

Recours aux soins de santé maternelle parmi les adolescentes séropositives du Kenya

CONTEXTE: Étant donné les risques que présente le VIH/sida pour la santé et les risques des grossesses d'adolescentes en général, les adolescentes enceintes séropositives du Kenya ont besoin de services de santé maternelle qui tiennent compte de leur statut VIH. La recherche sur la question de leur accès et recours à ces services n'est cependant guère abondante.

METHODES: Pour examiner le recours aux soins de santé maternelle, les données de grossesse recueillies en 2009 concernant 506 grossesses parmi 393 adolescentes séropositives de 15 à 19 ans inscrites aux programmes VIH/sida du Kenya ont été analysées. Des modèles logit multiniveaux ont servi à identifier les variables associées au recours aux prestations professionnelles suivantes: soins prénatals, prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, l'assistance qualifiée à l'issue de la grossesse et soins postnatals ou après avortement.

RESULTATS: Le recours aux services PTME s'est avéré moins courant que celui aux prestations prénatals parmi les adolescentes séropositives (67% des grossesses par rapport à 84%). Parmi ces adolescentes, au moins quatre consultations prénatals ont eu lieu pour 45% des grossesses seulement. Le recours à une assistance qualifiée durant ou après un avortement spontané ou provoqué s'est aussi révélé faible (20%). La probabilité de services PTME et d'assistance qualifiée à l'issue de la grossesse est plus grande à Nairobi que dans les autres régions (rapports de probabilités, 3,8 et 2,7, respectivement). Les adolescentes séropositives sont moins susceptibles de recourir aux prestations de santé maternelle aux rangs de grossesse supérieurs, par rapport aux rangs inférieurs (0,4–0,6). Elles sont néanmoins plus susceptibles de recevoir des soins pré-natals et des services PTME lorsque leur mari, plutôt qu'un autre intervenant, est responsable de la grossesse (3,7 et 4,9, respectivement).

CONCLUSION: Les adolescentes séropositives enceintes doivent bénéficier de prestations de santé maternelle—soins PTME compris—qui tiennent compte de leur parité, de la dynamique de la paternité et des variations régionales de recours aux services.

Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2012, pp. 11–17

Par Harriet Birungi, Francis Obare, Anke van der Kwaak et Jane Harriet Namwebya

Harriet Birungi est haute associée et Francis Obare, haute analyste, toutes deux au Population Council à Nairobi (Kenya). Anke van der Kwaak est conseillère et formateur santé au Royal Tropical Institute à Amsterdam (Pays-Bas). Jane Harriet Namwebya est haute responsable technique régionale auprès de Family Health International à Nairobi (Kenya).

Les grossesses et la maternité à l'adolescence sont paradoxales dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne. Si beaucoup de cultures désapprouvent la sexualité et la grossesse prénuptiales à l'adolescence, elles sanctionnent pourtant le mariage précoce, associé à une fréquence coïtale accrue, à un usage moindre du préservatif et, par conséquent, à un plus grand risque de maternité précoce.¹⁻³ Le mariage précoce devient moins répandu dans de nombreux pays de la région. Ce déclin déplace cependant le contexte de l'initiation sexuelle de la sphère conjugale à la sexualité prénuptiale.³⁻⁶ Par rapport aux autres régions du monde, l'Afrique subsaharienne compte toujours la plus grande proportion de mères adolescentes.^{3,7-9} Parallèlement, à cause peut-être de la perception culturelle de la sexualité et de la grossesse prénuptiales à l'adolescence et de la faiblesse aussi des systèmes de soins de santé en général, les services de santé génésique ne répondent pour la plupart pas adéquatement aux besoins des adolescentes, y compris les jeunes mères.¹⁰⁻¹²

Plusieurs études, dans le monde développé comme en

développement, ont documenté de pires issues de santé maternelle et infantile parmi les mères adolescentes, par rapport à leurs aînées, notamment en ce qui concerne les risques d'accouchement prématuré, de poids insuffisant à la naissance, de mortalité néonatale et d'avortement spontané ou provoqué tardif. L'écart a été attribué à l'immaturation physiologique des adolescentes, à leur moindre recours aux services de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement, à leur statut socioéconomique inférieur et à leurs taux supérieurs de grossesse non planifiée.¹³⁻²¹ Ces désavantages sont vraisemblablement exacerbés dans les contextes à faibles ressources tels que ceux rencontrés en Afrique subsaharienne. Certes, de profondes inégalités existent même dans les milieux urbains dotés de services de soins de santé relativement bons.^{19,20,22-24}

La haute prévalence du VIH dans certaines régions d'Afrique subsaharienne complique davantage encore les issues de santé génésique des adolescentes enceintes: les services pertinents, tels que les soins prénatals, l'assistance qualifiée et la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), leur sont vraisemblablement plus difficilement

TABLEAU 1. Distribution (%) des adolescentes séropositives inscrites aux programmes de lutte contre le VIH/sida et des adolescentes au sein de la population générale, en fonction de caractéristiques sélectionnées, Kenya, 2008–2009

Caractéristique	Séropositives (N=757)	Population générale† (N=952)
Âge		
15 à 17 ans	35,0	59,4
18 à 19 ans	65,0	40,7
Site d'étude		
Côte	21,0	24,9
Nairobi	32,1	13,9
Nyanza	30,1	30,8
Vallée du Rift	16,8	30,5
Instruction		
Nulle	2,9	6,2
Primaire	68,0	62,1
≥ secondaire	28,1	31,7
Info manquante	0,9	0,0
Actuellement mariées/en concubinage		
Oui	12,4	1,4
Non	87,6	98,6
Total	100,0	100,0

†Chiffres obtenus de l'Enquête démographique et de santé 2008–2009 du Kenya pour les quatre régions dans lesquelles l'échantillon d'adolescentes séropositives est prélevé. N.B.: Les pourcentages n'atteignent pas nécessairement un total exact de 100,0 pour cause d'arrondissement.

accessibles. En raison de leur âge, les mères adolescentes doivent parfois subir la désapprobation des prestataires de soins de santé; celles qui vivent avec le VIH peuvent se voir opposer aussi le rejet et la discrimination de certains établissements de soins.^{25,26} Cela dit, grâce à la disponibilité grandissante de traitements antirétroviraux et à l'importance désormais accordée au traitement, à l'accompagnement et à la prévention, les issues de santé maternelle et infantile devraient s'améliorer pour les femmes séropositives, même adolescentes. Les données émergentes indiquent toutefois que les programmes de traitement, de soins et d'accompagnement du VIH/sida dans la région ne consultent pas leurs clientes adolescentes sur leurs besoins de santé sexuelle et génésique car la plupart des prestataires leur conseillent plutôt de s'abstenir de tous rapports sexuels ou de les différer.^{27–29} Il y a là une occasion manquée d'identifier les problèmes de santé génésique des adolescentes séropositives et d'y répondre systématiquement.

Étant donné les faibles issues de santé maternelle et infantile associées aux adolescentes de la région, il semble raisonnable de penser que les adolescentes séropositives enceintes éprouvent des difficultés à accéder à des services de santé maternelle appropriés. La recherche sur la question est cependant limitée. Sur la base de données uniques d'antécédents de grossesse collectées auprès d'adolescentes séropositives recevant des services de traitement, soins et accompagnement de la part de divers programmes de lutte contre le VIH/sida dans quatre régions du Kenya, cet article examine le recours aux services de

soins de santé maternelle par ce sous-ensemble de la population. Nous commençons par décrire la distribution des grossesses parmi les adolescentes séropositives en fonction de caractéristiques de contexte maternel et de leur recours aux services de soins de santé. Nous examinons ensuite les variables associées au recours aux soins de santé maternelle dans le groupe des adolescentes séropositives, concernant plus spécifiquement les soins prénatals, les services PTME, l'assistance qualifiée et les soins postnatals.

DONNÉES ET MÉTHODES

Données

Les données proviennent d'une étude menée en 2009 parmi des adolescents et adolescentes séropositifs de 15 à 19 ans dans les régions du Kenya où la prévalence du VIH est la plus élevée: les provinces de Nyanza, de Nairobi, de la vallée du Rift et de la côte. Dans la tranche de 15 à 49 ans, la prévalence du VIH atteint, respectivement, 14%, 7%, 5% et 4% dans ces régions; parmi les 15 à 19 ans, elle atteint 5,8%, 0,3%, 0,7% et 0,8%. Pour l'ensemble du Kenya, la prévalence du VIH est de 6,3% dans la population adulte et de 1,7% dans la population adolescente.³⁰

L'étude consiste en une enquête quantitative complétée d'entretiens qualitatifs avec des adolescents et adolescentes séropositifs informés de leur statut VIH et disposés à participer, ainsi que de discussions de groupe avec un sous-ensemble des mêmes participants et d'entretiens non structurés avec des prestataires au service de cette population. Les participants ont été identifiés et recrutés par l'intermédiaire de programmes existants pour enfants orphelins et vulnérables, de centres de soins intégraux, de centres de conseil des jeunes et de centres de conseil et dépistage volontaire dans les quatre provinces. Ces centres se trouvent pour la plupart en milieu urbain ou périurbain bien que beaucoup, périurbains surtout, servent aussi une clientèle rurale. Les prestataires (conseillers, agents de santé communautaire et assistants sociaux) en contact avec les adolescents ont aidé à identifier les répondants. Le consentement écrit des participants a été obtenu avant la conduite des entretiens. Pour les adolescents de 15 à 17 ans, le consentement écrit d'un parent ou tuteur a été obtenu avant celui de l'intéressé même. Pour ceux de 18 à 19 ans et ceux de 15 à 17 ans qui vivaient seuls, étaient mariés ou s'occupaient de leurs frères et sœurs, seul le consentement écrit de l'individu a été obtenu. La recherche a été approuvée par le comité d'éthique indépendant du Population Council, le Research Ethics Committee of the Royal Tropical Institute, l'Ethics Review Committee of the Kenya Medical Research Institute et le Kenya National Council for Science and Technology.

Cet article repose sur les données de l'enquête quantitative seulement, pour laquelle des entretiens structurés ont été menés par des assistants à la recherche âgés de 18 à 24 ans formés aux procédures de l'étude, à la collecte des données et à l'éthique de la recherche. L'outil d'enquête est une adaptation d'un outil utilisé pour une étude similaire

en Ouganda.²⁷ Il a été traduit en swahili, langue nationale du Kenya, et en luo, langue principale parlée dans la province de Nyanza. L'assistant à la recherche et le répondant ont convenu du cadre de l'entretien.

L'enquête a collecté une information sur les caractéristiques socioculturelles des répondants, leur niveau d'instruction (aucune scolarisation, enseignement primaire et enseignement secondaire et au-delà), leur accès à l'information et aux services d'accompagnement, leurs relations et sorties amoureuses, leurs comportements et désirs sexuels, leur connaissance et pratique de la contraception, leur âge au moment de la première grossesse (en années simples), leurs antécédents de grossesse et leur expérience de la maternité, leur expérience de la violence physique et sexuelle, leur sentiment d'être victimes de discriminations en raison de leur statut VIH (perception d'opprobre) et leurs problèmes d'estime personnelle.

Un total de 1.070 adolescents et adolescentes séropositifs ont été identifiés comme admis à participer à l'étude et 1.059 ont été interviewés. Parmi les 11 non interviewés, un a refusé et les 10 autres n'ont pas pu continuer pour cause d'effondrement affectif ou parce qu'ils ou elles ignoraient

ou n'admettaient pas encore leur statut séropositif.

Le nombre d'adolescentes ayant répondu à l'enquête s'élève à 757; 77% d'entre elles (586) avaient déjà eu des rapports sexuels. Parmi ces dernières, 393 avaient été enceintes et 24% (95) de celles-ci l'avaient été plusieurs fois. Au total, 506 grossesses ont été déclarées. Pour chacune, les participantes ont été invitées à répondre à des questions détaillées sur la nature planifiée ou non de cette grossesse, sur leur relation avec l'homme responsable (mari, petit ami, fiancé, ami, connaissance ou étranger), sur leur recours aux services de soins prénatals, sur l'issue, le lieu d'accouchement ou d'interruption de la grossesse, ainsi que sur la pratique de la planification familiale après l'accouchement ou l'interruption de la grossesse. Le recours aux services de soins de santé maternelle est mesuré en fonction de cinq issues dichotomiques: obtention de soins prénatals; au moins quatre consultations prénatales (0-3, ≥4); obtention de services PTME; obtention d'assistance qualifiée (par un médecin, une infirmière ou une sage-femme lors de l'accouchement ou de l'avortement provoqué ou spontané); et obtention de soins postnatals/après avortement.

TABLEAU 2. Distribution (%) des grossesses parmi les adolescentes séropositives, en fonction de caractéristiques sélectionnées et du recours aux services de santé maternelle, Kenya

Caractéristique	% (N=506)	Caractéristique	% (N=506)
Âge		Grossesse non planifiée	
15 à 17 ans	14,8	Oui	73,9
18 à 19 ans	85,2	Non	25,5
Site d'étude		Info manquante	0,6
Côte	14,4	Soins prénatals	
Nairobi	36,2	Oui	84,0
Nyanza	36,8	Non	15,4
Vallée du Rift	12,6	Info manquante	0,6
Instruction		>4 consultations prénatales	
Nulle	5,3	Oui	45,1
Primaire	70,6	Non	38,9
≥ secondaire	23,3	Aucune consultation	15,4
Info manquante	0,8	Info manquante	0,6
Actuellement mariées/en concubinage		Soins PTME	
Oui	26,5	Oui	66,8
Non	73,5	Non	32,6
Âge à la première grossesse		Info manquante	0,6
<15 ans	11,5	Issue de grossesse	
15 à 17 ans	67,6	Naissance vivante à terme	74,3
18 à 19 ans	20,4	Naissance vivante prématurée	10,7
Ne se souvient pas/info manquante	0,6	Fausse couche/mort fœtale tardive	4,9
Rang de la grossesse		Interruption/avortement	4,2
1	73,7	Toujours enceinte	5,3
2	21,7	Info manquante	0,6
3	3,6	Assistance qualifiée‡	
4	1,0	Oui	72,9
Homme responsable de la grossesse		Non	27,1
Petit ami/fiancé	66,2	Soins postnatals/après avortement‡	
Mari	24,7	Oui	82,8
Autre†	8,7	Non	17,2
Info manquante	0,4	Total	100,0

†Ami, connaissance ou étranger. ‡Pour les 476 grossesses arrivées à leur issue (naissance vivante, mort fœtale tardive, fausse couche ou avortement). N.B.: PTME = Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH). Les pourcentages n'atteignent pas nécessairement un total exact de 100,0 pour cause d'arrondissement.

TABLEAU 3. Rapports de probabilités (et intervalles de confiance à 95%) des modèles logit multiniveaux d'estimation du recours aux services de soins de santé maternelle par les adolescentes séropositives

Variable	Soins prénatals quelconques	≥4 consultations prénatales	Services PTME
Âge à la première grossesse (en années)	1,1 (0,9–1,3)	1,0 (0,8–1,2)	1,2 (1,0–1,5)
Site d'étude			
Nyanza (réf.)	1,0	1,0	1,0
Côte	0,3 (0,1–0,8)*	1,3 (0,5–3,3)	0,8 (0,2–2,4)
Nairobi	0,7 (0,3–1,7)	0,5 (0,2–1,0)	3,8 (1,1–12,7)*
Vallée du Rift	0,6 (0,2–1,7)	1,2 (0,5–3,0)	0,4 (0,1–1,2)
Instruction de la mère (≥secondaire=1)	1,3 (0,7–2,7)	1,9 (1,0–3,8)	1,0 (0,5–2,2)
Rang de grossesse (étendue, 1 à 4)	0,5 (0,3–0,9)*	0,4 (0,2–0,8)**	0,4 (0,2–0,8)**
Homme responsable de la grossesse (Mari=1)	3,7 (1,4–10,1)*	2,0 (0,9–4,2)	4,9 (1,8–13,1)**
Perception d'opprobre (Oui=1)	0,6 (0,3–1,1)	0,8 (0,4–1,5)	1,0 (0,5–2,0)
Grossesse planifiée (Oui=1)	2,4 (0,9–6,4)	1,9 (0,9–3,8)	1,3 (0,5–3,0)
Obtention de soins prénatals (≥4 consultations=1)	na	na	6,5 (2,8–15,3)*
<i>Corrélations intra- et interclasse</i>			
<i>Intraclasse (interne adolescentes)</i>	0,12	0,46	0,45
<i>Interclasse (entre adolescentes)</i>	0,03	0,00	0,06
<i>Nbre de cas</i>			
<i>Grossesses</i>	495	495	495
<i>Adolescentes</i>	388	388	388
<i>Établissements</i>	56	56	56

*p<0,05. **p<0,01. N.B.: PTME = Prévention de la transmission mère-enfant. réf.=catégorie de référence. na=non applicable.

Analyse

Les données sont hiérarchiques: les grossesses sont regroupées par mères adolescentes individuelles identifiées dans le même établissement de traitement, soins et accompagnement du VIH/sida. La nature des données exige une technique d'analyse qui rende compte des caractéristiques non observées des grossesses de même mère ainsi que des individus identifiés dans le même établissement.

TABLEAU 4. Rapports de probabilités (et intervalles de confiance à 95%) des modèles logit multiniveaux d'estimation du recours aux services d'assistance qualifiée et de soins postnatals par les adolescentes séropositives

Variable	Assistance qualifiée†	Soins postnatals/ après avortement
Âge à la première grossesse (en années)	1,0 (0,8–1,2)	1,0 (0,7–1,3)
Site d'étude		
Nyanza (réf.)	1,0	1,0
Côte	1,1 (0,5–2,3)	0,2 (0,0–0,7)*
Nairobi	2,7 (1,4–5,3)**	0,6 (0,2–1,7)
Vallée du Rift	1,3 (0,6–2,9)	0,2 (0,0–0,8)*
Instruction de la mère (≥secondaire=1)	1,4 (0,8–2,7)	1,6 (0,6–4,9)
Rang de grossesse (étendue, 1 à 4)	0,6 (0,4–0,9)*	0,6 (0,3–1,2)
Homme responsable de la grossesse (Mari=1)	1,6 (0,7–3,2)	2,4 (0,7–8,8)
Perception d'opprobre (Oui=1)	0,8 (0,4–1,3)	1,3 (0,5–3,5)
Grossesse planifiée (Oui=1)	1,4 (0,7–2,8)	1,3 (0,4–4,4)
Obtention de soins prénatals (≥4 consultations=1)	4,7 (2,4–9,0)**	5,1 (1,6–16,5)**
<i>Corrélations intra- et interclasse</i>		
<i>Intraclasse (interne adolescentes)</i>	0,15	0,61
<i>Interclasse (entre adolescentes)</i>	0,00	0,00
<i>Nbre de cas</i>		
<i>Grossesses</i>	466	466
<i>Adolescentes</i>	369	369
<i>Établissements</i>	54	54

*p<0,05. **p<0,01. †Assistance d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme d'établissement à toute issue de grossesse. N.B.: réf.=catégorie de référence.

L'analyse implique dès lors l'estimation de modèles logit multiniveaux à intercept aléatoire à l'aide du logiciel Stata³¹ pour prédire le recours aux services de soins de santé maternelle.*

Les deux premiers modèles ont comme covariables l'âge au moment de la première grossesse, le site d'étude, le niveau d'instruction de la mère, le rang de la grossesse, la relation avec l'homme responsable de la grossesse, un indicateur du sentiment de discrimination ressenti par les répondantes en raison de leur statut VIH (perception d'opprobre) et si la grossesse était planifiée ou non. À ces variables, les trois modèles suivants ajoutent les consultations prénatales comme variable témoin.

RÉSULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Parce que les adolescentes séropositives participant à l'étude diffèrent vraisemblablement de celles de la population générale, nous présentons, pour servir de base à la comparaison, les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) du Kenya sur les adolescentes des quatre régions couvertes dans notre étude (tableau 1, page 12). La majorité des adolescentes comprises dans l'échantillon séropositif étaient âgées de 18 à 19 ans au moment de l'enquête (65%), vivaient dans la province de Nairobi ou de Nyanza (62%) et étaient instruites au niveau primaire (68%). Douze pour cent étaient mariées ou vivaient avec leur partenaire. En moyenne, l'échantillon d'adolescentes séropositives était plus âgé que celui de l'EDS et ses membres étaient plus susceptibles de vivre à Nairobi ou d'être mariées ou de vivre avec un partenaire; elles étaient moins susceptibles de vivre dans la vallée du Rift.

Grossesses d'adolescentes séropositives

Dans notre échantillon, les grossesses en cours ou antérieures sont déclarées en majorité par des adolescentes âgées de 18 ans ou plus au moment de l'enquête (85% – tableau 2, page 13). De plus, près de trois quarts (73%) des grossesses concernent les adolescentes de Nyanza et de Nairobi, qui présentent les plus hauts taux de VIH du pays. Les grossesses sont déclarées en majorité (71%) par des adolescentes instruites au niveau primaire. Près de trois quarts (74%) des grossesses sont déclarées par des adolescentes qui n'étaient pas mariées ou ne vivaient pas avec leur partenaire au moment de l'enquête.

Bien que la plupart des grossesses aient été déclarées par des adolescentes âgées de 18 ans ou plus au moment de l'entretien, elles remontaient, en majorité, à un âge plus jeune. Ainsi, 79% des grossesses déclarées sont survenues

*Le modèle de base s'exprime comme suit:

$$\text{logit}(\pi_{ijk}) = X_{ijk} \beta + \mu_{jk}$$

où π_{ijk} représente la probabilité d'une issue de grossesse ou naissance donnée i pour la mère individuelle j identifiée dans l'établissement k ; X_{ijk} représente le vecteur de covariables, β , le vecteur associé des paramètres fixes et μ_{jk} , les caractéristiques non observées des mères individuelles j du même établissement k susceptibles de corrélation avec les issues qui nous intéressent.

parmi des jeunes femmes qui avaient connu leur première grossesse avant l'âge de 18 ans. Le fait que 74% des grossesses d'adolescentes séropositives concernent des répondantes non mariées ou en concubinage au moment de l'enquête et que la responsabilité de la grossesse incombe dans 75% des cas à un homme autre que le mari, indique une majorité de grossesses survenues en dehors du mariage. De plus, près de trois quarts (74%) des grossesses survenues parmi les adolescentes séropositives n'étaient pas planifiées.

Bien que les adolescentes aient obtenu des soins prénatals dans 84% des cas de grossesse, elles ne se sont rendues à au moins quatre consultations que dans 45% des cas seulement. De plus, malgré le fait que la prestation de services PTME aux adolescentes séropositives soit censée faire partie des soins prénatals, la proportion des grossesses pour lesquelles ces services ont été assurés à ces jeunes mères est significativement inférieure à la proportion de celles pour lesquelles elles ont obtenu des soins prénatals (67% par rapport à 84%; $p < 0,01$, non indiqué). Une tendance similaire se révèle parmi les adolescentes séropositives toujours enceintes au moment de l'enquête: soins maternels dans 89% des cas et services PTME dans 74% seulement.

La plupart des grossesses ont abouti sur une naissance vivante (85%); dans 5% des cas, l'adolescente était toujours enceinte (tableau 2). La proportion des issues de grossesse où les adolescentes ont obtenu une assistance qualifiée est significativement moindre dans les cas de fausse couche, mort fœtale tardive ou avortement que dans ceux de naissance à terme ou prématurée (20% par rapport à 79% et 78%, respectivement; $p < 0,01$, non indiqué). Une tendance similaire est observée pour la proportion d'issues de grossesse où ces adolescentes ont obtenu des soins postnatals/après avortement: 33% dans les cas de fausse couche, mort fœtale tardive ou avortement, 89% pour les naissances à terme et 85% pour les naissances prématurées. Les adolescentes séropositives ont obtenu des soins qualifiés à l'accouchement ou lors de l'interruption de la grossesse et des soins postnatals/après avortement dans 73% et 83% des cas de grossesse, respectivement (tableau 2).

Soins prénatals et services PTME

Les chances d'avoir obtenu des services de soins prénatals sont significativement moindres parmi les adolescentes séropositives de la province de la côte, par rapport à celles de Nyanza (rapport de probabilités, 0,3 – tableau 3) et pour celles aux rangs de grossesse supérieurs (0,5). Les adolescentes séropositives sont plus susceptibles d'avoir obtenu des soins prénatals lorsque l'homme responsable de la grossesse est leur mari (3,7). Cependant, les adolescentes de la province de la côte sont significativement plus susceptibles que leurs homologues de la province de Nairobi de s'être rendues à au moins quatre consultations prénatales ($p < 0,05$; non indiqué). De plus, les adolescentes séropositives sont moins susceptibles de s'être ren-

dues à au moins quatre consultations aux rangs de grossesse supérieurs, par rapport aux rangs inférieurs (0,4).

Les adolescentes séropositives de Nairobi ont plus de chances d'avoir obtenu des services PTME que celles de Nyanza (rapport de probabilités, 3,8) et des provinces de la côte ($p < 0,05$; non indiqué) et de la vallée du Rift ($p < 0,01$; non indiqué). Les adolescentes sont significativement moins susceptibles d'avoir obtenu des services PTME aux rangs de grossesse supérieurs, par rapport aux rangs inférieurs (0,4). Elles présentent toutefois plus de chances d'en avoir obtenus lorsque l'homme responsable de la grossesse est leur mari (4,9). Dans l'ensemble, les adolescentes qui se sont rendues à au moins quatre consultations prénatales sont plus susceptibles d'avoir obtenu des services PTME (6,5).

Assistance qualifiée et soins postnatals/après avortement

Les adolescentes séropositives de Nairobi sont plus susceptibles d'avoir obtenu une assistance qualifiée que leurs homologues des provinces de Nyanza (rapport de probabilités, 2,7 – tableau 4) ou de la côte ($p < 0,05$; non indiqué). Dans l'ensemble, les chances d'avoir obtenu des soins qualifiés diminuent à mesure qu'augmente le rang de la naissance (0,6). Cependant, les adolescentes qui se sont rendues à au moins quatre consultations prénatales présentent des chances significativement supérieures d'avoir obtenu une assistance qualifiée (4,7).

Les chances qu'une adolescente séropositive ait obtenu des services de soins postnatals/après avortement sont significativement moindres dans les provinces de la côte et de la vallée du Rift, par rapport à Nyanza (rapport de probabilités, 0,2 dans chaque cas). Cependant, les mères qui se sont rendues à au moins quatre consultations prénatales présentent de plus grandes chances d'avoir obtenu des services de soins prénatals (5,1).

DISCUSSION

L'une des principales observations de cette étude est que la proportion des adolescentes séropositives qui recourent aux services PTME est inférieure à la proportion de celles qui obtiennent des soins prénatals, alors même que les directives nationales et internationales préconisent la prestation de ces services aux mères séropositives en tant que partie intégrante des soins prénatals.^{32,33} La situation pourrait s'expliquer par la faible proportion de mères adolescentes qui se rendent à au moins quatre consultations prénatales, étant donné que cette variable est associée à de plus grandes chances d'avoir obtenu des services PTME. Il est possible que les prestataires puissent assurer des services plus complets à celles qui se rendent plus fréquemment aux consultations prénatales, tous les services ne pouvant être offerts en l'espace d'une visite. Une autre explication pourrait se trouver dans les moindres chances de recours aux soins, services PTME compris, aux rangs de grossesse supérieurs parmi les mères adolescentes considérées dans l'étude. La haute proportion de recours aux

soins prénataux, la faible proportion du minimum de quatre consultations prénatales et les moindres chances de recourir aux soins pour les naissances de rang supérieur sont observées parmi les femmes en général.^{19,23,30} Pour celles séropositives toutefois, le non-recours ou le sous-recours aux soins prénataux ont des implications de transmission verticale du VIH. Notre observation laisse entendre un besoin de veiller à ce que les services PTME soient conçus en fonction des besoins des mères adolescentes séropositives. Les données semblent indiquer que les programmes de lutte contre le VIH dans certaines régions d'Afrique subsaharienne s'organisent autour des soins pédiatriques ou adultes; les besoins de santé génésique durant la transition de l'enfance à l'âge adulte ne reçoivent pas suffisamment d'attention. Il semble aussi que des programmes d'information, d'éducation et de communication plus efficaces permettraient d'encourager les mères enceintes à se rendre, pour le moins, aux quatre consultations de soins prénataux préconisées dans les directives nationales et internationales.

La deuxième observation majeure de notre étude concerne le faible recours à certains services de soins de santé maternelle, en particulier l'assistance qualifiée et les soins postnatals/après avortement dans le cas des grossesses qui aboutissent sur une fausse couche, une mort fœtale tardive ou un avortement parmi les adolescentes séropositives. Cette constatation laisse entendre que la plupart de ces issues interviennent dans des conditions non médicalisées, exposant dès lors les adolescentes à des risques accrus de morbidité et de mortalité maternelle. Le problème n'est d'ailleurs pas unique aux adolescentes séropositives. Les pratiques d'avortement non médicalisées sont documentées parmi les adolescentes d'Afrique subsaharienne séronégatives aussi.^{18,34} Celles séropositives qui obtiennent des services de traitement, soins et accompagnement se rendent cependant régulièrement dans les cliniques. Idéalement, ces visites offrent une occasion de dépistage systématique des besoins d'information et de services de santé sexuelle et génésique parmi les jeunes femmes séropositives. L'approche permet l'identification précoce de la grossesse, de sorte que les adolescentes peuvent être orientées vers les services appropriés. Cette observation révèle aussi le besoin de créer des liens efficaces entre les centres de lutte contre le VIH/sida et les cliniques de santé maternelle et infantile, afin d'assurer la prestation de services complets aux adolescentes séropositives enceintes.

Nos observations donnent par ailleurs à penser que pour renforcer les services de soins de santé maternelle et infantile au bénéfice de cette population, les planificateurs de programmes doivent tenir compte de la parité, de la dynamique de la paternité et des variations régionales de recours aux services. De plus, la constatation que les mères adolescentes séropositives de Nairobi sont significativement plus susceptibles d'obtenir des services PTME et une assistance qualifiée à l'accouchement ou à l'interruption de la grossesse pourrait être indicatrice d'une plus grande

disponibilité et accessibilité des services (en termes de distance à couvrir et de temps nécessaire à l'obtention des services) dans les milieux urbains par rapport aux autres environnements.

Nos observations peuvent être influencées par les limitations de l'étude. D'abord, l'échantillon d'adolescentes séropositives n'est pas le produit d'une sélection aléatoire au sein de la population. La raison en tient largement à la nature sensible de l'étude. L'identification et le recrutement des répondantes à travers les programmes de lutte contre le VIH/sida offraient un moyen commode de prise de contact sans leur causer de préjudice psychologique ou autre. Cela dit, étant donné les faibles taux d'inscription aux programmes de traitement et de soins du VIH dans de nombreux contextes d'Afrique orientale,^{35,36} l'expérience de ces répondantes ne reflète peut-être pas celle de toutes les adolescentes séropositives du Kenya. Les niveaux de recours aux soins de santé maternelle observés pourraient être supérieurs ou inférieurs, suivant la différence qui les sépare de leurs homologues non bénéficiaires des services des centres. De plus, l'étude ne capte pas l'information relative aux autres facteurs susceptibles d'affecter l'accès et le recours aux services, notamment le lieu de résidence urbain ou rural et le statut socioéconomique du ménage. La nécessité de contrôle de ces caractéristiques non observées a cependant exigé l'estimation de modèles logit multiniveaux.

En dépit de ces limitations, l'étude contribue à la littérature en ce qu'elle identifie certaines des insuffisances du recours aux services de soins de santé maternelle par les adolescentes séropositives du Kenya. Pour combler ces lacunes, les programmes de lutte contre le VIH/sida doivent dépister l'activité sexuelle et la grossesse parmi leurs clientes adolescentes, afin d'identifier celles qui présentent un besoin de services de santé maternelle, de procurer à ces dernières les services appropriés ou de les orienter vers ces services et d'établir le lien avec les cliniques de santé maternelle et infantile pour assurer que ces clientes obtiennent tous les services pertinents.

RÉFÉRENCES

1. Clark S, Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):149-160.
2. Mturi AJ et Moerane W, Premarital childbearing among adolescents in Lesotho, *Journal of Southern Africa Studies*, 2001, 27(2):259-275.
3. Westoff CF, Trends in marriage and early childbearing in developing countries, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2003, No. 5.
4. Manzini N, Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa, *Reproductive Health Matters*, 2001, 9(17):44-52.
5. Mensch BS, Singh S et Casterline JB, Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world, *Policy Research Division Working Papers*, New York: Population Council, 2005, No. 202.
6. Mensch BS, Grant MJ et Blanc AK, The changing context of sexual initiation in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 2006, 32(4):699-727.
7. Gupta N et Mahy M, Adolescent childbearing in Sub-Saharan Africa: can increased schooling alone raise ages at first birth? *Demographic Research*, 2003, Vol. 8, Art. 4, pp. 93-106, <<http://www.demographic-research.org>>

research.org/volumes/vol8/4/>, site consulté le 26 août 2010.

8. Kaufman CE, de Wet T et Stadler J, Adolescent pregnancy and parenthood in South Africa, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(2): 147-160.
9. Mba CJ, Sexual behaviour and the risks of HIV/AIDS and other STDs among young people in Sub-Saharan Africa: a review, *Research Review*, 2003, 19(1):15-25.
10. Katz K et Naré C, Reproductive health knowledge and use of services among young adults in Dakar, Senegal, *Journal of Biosocial Science*, 2002, 34(2):215-231.
11. Warienu LU et al., Nurse-midwives' attitudes towards adolescent sexual and reproductive health needs in Kenya and Zambia, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(27):119-128.
12. Wood K et Jewkes R, Blood blockages and scolding nurses: barriers to adolescent contraceptive use in South Africa, *Reproductive Health Matters*, 2006, 14(27):109-118.
13. Abou-Zahr CL et Wardlaw TM, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001*, Geneva: World Health Organization (WHO) et United Nations Children's Fund, 2003.
14. Alam N, Teenage motherhood and infant mortality in Bangladesh: maternal age-dependent effect of parity one, *Journal of Biosocial Science*, 2000, 32(2):229-236.
15. Chen XK et al., Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study, *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36(2):368-373.
16. Conde-Agudelo A, Belizán JM et Lammers C, Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 192(2):342-349.
17. Jolly MC et al., Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old, *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96(6):962-966.
18. Magadi M, Poor pregnancy outcomes among adolescents in South Nyanza region of Kenya, *African Journal of Reproductive Health*, 2006, 10(1):26-38.
19. Magadi MA, Agwanda AO et Obare FO, A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in Sub-Saharan Africa: evidence from Demographic and Health Surveys (DHS), *Social Science & Medicine*, 2007, 64(6):1311-1325.
20. Magadi M et al., Size of newborn and caesarean section deliveries among teenagers in Sub-Saharan Africa: evidence from DHS, *Journal of Biosocial Science*, 2007, 39(2):175-187.
21. Reynolds HW, Wong EL et Tucker H, Adolescents' use of maternal and child health services in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(1):6-16.
22. Fotso JC, Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas, *International Journal for Equity in Health*, 2006, Vol. 5, Art. 9, <<http://www.equityhealthj.com/content/5/1/9>>, site consulté le 26 juin 2007.
23. Magadi MA, Zulu EM et Brockerhoff M, The inequality of maternal health care in urban Sub-Saharan Africa in the 1990s, *Population Studies*, 2003, 57(3):347-366.
24. Zere E et al., Equity in health and healthcare in Malawi: analysis of

trends, *BMC Public Health*, 2007, Vol. 7, Art. 78, <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/78>>, site consulté le 29 mai 2007.

25. Bond V, Chase E et Aggleton P, Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission in Zambia, *Evaluation and Program Planning*, 2002, 25(4):347-356.
26. Skinner D et Mfecane S, Stigma, discrimination and the implications for people living with HIV/AIDS in South Africa, *Sahara Journal*, 2004, 1(3):157-164.
27. Birungi H et al., Sexual and reproductive health needs of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda, *FRONTIERS Final Report*, Washington, DC: Population Council, 2008.
28. Birungi H et al., Sexual behaviour and desires among adolescents perinatally infected with human immunodeficiency virus in Uganda: implications for programming, *Journal of Adolescent Health*, 2009, 44(2):184-187.
29. Birungi H et al., Preventive service needs of young people perinatally infected with HIV in Uganda, *AIDS Care*, 2009, 21(6):725-731.
30. Kenya National Bureau of Statistics (KNBS) et ICF Macro, *Kenya Demographic and Health Survey 2008-09*, Calverton, MD, USA: KNBS et ICF Macro, 2010.
31. Rabe-Hesketh S et Skrondal A, *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*, second ed., College Station, TX, USA: Stata Press, 2008.
32. National AIDS & STI Control Programme (NASCO) et Ministry of Health (MOH), *Guidelines for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS in Kenya*, third ed., Nairobi, Kenya: NASCO et MOH, 2009.
33. WHO, *Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV*, Geneva: WHO, 2007.
34. Varga CA, Pregnancy termination among South African adolescents, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(4):283-298.
35. Unge C et al., Reasons for unsatisfactory acceptance of antiretroviral treatment in the urban Kibera slum, Kenya, *AIDS Care*, 2008, 20(2):146-149.
36. Lubega M et al., Policy and practice, lost in transition: reasons for high drop-out from pre-antiretroviral care in a resource-poor setting of eastern Uganda, *Health Policy*, 2010, 95(2-3):153-158.

Remerciements

Le composant de l'étude relatif aux provinces de la vallée du Rift et de la côte a bénéficié du financement de l'organisme USAID (United States Agency for International Development). Sa mise en œuvre a été assurée par le Population Council dans le cadre d'une collaboration avec le National AIDS and STI Control Programme du ministère de la Santé et les organismes de mise en œuvre de la phase II des programmes d'assistance AIDS, Population and Health Integrated Assistance (APHIA II) financés par USAID au Kenya. Le composant relatif aux provinces de Nairobi et de Nyanza a bénéficié du financement de Plan Netherlands, du Royal Tropical Institute des Pays-Bas et du ministère néerlandais des Affaires étrangères. Il a été mis en œuvre par Plan International-Kenya. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs.

Coordonnées de l'auteur: fonyango@popcouncil.org