine burkinabè : de la géométrie à l'amorphie**
Inoussa SALOGO..... 263-278
- 18. Les structures d'organisation des élections en Côte d'Ivoire : entre quête de crédibilité et gestion de contentieux électoraux (1990-2020)**
Hyacinthe Digbeugby BLEY..... 279-290
- 19. Le scoutisme catholique comme vecteur d'éducation morale de la jeunesse en Côte d'Ivoire (1937-2003)**
Kpassigué Gilbert KONE..... 291-305
- 20. La question de l'intégration des Afro-iraniens en Iran (3000 ans av. J.C. - 1997)**
Zana KEWO..... 306-322

Archéologie et préhistoire

- 21. Rites et interdits dans la production céramique d'un peuple endogame : cas des Mangoro de Katiola**
DABLE Paule Edlyne, TOURE Gninin Aïcha & KAZIO Djidjé Jacques..... 323-334
- 22. Éléments de significations de la représentation majeure du cheval dans l'art rupestre du sahel burkinabé**
Yves Pascal Zossin SANOU..... 335-354

23. Protection du patrimoine archéologique impacté par les travaux de construction du barrage hydroélectrique de Singrobo-Ahouaty (Taabo) Timpoko Hélène KABORÉ-KIÉNON, Arouna YEO, Galla Guy Roland TIÉ BI, Lah Louis TUI & Brou Ehivet Senen BLEDOU.....	355-373
24. Le pagne raphia dida (Sud-ouest Côte d’Ivoire) : entre tradition et modernité GOETI Bi Irié Maxime & ETTIEN N’doua Etienne	374-387
25. Archéologie de la métallurgie du fer sur les vallées du fleuve Sénégal et de la Falémé (800 BC-1600AD) : un bilan des connaissances Adama Harouna ATHIE	388-409
Anthropologie et sociologie	
26. Gestion du patrimoine foncier pour les activités maraîchères en milieu urbain et périurbain de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) YONLI Aminata & ZERBO Roger	410-425
27. Citoyenneté stratifiée : jeu de pouvoir chez les autochtones wan et mona de Côte d’Ivoire TANO A. Bérénice-Carel.....	426-442
28. Femmes et sport de haut niveau en Côte d’Ivoire : cas de l’athlétisme à Abidjan Koffi Roland BINI.....	443-454
29. Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l’accouchement et la période post-partum dans cinq régions du Burkina Faso Aïcha TAMBOURA DIAWARA.....	455-468
30. Représentations sociales du bon enseignant et comportements des apprenants pendant l’éducation physique et sportive Moustapha SYLLA & MEITE Zoumana.....	469-487
31. Déterminants de la persistance de l’épidémie de dengue dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville Kouakou M’BRA.....	488-506
32. Changement climatique et recompositions socio-agricoles dans la commune rurale de Tounouga (Niger) : un argumentaire sociologique en charge du climato-scepticisme COULIBALY Gninlnan Hervé & KORE Gnandjo Léonce Eric.....	507-519
33. Conflits agriculteurs-éleveurs : Analyse problématique du département de Mankono (Côte d’Ivoire) KAKOU-AGNIMOU Amino Kanou Rébéka	520-537

- 34. Conscience sanitaire et inobservance des mesures hygiéno-diététiques par les seniors suivis au centre antidiabétique d'Abidjan**
 Antoine DROH..... 537-549

Criminologie

- 35. Représentations sociales et trajectoires d'usage de drogues chez les élèves de Guiglo dans l'ouest ivoirien**
 Yao François KOUAKOU..... 550-560

- 36. Précarité des conditions des femmes exerçant dans la transformation artisanale de poissons à San Pedro**
 Bi-Claude Évariste ZAN & Soualiho ALADJI..... 561-578

Philosophie

- 37. Analyse du sursaut du panafricanisme au prisme de l'histoire de la philosophie**
 Arinte TOUKO..... 579-594

Sciences juridiques

- 38. Protection du contractant lésé par le recours aux vices du consentement dans le droit malien**
 Djibril TANGARA 595-612

Sciences agronomiques et vétérinaires

- 39. Facteurs déterminant l'intention à adopter la technique de production du lait de soja au Sud du Bénin**
 Souleymane Aboubacrine MAÏGA, Abdoul Kader SIDIBE,
 Ousmane KONIPO, Barthélemy G. HONFOGA, Martin AGBOTON,
 Femi HOUNNOU & Patrice SEWADE..... 613-634

- 40. De la redynamisation à l'amélioration des volumes d'exportation de la gomme arabique au Mali : état des lieux et perspectives**
 Souleymane Aboubacrine MAÏGA, Ousmane KONIPO, Abdoul Kader SIDIBE,
 Abdoul Kader SIDIBE Amadou dit Amobo WAÏGALO &
 Souleymane KOUYATE..... 635-651

Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum dans cinq régions du Burkina Faso

Dre Aïcha TAMBOURA DIAWARA

*Université Joseph Ki Zerbo, IPERMIC,
Ouagadougou, Burkina Faso,
aicheydiawara@gmail.com*

Résumé

Cet article questionne les itinéraires thérapeutiques des adolescentes en grossesse, à l'accouchement et post-partum en vue de déceler les obstacles liés à la fréquentation des centres de santé.

La méthodologie a combiné une revue de la littérature à partir d'ouvrages et études sur le sujet, couplée d'une enquête réalisée dans douze sites (urbains et ruraux) sur la base d'un échantillon raisonné de tous les groupes cibles et acteurs impliqués dans la gestion de la grossesse de l'adolescente, de l'accouchement, des soins au nouveau-né. Les résultats montrent : (i) une similarité des itinéraires thérapeutiques chez les adolescentes mariées en grossesse et à l'accouchement quelle que soit la localité visitée, est basée surtout sur l'automédication. (ii) A cause de la situation complexe dans laquelle les grossesses des adolescentes non mariées surviennent, il est difficile de tracer un itinéraire thérapeutique très précis ; elles font de l'automédication et leur itinéraire est basé sur les tradipraticiens ; le centre de santé est le dernier recours.

Mots clés : Itinéraires thérapeutiques - adolescentes - grossesse - accouchement - post-partum.

Therapeutic itineraries of adolescent girls during pregnancy, childbirth and the postpartum period in Burkina Faso

Abstract

This article examines the therapeutic pathways of adolescent women during pregnancy, childbirth and the postpartum period, with a view to identifying obstacles to health center attendance.

The methodology combined a literature review based on works and studies on the subject, with a survey carried out in twelve sites (urban and rural) on the basis of a purposive sample of all the target groups and actors involved in the management of adolescent pregnancy, childbirth and newborn care.

The results show: (i) a similarity in the therapeutic itineraries used by married adolescents during pregnancy and childbirth, regardless of the locality visited, based mainly on self-medication. (ii) Because of the complex situation in which pregnancies of unmarried adolescents occur, it is difficult to draw up a very precise therapeutic itinerary; they self-medicate and their itinerary is based on traditional practitioners; the health center is the last resort.

Keywords: Therapeutic itineraries, adolescent girls, pregnancy, childbirth, postpartum

Introduction

Selon l'Institut National de la Statistique (INSD), « la population burkinabé est majoritairement jeune, les personnes de moins de 20 ans représentent 57,0 % de la population (INSD, 2008 : 18). Cette situation est particulièrement préoccupante, tant du point de vue sanitaire, éducatif, économique que social. En effet, depuis quelques années, les enjeux liés à la sexualité, la fécondité et la santé reproductive, ainsi que les problèmes y afférents, ont fait l'objet d'une attention soutenue au niveau du pays. Ces adolescentes¹, qui constituent 22,98% de cette population sont confrontées à de nombreux risques tels que les relations sexuelles et mariages précoces, les grossesses non désirées, la propagation des infections sexuellement transmissibles, la pandémie du Sida et les mutilations génitales féminines. Ces problèmes sont vécus différemment suivant le sexe, l'environnement géographique, économique ainsi que socioculturel. Compte tenu du poids démographique de cette population jeune, de son exposition à la pauvreté et notamment le faible accès aux services sociaux de base, le Burkina Faso a depuis plusieurs années, entrepris avec certains partenaires au développement de s'investir davantage dans la prise en charge des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents liés aux grossesses et mariages précoces. En effet, le mariage précoce des adolescentes constitue un fait majeur au Burkina Faso, spécifiquement dans les zones rurales. D'après les résultats de l'Enquête Démographique et Sociale (INSD, 2000 : 33), « à 15 ans, 10 % des adolescentes sont en union ». Cette situation a pour corollaire une fécondité précoce. Elles ont effectivement un enfant presque immédiatement après le mariage. L'accouchement survient en général dans les 20 premiers mois suivant le mariage.

Les risques associés au premier accouchement sont élevés au Burkina Faso parce que la majorité des accouchements se font sans une assistance médicale et à domicile. En effet, « 67 % des femmes en âge de procréer accouchent à la maison contre 32 % dans les formations sanitaires. Chez les moins de 20 ans, cela représente 64 % des accouchements sans assistance médicale » (INSD, 2000 : 99). Ces risques qui se résument entre autres au décès de l'enfant et/ou de la mère découlent du déficit d'information sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes. La prise en charge des conséquences liées au mariage et grossesse précoce doit non seulement passer par une amélioration du niveau de connaissance des adolescentes, mais surtout de celui des parents et des personnes ressources sur les questions relatives à la santé sexuelle et reproductive. Il découle de cette situation de nouvelles attitudes et un changement qualitatif de comportement de ceux qui sont chargés de l'éducation et de la prise en charge de

¹ Dans le cadre de cette étude, est prise en compte les adolescentes de 10 à 19 ans.

ces adolescentes aux niveaux familial et communautaire. En effet, l'environnement socioculturel des adolescentes et les repères sociaux en matière d'éducation-conseil sont censés leur donner les moyens nécessaires pour une meilleure compréhension et une prise en charge des questions relatives à la sexualité, à la grossesse et à l'accouchement. Ce qui n'est pas effectif, car la gestion de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes s'exerce dans le cadre de normes et valeurs sociales qui indiquent des voies à suivre et à respecter. Garant de ces valeurs, la famille et la communauté ne laissent pas libre choix aux adolescentes de prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive. Aussi, elles ne peuvent opérer un choix de services de qualité destinés à les protéger contre les conséquences négatives d'une sexualité non contrôlée. De ce fait, elles ont recours à l'accouchement non assisté et à des soins à domicile ; avec pour conséquences le taux élevé de mortalité et de morbidité féminine et néonatale.

De ce constat, découle les questions suivantes : Existe-t-il des itinéraires établis par la communauté ? Existe-t-il un contrôle social de ces itinéraires ? Quels sont les déterminants socioéconomiques qui sous-tendent ces itinéraires ? Quel est l'itinéraire qui pourrait être conseillé aux adolescentes ?

L'objectif général est de faire un diagnostic des itinéraires thérapeutiques des adolescentes en grossesse, pour l'accouchement et la période du post-partum en vue de cerner leurs connaissances, perceptions, attitudes, pratiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. De façon spécifique, il est question de :

- présenter une typologie des trajectoires de la grossesse, pour l'accouchement et la période de post-partum suivie par les adolescentes ;
- recenser les déterminants socioéconomiques qui sous-tendent ces itinéraires ;
- identifier des similitudes et spécificités entre ces trajectoires.

La problématique de cette étude est abordée à travers le concept de la santé reproductive apparu à la fin des années 1980, sous l'impulsion des organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations unies pour la Population), des mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes. Selon (D. Bonnet et A. Guillaume, 1999 : 5), « il correspond à une certaine vision du développement social et sanitaire des populations ; le concept s'est substitué à la notion de santé maternelle et infantile, il inclue aujourd'hui la santé sexuelle et la régulation de la fécondité ». Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé, cité par (M.F. Fathalla, 1992 : 3), définit la santé de la

reproduction en référence au concept de santé, énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 en ces termes :

la santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social : Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger.

A cet effet, l'article permet d'illustrer l'écart existant entre les décisions prises à un niveau international et les politiques des États, les contraintes des populations confrontées à ces choix politiques et à leurs implications législatives ou au respect d'idéaux socioculturels et religieux.

1. Méthodologie

Une revue de la littérature a été effectuée à partir des documents de base, ouvrages, études, articles de presse écrite et en ligne, thèses, mémoires. Cette revue a été combinée avec une enquête qualitative, qui a permis de recueillir des informations et données sur les aspects théoriques et pratiques des itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

L'enquête a été réalisée dans douze localités réparties dans cinq régions du Burkina Faso dont le Centre-Sud, l'Est, le Sahel, le Centre-Est le Nord, précisément dans douze localités. Un choix appuyé par des critères pertinents des zones de collecte de données a été opéré en tenant compte des éléments basés sur l'ampleur du sujet d'étude dans les localités et le site urbain versus site rural. Les douze localités sont consignées dans le tableau ci-dessous :

Tableau N° 1 : Choix des sites de l'étude par région

Région du Centre Sud	Région de l'Est	Région du Sahel	Région du Centre Est	Centre Nord
1. Manga	3. Bogandé	5. Dori	8. Tenkodogo	11. Kaya
2. Gogo	4. Manni	6. Saouga	9. Ouargaye	12. Noaka
		7. Tibilindi	10. eBissiga	

Au niveau de chaque site, pour les entretiens individuels, les cibles suivantes ont été rencontrées : les adolescentes mariées en grossesse et post-partum, les adolescentes non mariées en grossesse et post-partum, les maris des adolescentes en grossesse et post-partum, les belles-mères, les accoucheuses villageoises, les guérisseurs, les agents de santé, l'Action Sociale, les ONG et associations prestataires de services.

Les focus-group ont été réalisés auprès des adolescentes mariées ou non en grossesse et post-partum.

Une comparaison des attitudes, comportements et pratiques a été faite également entre les expériences selon les zones d'étude en vue de faire ressortir les ressemblances et les points spécifiques. En outre, des récits de vie ont été recensés pour illustrer le vécu de ces adolescentes. Au total, 237 entretiens ont été réalisés au cours de l'enquête dont 220 individuels et 17 en groupe.

2. Résultats

2.1. Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse

La survenue d'une grossesse est une étape capitale dans la vie d'une femme. En effet, selon (S. Lallemand, 1991 :7) « la grossesse est un événement capital dans la vie d'une femme » et la qualifie de « moment d'espoir » à cause de son caractère valorisant. La grossesse est une phase transitoire vers l'accomplissement et l'acceptation totale du statut de la femme dans la plupart des communautés. Le fait de tomber enceinte les rassure. Cependant, il ressort des réponses des adolescentes enquêtées que cette joie est quelquefois mélangée à une sorte de crainte pour l'issue de la grossesse, du souci de sa gestion réalisée par la famille et la communauté. Chez les adolescentes non mariées, cette crainte constitue une source d'angoisse supplémentaire pour elles à cause souvent de la non-acceptation de la grossesse par les parents et les auteurs. Outre ces sentiments évocateurs, on relève certains rituels qui servent non seulement à annoncer la grossesse au cercle familial, mais aussi aux autres membres de la communauté. La revue littéraire fait ressortir d'autres rituels liés à l'ethnie qui visent à assurer un bon déroulement de la grossesse ; comme c'est le cas chez les Gourmantchés et les Mossis qui font des sacrifices et des vénération à leurs ancêtres.

Il s'agit de présenter une typologie des trajectoires (itinéraires thérapeutiques) suivies par les adolescentes depuis le diagnostic de la grossesse jusqu'à la période post-partum. Cette typologie permet aussi d'analyser le suivi sanitaire des adolescentes et les conditions d'accès aux centres de santé.

Les résultats de l'étude ont montré que les adolescentes mariées en grossesse ont les mêmes itinéraires thérapeutiques. En effet, la majorité d'entre elles ne vont pas systématiquement au centre de santé pour confirmer leur grossesse, car elles se basent sur les signes précurseurs et les constats de leur belle-mère. Elles vont généralement tard au centre de santé pour la

consultation prénatale du nourrisson (CPN), après le premier trimestre, accompagné de leur belle-mère pour la première fois. Même si les adolescentes font un suivi régulier de la CPN, leur itinéraire est basé surtout sur les soins à domicile par l'automédication en cas de malaise ou de maladie quelconque. Elles se réfèrent à la médecine traditionnelle par l'utilisation de plantes et de décoctions reçues des belles-mères. Le centre de santé n'est que le dernier recours en cas de persistance de la maladie.

Quant à la minorité qui ne fait pas de CPN, elle a recours aux tradipraticiens et aux marabouts en cas de maladie. Si le travail commence, on donne à boire à l'adolescente le « Nassidji² » et/ou un médicament à purger pour faciliter l'accouchement. Si le travail se déroule normalement, elle accouche à la maison. C'est seulement en cas de problèmes qu'elle est conduite au centre de santé.

Ces itinéraires changent lorsqu'il s'agit des adolescentes non mariées. Une fois enceinte, la majorité d'entre elles tentent d'avorter le plus souvent à l'insu des auteurs ou en cas de refus de reconnaissance de la grossesse par les présumés auteurs. A cet effet, leur premier recours est aussi l'automédication par l'utilisation de plantes médicinales (feuilles de neem...), de produits nocifs (détergent, acide, potasse, bleu de lessive, etc.) ou de comprimés donnés par des connaissances. En cas d'échec, elles se rendent chez les tradipraticiens qui leur donnent des produits à boire, à purger et à mettre dans le vagin. Ce n'est qu'après plusieurs tentatives, qu'elles se rendent aux centres de santé où elles reçoivent les conseils contraires à leurs projets. Ce qui est courant, c'est qu'elles ne reviennent plus au centre de santé, ou très peu y reviennent pour faire la CPN. Elles restent cachées avec leurs grossesses. Certaines d'entre elles arrivent à avorter, d'autres non. Parmi ces dernières, quelques-unes accouchent au centre de santé et les autres à domicile. A cause de la situation complexe dans laquelle les grossesses des adolescentes non mariées surviennent, il est difficile de tracer un itinéraire thérapeutique très précis de cette cible qui se cache du fait de la gêne qu'elles éprouvent vis-à-vis de leur état.

Même si ces itinéraires thérapeutiques sont déterminés par des croyances, il ressort que le centre de santé est le recours final. En effet, Le suivi médical des adolescentes en grossesse au centre de santé a été facilité par l'appui de personnes clés telles le mari et/ou la belle-mère. En effet, pour la majorité des adolescentes n'exerçant pas d'activités professionnelle ou économique et ne disposant pas de revenus réguliers, il est difficile d'assumer les frais du suivi médical. Aussi, l'apport de ces personnes a été déterminant dans l'évolution et l'issue de la grossesse. La

² Substance liquide dotée de pouvoirs mystiques fabriquée par les marabouts

majorité des maris d'adolescentes enquêtées affirment avoir facilité le suivi médical de la grossesse de leurs épouses en mettant à leur disposition les moyens financiers pour honorer les frais relatifs à la consultation prénatale et aux ordonnances lors des maladies : « Elle va accoucher au centre de santé car s'il y a un problème au niveau de la mère et du bébé, les agents de santé peuvent prendre les mesures nécessaires» (Mari d'adolescente en grossesse, 24 ans Saouga) ; « Elle va accoucher au centre de santé car il y a l'accoucheuse ; les médicaments aussi sont disponibles en cas de problèmes... » (Mari d'adolescente en grossesse, 28 ans, Noaka).

2.2. Itinéraires thérapeutiques pour l'accouchement

L'accouchement est l'aboutissement naturel de la grossesse. A ce titre, il apparaît également comme un phénomène social valorisant comme le révèle l'analyse de la littérature sur le sujet. En effet, selon (G. Kaboré et al., 2009 : 54), des auteurs comme LALLEMAND Suzanne affirment que la maternité est « l'assurance de la prospérité de la famille et valorise celle qui la donne ».

Au terme de la grossesse, dès que les adolescentes constatent les signes précurseurs de l'accouchement, la majorité d'entre elles est conduite au centre de santé par les belles-mères et/ou les femmes âgées de la famille pour y accoucher. Cette étape est gérée majoritairement par les agents de santé qui leur donnent les soins adéquats. Si le travail commence, on donne à boire à l'adolescente le « Nassidji »³ ou/et un médicament à purger pour faciliter l'accouchement. Si le travail se déroule normalement, elle accouche à la maison. C'est seulement en cas de problèmes qu'elle est conduite au centre de santé. Il en est de même des belles-mères qui sont aussi favorables à l'accouchement au centre de santé quand elles affirment que : « ma deuxième belle-fille va accoucher au centre de santé comme l'autre. C'est moi qui l'ai décidé, car accoucher à la maison est très risquant... » (Belle-mère d'adolescente en grossesse et post- partum, 49 ans, Saouga).

Il ressort de l'analyse des données collectées que les adolescentes qui ont fait la CPN s'orientent plus facilement vers un centre de santé pour les accouchements. Elles justifient ce recours par les conseils donnés par l'agent de santé lors du suivi de la grossesse. L'accouchement au centre de santé a été facilité par l'appui de personnes clés telles que le mari et/ou la belle-mère. En effet, pour la majorité des adolescentes n'exerçant pas d'activité professionnelle ou économique

³ Substance liquide dotée de pouvoirs mystiques fabriquée par les marabouts

et ne disposant pas de revenus réguliers, il est difficile d'assumer les frais d'accouchement. Aussi, l'apport de ces personnes a été déterminant dans l'évolution et l'issue de la grossesse. D'où son importance pour éviter les risques pour la santé de la mère et de l'enfant, comme le souligne (A. Drabo, 2015 :15) en ces termes « le pronostic de ces grossesses précoces dépend souvent du suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié, d'une éducation et d'une information de ces futures mères sur les probables risques de la grossesse ». En résumé, on peut retenir qu'il y a très peu de rituels liés à l'accouchement sauf quelques rares consultations de devins suivies de sacrifices et d'aumônes divers dont le but est de faciliter l'accouchement. Ces pratiques sont présentes à des degrés différents dans toutes les communautés visitées. Aussi l'itinéraire de l'accouchement de la quasi-totalité des adolescentes pour l'accouchement dans les différentes zones de l'étude est le recours à un centre de santé. Ce comportement se justifie par la présence de motivations telles que le SONU, l'amélioration de la qualité des prestations des agents de santé et l'accessibilité géographique d'un centre de santé. En sus, ce comportement permet de diminuer « les mauvais pronostics qui s'accompagnent des complications materno-fœtales évitables par la réalisation régulière de CPN de qualité, l'assistance de l'accouchement par un personnel qualifié » (Samaké et al. 2022 :14). Cependant, certaines considérations socio-culturelles et traditionnelles liées à l'accouchement se révèlent être des facteurs limitant du recours de certaines femmes au centre de santé pour les accouchements, car le choix du lieu de l'accouchement obéit à des règles sociales de la maternité dans certaines communautés notamment les peulhs et les Gourmantchés dans la Gnagna, où, si un centre est situé à l'Est, la femme enceinte ne doit pas s'y rendre parce qu'elle ne doit pas aller dans cette direction. Il arrive souvent qu'il n'existe pas de centre de santé dans la direction souhaitée. Cette situation peut entraîner des risques supplémentaires de danger pour l'accouchement des adolescentes.

2.3. Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la période post-partum

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour des couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques que familial (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales), mais aussi physique avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque faite de difficultés, parfois de complications liées au bouleversement de tous les repères d'une femme en particulier lorsqu'il s'agit de son premier enfant. Celle-ci mérite

pour ces raisons un suivi et une attention particulière. L'importance de ce suivi est renchérie en ces termes par (A. Drabo, 2015 : 30)

le suivi du post-partum comprend la prévention, le diagnostic précoce et le traitement des complications postnatales chez la mère et l'enfant. Il intègre aussi la fourniture d'informations et de conseils sur l'allaitement maternel. L'alimentation de la mère et de l'enfant, la contraception et la prise en charge du bébé.

Ainsi, l'adolescente bien encadrée et entourée est parfaitement capable d'une attitude parentale tout à fait correcte.

Après avoir reçu les soins donnés par les agents de santé à la maternité, les adolescentes et leurs nourrissons reçoivent d'autres soins à base de plantes médicinales à domicile quelle que soit la région visitée et les ethnies considérées. L'adolescente reçoit un sérum antitétanique et des médicaments qui facilitent la reconstitution rapide de l'utérus. Quant aux soins traditionnels, ils portent sur la toilette intime de l'adolescente afin qu'elle recouvre le plus vite possible sa force et la correction au niveau de son bas-ventre. Seules les douches chaudes avec des décoctions ont été signalées comme pratiques traditionnelles liées au post-partum pour l'adolescente. Ces soins sont généralement prodigués par les belles-mères, mères ou autres femmes de la famille dans le but de rendre le bébé vigoureux et d'aider la mère à retrouver une bonne santé. Même si la grande majorité des adolescentes post-partum affirment ne pas connaître des signes évocateurs des problèmes de santé chez la mère et l'enfant, elles ont recours à l'automédication à travers l'utilisation des décoctions. Le recours au centre de santé est l'étape suivante s'il n'y a pas d'amélioration. Parfois, une association des soins traditionnels et modernes est faite en même temps.

Les résultats de l'étude montrent cependant, que pour certains types de soins tels que les vaccins, les consultations, la planification familiale, les adolescentes retournent toujours au centre de santé après l'accouchement.

En dehors de l'automédication et du centre de santé, certaines adolescentes post-partum ont recours aux guérisseurs traditionnels qui aident les post-partum pour les maux de ventre, les ballonnements, et aussi pour avoir du lait. Ils s'occupent de la santé des nourrissons par l'administration de soins à base de plantes médicinales et autres mixtures. En plus des soins, les guérisseurs donnent aussi des conseils aux parturientes sur l'alimentation, l'entretien et l'hygiène du nourrisson, comme le confirme cette guérisseuse à travers ses propos : « Je donne des conseils aux post-partum en leur disant de faire bouillir des décoctions à boire, à laver pour faciliter le rejet des déchets ; laver l'enfant avec l'eau chaude et nettoyer les seins avant de les donner au bébé », (Femmes Guérisseur, 43 ans, Bogandé).

3. Discussion

Toutes les adolescentes en grossesse, pendant l'accouchement et durant la période post-partum ont besoin de soins thérapeutiques. Cependant, au Burkina Faso comme dans d'autres pays africains, ces soins sont soumis à une diversité d'offres et de circuits qui apparaissent comme des possibilités de choix individuels. Cette situation est soulignée par (F. Y. Fouelifack, 2019 : 43) qui note que « dans toute société, la diversité des offres et circuits thérapeutiques met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la biomédecine et des médecines alternatives qui apparaissent comme des espaces où les individus vont chercher ce qui ferait défaut dans la biomédecine ».

En effet, le respect des traditions, l'accessibilité financière et géographique des centres de santé peuvent déterminer l'itinéraire thérapeutique des adolescentes. Cela étant, au Burkina Faso, l'itinéraire en premier lieu porte sur l'automédication. Dans tous les cas, il ressort que le traitement doit d'abord être fait au sein de la concession, et que le recours aux autres soignants viendra après. Selon Ayalew, cité par (H. B. Nguendo Yongsi , 2020 : 57) « l'automédication peut être vue comme un « système référentiel profane » ; C'est-à-dire la culture et le savoir personnel qu'ont les individus sur la santé et les soignants. De nos jours, dans les pays africains, l'automédication est devenue un moyen thérapeutique ordinaire auquel les ménages ont recours pour soigner même les problèmes de santé de grossesses, d'accouchements et de suite de couches. Au Burkina Faso, ce type de recours aux soins est l'automédication traditionnelle.

Le second recours est constitué des soins modernes obtenus auprès des centres de santé publics ou privés où la pratique médicale est la médecine moderne depuis le diagnostic jusqu'au traitement.

Les résultats de l'étude montrent que ce moyen a été utilisé par la majorité des adolescentes enquêtées qui affirment faire le suivi de leur grossesse au centre de santé. Généralement, ce suivi se fait tardivement, car il débute seulement après le premier trimestre (4-5 mois). Ce qui a été confirmé par les accoucheuses villageoises des cinq régions. Ce suivi régulier se justifie par le fait que la population a été sensibilisée sur la fréquentation des centres de santé, mais aussi par la présence du Soin Obstétrical Néonatal d'Urgence et la prise en charge complète par le projet HELP⁴. Ce qui confirme l'assertion de (C. Commeyras et al 2006 : 11) en ces termes : « la population adapte son itinéraire et comportement thérapeutique en priorité à ses moyens

⁴ HELP : ONG française intervenant à Dori qui fait la prise en charge des soins obstétricaux et du nouveau-né jusqu'à 5 ans

financiers, à son accès géographique aux formations sanitaires, et finalement à sa perception de la maladie ».

Le troisième recours est la médecine traditionnelle considérée selon (D.W. Dunlop, 1975 : 582) comme étant « l'ensemble des connaissances et pratiques explicables ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre, physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmises de génération en génération, oralement ou par écrit ».

Près de 65 % des adolescentes enquêtées déclarent se rendre directement chez les tradithérapeutes (guérisseurs traditionnels) en cas de maladie pendant la grossesse et la période post-partum. Parmi les raisons souvent évoquées, les critères économiques sont avancés en faveur des atouts de la médecine traditionnelle dont les coûts de traitement sont jugés bas.

Toutefois, une étude de (l'OMS, 2002 :2) rapporte que « l'idée selon laquelle les soins traditionnels sont moins onéreux, est discutable dans la mesure où les modalités de paiement, souvent pour partie en nature et pour partie en argent, engendrent des frais qui n'apparaissent pas forcément au début du traitement ». Un vaste champ de la recherche anthropologique et ethnologique a montré que dans différentes sociétés traditionnelles, la maladie n'était pas toujours perçue de façon rationnelle, mais considérée comme prenant source dans le monde de l'invisible selon (M. Augé, 1986 : 82). Dans ce contexte de perception transcendante de la plupart des maladies, les solutions/réponses envisagées pour recouvrer la santé passe le plus souvent par le recours aux thérapeutes traditionnels (guérisseurs ou magiciens).

Le quatrième itinéraire de comportement thérapeutique a consisté à associer la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Cette forme de recours a été relevée chez toutes les adolescentes enquêtées et traduites selon (P. Diouf, 2000 : 118) « la rémanence des pratiques traditionnelles malgré la diffusion de la médecine moderne et l'urbanisation ». L'introduction et la diffusion de la médecine moderne a certes rencontré l'adhésion des populations, mais elle ne s'est pas traduite par l'abandon total des pratiques thérapeutiques traditionnelles : « D'une part, parce que les populations africaines aussi bien rurales qu'urbaines restent majoritairement attachées aux croyances ancestrales associant, de façon implicite ou explicite selon le cas, la maladie aux causes surnaturelles » (Auge cité par H. B. Nguendo Yongsy : 58) ; « D'autre part, même urbanisées, les croyances traditionnelles demeurent encore vivaces, les néo-citadins importent en ville leurs pratiques thérapeutiques du milieu rural ». (N. Monteillet (1999 : 7). Ainsi peut-on comprendre dans le contexte Burkinabé, la combinaison médecine moderne et

médecine traditionnelle mentionnée pour « renforcer » l'efficacité des médicaments modernes. On pourrait y voir un « échec » de la médecine moderne d'autant que toutes les adolescentes enquêtées ont déclaré associer les deux médecines, même si elles ont d'abord recours à la médecine moderne avant de s'orienter vers la médecine traditionnelle.

Conclusion

Les résultats de l'étude montrent que les adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum adoptent les mêmes itinéraires thérapeutiques quelle que soit la région visitée. D'une manière générale, les adolescentes mariées ou non ont recours aux soins traditionnels à domicile par l'utilisation de plantes et/ou décoctions et ne se rendent au centre de santé qu'en cas de non - satisfaction. Même si l'étude a montré que la plupart des adolescentes suivent régulièrement la CPN et accouchent à la maternité, cela ne les empêche pas d'avoir recouru aux tradipraticiens et marabouts à la recherche d'amulettes et /ou de mixtures de protection pour le nouveau-né.

Les soins traditionnels donnés par les personnes ressources au post-partum et aux nouveau-nés viennent s'ajouter aux soins modernes reçus au centre de santé.

Une minorité d'adolescentes non mariées suivent des itinéraires différents du fait du refus de leur état ; Ce qui les amène à vouloir avorter. Cela explique le recours à l'automédication et aux tradipraticiens. Le centre de santé est le dernier recours où elles espèrent toujours faire aboutir leur projet. En cas d'échec, très peu d'entre elles recherchent le centre de santé pour le suivi de leur grossesse. Certaines arrivent à avorter, quelques-unes accouchent au centre de santé et les autres à domicile. Du fait de la situation complexe dans laquelle la grossesse des adolescentes non mariées survient, il est difficile de tracer un itinéraire thérapeutique très précis de cette cible qui se cache du fait de la gêne qu'elle éprouve par rapport à sa situation.

Le suivi sanitaire des adolescentes en grossesse, à l'accouchement et pendant la période post-partum présente des avantages qui peuvent sensiblement faire réduire la mortalité materno-fœtale. En effet, une grossesse d'adolescente suivie correctement et un accouchement dans un centre de santé peuvent faire éviter les complications obstétricales dont sont généralement victimes les adolescentes du fait de leur jeune âge et de leur immaturité physique. Il apparaît donc que c'est le centre de santé qui semble être l'itinéraire sécurisé et sécurisant au regard de l'appréciation positive de la majorité des adolescentes enquêtées sur la qualité de prestation des agents de santé lors du suivi de la grossesse, durant l'accouchement et la période post-partum. C'est ce type de suivi qui doit être fortement encouragé au niveau des personnes ressources qui

sont en charge des adolescentes au niveau familial et communautaire. En effet, dans la communauté, si les adolescentes et leurs réseaux de soutien dès le départ étaient conscients de l'importance du suivi de la grossesse et de l'accouchement, des risques encourus et des conséquences liées au choix de la formation sanitaire de transit; ceci les aurait permis de juger la sévérité éventuelle de leurs actes et d'adopter des comportements préventifs de rupture utérine. Pour ce faire, des campagnes de sensibilisation doivent être dirigées vers ces personnes. De plus, les capacités en ressources humaines et matérielles des services de santé doivent être renforcées en vue d'accompagner les actions de ces personnes et de répondre aux sollicitations des adolescentes.

De par l'intérêt et l'engouement de la population enquêtée pour le sujet, il apparaît que le contexte social est favorable à la mise en œuvre d'activités sur la santé sexuelle et reproductive en direction des différents groupes cibles. Les besoins à satisfaire sont réels et manifestes sur le terrain et des actions concrètes sont attendues en vue d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, des adolescentes en grossesse, pendant l'accouchement et des post-partum.

Bibliographie

AUGE Marc., 1986, « L'anthropologie de la maladie ». *L'Homme*, 26 (1-2), XXVI (1-2), p.81-90.

BONNET Doris et GUILLAUME Agnès (1999), « La santé de la reproduction, concept et acteurs », *documents de recherche n°8*, ISSN 1274-9494, IRD, Paris, 20 p.

COMMEYRAS Christophe et al., 2006, « Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun ». *Cahier D'études Recherche Francophone Santé : 5-12*. Paris, 18 p.

DIOUF Pape, 2000, *Problématique des itinéraires thérapeutiques : approche anthropologique des comportements de recours aux soins en milieu rural sénégalais*. DEA de Sociologie, UCAD, Dakar, 135 p.

DRABO Adama, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako*, Thèse, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, Mali, 82 p.

DUNLOP DW, 1975, « Alternatives to modern Health Delivery System in Africa: Public policy of traditional Health systems ». *Social Science and Medicine*, 9, p.581-586

FATHALLA Mahmoud Fahmy., 1992, « Reproductive health in the World: two decades of progress and the challenge ahead », *Biennial report 1990-1991*, Special 20, anniversary issue, World Health Organisation, Geneva, 31 p.

FOUELIFACK Florent Ymele et al. 2019, « Itinéraire thérapeutique des parturientes avec rupture utérine à l'Hôpital Central de Yaoundé », *The journal of Medicine and Health Sciences*, 45 p. Health Sci. Dis: Vol 20 (1)

INSD, 2008, *Recensement général de la population et de l'habitation résultats définitifs*, Burkina Faso, 52 p.

INSD, 2000, *Enquête Démographique et Sociale*, Burkina Faso, 248 p.

KABORE Gisèle et al., 2009, *Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum dans la grossesse, dans la zone d'intervention du projet*, Population Council, Burkina Faso, 73 p.

LALLEMAND Suzanne, 1992, *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, édition l'harmattan, 17 p.

MONTEILLET Nicolas, 1999, « Aperçu sur un système de soins : le cas de Mbandjock », *Anthropologie de la Santé*, 17, p.23-35. <https://doi.org/10.4000/apad.487>

NGUENDO YONGSI Honoré Blaise, « Recours et pratiques thérapeutiques antidiarrhéiques à Yaoundé, Cameroun », *Laboratoire d'étude des Interactions Santé espace Territoire (LISSET)-IFORD*, Université de Yaoundé II, Cameroun, BSGLG 74, 2020, p.51-63.

OMS, 2002, *Médecine Traditionnelle : Besoins Croissants et Potentiel*. WHO Policy Perspectives on Medicines, 2, Genève, 6 p.

SAMAKE Alou et al. 2022, « L'accouchement chez les adolescentes au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de District de Bamako », *Health, Sciences and Disease, The Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, Health Sci. Dis : Vol 23 (5) pp 11-14, Yaoundé, Cameroun, 14 p.