Tropiques Santé
Revue Scientifique de l'Ecole des Sciences de la Santé

ARTICLE DE RECHERCHE · ORIGINAL RESEARCH

Adéquation perçue entre la réponse du système de santé et les besoins en santé sexuelle et reproductive à Bandongoué, Cameroun : étude qualitative descriptive

Perceived fit between the health-system response and sexual and reproductive health needs in Bandongoué, Cameroon: A qualitative descriptive study

Christian Noubi Noubi[1]

[1] *École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun*

NUMÉRO
N° 9 · Septembre 2026

PAGINATION
p. 59–68

DATES
Reçu : 02/07/2026
Accepté : 05/08/2026
Publié : 30/09/2026

AUTEUR CORRESPONDANT
Christian Noubi Noubi
noubinoubi84@gmail.com

IDENTIFIANT
https://doi.org/10.67636/ts.2026.09.05

RUBRIQUE
Article de recherche

DOMAINE
Sciences sociales de la santé

LICENCE
CC BY 4.0
Libre accès intégral

ISSN
En cours d'attribution

ÉDITEUR
École des Sciences de la Santé, Université Catholique d'Afrique Centrale

CITER CET ARTICLE
Noubi Noubi, C. (2026). Adéquation perçue entre la réponse du système de santé et les besoins en santé sexuelle et reproductive à Bandongoué, Cameroun : étude qualitative descriptive. Tropiques Santé, (9), 59–68.
https://doi.org/10.67636/ts.2026.09.05

RÉSUMÉ

Contexte. Dans l'Aire de Santé de Bandongoué, les données sanitaires de routine signalent une faible utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. Toutefois, la seule disponibilité d'une offre ne renseigne ni sur son accessibilité effective ni sur sa concordance avec les besoins perçus localement. **Objectif.** Explorer, du point de vue d'acteurs communautaires et sanitaires, l'adéquation entre les réponses existantes et les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive. **Méthodologie.** Une étude qualitative descriptive a été conduite du 28 août au 12 septembre 2025. L'échantillonnage raisonné a réuni 14 informateurs : 12 représentants communautaires dans une discussion de groupe et deux responsables sanitaires dans des entretiens individuels. Les 3 h 48 min d'enregistrement ont été transcrites intégralement et soumises à une analyse de contenu thématique, à la fois déductive et inductive. L'interprétation a mobilisé le modèle socio-écologique et les dimensions de l'accès aux soins. **Résultats.** Aucun des huit besoins examinés ne bénéficiait d'une réponse pleinement adéquate. Deux domaines étaient dépourvus de réponse spécifique, soit l'accompagnement psychosocial de la grossesse et l'autonomisation des filles. Six autres recevaient une réponse partielle : accessibilité financière, recours aux soins périnataux, qualité relationnelle des soins, prévention des grossesses précoces, espacement des naissances et prévention des infections sexuellement transmissibles. Le programme Chèque santé était connu des responsables sanitaires mais peu diffusé dans les villages éloignés. La préférence pour les matrones associait proximité, confiance, coût et expériences d'accueil en formation sanitaire. La disponibilité de contraceptifs injectables ne compensait ni le conseil insuffisant, ni la prise en charge limitée des effets indésirables perçus. **Conclusion.** les résultats décrivent une inadéquation perçue, multiniveau et principalement liée à la mise en œuvre, plutôt qu'une absence totale d'offre. Ils justifient la co-construction d'un ensemble d'actions associant amélioration de l'accueil, l'information sur le programme chèque santé, le partenariat de référence avec les matrones, les services adaptés aux adolescents et les interventions intersectorielles pour les filles. Ces conclusions doivent toutefois rester limitées aux acteurs interrogés, car les adolescentes et les utilisatrices des services n'ont pas été incluses.

Mots-clés : accès aux soins, Cameroun, participation communautaire, santé sexuelle et reproductive, services de santé

ABSTRACT

Background. Routine health data from the Bandongoué Health Area indicate low use of sexual and reproductive health services. Yet service availability alone does not establish effective access or fit with locally perceived needs. **Objective.** To explore, from the perspective of community and health-system stakeholders, the fit between existing responses and priority sexual and reproductive health needs. Methods. A qualitative descriptive study was conducted from 28 August to 12 September 2025. Purposive sampling included 14 informants: 12 community representatives in one focus group and two health officials in individual interviews. The 3 hours and 48 minutes of recordings were transcribed verbatim and examined through deductive and inductive thematic content analysis. Interpretation drew on the socio-ecological model and dimensions of healthcare access. **Results.** None of the eight needs examined received a fully adequate response. Two domains lacked a specific response, namely psychosocial support during pregnancy and girls' empowerment. Six received partial responses: financial access, use of perinatal care, relational quality of care, prevention of early pregnancy, birth spacing, and prevention of sexually transmitted infections. Health officials knew the health voucher scheme, but awareness was limited in remote villages. Preference for traditional birth attendants combined proximity, trust, cost, and previous experiences of facility reception. Availability of injectable contraceptives did not offset insufficient counselling or limited management of perceived side effects. **Conclusion.** The findings indicate a perceived multilevel implementation gap rather than a complete absence of services. They support co-designing a package that improves respectful reception, publicizes the health voucher, creates referral partnerships with traditional birth attendants, provides adolescent-responsive services, and addresses girls' needs through intersectoral action. Conclusions are limited to the stakeholders interviewed because adolescents and service users were not included.

Keywords: Cameroon, community participation, healthcare access, health services, sexual and reproductive health

INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive ne se réduit pas à la contraception ou à la prise en charge de la grossesse. Elle recouvre un ensemble continu de droits, d'informations et de services comprenant notamment la planification familiale, les soins maternels et néonatals, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), l'éducation à la sexualité, la prévention des violences et la possibilité de prendre des décisions éclairées concernant sa vie reproductive. En Afrique subsaharienne, l'accès effectif à cet ensemble de services demeure façonné par des obstacles qui se renforcent mutuellement : manque d'information, coûts directs et indirects, éloignement, normes sociales, faible soutien familial, attitudes négatives de certains prestataires et ruptures de produits (Sidamo et al., 2023). Chez les adolescentes, ces obstacles ont une importance particulière parce que la dépendance économique, la crainte d'être jugée et la faible confidentialité peuvent rendre une offre théoriquement disponible pratiquement inutilisable.

Le Cameroun présente d'importantes disparités infranationales. Une analyse couvrant les dix régions et les 58 départements a estimé qu'en 2022 la prévalence contraceptive moderne atteignait 16,8 % et que 37,6 % de la demande de planification familiale était satisfaite par une méthode moderne. Les trajectoires variaient toutefois fortement entre territoires (Nsashiyi et al., 2024). Cette hétérogénéité est cruciale : l'amélioration observée à l'échelle de la Région de l'Est peut masquer des poches locales de très faible utilisation. Des travaux menés dans d'autres régions camerounaises montrent également que la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive ne garantit ni leur connaissance, ni leur accessibilité, ni une qualité jugée acceptable par les jeunes (Dine et al., 2023). Dans le District de Santé de Wum, par exemple, la discussion au sein du couple et l'approbation du partenaire étaient associées à une réduction des besoins non satisfaits en planification familiale (Edietah et al., 2018), ce qui confirme que l'offre clinique agit dans un environnement relationnel et social.

L'Aire de Santé de Bandongoué appartient au District de Santé de Batouri, dans la Région de l'Est. Elle dessert 10 099 habitants répartis dans 33 villages et dispose de deux formations sanitaires et de 18 personnels de santé. Les données sanitaires de routine qui ont motivé l'étude faisaient état d'une couverture des consultations prénatales de 35 %, d'une proportion d'accouchements en formation sanitaire de 5 % et d'une utilisation des méthodes contraceptives modernes de 0,1 %. Ces indicateurs n'ont pas été produits par la présente étude et n'ont pas fait l'objet d'un audit indépendant. Ils constituent donc des signaux contextuels, et non des résultats à généraliser. Leur niveau, particulièrement bas au regard des tendances régionales, justifiait une exploration qualitative des mécanismes locaux de non-utilisation.

L'étude mobilise deux cadres complémentaires. Le modèle socio-écologique, issu des travaux de Bronfenbrenner (1986), permet d'examiner l'interaction entre caractéristiques individuelles, relations familiales, institutions, communauté et politiques. Le modèle de Penchansky et Thomas (1981) définit l'accès comme un degré de concordance entre les besoins des personnes et l'organisation du système, selon la disponibilité, l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'adéquation organisationnelle et l'acceptabilité. Levesque et al. (2013) ont ensuite souligné que l'accès résulte d'une interface dynamique entre les caractéristiques des services et les capacités des populations à percevoir un besoin, rechercher, atteindre, payer et utiliser les soins. Dans cette perspective, un service peut exister sans être effectivement accessible. Cette distinction est centrale pour analyser le programme Chèque santé ou les activités communautaires.

Malgré la faiblesse des indicateurs de recours à Bandongoué, peu de données décrivent la manière dont les acteurs locaux apprécient la concordance entre les réponses proposées et les besoins qu'ils observent. L'objectif de cette étude était donc d'explorer, du point de vue de représentants communautaires et sanitaires, l'adéquation perçue entre les réponses du système de santé et les besoins prioritaires en santé sexuelle et reproductive. Quatre questions ont structuré l'analyse : comment les réponses existantes s'alignent-elles sur les besoins en soins prénataux et périnataux ; dans quelle mesure répondent-elles aux besoins de planification familiale ; comment la gouvernance locale influence-t-elle la santé sexuelle ; et quelles améliorations les acteurs proposent-ils ? Le terme « perçue » est déterminant car l'étude documente les représentations d'informateurs clés et ne prétend ni mesurer l'efficacité des programmes ni représenter directement l'expérience de toutes les utilisatrices.

MÉTHODOLOGIE

Devis et orientation

Une étude qualitative descriptive a été retenue afin de rendre compte, dans un langage proche des données, des expériences et des appréciations d'acteurs connaissant la communauté. Ce devis convient à une question centrée sur le fonctionnement perçu des réponses locales, sans

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

viser la construction d'une théorie formelle. La rédaction du manuscrit a été alignée sur les Standards for Reporting Qualitative Research et sur les éléments applicables de la grille COREQ, dans la limite des informations effectivement consignées pendant l'étude (O'Brien et al., 2014 ; Tong et al., 2007).

Site et période

La collecte s'est déroulée du 28 août au 12 septembre 2025 dans l'Aire de Santé de Bandongoué. Les 33 villages desservis présentent une dispersion géographique importante. L'économie locale repose principalement sur l'agriculture et l'offre d'enseignement secondaire est absente de la communauté, l'établissement le plus proche se situant à Batouri, à environ 18 km. Ces caractéristiques ont été considérées comme des éléments contextuels susceptibles d'influencer le transport, les coûts d'accès, la scolarisation et l'autonomie des adolescentes.

Participants et stratégie d'échantillonnage

Un échantillonnage raisonné a recherché des informateurs possédant une connaissance pratique des relations entre la communauté et le système de santé. Les représentants communautaires admissibles étaient des chefs de ménage, chefs de village, membres d'une structure de dialogue, relais ou agents de santé communautaires, ou matrones. Les représentants sanitaires devaient exercer une responsabilité dans une formation sanitaire desservant l'aire ou au niveau du district. Les personnes sans rôle communautaire ou sanitaire pertinent et celles refusant de participer étaient exclues.

Quatorze personnes ont participé : 12 représentants communautaires réunis dans une discussion de groupe et deux responsables sanitaires interrogés individuellement, soit le médecin-chef du Centre médical d'arrondissement de Bandongoué et le chef du District de Santé de Batouri. La taille n'est pas présentée comme la preuve d'une saturation exhaustive. Elle est justifiée avec prudence par le caractère ciblé de la question, la spécificité des rôles sélectionnés et la densité des échanges, conformément au principe de puissance informationnelle (Malterud et al., 2016). La présence d'un seul groupe de discussion limite néanmoins la capacité à vérifier la stabilité des thèmes entre groupes.

Collecte des données et réflexivité

Un guide semi-dirigé, construit à partir des composantes de la santé sexuelle et reproductive et des dimensions de l'accès, explorait les besoins observés, les réponses disponibles, les obstacles à leur utilisation, les relations entre acteurs et les améliorations souhaitées. La discussion de groupe, d'une durée de 1 h 43 min, s'est tenue dans l'espace du centre médical réservé aux causeries éducatives. Les deux entretiens individuels ont totalisé 2 h 05 min. L'ensemble représentait 3 h 48 min d'enregistrement. Les échanges ont été enregistrés après consentement, puis transcrits intégralement en français.

Le chercheur principal, professionnel de santé extérieur à la communauté, a conduit la collecte. Cette position facilitait la compréhension de l'organisation sanitaire, mais pouvait favoriser une lecture biomédicale ou susciter des réponses socialement attendues chez les responsables. Afin de réduire ce risque, les questions invitaient les participants à décrire des situations concrètes, les interprétations étaient appuyées par des verbatim, et certains résultats ont été restitués à des participants disponibles. Aucun lien hiérarchique ou familial avec les participants n'a été rapporté.

Analyse

Une analyse de contenu thématique manuelle a combiné une logique déductive et inductive. Après plusieurs lectures des transcriptions, les unités de sens ont été codées, regroupées en catégories, puis ordonnées autour de quatre domaines : soins prénataux et périnataux, planification familiale, santé sexuelle et gouvernance, et propositions. Les catégories anticipées à partir des cadres d'accès et socio-écologique ont été complétées par les éléments nouveaux présents dans les récits, notamment l'influence de la scolarisation, la confiance envers les matrones et les interprétations des effets indésirables contraceptifs.

Une matrice croisant besoin identifié, réponse décrite et dimensions de l'accès a soutenu l'interprétation. Une réponse était qualifiée d'adéquate lorsqu'une action spécifique était rapportée comme disponible, accessible et acceptable pour le besoin considéré ; partielle lorsqu'une action existait mais demeurait limitée par sa couverture, sa mise en œuvre ou son acceptabilité ; absente lorsqu'aucune réponse spécifique n'était identifiée. Ces catégories décrivent un jugement analytique fondé sur les discours et non une mesure objective de performance. Le codage et l'interprétation ont été réalisés par le chercheur principal, sans double codage indépendant, ce qui constitue une limite.

Rigueur scientifique

La crédibilité a été recherchée par le croisement des points de vue communautaires et sanitaires, l'utilisation de deux modalités de collecte, l'ancrage des thèmes dans des extraits de discours et une restitution partielle auprès

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

de participants disponibles. La description du site et des profils soutient l'appréciation de la transférabilité. La conservation des enregistrements, des transcriptions et de la matrice d'analyse a contribué à la traçabilité. La réflexivité concernant la position professionnelle du chercheur et la présentation de cas discordants ou de réponses seulement partielles renforcent la confirmabilité. Ces dispositions sont cohérentes avec les recommandations de transparence pour l'analyse thématique, mais elles ne compensent pas l'absence de pluralité d'analystes (Nowell et al., 2017).

Considérations éthiques

Le Comité d'éthique institutionnel de la recherche pour la santé humaine de l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale a approuvé le protocole le 7 août 2025, sous le N° 2025/020238/CEIRSH/ESS/PHD/SP. Les autorisations du chef du District de Santé de Batouri et du responsable de l'Aire de Santé de Bandongoué ont été obtenues. Chaque participant a reçu une information sur l'étude et signé un consentement libre et éclairé. La participation n'a donné lieu à aucune compensation financière. Les identifiants ont été remplacés par des codes, RC pour représentant communautaire et RSS pour représentant du système de santé.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en suivant la progression de l'analyse, depuis les caractéristiques des informateurs jusqu'aux propositions d'amélioration. Huit besoins ont été retenus. Aucun n'a reçu une réponse jugée pleinement adéquate selon l'ensemble des dimensions de l'accès. Deux étaient sans réponse spécifique et six bénéficiaient d'une réponse partielle. Cette appréciation globale ne signifie pas que les services étaient inexistants ; elle traduit un décalage entre l'offre disponible, ses modalités de mise en œuvre et les conditions concrètes d'utilisation.

Caractéristiques des participants

Les 14 participants comprenaient cinq femmes et neuf hommes. Les 12 représentants communautaires étaient âgés de 39 à 65 ans. Onze étaient natifs de Bandongoué et un résidait dans la communauté depuis deux ans. Les profils associaient chefs de ménage, chefs de village, membres des structures de dialogue, acteurs communautaires et une matrone. Les deux responsables sanitaires, âgés de 44 et 47 ans, avaient respectivement deux mois et quatre ans d'ancienneté dans la zone. Cette composition apportait une connaissance institutionnelle et communautaire, mais peu de voix de femmes en âge de procréer et aucune voix directe d'adolescente.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et rôles des participants

Code	Sexe	Âge	Catégorie	Ancienneté dans la communauté
RC1	F	39	Agent de santé communautaire polyvalent	39 ans
RC2	M	43	Chef de ménage	2 ans
RC3	M	55	Chef du Comité de santé	55 ans
RC4	M	42	Chef de ménage	42 ans
RC5	F	48	Relais communautaire	48 ans
RC6	M	41	Chef de ménage	41 ans
RC7	F	65	Matrone	65 ans
RC8	F	56	Cheffe de ménage	56 ans
RC9	F	49	Cheffe de ménage	49 ans
RC10	M	52	Chef de ménage	52 ans
RC11	M	52	Chef de village	52 ans
RC12	M	45	Chef de village	45 ans
RSS1	F	44	Médecin-chef du CMA de Bandongoué	2 mois
RSS2	M	47	Chef du District de Santé de Batouri	4 ans

Note. CMA = Centre médical d'arrondissement ; RC = représentant communautaire ; RSS = représentant du système de santé. L'ancienneté correspond à la durée de résidence ou d'exercice dans la communauté.

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Soins prénataux et périnataux : une offre présente mais difficilement utilisable

Quatre besoins interdépendants structuraient ce domaine : accompagnement psychosocial de la grossesse, accessibilité financière, recours à un accouchement sécurisé et qualité relationnelle des soins. Les participants reconnaissaient l'utilité de la formation sanitaire, notamment pour la vaccination et l'évaluation du nouveau-né, tout en décrivant des obstacles familiaux, économiques, culturels et organisationnels.

L'accompagnement psychosocial apparaissait comme le besoin le moins couvert. Les grossesses précoces pouvaient entraîner blâme familial, isolement et rupture du soutien. Un représentant expliquait que « les parents vont lui dire que là où tu es partie porter ta grossesse, tu n'as qu'à rentrer là-bas » (RC1). Un autre évoquait les pressions exercées sur certaines jeunes filles pour interrompre leur grossesse (RC10). Les participants ne rapportaient ni espace confidentiel d'écoute, ni accompagnement familial structuré, ni causerie spécifiquement consacrée à la gestion psychosociale. La réponse a donc été classée absente.

L'accessibilité financière était associée au chèque santé. Ce dispositif permet à une femme enceinte d'acquérir, pour 6 000 FCFA, soit environ 11 USD, un ensemble subventionné de soins maternels et néonatals. Son existence était connue des responsables sanitaires, mais sa diffusion dans les villages éloignés restait faible. Selon RSS1, « si d'ici on arrive à cinq ou six kilomètres et que tu parles du chèque santé, on te regarde ». La réponse était donc pertinente dans son principe, mais partielle dans sa mise en œuvre : l'information, le ciblage et l'appropriation communautaire ne suivaient pas la disponibilité administrative.

Le faible recours à la formation sanitaire au moment de l'accouchement ne traduisait pas un rejet uniforme des soins biomédicaux. Les récits associaient proximité, coût, confiance et normes familiales. Une participante indiquait qu'en cas de début du travail, la famille faisait appel à « une sage-femme du village » pour l'accouchement (RC8), expression désignant ici une matrone ou accoucheuse traditionnelle. Le recours au centre intervenait parfois après la naissance pour vérifier l'état du nouveau-né. Les participants estimaient aussi que la décision appartenait souvent à l'entourage plutôt qu'à la femme. La sensibilisation des relais existait, mais sans mécanisme formalisé de collaboration et de référence avec les matrones. L'adéquation a été jugée partielle.

Enfin, la qualité relationnelle des soins influençait le retour au service. Une participante rapportait : « Quand tu viens avec ton malade, ils te regardent d'abord. La réception n'est pas très bonne » (RC9). Un autre informateur disait avoir renoncé à revenir après n'avoir pas pu rencontrer le médecin comme il l'espérait (RC4). Les formations techniques du personnel et la présence de professionnels constituaient des ressources, mais elles ne répondaient pas complètement aux attentes de respect, d'information, de disponibilité des médicaments et de continuité. La réponse a été classée partielle.

Planification familiale : disponibilité limitée, conseil insuffisant et croyances persistantes

Les participants distinguaient la prévention des grossesses précoces de l'espacement ou de la limitation des naissances. Pour les grossesses précoces, ils décrivaient une connaissance insuffisante du cycle menstruel, un dialogue familial difficile et une entrée précoce dans la maternité. RC2 observait que certaines filles « ne connaissent pas compter leurs règles ». Le système proposait des méthodes contraceptives, mais les informateurs n'identifiaient pas de programme continu d'éducation complète à la sexualité, de consultation véritablement adaptée aux adolescents ou d'intervention familiale. L'offre contraceptive constituait donc une réponse partielle et trop étroite au besoin de prévention.

Pour l'espacement des naissances, le contraceptif injectable administré trimestriellement était la méthode moderne la plus fréquemment demandée selon les registres évoqués par RSS1. Cette disponibilité cohabitait avec des ruptures ou un accès marchand aux préservatifs et avec une préférence pour certaines pratiques traditionnelles. Le désir d'une descendance nombreuse demeurait valorisé comme sécurité familiale future. RC12 résumait cette logique en rapportant que certains parents voulaient « huit, dix enfants » parce qu'ils ne savaient pas lequel les aiderait plus tard.

Les effets indésirables réels ou anticipés jouaient un rôle décisif. D'après RSS1, lorsqu'une utilisatrice rencontrait un problème après une méthode hormonale, elle pouvait rester à domicile, ne pas revenir au service et transmettre une expérience négative à son entourage. Les participants évoquaient aussi des interprétations de stérilité future ou d'origine mystique. Aucun dispositif régulier de suivi, de conseil anticipé sur les effets attendus, de changement de méthode ou de réponse aux rumeurs n'était clairement identifié. La disponibilité de quelques pro-

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

duits n'assurait donc ni le choix contraceptif, ni la continuité, ni l'acceptabilité. L'adéquation a été classée partielle pour les deux besoins de planification familiale.

Santé sexuelle et autonomisation des filles : réponses ponctuelles face à des déterminants structurels

Dans le domaine des IST et du VIH, les participants reconnaissaient certaines infections mais décrivaient un déni ou un doute persistant autour du VIH. Les relais communautaires transmettaient des informations et des équipes effectuaient occasionnellement des descentes. Toutefois, les préservatifs n'étaient pas distribués de manière régulière et devaient généralement être achetés. RC11 précisait que, pour en obtenir, « il faut seulement aller acheter ». L'absence d'un programme récurrent combinant information, dépistage, confidentialité et disponibilité des moyens de prévention a conduit à classer la réponse comme partielle.

L'autonomisation des filles dépassait le périmètre du service de santé. Les familles décrivaient des revenus agricoles insuffisants, l'absence d'enseignement secondaire dans l'aire et la nécessité d'envoyer les adolescentes à Batouri après le primaire. Cette séparation augmentait les dépenses, réduisait la supervision parentale et, selon les informateurs, exposait certaines filles à rechercher un appui financier auprès de partenaires. Un chef de village estimait que l'ouverture d'un établissement secondaire local permettrait aux parents de mieux accompagner leurs enfants (RC11). Aucun programme structuré d'autonomisation économique, de maintien scolaire ou de groupe de pairs n'était rapporté. La réponse a été classée absente, tout en reconnaissant que ce besoin exige une action intersectorielle.

Propositions des participants

Les propositions formaient un ensemble cohérent plutôt qu'une liste de mesures isolées. Pour la périnatalité, les informateurs demandaient une amélioration de l'accueil, la disponibilité des ressources essentielles, une information de proximité sur le chèque santé, la motivation des relais communautaires et une collaboration sécurisée avec les matrones. En planification familiale, ils souhaitaient des causeries adaptées, une plus grande diversité de méthodes et un suivi actif en cas d'effets indésirables. Pour la santé sexuelle, ils proposaient un dialogue entre parents et adolescents, des activités respectueuses du contexte culturel, une distribution plus accessible des préservatifs, des dépistages de proximité et la création d'un établissement secondaire. La participation de la communauté aux décisions et au suivi des actions constituait le principe transversal.

Tableau 2

Synthèse des besoins, des réponses, de l'adéquation perçue et des priorités

Besoin	Réponse rapportée	Adéquation perçue	Priorité proposée
Accompagnement psychosocial de la grossesse	Aucune activité spécifique et confidentielle identifiée	Absente	Écoute psychosociale ; soutien familial ; orientation
Accessibilité financière	Chèque santé de 6 000 FCFA, peu connu dans les villages éloignés	Partielle	Information de proximité ; clarification du paquet ; suivi de l'équité
Recours aux soins périnataux	Sensibilisation par relais, sans partenariat formalisé avec les matrones	Partielle	Matrone partenaire de référence ; transport ; retour d'information
Qualité et acceptabilité des soins	Personnel et formations techniques, mais accueil et disponibilité perçus comme insuffisants	Partielle	Soins respectueux ; confidentialité ; information ; mécanisme de plainte
Prévention des grossesses précoces	Contraceptifs disponibles, sans programme continu adapté aux adolescents	Partielle	Éducation complète à la sexualité ; consultation confidentielle ; dialogue familial
Espacement et limitation des naissances	Injectables accessibles ; choix, suivi et gestion des effets indésirables limités	Partielle	Conseil centré sur le choix ; gamme de méthodes ; suivi actif
Prévention des IST et du VIH	Descentes ponctuelles et information par relais ; préservatifs surtout marchands	Partielle	Prévention récurrente ; dépistage ; disponibilité des préservatifs
Autonomisation des filles	Aucun programme spécifique ; absence d'enseignement secondaire local	Absente	Maintien scolaire ; groupes de pairs ; coordination santé-éducation-protection sociale

Note. Les niveaux d'adéquation sont des catégories analytiques fondées sur les discours. Ils ne constituent pas une mesure quantitative de performance du système.

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

DISCUSSION

Cette étude met en évidence une inadéquation perçue qui relève surtout de la mise en œuvre et de l'interface entre services et population. Les participants ne décrivent pas un vide sanitaire complet. Ils mentionnent des personnels, des contraceptifs injectables, des relais, des activités ponctuelles et le chèque santé. Pourtant, aucune réponse n'est jugée pleinement adéquate, car la disponibilité n'est pas accompagnée de manière constante par l'information, l'acceptabilité, la qualité relationnelle, la continuité ou la capacité d'utiliser le service. Cette observation rejoint le cadre de Levesque et al. (2013) : l'accès se construit dans la rencontre entre les caractéristiques de l'offre et les capacités des personnes. Elle confirme aussi l'utilité du modèle socio-écologique, puisque les obstacles s'étendent de la connaissance individuelle aux relations familiales, à la formation sanitaire, aux normes communautaires et aux politiques intersectorielles.

Le contraste entre les tendances régionales et la situation décrite à Bandongoué mérite une attention particulière. Nsashiyi et al. (2024) ont observé des progrès de la contraception moderne dans la Région de l'Est, tout en soulignant de fortes variations entre territoires. Les données de routine locales et les perceptions recueillies suggèrent qu'un agrégat régional favorable peut masquer une aire de santé où l'utilisation demeure très faible. Cette divergence n'invalide pas les estimations régionales, mais plaide pour un suivi à petite échelle associant indicateurs quantitatifs, disponibilité réelle des méthodes et expérience des utilisatrices. Une prochaine étude devrait vérifier les données de routine, mesurer la demande, documenter les ruptures de stock et inclure directement les femmes et adolescentes.

Le chèque santé illustre avec précision la différence entre existence et accès. Le programme camerounais propose, pour 6 000 FCFA, un paquet de soins maternels et néonatals subventionnés. Une analyse de séries temporelles interrompues a observé une augmentation immédiate de 26 % des premières consultations prénatales et de 57 % des accouchements assistés après l'introduction du dispositif, mais des effets variables entre formations sanitaires et une faible durabilité de l'amélioration des premières consultations (Sieleunou & Enok Bonong, 2024). Les auteurs attribuent ces résultats mixtes à des difficultés de conception et de mise en œuvre. À Bandongoué, la méconnaissance du dispositif à quelques kilomètres du centre correspond à ce mécanisme. Informer seulement au point de service est insuffisant pour les personnes qui ne s'y rendent pas. La vulgarisation doit passer par les relais, les marchés, les lieux de culte, les chefs de village et les matrones, avec des messages indiquant clairement l'éligibilité, les prestations couvertes, les lieux d'utilisation et les éventuels coûts résiduels.

Le recours aux matrones doit être interprété sans opposer mécaniquement tradition et biomédecine. Les synthèses menées en Afrique subsaharienne montrent que la décision d'accoucher en formation sanitaire combine distance, coût, perception de la qualité, expérience antérieure, influence familiale et confiance envers les prestataires (Bohren et al., 2014 ; Moyer & Mustafa, 2013). Les récits sur le mauvais accueil sont également cohérents avec les travaux montrant que le manque de respect, la mauvaise communication et l'abandon perçu détériorent l'expérience des soins et peuvent réduire le recours ultérieur (Bohren et al., 2015). L'amélioration de l'accueil n'est donc pas un supplément esthétique : elle fait partie de la qualité et de l'acceptabilité des soins.

La proposition de former les matrones exige néanmoins une formulation rigoureuse. La formation ne les transforme pas en personnel qualifié pour gérer seules les complications obstétricales. Les données disponibles soutiennent plutôt des partenariats définissant des rôles limités, la reconnaissance des signes de danger, l'accompagnement vers la formation sanitaire, la préparation du transport, la communication et la référence précoce. Les stratégies associant formation et soutien des accoucheuses traditionnelles ont été reliées à une réduction de certaines issues périnatales, mais leur efficacité dépend de l'intégration au système formel, de la supervision et de la disponibilité de services de référence (Miller & Smith, 2017 ; Wilson et al., 2011). À Bandongoué, un dispositif de « matrone partenaire de référence », avec registre simple, numéro de contact, retour d'information et règles de transfert, serait plus sûr qu'une délégation d'actes obstétricaux.

En planification familiale, la disponibilité d'une méthode injectable ne suffit pas à assurer un choix libre et durable. La peur des effets indésirables, les préoccupations relatives à la fertilité future, l'opposition du partenaire et les normes valorisant une descendance nombreuse figurent parmi les déterminants les plus fréquemment associés à la non-utilisation en Afrique subsaharienne (Blackstone et al., 2017). Au Cameroun rural, Edietah et al. (2018) ont montré l'importance de la discussion conjugale et de l'approbation du partenaire. Au Mali rural, Whidden et al. (2021) ont également relié l'utilisation aux rapports intrafamiliaux, à l'autonomisation et à la conception des services. Les résultats de Bandongoué prolongent ces constats : les utilisatrices qui rencontrent un effet indésirable semblent ne pas disposer d'un suivi suffisamment

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

visible et rassurant. Une réponse adéquate devrait comprendre un conseil centré sur la personne, une information anticipée sur les effets possibles, un accès rapide en cas de problème, la possibilité de changer de méthode et une communication communautaire qui distingue effets indésirables, contre-indications et fausses croyances. Elle doit préserver l'autonomie de la femme, car l'association entre autonomisation et utilisation de la planification familiale dépend de la capacité réelle à décider et à agir (Prata et al., 2017).

La prévention des grossesses précoces nécessite elle aussi une réponse plus large que la mise à disposition de contraceptifs. Les déterminants identifiés dans les synthèses subsahariennes comprennent pauvreté, faible scolarisation, manque d'information, normes de genre, faible communication familiale et accès inadéquat aux services (Yakubu & Salisu, 2018). La revue qualitative de Sidamo et al. (2023) montre que les obstacles se situent simultanément aux niveaux individuel, familial, communautaire, institutionnel et professionnel. Les constats camerounais de Dine et al. (2023), portant notamment sur la connaissance limitée des services et certaines insuffisances de qualité, renforcent cette lecture. Les services adaptés aux adolescents doivent offrir confidentialité, accueil sans jugement, horaires accessibles, information sur l'ensemble des méthodes et orientation psychosociale.

L'éducation complète à la sexualité constitue un autre levier. Une synthèse récente de trois décennies de travaux confirme que les approches efficaces dépassent la prévention biomédicale et associent pédagogies participatives, préparation des enseignants, implication des parents et action à l'échelle de l'établissement (Goldfarb et al., 2026). Dans un contexte rural où les parents peuvent manquer de disponibilité ou se sentir contraints par les normes culturelles, la communication ne peut pas être laissée à la seule initiative familiale. Les obstacles décrits par Mngomezulu et al. (2025), notamment influences culturelles, indisponibilité des parents et messages contradictoires, ressemblent à ceux rapportés à Bandongoué. Des ateliers séparés puis conjoints pour parents et adolescents, animés avec les relais et des professionnels formés, permettraient de construire un langage acceptable sans réduire les droits et la confidentialité des jeunes.

L'autonomisation des filles met enfin en évidence les limites d'une réponse exclusivement sanitaire. L'absence d'enseignement secondaire local, les coûts de logement et de transport et la dépendance économique agissent au niveau structurel. Les analyses portant sur les adolescentes devenues mères en Afrique subsaharienne montrent des inégalités d'accès contraceptif et soulignent le rôle de l'éducation et du contexte socioéconomique (Ahinkorah et al., 2021). Une réponse crédible doit donc associer santé, éducation, autorités locales et protection sociale. À court terme, des groupes de pairs, un accompagnement au maintien scolaire, des mécanismes de transport sûr et une orientation vers les services peuvent être envisagés. À moyen terme, l'offre d'enseignement secondaire ou une solution de proximité relève d'une décision intersectorielle qui dépasse l'aire de santé.

Les relais communautaires apparaissent comme une infrastructure essentielle pour relier ces actions. Une revue de revues a montré que les volontaires communautaires peuvent améliorer l'accès et l'utilisation de services essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, à condition de disposer d'une sélection adaptée, d'une formation, d'une supervision, de ressources et d'une intégration fonctionnelle au système de santé (Woldie et al., 2018). À Bandongoué, leur rôle ne devrait pas se limiter à transmettre occasionnellement des messages. Ils pourraient assurer l'information sur le chèque santé, l'orientation confidentielle des adolescents, le suivi des références par les matrones et la remontée des obstacles, avec une charge réaliste et des moyens définis.

La gouvernance locale constitue ainsi un mécanisme d'accès et non un simple cadre administratif. Lorsque les besoins sont définis uniquement par les programmes ou par les prestataires, le système risque de mesurer la couverture d'une activité sans vérifier sa pertinence pour les personnes concernées. À l'inverse, une participation limitée à la consultation ponctuelle ne garantit ni partage du pouvoir décisionnel ni redevabilité. Une structure locale de suivi devrait réunir des femmes en âge de procréer, des adolescentes dans des conditions protectrices, des représentants des hommes, des prestataires, des relais, des matrones et les secteurs de l'éducation et de la protection sociale. Son mandat pourrait consister à examiner chaque trimestre quelques indicateurs simples : connaissance du chèque santé, délais de référence, disponibilité des méthodes, retours après effets indésirables, plaintes relatives à l'accueil et participation des jeunes. Cette structure ne devrait pas se substituer au district, mais produire une information locale utilisable et convenir d'actions correctives. Une telle approche donnerait un contenu opérationnel à la concordance décrite par Penchansky et Thomas (1981), en confrontant régulièrement l'offre organisée aux obstacles vécus. Elle réduirait également le risque de considérer une intervention comme adéquate sur la seule base de son inscription dans une politique nationale.

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Sur le plan pratique, les résultats soutiennent un paquet d'intervention en cinq composantes plutôt qu'une action unique : premièrement, information communautaire vérifiable sur le chèque santé ; deuxièmement, amélioration de l'accueil, de la confidentialité et du mécanisme de plainte ; troisièmement, partenariat de référence avec les matrones et relais ; quatrièmement, conseil contraceptif centré sur le choix, gestion des effets indésirables et services adaptés aux adolescents ; cinquièmement, coordination intersectorielle pour le maintien scolaire et l'autonomisation des filles. Avant une mise à l'échelle, ces composantes devraient être co-construites avec les utilisatrices, les adolescentes, les hommes, les prestataires et les autorités, puis évaluées pour leur acceptabilité, leur faisabilité, leur fidélité de mise en œuvre, leur équité et leurs effets sur l'utilisation des services.

Cette étude possède plusieurs forces : elle met en regard des acteurs communautaires et sanitaires, replace les perceptions dans un contexte local peu documenté, explicite les critères d'adéquation et évite de confondre disponibilité et accès. Elle comporte toutefois des limites importantes. Premièrement, les adolescentes, les femmes enceintes et les utilisatrices de contraception n'ont pas été interrogées, alors qu'elles sont les premières concernées. Les résultats décrivent donc les perceptions d'informateurs clés, non les besoins directement exprimés par les usagères. Deuxièmement, un seul groupe de discussion et deux entretiens ne permettent pas d'affirmer une saturation robuste ; les dynamiques de groupe ont pu limiter les opinions minoritaires. Troisièmement, les participants étaient majoritairement des hommes et âgés de 39 ans ou plus. Quatrièmement, l'analyse a été réalisée par un seul chercheur, sans double codage. Cinquièmement, les indicateurs de routine n'ont pas été audités et l'étude qualitative ne permet ni d'estimer la prévalence des besoins ni d'attribuer causalement la faible utilisation à un facteur particulier. Enfin, le caractère local empêche toute généralisation statistique. Ces limites imposent une interprétation prudente et justifient une étude mixte ultérieure incluant les groupes directement concernés.

CONCLUSION

Du point de vue des acteurs interrogés, l'écart entre la réponse sanitaire et les besoins de Bandongoué ne résulte pas seulement d'un manque de services. Il tient surtout à une chaîne d'accès incomplète : information insuffisante, coûts, expériences d'accueil, faible continuité du conseil, normes familiales et contraintes scolaires. Deux besoins, l'accompagnement psychosocial de la grossesse et l'autonomisation des filles, ne bénéficient d'aucune réponse spécifique clairement identifiée ; six autres reçoivent des réponses partielles. Le chèque santé, la contraception et les activités communautaires ne pourront produire leurs effets que si leur mise en œuvre devient visible, acceptable, continue et équitable. La priorité scientifique n'est pas de généraliser ces constats, mais de les vérifier auprès des adolescentes et des utilisatrices, puis de co-construire et tester un paquet intégré associant services respectueux, action communautaire, référence sécurisée et coordination intersectorielle.

DÉCLARATIONS

Approbation éthique. Protocole approuvé le 7 août 2025 par le Comité d'éthique institutionnel de la recherche pour la santé humaine de l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, numéro 2025/020238/CEIRSH/ESS/PHD/SP.

Consentement à participer. Un consentement libre, éclairé et écrit a été obtenu auprès de chaque participant.

Conflits d'intérêts. L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Financement. Cette étude n'a reçu aucun financement externe.

Disponibilité des données. Les données qualitatives ne sont pas diffusées publiquement en raison des engagements de confidentialité pris envers les participants. Une demande motivée peut être examinée par l'auteur, sous réserve de l'autorisation éthique applicable.

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

RÉFÉRENCES

Ahinkorah, B. O., Obisesan, M. T., Seidu, A.-A., & Ajayi, A. I. (2021). Unequal access and use of contraceptives among parenting adolescent girls in sub-Saharan Africa: A cross-sectional analysis of demographic and health surveys. BMJ Open, 11(9), e051583. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051583

Blackstone, S. R., Nwaozuru, U., & Iwelunmor, J. (2017). Factors influencing contraceptive use in sub-Saharan Africa: A systematic review. International Quarterly of Community Health Education, 37(2), 79–91. https://doi.org/10.1177/0272684X16685254

Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. Reproductive Health, 11(1), Article 71. https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. PLOS Medicine, 12(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Developmental Psychology, 22(6), 723–742. https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723

Dine, R. D., Uwamahoro, V., Oladapo, J. O., Eshun, G., Effiong, F. B., Kyei-Arthur, F., & Tambe, A. B. (2023). Assessment of the availability, accessibility, and quality of sexual and reproductive health services for young people in conflict affected zones of Cameroon: A mixed method study. BMC Health Services Research, 23(1), Article 1159. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10142-1

Edietah, E. E., Njotang, P. N., Ajong, A. B., Essi, M. J., Yakum, M. N., & Mbu, E. R. (2018). Contraceptive use and determinants of unmet need for family planning: A cross-sectional survey in the North West Region, Cameroon. BMC Women's Health, 18(1), Article 171. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0660-7

Goldfarb, E. S., Lieberman, L. D., & Conklin, K. (2026). Three decades of evidence: Promising approaches to effective comprehensive sex education. Journal of Adolescent Health, 78(1), 19–34. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.06.034

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12(1), Article 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. Qualitative Health Research, 26(13), 1753–1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444

Miller, T., & Smith, H. (2017). Establishing partnership with traditional birth attendants for improved maternal and newborn health: A review of factors influencing implementation. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), Article 365. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1534-y

Mngomezulu, N. M., Masala-Chokwe, M. E., & Ramalepa, T. N. (2025). Barriers to sexual health communication between parents and teenagers: Perspectives of parents in a rural community in Mpumalanga province, South Africa. African Journal of Reproductive Health, 29(2), 35–41. https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i2.4

Moyer, C. A., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: A systematic review. Reproductive Health, 10(1), Article 40. https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-40

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. International Journal of Qualitative Methods, 16(1), 1–13. https://doi.org/10.1177/1609406917733847

Nsashiyi, R. S., Rahman, M. M., Ndam, L. M., & Hashizume, M. (2024). Contraceptive use, unmet need, and demand satisfied for family planning across Cameroon: A subnational study including indirect effects of COVID-19 and armed conflict on projections. BMC Global and Public Health, 2(1), Article 40. https://doi.org/10.1186/s44263-024-00071-4

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. Academic Medicine, 89(9), 1245–1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Prata, N., Fraser, A., Huchko, M. J., Gipson, J. D., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E. J., & Upadhyay, U. D. (2017). Women's empowerment and family planning: A review of the literature. Journal of Biosocial Science, 49(6), 713–743. https://doi.org/10.1017/S0021932016000663

Sidamo, N. B., Kerbo, A. A., Gidebo, K. D., & Wado, Y. D. (2023). Socio-ecological analysis of barriers to access and utilization of adolescent sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review. Open Access Journal of Contraception, 14, 103–118. https://doi.org/10.2147/OAJC.S411924

Sieleunou, I., & Enok Bonong, R. P. (2024). Does health voucher intervention increase antenatal consultations and skilled birth attendances in Cameroon? Results from an interrupted time series analysis. BMC Health Services Research, 24(1), Article 602. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10962-9

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care, 19(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Whidden, C., Keita, Y., Treleaven, E., Beckerman, J., Johnson, A., Cissé, A., Liu, J., & Kayentao, K. (2021). Women's empowerment, intrahousehold influences, and health system design on modern contraceptive use in rural Mali: A multilevel analysis of cross-sectional survey data. Reproductive Health, 18(1), Article 37. https://doi.org/10.1186/s12978-020-01061-z

Wilson, A., Gallos, I. D., Plana, N., Lissauer, D., Khan, K. S., Zamora, J., MacArthur, C., & Coomarasamy, A. (2011). Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: Meta-analysis. BMJ, 343, d7102. https://doi.org/10.1136/bmj.d7102

Woldie, M., Feyissa, G. T., Admasu, B., Hassen, K., Mitchell, K., Mayhew, S., McKee, M., & Balabanova, D. (2018). Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: An umbrella review. Health Policy and Planning, 33(10), 1128–1143. https://doi.org/10.1093/heapol/czy094

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. Reproductive Health, 15(1), Article 15. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4

Libre accès · Licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)