

Vécu des femmes enceintes ayant des enfants de moins de 24 mois en Ville de Bunia, Province de l'Ituri, au Nord-Est de la RD Congo

[Lived experiences of pregnant women with children under 24 months in Bunia town, Ituri Province, North-Eastern DR Congo]

Amuda Baba Dieu-Merci¹, Neema Asimwe², and Furaha Dhena Francine³

¹PhD, Professeur Associé à l'Institut Supérieur de Techniques Médicales de Bunia (ISTM-Bunia), RD Congo

²Chef de Travaux à l'Institut Supérieur de Techniques Médicales de Bunia (ISTM-Bunia), RD Congo

³Licenciée en Obstétrique, Chercheure Indépendante, RD Congo

Copyright © 2024 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: This study conducted to explore the experiences of pregnant women with children under 24 months in Bunia town. The phenomenological method was used to carry out this study. Given the qualitative nature of this study, its sample was made up of 41 pregnant women with children under 24 months in Bunia town, selected intentionally and occasionally. Data was collected using semi-structured interview and analyzed through thematic analysis, supported by the development of a thematic framework.

After the analysis, the study revealed that the respondents reported having become pregnant before returning monthly period, but also, they did not use contraceptive methods. Furthermore, women had a lot of attachment to their infants. They showed love, affection, trust. However, other infants showed the sign of contempt to parents. The respondents showed good progress despite a difficult start. The reactions felt were illness, pain and weakness. They reported that they do not have a positive opinion on close pregnancy, although for some, close pregnancy was viewed positively. Despite their condition, they fulfilled their marital responsibility without problem. On the other hand, for those who did not fulfill this responsibility, the husbands understood their situation well. Finally, the respondents had mixed behavior, positive and sometimes negative towards their loved one.

Closely spaced pregnancy still remains common among Bunia town population and seems to be associated with a higher risk of certain complications (prematurity, low birth weight of the baby). There is therefore reason to develop new contextual awareness-raising strategies.

KEYWORDS: lived experiences, pregnant women, child under 24 months.

RESUME: Cette étude a été réalisée dans le but d'explorer le vécu des femmes enceintes ayant des enfants de moins de 24 mois en Ville de Bunia.

La méthode phénoménologique a été utilisée pour la réalisation de ce travail. Vu la nature qualitative de cette étude, l'échantillon de la présente étude a été constitué de 41 femmes enceintes ayant les enfants de moins de 24 mois en Ville de Bunia, sélectionnées intentionnellement et occasionnellement. Les données ont été analysées grâce à l'analyse de contenu appuyée par le développement d'un cadre thématique.

Après l'analyse, l'étude a révélé que les enquêtées ont rapporté avoir tombé enceinte avant le retour de couche, mais aussi elles n'utilisaient pas les méthodes contraceptives. Par ailleurs les femmes avaient beaucoup d'attachement envers leurs nourrissons. Elles ont manifesté l'amour, l'affection, la confiance. Toutefois, d'autres nourrissons ont présenté le signe de mépris aux parents. Les enquêtées ont manifesté une bonne évolution malgré un début difficile. Les réactions ressenties ont

été la maladie, la douleur et la faiblesse. Elles rapportent qu'elles n'ont pas un avis positif sur la grossesse rapprochée, bien que pour certaines, la grossesse rapprochée était positivement considérée. Malgré leur état, elles ont rempli leur responsabilité conjugale sans problème. Par contre pour celles n'ayant pas rempli cette responsabilité, les maris avaient bien compris leur situation. Enfin, les enquêtées ont eu un comportement mixte, positif et parfois négatif envers leur proche.

La grossesse rapprochée demeure encore fréquente au sein de la population de la Ville et semble être associée à un risque plus élevé de certaines complications (prématurité, faible poids du bébé à la naissance). Il y a donc lieu de développer des nouvelles stratégies contextuelles de sensibilisation.

MOTS-CLEFS: vécu, femmes enceintes, enfant de moins de 24 mois.

1 INTRODUCTION

Une grossesse rapprochée, étant une grossesse où l'intervalle intergénéral est de moins de 24 mois, semble être associée à un risque plus élevé de certaines complications (prématurité, faible poids du bébé à la naissance). (Mochhoury et al. 2023; OMS, 2019).

Blondel et al. (2005) stipule que le regard du partenaire sur les changements corporels se déroulant durant la grossesse va avoir un rôle majeur dans le ressenti de la femme. On peut imaginer que si le conjoint n'est pas soutenant ni investi dans la nouvelle grossesse envers la femme, cela sera plus difficile pour elle d'être à l'aise avec les perturbations auxquelles elle doit faire face.

Kominiarek et Rajan (2016) rapportent qu'une grossesse rapprochée (qui a 18 mois d'écart ou moins avec la fin de la grossesse précédente) qu'elle soit planifiée ou non, peut être le début d'une merveilleuse aventure. Certains couples s'adaptent plus facilement à l'expérience de la parentalité à la suite de deux grossesses rapprochées. Pour d'autres, l'expérience prend l'allure d'un grand défi.

Reeves (2021) souligne que les parents peuvent expérimenter de sérieuses émotions à l'annonce de la nouvelle grossesse entre autres la joie, la peur, la tristesse... Certaines mères ne se sentent pas émotionnellement prêtes à l'arrivée d'un nouveau bébé et peuvent ressentir de l'angoisse ou du stress. Pour d'autres mères, la grossesse suscite de l'ambivalence et mieux vaut pour elles d'en parler à une personne de confiance. Légèrement plus de 20% de femmes en RD Congo ayant une grossesse rapprochée attestent qu'elles ne désiraient plus d'enfant (Lince-Deroche et al. 2019).

Pendant notre pré enquête au cours de la CPN effectuée au CH de CME de Bunia, nous avons constaté que sur 30 mères 10 soit 30,0% étaient enceintes pendant que leurs enfants avaient l'âge inférieur à 24 mois. Ces femmes étaient culpabilisées, angoissées d'avoir une nouvelle grossesse. 2 soit 6,6% avaient une idée d'avortement pour permettre à l'enfant vivant de bien grandir.

Cette étude vise à explorer le vécu des femmes enceintes ayant des enfants de moins de 24 mois en Ville de Bunia.

2 MATERIEL ET METHODES

Cette étude est du type exploratoire, qui s'est étendue sur une période allant du 15 Juillet au 15 Aout 2022. La méthode phénoménologique telle que décrite par Aubin-Auger et al. (2008) a servi pour la réalisation de cette étude. L'interview semi-structurée a servi pour la collecte des données. L'analyse thématique appuyée par le développement d'un cadre thématique a été utilisée pour l'analyse des données. En ce qui concerne les considérations éthiques, les différents principes tels que la demande de consentement à participer à l'étude, la demande d'autorisation pour l'enregistrement des entretiens, la confidentialité ainsi que l'anonymat ont été rigoureusement respectés.

La population de cette étude était constituée de toutes les femmes enceintes ayant les enfants de moins de 24 mois dans les ménages de la ville de Bunia.

L'échantillon de cette étude était constitué de 41 femmes enceintes ayant les enfants de moins de 24 mois en ville de Bunia. Vu la nature qualitative, la saturation a été déjà atteinte à 35, et nous avons résolu continuer jusqu'à 41 pour nous rassurer de l'effectivité de cette saturation (Damyanov, 2021). L'échantillonnage intentionnel et occasionnel a servi pour constituer les unités de l'échantillon. Les caractéristiques des unités de l'échantillon sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon

Numéro de l'enquête	Age	Parité	Etat matrimonial
E1	19 ans	Primipare	Célibataire
E2	32 Ans	Multipare	Mariée
E3	23 Ans	Multipare	Mariée
E4	25 Ans	Primipare	Célibataire
E5	28 Ans	Multipare	Mariée
E6	18 Ans	Primipare	Célibataire
E7	20 Ans	Multipare	Mariée
E8	28 Ans	Multipare	Mariée
E9	25 Ans	Primipare	Célibataire
E10	20 Ans	Primipare	Mariée
E11	23 Ans	Primipare	Mariée
E12	23 Ans	Multipare	Mariée
E13	33 Ans	Multipare	Mariée
E14	19 Ans	Primipare	Mariée
E15	28 Ans	Multipare	Mariée
E16	22 Ans	Primipare	Mariée
E17	19 Ans	Primipare	Mariée
E18	24 Ans	Multipare	Mariée
E19	33 Ans	Multipare	Mariée
E20	27 Ans	Multipare	Mariée
E21	20 Ans	Primipare	Célibataire
E22	22 Ans	Primipare	Célibataire
E23	26 Ans	Multipare	Mariée
E24	32 Ans	Multipare	Mariée
E25	32 Ans	Multipare	Mariée
E26	28 Ans	Multipare	Mariée
E27	33 Ans	Multipare	Mariée
E28	25 Ans	Primipare	Mariée
E29	26 Ans	Multipare	Mariée
E30	23 Ans	Multipare	Célibataire
E31	28 Ans	Multipare	Mariée
E32	34 Ans	Multipare	Mariée
E33	34 Ans	Multipare	Mariée
E34	30 Ans	Multipare	Mariée
E35	24 Ans	Multipare	Mariée
E36	35 Ans	Multipare	Veuve
E37	32 Ans	Primipare	Mariée
E38	38 Ans	Multipare	Mariée
E39	25 Ans	Multipare	Mariée
E40	23 Ans	Multipare	Célibataire
E41	34 Ans	Primipare	Mariée

3 RESULTATS

3.1 VECU DES FEMMES ENCEINTES AYANT LES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS EN RAPPORT AVEC LE TEMPS DE LA GROSSESSE

3.1.1 CIRCONSTANCE DE LA CONCEPTION

En ce qui concerne les circonstances de conception, les enquêtées ont évoqué de diverses circonstances.

Une première catégorie de femmes se trouvait enceintes avant le retour de couche.

« Je suis tombée enceinte avant le retour de couche, je ne savais pas si cela était la grossesse ». (E2, interview).

« J'avais conçu lorsque mon enfant avait 4 mois, j'étais faible et je ne savais pas si j'avais la grossesse, et c'était avant le retour de couche » (E6, interview).

Les autres femmes sont tombées enceinte après le retour de couche.

« Cela m'avais trouvé que le retour de couche était déjà venu, j'avais su que j'étais enceinte à partir de nausées abondante, de malaise c'est là que j'avais compris j'étais enceinte » (E5, interview).

« J'avais conçu car après l'accouchement, j'avais vu mon retour de couche et mon enfant avait 2 mois » (E7, interview).

Bien que certaines femmes n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives pour prévenir une grossesse non désirée, d'autres qui les ont utilisées se sont tout de même retrouvées enceintes.

« J'avais conçu car après l'accouchement j'avais vu mon retour de couche lorsque mon enfant avait 2 mois, je ne me protéger pas, j'avais vu seulement la rupture de règle d'où je suis allé faire le test et on m'a dit que j'étais enceinte » (E7, interview).

« C'est parce que mon enfant était décédé, j'avais accouché un mort-né, après sa mort à 8 mois je suis tombé enceinte, je n'avais pas utilisé de méthode contraceptive » (E8, interview)

Par contre une femme était tombée enceinte par sa propre volonté.

« C'est selon ma volonté, j'avais conçu lorsque mon enfant avait une... » (E11, interview).

3.1.2 REACTION APRES LE CONSTAT D'ETRE ENCEINTE

De différentes interventions d'enquêtées ont évoqué diverses raisons, un groupe d'enquêtées avaient un avis positif et un autre groupe d'enquêtées avaient un avis négatif.

« J'avais de souci car mon enfant était encore petit, car sa santé peut être abimé, mon mari était fâché, il a dit que l'enfant est encore petit » (E14, interview).

« J'avais trop de souci car à chaque fois je regardais mon enfant trop petit » (E14, interview).

Les enquêtées avaient manifesté le stress, l'angoisse, le regret, le refus et la peur d'être tombé enceinte alors que l'enfant est encore petit.

« Je voulais refuser, mais le conseil des infirmiers m'avais permis d'accepter ma grossesse, mon mari aussi n'avait rien dit » (E16, interview).

« J'avais beaucoup peur car j'avais encore un petit enfant et je me suis rendu de nouveau enceinte, je me disais comment gérer 2 bébés, est ce que le jeune enfant ne peut pas souffrir de malnutrition, mon mari n'avait rien dit car eux ils n'ont pas de problème il a dit que c'est la volonté de Dieu et on ne doit pas refuse le cadeau venant de Dieu » (E. 18, interview).

Par contre, d'autres enquêtées ont reçu cette nouvelle grossesse avec joie, car c'est Dieu qui donne et c'est lui qui garde. Pour certaines, les maris avaient de difficultés à accepter alors que pour les autres, ca ne posait aucun problème chez les maris.

« J'avais bien reçu ma nouvelle grossesse, mon mari avait un peu de regret, car il avait dit pourquoi sa nouvelle femme n'avait pas utiliser la méthode de calendrier comme les autres femmes ». (E15, interview).

« J'avais reçu avec la joie, même si mon mari était fâché, il a dit que notre enfant était encore petit » (E17, interview).

« J'avais la joie, mais mon mari de fois il reçoit la nouvelle avec joie, et d'autre fois avec le regret car il a une deuxième femme » (E18, interview).

3.1.3 EVOLUTION DE GROSSESSE SELON LE TRIMESTRE

Les enquêtées ont manifesté une évolution bonne malgré un début difficile. Les réactions ressenties ont été la maladie, la douleur, la faiblesse.

« J'ai bien évolué avec ma grossesse ». (E31, interview).

« Avec Dieu ca évoluais, malgré les complications tels que; de douleur lombaire » (E2, interview).

3.1.4 UTILISATION DE CPN

Il ressort de différents discours que les enquêtées de la présente étude ont fréquenté la CPN à de moments différents.

« J'avais commencé CPN à 4 mois » (E5, interview).

« J'avais commencé la CPN avec la grossesse de 3 mois » (E11, interview).

Par contre un autre groupe d'enquêtées ont débuté tardivement la CPN. Le mois du début dépendait d'une femme à l'autre.

« J'avais commencé la CPN avec la grossesse de 5 mois » (E7, interview).

« J'avais débuté la CPN à 6 mois de grossesse » (E12, interview).

« J'avais commencé la CPN à 8 mois de grossesse » (E17, interview).

3.1.5 FACTEURS DE MOTIVATION D'UTILISATION DE SERVICE DE CPN

Les enquêtées ont avoué utiliser le service de CPN à cause de malaise, maladie, et d'autres à cause de la douleur ou peur après avoir accouché par césarienne. Par contre pour une enquêtée la seule raison était parce qu'elle a été grondée pour l'arrivée tardive à la CPN lors de grossesse précédente.

« Parce qu'il fallait que les infirmiers eux même puisse me donne le médicament qu'il faut pour ma santé à cause de maladie ». (E5, interview).

« A cause de douleur sur le site de cicatrice de l'opération » (E7, interview).

« Parce que pour la grossesse précédente j'avais commencé la CPN en retard avec grossesse de 6 mois et les sages-femmes m'avais grondé et on m'avait expliqué l'importance de la CPN, c'est pourquoi cette fois ci j'ai commencé tôt » (E11, interview).

Par contre d'autres femmes ne sont pas motivées de fréquenter la CPN, les motifs de démotivation pour ces femmes sont le manque de possibilité, avoir l'expérience de la CPN...

« Car à 5 mois que les sages-femmes sauront déjà capter le BCF de l'enfant sera visible mais aussi on va lui donner le féfol pour augmenter le sang et suivre l'évolution de l'enfant » (E9, interview).

« Car l'enfant est encore petit commencer encore la CPN ça lui déranger mais aussi j'ai d'expériences de CPN et je connais tout » (E18, interview).

« Car je n'aime pas beaucoup fréquenter la CPN car c'est fatigant, juste pour avoir l'évolution de l'enfant » (E24, interview).

3.2 VECU DES FEMMES ENCEINTES AYANT DES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS EN RAPPORT AVEC LES SOINS ACCORDES À L'ENFANT

3.2.1 TYPES D'ALIMENTS DONNÉS À L'ENFANT

Les enquêtées à cette recherche ont cité divers aliments donnés à l'enfant.

« Bouillie au soja, nourriture + soja, lait + soja ». (E33, interview).

« Tout ce que je trouve et l'enfant mange ». (E35, interview).

« Mélangé avec le soja, le poisson, maïs, sorgho » (E5, interview).

D'après toutes ces interventions, les enquêtées donnent le repas à de moment différent.

« Le matin du thé, la journée et le soir: la nourriture contenant du soja, il mangeait avec beaucoup d'appétit. » (E8, interview).

« Le matin le fufu et la soupe, midi le fufu et la soupe et le soir le fufu et la soupe C'est notre culture de Nande » (E.1, interview).

« Le matin la bouillie au soja, la journée le lait au soja et le soir la nourriture au soja et l'enfant mange bien avec appétit ». (E. 33, interview).

3.2.2 ATTACHEMENT À L'ENFANT

Les enquêtées avaient l'attachement envers l'enfant, Elles ont manifesté l'amour, supporter les caprices de cet enfant, l'affection, la confiance. Par contre d'autres enfants ont méprisé leur parent.

« Je lui donner beaucoup d'amour et lui donner ce qu'il demande » (E8, interview).

« L'enfant m'aime beaucoup il a beaucoup d'affection envers moi, il n'aime pas que je reste loin de lui » (E 11, interview).

« Je montre beaucoup d'amour, je le dorlote beaucoup mon enfant en le transportant, en le gardant » (E13, interview).

Par contre d'autres enquêtées ont constaté que les enfants ne veulent plus s'attacher à leur mère durant cette période, l'enfant cherche à s'égarer de sa mère. L'amour disparaît et l'enfant crée de distance avec sa mère.

« L'enfant n'aime plus rester à côté de sa mère et à mon tour j'aime beaucoup dorloter mon enfant » (E.20, interview).

« Mon enfant est plus attaché à son père, si le père n'est pas là qu'il va chercher me chercher » (E.26, interview).

3.2.3 MECANISME DE SUIVI DE L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

Les enquêtées ont rapporté qu'ils ont maintenu la santé de leur enfant par divers moyens.

« Si l'enfant mange bien, l'enfant joue bien, il ne dort pas à tout moment » (E7, interview).

« Je surveille sa température, lorsque je vois il y a un peu de fièvre je lui donne le paracétamol et lorsque je vois il fait de selles proche je lui donne de vermax pour qu'il reste toujours en bonne santé ». (E5, interview).

Par contre il y a une particularité à laquelle nos enquêtées ne suivent pas l'état de santé de leurs enfants, car ils ne tombent pas malade et laissent tout entre les mains de Dieu.

« Depuis elle est enceinte l'enfant n'est pas encore tombé malade » (E.4, interview).

« Je ne fais pas de suivi car mon enfant est bien portant et protégé par Dieu » (E.14, interview).

3.2.4 MECANISME DE MAINTIEN DE L'ENFANT EN BONNE SANTE

Les enquêtées maintiennent leurs enfants en bonne santé en leur donnant beaucoup d'affection et en administrant les médicaments, en cas d'échec ils amènent leurs enfants à l'hôpital.

« En cas de fièvre, je donne le paracétamol ensuite le laver avec de l'eau froide et si la fièvre contenue c'est là que je l'amène vite à l'hôpital » (E2, interview).

3.2.5 CONDUITE À TENIR EN CAS DE MALADIE

Les enquêtées ont rapporté qu'elles veillent à leur enfant en cas de maladie, la première de chose à faire était l'usage de paracétamol et l'automédication, en cas de l'échec, elles recourent à l'hôpital. Certaines amènent directement l'enfant à l'hôpital pour la consultation.

« Je l'amène à l'hôpital ou soit je lui donne d'abord le calmant avant d'aller à l'hôpital » (E12, interview).

« J'achète les médicaments dans la pharmacie et si ça ne répond pas là je vais amener l'enfant à l'hôpital » (E15, interview).

3.3 VECU DE FEMMES ENCEINTES AYANT LES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS EN RAPPORT AVEC LA RESPONSABILITE FAMILIALE

3.3.1 RESPONSABILITÉ MÉNAGÈRE

Les enquêtées évoquent diverses raisons sur la responsabilité ménagère, malgré la faiblesse qu'elles ont. Par contre d'autres essayent de faire mieux, mais à la fin de compte elles sollicitent d'aide et leurs maris les comprennent facilement. Par contre il y a de celles qui n'ont pas arrivé à prendre leur responsabilité en tant que femme.

« Au début elle faisait bien tous les travaux arriver au 6^{ème} mois de grossesse, il y a des travaux qui me dépassais tel que: torchonner la maison, puiser de l'eau d'où il y a quelqu'un qui m'aide » (E11, interview).

Par ailleurs les femmes tiennent leurs responsabilités en main malgré cet état de grossesse, car au début c'est toujours difficile mais après elles s'adaptent mieux. Et aussi elles ont des enfants ou autres personnes pour les aider.

« Au début je faisais sans problème tous les travaux mais vers la fin était difficile, j'ai déjà de grande fille qui m'aide avec les travaux ménagères » (E12, interview).

« Je fais tous les travaux sauf puiser de l'eau, j'ai quelqu'un qui m'aide » (E26, interview).

D'autres femmes n'ont pas été au point d'assurer leur responsabilité ménagère et parfois c'est leur mari qui leur arrive en aide pour accomplir certaines tâches ménagères.

« Je n'arrive pas à faire les travaux ménagers, c'est mon mari qui m'aide, mais je prépare la nourriture » (E15, interview).

« Je me forcer et mon mari aussi avait pitié de moi car j'avais un petit enfant et j'ai une nouvelle grossesse » (E19, interview).

3.3.2 RESPONSABILITÉ CONJUGALE

Les enquêtées ont rapporté avoir remplir leur responsabilité conjugale sans problème.

« Je le faisais très bien, sans problème » (E30, interview).

Par contre d'autres n'avaient pas rempli cette responsabilité et leurs maris avaient bien compris la situation dans laquelle elles se trouvent.

« Au début de ma grossesse je le faisais sans problème mais vers 7e mois je n'arrive pas à le faire et mon mari aussi a compris » (E20, interview).

Certaines enquêtées n'ont pas assumé leur responsabilité conjugale à leur mari. Les autres ne voulaient même pas sentir la présence de leurs maris.

« Je ne voulais pas sentir mon mari depuis la conception jusqu'à maintenant elle a déjà la grossesse de 7mois, elle ne fait rien pour satisfaire son mari » (E16, interview).

« Mon mari ne s'occupe de moi, même si je fais quoi c'est toujours sans sucées car il a une 2e femme » (E18, interview).

« Au début jusqu'à 6 mois je faisais bien mais arrivé à 7 mois c'était difficile, car j'étais déjà fatiguée ». (E24, interview).

« Au début je ne voulais pas sentir mon mari mais je le faisais sans problème et pour satisfaire mon mari, je ne faisais rien au début de ma grossesse c'est mon secret avec mon Dieu, mon mari avait compris mon état » (E. 27, interview).

3.3.3 COMPORTEMENT ENVERS L'ENTOURAGE LE PLUS PROCHE

Les enquêtées avaient dans l'ensemble un bon comportement envers l'entourage le plus proche.

« Je vis bien avec tout le monde de la belle-famille » (E27, interview).

« Je suis en bonne collaboration avec mes belles sœurs, il n'y a pas de problème, ma belle-mère ne vit pas avec moi ainsi que mon beau-père » (E28, interview).

Par contre, d'autres enquêtées n'ont pas manifesté de bons comportements avec leur relation. Les éléments de mauvaise collaboration étaient: le caprice de grossesse, le comportement de l'entourage.

« Ma grossesse a beaucoup de caprice il arrive de fois que je déteste d'autres membres de ma belle-famille » (E.23, interview).

« Ma belle-famille est à Kinshasa mais chez elle, il y a des personnes que je n'aime pas car ils parlent beaucoup alors qu'on n'a pas envie de beaucoup parlé » (E. 25, interview).

« Je ne m'attendais pas avec ma belle sœur qui restait chez moi, car elle prenait l'alcool et elle insulté sous l'alcool mais avec les autres membres de la belle-famille, j'étais en bonne relation » (E.26, interview)

4 DISCUSSION

4.1 VECU DE FEMMES ENCEINTES AYANT LES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS EN RAPPORT AVEC L'ETAT DE LA GROSSESSE.

4.1.1 CIRCONSTANCE DE LA CONCEPTION

Les enquêtées ont évoqué diverses circonstances en rapport avec leur conception.

Le résultat obtenu est similaire à celui de Petersen et al. (2020) qui stipule que les mères avaient ressenti divers malaises associés à la grossesse, comme des nausées ou des vomissements.

Dans le même cadre, le présent résultat rejoint l'idée de Kellams (2021) qui rapporte que malgré le souhait des femmes est d'espacer de manière saine les grossesses, un grand nombre de ces femmes se trouvent dans l'incapacité d'obtenir des services contraceptifs rapidement après l'accouchement, d'où des taux de fécondité élevée et des problèmes de santé pour elles-mêmes et leurs enfants.

Ceci revient à dire que chaque femme ressent sa grossesse différemment, le manque de connaissance aux méthodes serait à la base de cette circonstance chez les femmes ayant les enfants de moins de 24 mois et toutes les autres femmes aussi.

4.1.2 REACTION APRES LE CONSTAT D'ETRE ENCEINTE

De différentes interventions, les enquêtées ont évoqué diverses raisons. Pour un groupe d'enquêtées, elles avaient un avis positif et un autre groupe avait un avis négatif. Les enquêtées à cette étude n'ont pas jugé bon de tomber enceinte précocement, le fait que l'enfant est encore trop petit les culpabilise. Elles ont connu de souci, de stress, de l'angoisse, du regret, de la peur. Malgré cet état, elles ont fini par accepter cette grossesse et vivre avec l'autre enfant.

Le résultat obtenu est différent à celui de Kominiarek et Rajan (2016) qui rapportent qu'une grossesse rapprochée, qu'elle soit planifiée ou non, peut être le début d'une merveilleuse aventure. Certains couples s'adaptent plus facilement à l'expérience de la parentalité à la suite de deux grossesses rapprochées. Pour d'autres, l'expérience prend l'allure d'un grand défi. C'est tout à fait normal, car chaque parent est unique et chaque situation familiale est différente.

Par ailleurs, Reeves (2021) reconnaît que l'annonce d'une nouvelle grossesse peut affecter la santé mentale de la mère. Certaines mères ne se sentent pas émotionnellement prêtes à l'arrivée d'un nouveau bébé et peuvent ressentir de l'angoisse

ou du stress. Pour d'autres mères, la grossesse suscite de l'ambivalence et mieux vaut pour elles d'en parler à une personne de confiance.

Le résultat correspond à celui d'une étude française effectuée en 2012 sur le rapport au corps de 12 femmes enceintes entre 14 et 28 semaines d'aménorrhées. Celle-ci montre que les femmes rapportent globalement une image positive de leur nouvelle grossesse et cela aurait un impact positif sur les symptômes dépressifs par la suite (Bourgoin, Callahan & Denis, 2012).

Ceci porte à croire que la réaction négative des femmes serait due au fait que la grossesse apparaît sans qu'elle en tienne compte ou être préparé psychologiquement.

4.1.3 EVOLUTION SELON LE TRIMESTRE

Il ressort de cette recherche que les enquêtées ont manifesté une évolution bonne, malgré un début difficile. Les réactions ressenties ont été la maladie, de douleur, faiblesse. Le résultat de cette étude est similaire à celui de Kominiarek et al. (2016) qui rapportent une bonne évolution de la grossesse.

Le résultat est contraire à celui de Petersen (2020) qui stipule qu'une femme enceinte qui a déjà un enfant en bas âge à s'occuper peut avoir besoin de répit et de soutien pour se reposer. Cela est d'autant plus vrai pour les mères qui ressentent divers malaises associés à la grossesse.

Ceci revient à dire que malgré la culpabilité des femmes sur la survenue de grossesse, sauf de difficultés particulières, il y a une bonne chance que la grossesse évolue normalement.

4.1.4 UTILISATION DE CPN

Il ressort de différents discours que les enquêtées de cette étude ont fréquenté la CPN tardivement, par contre certaines ont fréquenté la CPN selon la recommandation de l'OMS.

Bien qu'il semble évident que la CPN constitue le moyen privilégié de dépistage de grossesse et éventuellement d'éviter les issues défavorables de la grossesse, leur déroulement dans de mauvaises conditions, particulièrement chez les femmes ayant des enfants de moins de 24 mois, peut avoir une grande incidence sur la décision d'utiliser ce service à temps (Tiembré et al. 2010). De ce fait, ces femmes courent trop de risques de développer les complications au cours de l'évolution de leur grossesse.

4.1.5 FACTEURS DE MOTIVATION D'UTILISATION DE SERVICE DE CPN

Il ressort de ces interventions que les femmes sont motivées d'utiliser le service de CPN pour suivre l'évolution de la grossesse. Par contre certaines ne le sont pas. Ce résultat rejoint celui de l'OMS (2016) qui note que les femmes enceintes avaient fréquenté les services de soins prénatals parce qu'elles avaient des informations exactes sur la date du début de la visite prénatale.

En ce qui concerne les motifs de l'utilisation de CPN, nous pensons que les femmes enceintes savent tous les risques qu'elles peuvent courir avec leurs enfants. Ainsi, la bonne sensibilisation et la transmission correcte d'information concernant la CPN par le personnel soignant les motiveraient de participer activement à la CPN.

4.2 VECU DES FEMMES ENCEINTES AYANT DES ENFANTS DE MOINS DE 24 MOIS EN RAPPORT AVEC LES SOINS ACCORDES À L'ENFANT

4.2.1 TYPES D'ALIMENTS DONNÉS À L'ENFANT

Les enquêtées à cette recherche ont cité divers aliments donnés à l'enfant.

Le résultat obtenu correspond à celui de Kouton et al. (2017) qui avaient rapporté que les premiers aliments supplémentaires donnés aux enfants étaient des bouillies à base de céréales peu enrichies par des légumineuses locales (pâte d'arachide ou de farine torréfiée de soja), du lait ou de la poudre de poisson séché.

Il est contraire à celui d'Agudelo et al. (2012) qui pensent que plus de la moitié des femmes enceintes ayant une nouvelle grossesse rapprochée avaient donné l'allaitement artificiel à leur enfant. Elles ont constaté que les patientes étaient stressées, qu'elles s'effaçaient, qu'elles avaient besoin d'attention.

Ceci revient à dire que les aliments donnés aux enfants dépendent d'une femme à l'autre et chacune d'elles sachent les bénéfices des aliments qu'ils donnent à leurs enfants.

4.2.2 ATTACHEMENT À L'ENFANT

Par ailleurs les femmes avaient beaucoup d'attachement envers l'enfant, ils ont manifesté l'amour, supporter les caprices de cet enfant, l'affection, la confiance. Par contre d'autres enfants ont méprisé leur parent.

Le résultat de notre étude est différent à celui d'Agudelo et al. (2012) qui rapportent une pauvreté dans les échanges de lien mère-nourrisson. Ensuite, ils remarque que les interactions précoces s'installent soit immédiatement. Ainsi, dans 61,8% des cas la patiente avait une attitude maternelle envers son enfant.

Tout de même, le résultat obtenu se rapproche à celui Salinier. (2021) qui stipule que la manifestation de l'attachement est au centre des soins dans une perspective familiale et peut être favorisée en encourageant dès le début un lien entre les parents et le nouveau-né, notamment par le contact peau à peau et par l'allaitement. Soutenir l'attachement précoce aura des effets immédiats et durables sur la santé des mères, des nourrissons et des familles.

De ce constat, nous résumons que l'attachement de couple mère-enfant est un facteur primordial pour l'accompagnement de l'enfant et sa croissance.

4.2.3 MECANISME DE SUIVIE DE L'ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

Les enquêtées de cette étude ont rapporté qu'ils ont maintenu la santé de leur enfant par la surveillance de la santé de leur enfant en administrant de produit médicaux. Par contre il y a une particularité à laquelle nos enquêtées ne suivent pas l'état de santé de leurs enfants et laissent tout entre les mains de Dieu.

Le résultat de notre étude est différent de celui de Bergström et al. (2012) qui ont rapporté que les enfants avaient le risque de jaunisse ou d'infection du nouveau-né. Les mères ne savaient pas toujours où trouver les réponses à leurs interrogations. La transmission de l'information intergénérationnelle était moins importante dans les sociétés contemporaines qu'avant. L'occasion d'apprendre de sa famille se raréfiant, les parents ont donc tendance à se tourner vers le milieu médical.

Partant de ce mécanisme, nous constatons que le suivi de la santé de l'enfant est au cœur de décisions de recours au soins par les mères, les pères étant couramment tenues responsables de la santé, sont considérés comme pourvoyeurs du financement des soins et les deux se trouvent seul pour faire face à des dépenses de santé désastreuses pour l'économie de la famille.

4.2.4 MECANISME DE MAINTIEN DE L'ENFANT EN BONNE SANTE

Il ressort de ces interventions que les enquêtées maintiennent leurs enfants en bonne santé en leur donnant beaucoup d'affection et en administrant les médicaments, en cas d'échec ils amènent leurs enfants à l'hôpital.

Notre résultat corrobore à celui de Hong et Park (2012) qui rapporte par la suite que la cohabitation parent-enfant continue, les soins des parents et l'alimentation (sur demande ou en se fiant aux signes de faim) sont préférables pour renforcer l'attachement réciproque.

Mais certaines recherches qui n'ont pas été répertoriées dans les recensions mentionnées précédemment rapportent quelques bienfaits des soins néonataux tels: une augmentation du taux d'allaitement à l'hôpital et du taux d'allaitement à court terme, une augmentation des connaissances en périnatalité, le développement de compétences parentales, une réduction de l'anxiété chez les femmes, une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle des parents et une adaptation prénatale positive (Saxell, Harris et Elarar, 2009).

Nous osons croire que le mécanisme de maintien de la santé d'enfant dépend de l'attitude et volonté des parents, l'enfant étant victime n'a aucun pouvoir de se prendre en charge, mais les parents sont les personnes les plus susceptibles de contrôler et maintenir leurs enfants en bonne santé.

4.2.5 CONDUITE À TENIR EN CAS DE MALADIE

Les enquêtées ont rapporté qu'elles veillent à leur enfant en cas de maladie, la première de chose à faire est l'usage de paracétamol et automédication, en cas de l'échec, elles recourent à l'hôpital. Certaines amènent directement l'enfant à l'hôpital pour la consultation.

La santé des enfants préoccupe intensément les parents, car la maladie précipite les parents dans un état de crise économique et à la pratique de l'automédication. Nous pensons que les parents de notre étude ont toujours tendance à traiter leurs enfants, en cas de résistance ils conduisent leurs enfants à l'hôpital.

4.3 VECU DES FEMMES ENCEINTES EN RAPPORT AVEC LA RESPONSABILITE FAMILIALE

4.3.1 RESPONSABILITÉ MÉNAGÈRE

Les enquêtées n'ont pas éprouvé de difficultés dans la responsabilité ménagère, malgré la faiblesse qu'elles ont. Par contre d'autres asseyent de faire mieux mais à la fin de compte elles sollicitent d'aide et leur mari les comprennent facilement. Mais aussi il y a des celles qui n'ont pas reçu à prendre leur responsabilité en tant que femme.

Il sied de signaler que la simple énumération des facettes éducatives montre que les enjeux sont plus complexes que pour les tâches ménagères, que le partage sexuel des rôles est plus flou d'autant que les acteurs ne se limitent ni aux mères, ni aux femmes ni à la famille (Pfefferkorn, 2011). L'école, le voisinage, l'Etat ont leur mot à dire si bien que la maternité ne saurait englober l'ensemble de l'éducation.

De ce fait, nous pensons que le fait d'entre de nouveau enceinte n'influence pas les femmes à travailler correctement et assumer leur responsabilité ménagère.

4.3.2 RESPONSABILITÉ CONJUGALE

Les enquêtées ont rapporté avoir rempli leur responsabilité conjugale sans problème. Par contre d'autre n'avaient pas rempli cette responsabilité et leur mari avait bien compris la situation dans laquelle elles se trouvent.

Le résultat de notre étude est différent à celui de Bayle (2009) qui rapporte dans son constat que certains témoignages décrivent un changement du regard des hommes sur leurs compagnes, passant du rôle de maîtresse à femme enceinte et à celui de mère. Cela peut entraîner un attendrissement dans le regard mais aussi moins de désir d'acceptation de la survenue de la nouvelle grossesse.

En revanche Le Breton (2018) stipule que si la décision de poursuivre la grossesse rapprochée a été rapidement prise, c'est l'opinion d'autrui qui pousse les femmes à justifier leur choix. De fait, ces propos rappellent à ces femmes qu'elles se trouvent dans une situation qui n'est pas conforme à la norme sociale.

Ceci nous amène à dire que la charge conjugale réponde sur la décision et le ressenti de la femme et son époux ne prends qu'accompagner sa femme pour établir un équilibre dans le foyer.

4.3.3 COMPORTEMENT ENVERS L'ENTOURAGE LE PLUS PROCHE

Les enquêtées ont rapporté avoir un bon comportement envers leur proche, par défaut d'autres n'ont pas de bonne relation envers leur proche.

Le résultat de notre étude se rapproche à l'idée de Warren et al. (2007) qui montre que la préparation psychologique au rôle de parent constitue une partie intégrante de l'approche des soins dans une perspective familiale. Des préoccupations concernant la grossesse, le travail, l'accouchement, la période postnatale ou le rôle de parent peuvent être soulevées à tout moment. Les familles comptent sur un certain nombre de ressources pour les aider à surmonter ces défis: les intervenants de la santé, la famille et les amis, Internet, les médias et les livres, les cours prénataux et les expériences précédentes de grossesse des femmes qui ont déjà accouché.

Par ailleurs il est contraire à celui de Haute Autorité de Santé Canada (2005) confirme effectivement, selon l'observatoire des familles, l'écart idéal entre deux enfants est en moyenne de deux à trois ans que ce soit entre le premier et le deuxième ou entre le deuxième et le troisième enfant (respectivement 84% et 85%). Les femmes en situation de grossesse rapprochée ne répondent donc pas aux standards admis par la population générale, elles sont source de mépris et de stigmatisation sociale.

Par ailleurs il est similaire à celui d'Abdel et Poulin (2004) qui ont montré que le regard du partenaire sur les changements corporels se déroulant durant la grossesse rapprochée va avoir un rôle majeur dans le ressenti de la femme. Si le conjoint n'est pas soutenant ni investi dans la grossesse envers la femme, cela sera plus difficile pour elle d'être à l'aise avec les perturbations auxquelles elle doit faire face.

Le résultat de notre étude rejoint les idées de Petersen (2020) qui rapporte que l'entourage, la famille et le cercle d'amis peuvent apporter leur soutien en préparant des repas, en effectuant des tâches ménagères ou en s'occupant des autres enfants pendant ou après l'accouchement. La femme enceinte ne doit pas hésiter à demander ou accepter de l'aide. Le bien-être de la maman est important.

Partant de ce point, nous osons croire que le soutien de l'entourage est indispensable pour améliorer les conditions de vie de couple mère-enfant, afin d'éviter les traumatismes pouvant intervenir durant cette période.

Cette étude étant qualitative, il aurait été mieux de procéder à la triangulation des techniques. Normalement dans le cadre de ce travail, nous aurions associé le focus group discussion à l'interview, c'est ce qui n'a pas été fait. C'est cette situation qui constitue la principale limite de cette étude.

5 CONCLUSION

Les enquêtées enceintes ayant des enfants de moins de 24 mois présentent diverses expériences en rapport avec leur vécu se rapportant aux circonstances de conception, la relation avec les nourrissons ainsi que le mécanisme de les maintenir en bonne santé. Ces expériences ont aussi été diverses en rapport avec la responsabilité conjugale ainsi que les relations avec les proches. Au vu de ces résultats, il y a donc lieu de réfléchir sur les stratégies efficaces d'implication des maris des femmes enceintes à la CPN.

REFERENCES

- [1] Abdel B. et Poulin M.J. (2004) Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Aust J Rural Health*. 19: 1; 9-139.
- [2] Agudelo V.D., Fawcett J. & Fager B.D. (2012) *Maternity and women's health care*. 9th ed. St. Louis (MO).
- [3] Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., Lehr-Drylewicz A.M., Imbert P., Letrilliart L. et Groum-F (2008) *Introduction à la recherche qualitative. Exercer. La revue Française de Médecine Générale*. 19 : 84 ; 142-145.
- [4] Bayle B. (2009) *Négations de grossesse et gestation psychique. Actes du 1er colloque français sur le déni de grossesse*. Toulouse : Edition Universitaires du Sud ; 2009.
<http://benoit.bayle1.free.fr/denigrossesse.pdf>. (19/04/2022).
- [5] Bergström G.S, Stoll K., Kornelsen J. (2012) Rural maternity care. *J Obstetrics Gynaecol Can*. 34 :10 ; 984-1000.
- [6] Blondel B., Supernant K., Du Mazaubrun C., Breart G. (2005). *Enquête Nationale Périnatale*. PARIS.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf (22/04/2022).
- [7] Bourgoin E, Callahan S. & Denis A. (2012) Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychologie Française*. 57 : 3 ; 205-213.
- [8] Damyanov M. (2021) *Exploring data saturation in qualitative research*.
https://dovetail-com.translate.google/research/data-saturation/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=fr&_x_tr_hl=fr&_x_tr_pto=rq (22/05/2022).
- [9] Haute Autorité de Santé Canada (2010) *Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis La Plaine (FR)*. Québec: HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite. (10/05/2022).
- [10] Hong L. et Park L. (2012) Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health*. 52: 4; 384-91.
- [11] Kellams A. (2021) Breastfeeding: Parental education and support. *Pan Med Afr*. 21:2; 1223-9.
https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-educationand-support?search=breastfeeding%20during%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1664437825. (22/03/2022).
- [12] Kominiarek M.B. et Rajan P. (2016) Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation. *The Medical clinics of North America*. 100: 6; 1199–1215.
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.004>. (12/03/2022).
- [13] Kouton S.E., Hounkpatin W.A., Ballogou V.Y., Lokonon J.H., Soumanou M.M. (2017) Caractérisation de l'alimentation des jeunes enfants âgés de 6 à 36 mois en milieu rural et urbain du Sud-Bénin. *Journal of Applied Bioscience*. 110 : 10831-10840.
<http://dx.doi.org/10.4314/jab.v110i1.13>.
- [14] Le Breton (2018) Geographic induction of rural parturient women: is it time for a protocol? *J Obstetrics Gynaecol Can*. 29: 7; 583-5.

- [15] Lince-Deroche N., Kayembe P., Blades N. Williams P., London S. Mabika C., Philbin J. et Bankole A. (2019) Grossesses non planifiées et avortements à Kinshasa (République Démocratique du Congo) : Défis et progrès. <https://www.gutmacher.org/fr/report/unintended-pregnancy-abortion-kinshasa-drc> (24/05/2024).
- [16] Mochhoury L., Changuiti O., Benfatah M., & Chebabe M. (2023) Devenir périnatal issu des grossesses rapprochées: étude rétrospective marocaine. *Pan Afr Med J.* 44 : 152. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.152.31684> (12/02/2024).
- [17] OMS (2016) *Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment*. Genève : OMS. <https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who> (23/04/2022).
- [18] OMS (2019) L'espace sacré de la féminité : le maternage à travers les générations - les actes. <http://www.oms.com/193/publications.nccah?publication>. (19/04/2022).
- [19] Petersen B., Yazdy M., Getz K., Anderka M. & Werler G. (2020) Short interpregnancy intervals and risks for birth defects: support for the nutritional depletion hypothesis. *The American journal of clinical nutrition.* 113: 6; 1688–1699. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa436> (19/04/2022).
- [20] Pfefferkorn R. (2011) Le partage inégal des tâches ménagères. *Les Cahiers de Framespa. E-Storia.* <https://doi.org/10.4000/framespa.646> (23/04/2022).
- [21] Reeves N. (2021) Emotional Changes During Pregnancy. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/grossesse-emotions-maman/> (23/04/2022).
- [22] Salinier C. (2021) Fondements de l'attachement parent-enfant. <https://www.mpedia.fr/art-fondements-de-lattacheement/> (23/09/2022).
- [23] Saxell, Harris & Elarar (2009) Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Sys Rev.* 10: CD002856.
- [24] Tiembré, I., Bi Vroh J.B., Tano O.A., Dogou-Wawayou B., Tagliante-Saracino J., Odehoury-Koudou P., Dagnan N.S., Ekra K.D. (2010) Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire). *Santé Publique.* 2 : 22 ; 221-28. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-2-page-221.htm> (22/05/2023).
- [25] Warren R. (2007) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: WRA http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (22/05/2022).