



## **Maternité précoce : Risques et perspectives des solutions dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba en RDC**

**Thèse de Doctorat soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en santé publique**

**Par KASONGO KAYEMBE Aimé**

*Chef de Travaux à l'Université de Kolwezi, Licencié en Santé Publique et, Diplômé d'Etudes Approfondies en Santé Publique*

**Promotrice : MALONGA KAJ Françoise**

Professeure Ordinaire

Received 01 Feb 2026, Accepted 01 March 2026, Available online 07 Mar 2026, Vol. Thesis

### **Resume**

**Contexte :** La maternité précoce est l'enregistrement d'un accouchement chez une femme d'âge inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres. La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente portent un très haut risque de morbidité et de mortalité. Leurs complications sont l'une de principales causes de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Elle entraîne un mauvais pronostic socio-économique et des complications pédiatriques.

**Objectifs :** L'objectif poursuivi était de déterminer les risques de la maternité précoce chez les adolescentes et d'en analyser les perspectives des solutions contextuelles.

**Méthode :** Nos recherches se sont déroulées dans la province du Lualaba de 2012 à 2017. Nous avons mené l'étude transversale à visée analytique en deux étapes ; en milieu clinique (dix maternités (3550 cas de maternités précoces), dans la communauté (720 enquêtées) puis, une approche qualitative phénoménologique (62 interviewées). L'échantillonnage était à plusieurs degrés. Pour les tests statistiques, le seuil de signification était fixé à 95%.

**Résultats :** La maternité précoce est présente au Lualaba avec une prévalence de 13,8% [13,4 ; 14,2] de 2012 à 2014. Les prévalences les plus élevées étaient enregistrées en milieu rural (16,0% Versus 10,2%). L'âge moyen à la maternité précoce était de  $17,1 \pm 0,82$ ans.

Les risques sanitaires étaient faits de: déchirures des parties molles, hémorragies du post partum, décès maternel. Le faible poids de naissance était un facteur de risque important de la mortalité néonatale précoce. Les risques socio-économiques: abandon/interruption scolaire, mariage forcé, diminution de chance d'accéder à une meilleure profession.

Les facteurs en cause cités étaient: l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement/soutien, la précarité, recherche/désir d'enfant, l'absence de dialogue, le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité parentale, les us et coutumes dégradantes

Les perspectives des solutions envisagées sont: une promotion de l'éducation sexuelle et de la santé reproductive des jeunes. Un encadrement/sensibilisation azytite, une collaboration multidisciplinaire et multisectorielle et une prise en charge précoce et globale des risques de la maternité précoce.

**Conclusion :** La maternité précoce est présente au Lualaba avec un taux élevé, elle constitue un véritable problème de santé publique. Ses conséquences perverses, qui sont multiples, sont d'ordre sanitaire et socio-économique. L'implication de tous s'impose pour une réussite contre ce fléau.

**Mots clés :** Maternité Précoce, Mères Adolescentes, Risques, Causes, Conséquences, Perspectives, Lualaba-RDC.

**UNIVERSITÉ DE LUBUMBASHI**

**ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE**

*Domaine : Epidémiologie, Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

**B.P. 1825  
LUBUMBASHI**



***Maternité précoce : Risques et perspectives des solutions dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba en RDC***

*Thèse de Doctorat soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Santé Publique*

*Par **KASONGO KAYEMBE Aimé***

*Chef de Travaux à l'Université de Kolwezi*

*Licencié en Santé Publique et*

*Diplômé d'Etudes Approfondies en Santé Publique*

**juillet 2020**

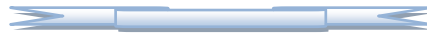
**UNIVERSITÉ DE LUBUMBASHI**

**ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE**

*Domaine : Epidémiologie, Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*

**B.P. 1825**

**LUBUMBASHI**



***Maternité précoce : Risques et perspectives des solutions dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba en RDC***

*Thèse de Doctorat soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en santé publique*

Par **KASONGO KAYEMBE Aimé**

*Chef de Travaux à l'Université de Kolwezi*

*Licencié en Santé Publique et*

*Diplômé d'Etudes Approfondies en Santé Publique*

Promotrice : **MALONGA KAJ Françoise**  
**Professeure Ordinaire**

**Année académique : 2019-2020**

## EPIGRAPHE

Ne dis pas « *Comment se fait-il que les jours anciens aient été meilleurs que ceux-ci* ? *Ce n'est pas la sagesse qui te fait poser cette question* (Ecclésiaste 7 : 10)

*La procréation reste la seule voie pour perpétuer l'espèce humaine, elle possède cependant des conséquences très néfastes lorsque non bien orientée. Les scientifiques devront agir en collaboration avec toutes les couches de la population afin d'en réduire les risques pour préserver la vie de la procréatrice.*

*OMS et UNICEF (2010)*

## DEDICACE

*Aux professionnels de santé !*

*Aux chercheurs !*

*Aux décideurs politiques !*

*Aux encadreurs et éducateurs des adolescents !*

*A tous et toutes, qui voudraient améliorer la santé maternelle, infantile et des adolescents !*

*Et, à ma famille.*

**KASONGO KAYEMBE Aimé**

## IN MIMORIUM

*A toi, mon Père Kayombo Sonyi Gédéon Mwatha Kakwata et, toi ma mère Muhanda Kaji Gertrude Wa Thoka, ma sœur Tshiseke Kasendo Lajoie ...*

*Pour vos sacrifices et compassions envers moi, votre fils, frère ; je vous dis tous merci. Je ne cesse cependant de prier pour vous, nuit et jour en implorant la miséricorde divine à votre égard, et un séjour reposant plein de grâce de notre seigneur Dieu.*

*Kasongo Kayembe Aimé*

## REMERCIEMENTS

Nous rendons grâce et adressons nos reconnaissances au Tout Puissant Créateur, Zambi Kalunga Sakatanga, Donateur de vie et Protecteur des faibles, pour ses réalisations infinies et combien louables à notre égard.

Cette œuvre humaine n'aurait pas aboutie sans la volonté manifeste de l'équipe d'encadrement qui a été constituée des éminents professeurs de renommée internationale, qui ont accepté de nous orienter depuis le début jusqu'à la fin de cette rédaction, en dépit de leurs multiples occupations.

Il s'agit bien là de Madame la Directrice de L'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, Professeure Ordinaire, Malonga Kaj Françoise, Promotrice de cette Thèse de Doctorat. Maman, que nos remerciements rencontrent tous vos assentiments et que longue vie, gloire et prospérité vous reviennent pour vos sacrifices consentis dans la réalisation de ce modeste travail de recherche qui restera dans la mémoire de plus d'un.

En santé publique, le travail en équipe reste plus performant que celui réalisée par une seule personne sans discussion approfondie des faits. Car dit-on, du choc des idées, jaillit la lumière. Cette pensée, m'amène à louer l'initiative d'encadrement de cette Thèse une équipe, qui ressort ses effets plus favorables et, me pousse à rendre hommage à toute l'équipe d'encadrement qui ne s'est jamais lassée nuit et jour, pour la production de cette œuvre grandiose et combien louable. Méritez toute ma reconnaissance, chers Maîtres. Que l'honneur et la gloire vous reviennent. Nous citons ici les Professeurs Mundongo Tshamba Henri, Ntambue Mukengeshayi Abel et le Professeur Emérite, Kakoma Sakatolo Zambèze Jean Baptiste. Puisse le bon Dieu, vous accorder longévité et gloire dans tous vos projets.

Nous ne passerons pas sans dire un mot au comité de gestion de l'Université de Lubumbashi, pour nous avoir accueilli et intégré dans la maison mère. Cet accueil et intégration ont prouvé à suffisance la volonté d'accompagnement des jeunes Universités selon les recommandations du Ministère de tutelle à notre égard. Voici donc un des fruits d'une bonne collaboration entre ces deux Universités, qui vient de faire de nous, une personne ressource en santé publique. Méritez, Messieurs les membres du comité de gestion de l'Université de Lubumbashi, nos sentiments de remerciement et de reconnaissance.

Nos sentiments de reconnaissance et de gratitude sont également adressés à l'Université de Kolwezi pour notre parrainage et intégration à son sein.

Merci à tous nos compagnons de lutte, collègues de promotion sans qui, cet édifice serait impossible.

Nous sommes reconnaissant et, nous remercions les membres du gouvernement et de l'assemblée de la Province du Lualaba,, pour le secours combien louable, qu'ils nous ont prêté pour la finalisation de cette œuvre.

Trouvez ici, nos sentiments de reconnaissance et de gratitude, pour votre patience manifeste, votre esprit d'accompagnement, de prière et de sacrifice ainsi que votre tolérance lors de la réalisation de cette œuvre grandiose ; Madame mon épouse Kaji Kutemba Lyly et tous nos fils et filles ainsi que tous nos frères et sœurs, neveux et nièces, qui ne vous êtes pas lassés une seule fois à m'encourager pour l'atteinte de cet objectif que nous défendons en ce jour.

***KASONGO KAYEMBE Aimé***

## *LISTE DES ABREVIATIONS*

BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CAP	: Connaissance, Attitude et Pratique
CDE	: Convention relative aux droits de l'enfant
<b>CEDEF</b>	: Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF)
CIAF	: Comité inter africain en charge des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants
CPN	: Consultation Pré Natale
CPP-SS	: Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé
CPS	: Consultation Préscolaire
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DPS	: Division Provinciale de la Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESC	: Enquête de Surveillance et Comportementale
FC	: Franc Congolais
GT	: Groupe de Travail
HGR	: Hôpital Général de Référence
HGR	: Hôpital Général de Référence
HTA	: Hypertension Artérielle
IC	: Intervalle de Confiance
IGAS	: Inspection Générale des Affaires Sociales
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
IPS	: Inspection Provinciale de la Santé
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
Khi2 MH	: Khi Carré de Mantel Haenszel
MGF/E	: Mutilation des Organes génitaux Féminins chez les Enfants.
MICS	: Enquête de Santé à Indicateurs Multiples
MSF	: Médecin Sans Frontière
NS	: Non Significatif
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies

ONUSIDA	: Organe de Nations Unies pour la lutte contre le Sida
ORaMH	: Odds Ratio ajusté de Mantel Haenszel
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PME	: Petites et Moyennes Entreprises
PNHF	: Programme National de l'Hygiène aux Frontières
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose et la Lèpre
PNMTN	: Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PPDS	: Plan Provincial de Développement Sanitaire
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PS	: Poste de Santé
RDC	: République Démocratique du Congo
ROI	: Règlement d'Ordre Intérieur
SA	: Semaines d'aménorrhée
UNESCO	: Agence de l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, la Culture et la Formation
USD	: United States of American Dollar ou dollar américain
VIH/SIDA	: Virus de l'Immuno Déficience Acquis/ Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis
WHO	: World Health Organization
ZS	: Zone de Santé

## *LISTE DES FIGURES*

Fig 1. Cadre conceptuel théorique, relatif à la maternité précoce .....	53
Figure 2 : Carte de la Province du Lualaba (Source : Plan Quinquennal de développement de la Province du Lualaba). .....	76
Figure 3. Effectif des maternités précoces selon l'âge des mères en années révolues. ....	95
Figure 4. Mortalité néonatale. ....	98
Figure 5. Catégories de décès fœtaux enregistrés .....	99
Figure 6. Cadre conceptuel pratique relatif à la maternité précoce dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba .....	172

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Illustration de la technique d'échantillonnage ayant trait au choix des 5 zones de santé.	87
Tableau II. Distribution chronologique de la prévalence des maternités précoces selon les zones de santé .....	94
Tableau III. Fréquence et risque comparatifs des maternités précoces dans les zones rurales et rurales du Lualaba de 2012 à 2014.....	95
Tableau IV. Age des enquêtées à la première maternité précoce .....	95
Tableau V. Distribution des résultats selon la voie, le mode d'accouchement, le décès maternel, les dystocies vécues et les causes.....	96
Tableau VI. Distribution des nouveau-nés selon le poids à la naissance et la prématurité.....	97
Tableau VII. Distribution des enquêtées selon le lieu d'accouchement .....	97
Tableau VIII. Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence versus fréquentation de la CPN.	100
Tableau IX. Stratifications liées aux résidences et âges des mères versus Poids de naissance des enfants en grammes.....	101
Tableau X. Distribution des mères selon l'âge VS conséquences vécues (Déchirure des parties molles, césarienne, Hémorragie du post partum, épisiotomie).....	102
Tableau XI. Stratifications liées à l'âge des mères et poids de naissance des enfants, résidence.	104
Tableau XII. Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance versus l'issue après accouchement. ....	105
Tableau XIII. Stratifications liées à l'âge des mères et le décès néonatal précoce, versus le poids de naissance. ....	106
Tableau XIV. Répartition des enquêtées selon la province d'origine, la confession religieuse, le milieu de socialisation et la tribu. ....	107
Tableau XV. Distribution des enquêtées selon le Groupe social (amie) .....	108
Tableau XVI. Distribution des enquêtées selon l'âge au premier rapport sexuel complet.....	108
Tableau XVII. : Distribution des enquêtées selon l'écart d'âge avec leur conjoint. ....	109
Tableau XVIII. : Distribution des enquêtés selon le nombre de partenaires sexuels avant de tomber enceinte.....	109
Tableau XIX. Distribution des enquêtées selon qu'elles ont connu ou pas des rapports sexuels sous effet de drogue (boisson alcoolisée) .....	110
Tableau XX. Interlocuteurs des enquêtées échangeaient aisément sur la sexualité et connaissance de survenue de la grossesse.....	111
Tableau XXI. Considérations faites de la sexualité avant le mariage par nos enquêtées .....	112
Tableau XXII. Distribution des enquêtés selon les moyens connus de prévention des grossesses précoces. ....	112
Tableau XXIII. Distribution des enquêtés selon les moyens connus de contraception modernes.	113
Tableau XXIV. Distribution des enquêtés selon les 2 méthodes contraceptives estimées efficaces par les adolescentes .....	113
Tableau XXV. Distribution des enquêtées selon l'utilisation des contraceptifs et les raisons de non utilisation avancées. ....	114

Tableau XXVI. Distribution des victimes de maternités précoces selon qu'elles préféreraient utiliser la contraception ou non .....	115
Tableau XXVII. Événements et attitude des victimes des grossesses précoces à l'annonce de la grossesse. ....	116
Tableau XXVIII : Distribution des enquêtés selon les avantages connus des maternités précoces	117
Tableau XXIX. Inconvénients connus des maternités précoces. ....	118
Tableau XXX. Suivi de la CPN lors de cette grossesse et allaitement exclusif au sein.....	119
Tableau XXXI. Distribution des enquêtés selon la décision prise à l'égard du partenaire de la victime de maternité précoce .....	120
Tableau XXXII. Antécédents des enquêtées avec leurs partenaires (père de son enfant) .....	121
Tableau XXXIII. Distribution des enquêtés selon le lieu d'accouchement des mères et qualité de l'accoucheuse. ....	122
Tableau XXXIV. Distribution des enquêtés selon le changement d'occupation avant et après survenue de la grossesse et leur devenir après accouchement. ....	123
Tableau XXXV. Distribution des enquêtés selon la contraction de mariage après accouchement.	124
Tableau XXXVI. Distribution des enquêtés selon le projet planifié après accouchement. ....	125
Tableau XXXVII. : Représentation des caractéristiques socio- démographiques : .....	126
Tableau XXXVIII. Distribution des interviewées selon l'âge .....	127

## *RESUME*

### *Contexte*

La maternité précoce est l'enregistrement d'un accouchement chez une femme d'âge inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres. La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente portent un très haut risque de morbidité et de mortalité. Leurs complications sont l'une de principales causes de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Elle entraîne un mauvais pronostic socio-économique et des complications pédiatriques.

### *Objectifs*

L'objectif poursuivi était de déterminer les risques de la maternité précoce chez les adolescentes et d'en analyser les perspectives des solutions contextuelles.

### *Méthode*

Nos recherches se sont déroulées dans la province du Lualaba de 2012 à 2017. Nous avons mené l'étude transversale à visée analytique en deux étapes ; en milieu clinique (dix maternités (3550 cas de maternités précoces), dans la communauté (720 enquêtées) puis, une approche qualitative phénoménologique (62 interviewées).

L'échantillonnage était à plusieurs degrés. Pour les tests statistiques, le seuil de signification était fixé à 95%.

### *Résultats*

La maternité précoce est présente au Lualaba avec une prévalence de 13,8% [13,4 ; 14,2] de 2012 à 2014. Les prévalences les plus élevées étaient enregistrées en milieu rural (16,0% Versus 10,2%). L'âge moyen à la maternité précoce était de  $17,1 \pm 0,82$ ans.

Les risques sanitaires étaient faits de: déchirures des parties molles, hémorragies du post partum, décès maternel. Le faible poids de naissance était un facteur de risque important de la mortalité néonatale précoce. Les risques socio-économiques : abandon/interruption scolaire, mariage forcé, diminution de chance d'accéder à une meilleure profession, ...

Les facteurs en cause cités étaient : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement/soutien, la précarité, recherche/désir d'enfant, l'absence de dialogue, le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité parentale, les us et coutumes dégradantes ...

Les perspectives des solutions envisagées sont : une promotion de l'éducation sexuelle et de la santé reproductive des jeunes. Un encadrement/sensibilisation azymite, une

collaboration multidisciplinaire et multisectorielle et une prise en charge précoce et globale des risques de la maternité précoce.

### *Conclusion*

La maternité précoce est présente au Lualaba avec un taux élevé, elle constitue un véritable problème de santé publique. Ses conséquences perverses, qui sont multiples, sont d'ordre sanitaire et socio-économique. L'implication de tous s'impose pour une réussite contre ce fléau.

Mots clés : *maternité précoce, mères adolescentes, risques, causes, conséquences, perspectives, Lualaba-RDC.*

# CHAPITRE PREMIER : INTRODUCTION

## 1.1. *Etat de la question*

Nombreuses études ont été menées en matière de maternité précoce. Quelques-unes que nous avons consultées ayant trait à notre sujet sont ressorties dans les paragraphes qui suivent et nous ont servi de base d'analyse de la revue documentaire.

Les données de la littérature sur l'activité sexuelle, le mariage et la contraception indiquent des faits suivants. Selon l'OMS, la plupart des gens débutent l'activité sexuelle entre 15 et 19 ans, les garçons plus tôt que les filles. Dans les pays à faible revenu, les filles deviennent souvent actives sexuellement au moment de leur mariage, ou sous la contrainte, le plus souvent d'hommes plus âgés. La fréquence de l'activité sexuelle est plus élevée chez les adolescentes en relation stable (mariage ou union libre). D'où, un plus grand risque de grossesse en l'absence de contraception. Toutefois, dans de nombreux pays, il n'est pas rare d'avoir un enfant hors mariage. L'Amérique latine, les Caraïbes et les pays à revenu élevé connaissent des taux plus élevés de grossesses chez les adolescentes hors mariage que l'Asie du Sud et, en Afrique subsaharienne, les taux varient. Les taux de recours à la contraception par les adolescentes sont souvent faibles. Ce sont les pays africains qui enregistrent les taux les plus bas, compris entre 3 % et 49 % [1].

La sexualité des adolescents reste un problème de santé publique préoccupant de par les conséquences qu'elle engendre. L'adolescence est caractérisée par une crise de la personnalité [2].

L'enquête de surveillance comportementale (ESC) et de séroprévalence menée en République Démocratique du Congo en 2006 avait ressorti qu'à l'âge de 15 ans, un jeune sur deux était sexuellement actif, mais un peu plus de garçons (54,1%) que de filles (48,1%). La multiplicité des partenaires sexuels était une pratique courante aussi bien chez les garçons (56,7%) que chez les filles (52,4%) [3].

Selon l'étude de Kasongo Kayembe Aimé, un comportement à risque était ressorti dans la population des jeunes étudiants de l'Université de Lubumbashi enquêtés. La jeunesse était active sexuellement dans 71,1% des cas. Le multi partenariat sexuel, une pratique courante notée dans 90,5% des cas chez les étudiantes et 82,4% des cas chez les étudiants. Il a été un facteur à la base des cas élevés des symptômes d'IST dans 22,3% des

cas. L'âge moyen au premier rapport sexuel était de 17 ans avec un minimum de 11ans et un maximum de 22ans [4].

Selon une étude qualitative ayant porté sur la prostitution des jeunes filles d'âge mineur à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso, il a été ressorti quelques facteurs principaux de risque qui avaient exposé les jeunes filles de cette entité à se livrer à la prostitution. De ces facteurs, il avait été noté : les abus sexuels, l'inceste, la précarité, la négligence parentale, la maltraitance, la migration, les mariages précoces et forcés, la stigmatisation familiale, l'aliénation parentale, le VIH et les comportements sexuels déviants [5]. Cependant, quelques facteurs de protection avaient été identifiés dont la bonne qualité des liens familiaux, la scolarisation, la meilleure situation économique, la stabilité dans leur environnement du village, la non-imposition d'un mari que les filles n'aimaient pas et l'estime de soi [1], [5].

Comme tout individu, l'adolescent a droit à la sexualité et doit bénéficier d'une information suffisante et complète en la matière. En plus, il a le droit d'accéder aux contraceptifs en faisant un choix libre et éclairé pour se protéger contre les risques de la sexualité [6].

Dans nombreux pays, les jeunes filles subissent de fortes pressions pour qu'elles aient des rapports sexuels, pressions souvent exercées par des membres de leurs familles. Dans d'autres, plus d'un tiers des filles affirment que leur premier rapport sexuel a été forcé [7].

Une étude menée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans 36 pays, a révélé que, les deux tiers des femmes sexuellement actives qui souhaitaient retarder ou limiter la maternité, avaient cessé de recourir à la contraception par crainte d'effets secondaires, en raison de problèmes de santé ou de sous-estimation de la probabilité de tomber enceinte. Ainsi, une grossesse sur quatre est une grossesse non désirée. Même si les grossesses non planifiées ne sont pas nécessairement synonymes de grossesses non voulues, elles peuvent entraîner de nombreux risques pour la santé de la mère et de l'enfant : malnutrition, maladie, mauvais traitements et défaut de soins, et même la mort. Les grossesses non désirées peuvent en outre entraîner des cycles de fécondité élevée, affaiblir le potentiel d'instruction et d'emploi et engendrer la pauvreté, des problèmes qui peuvent se perpétuer pendant plusieurs générations [8].

Une proportion de 17,8% des filles ont recours aux méthodes contraceptives. Les filles et les garçons connaissaient également des problèmes des IST dans respectivement 4,9% et 1,8% des cas. L'éveil de la sexualité constitue l'un des aspects majeurs de processus

développementaux de l'adolescence et notamment de la formation de l'identité. Elle comporte des versants psychologiques et relationnels. Quant aux élèves, 2% d'entre elles disaient s'être retrouvées enceintes. Parmi elles, 71% disaient avoir pratiqué l'interruption volontaire de grossesse, 18% avaient vécu un avortement spontané et 9% avaient poursuivi leurs grossesses [9].

Par ailleurs, quelques principaux faits en matière des mariages des adolescentes méritent d'être soulevés à travers la littérature.

Les estimations internationales les plus récentes indiquent qu'au niveau mondial plus de 60 millions de femmes de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans. La fréquence des mariages précoces varie selon les pays et les régions : les taux les plus élevés sont observés en Afrique de l'Ouest, suivie par l'Asie du Sud, l'Afrique du Nord/le Moyen-Orient et l'Amérique latine. Toutefois, en raison de la taille de la population en Asie du Sud et des taux de mariages précoces, c'est dans cette région que l'on retrouve près de la moitié des jeunes filles mariées précocement. Les données laissent entendre que, dans la plupart des régions du monde, la prévalence des mariages précoces a diminué, mais lentement [1]. Des normes sociales différenciées conditionnent la vie des filles et des garçons. Ces attentes sociales concernent les attitudes à l'égard du mariage et de la fécondité, y compris, dans certaines sociétés, les mariages précoces, en particulier pour les filles, et dans d'autres, la preuve de la fécondité avant l'officialisation de l'union. Pour les garçons, les attentes ont trait au fait d'acquiescer une expérience sexuelle et d'apporter la preuve de leur fécondité. Les normes sociales qui tolèrent la violence à l'égard des femmes et des filles font courir aux adolescentes le risque de grossesse et d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST), dont le VIH... [1].

Cependant, il existe en de nombreux endroits, des programmes conçus pour retarder les mariages, encourager les adolescentes à rester à l'école et retarder la naissance du premier enfant. Les programmes font également en sorte de s'assurer que les jeunes mariées aient de meilleures chances de vivre une grossesse saine, un accouchement sans risques et puissent bénéficier de soins postnataux de qualité. Les programmes les plus prometteurs mettent en relation les adolescentes, les parents, les maris et les belles-familles ainsi que les services sociaux et culturels, afin que les droits de l'adolescente puissent être protégés par la société dans laquelle elle grandit et se développe [10].

Selon les Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), il ressort que plus de 140 millions de filles se seront mariées entre 2011 et 2020. Selon cette source, la

tendance actuelle se poursuit, 14,2 millions de filles par an, soit 39 000 par jour, se seront mariées trop jeunes. En outre, sur les 140 millions de filles qui se seront mariées avant l'âge de 18 ans, 50 millions auront moins de 15 ans [11]. Ceci montre à suffisance en quoi le phénomène maternité précoce est un problème de santé non négligeable sur lequel il faudra se pencher pour en trouver les pistes de solutions. Cette tendance montre que lorsque la jeunesse, avenir de la nation, n'est pas bien encadrée, son devenir sera gâché. C'est à ce titre que nous disons : éduquer la jeunesse c'est éduquer toute une nation. Une jeunesse informée suffisamment constitue un gage de développement et une richesse pour un pays.

Sur le plan de la loi, le « mariage d'enfants est une violation épouvantable des droits de l'homme qui prive les jeunes filles de leur éducation, de leur santé et de leur avenir », dit le Directeur exécutif de l'UNFPA. « Une enfant qui se marie ne pourra pas s'épanouir. Puisque beaucoup de parents et de communautés souhaitent ce qu'il y a de mieux pour leurs filles, nous devons œuvrer ensemble pour mettre un terme aux mariages d'enfants. » Tel a été le cri d'alarme lancé par le communiqué de l'UNFPA... Les filles qui se marient jeunes sont plus exposées que les autres à la violence de leur partenaire et aux abus sexuels [12]. Il ajoute : « les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Les femmes qui se marient plus tard et qui sont enceintes après l'adolescence, ont plus de chances de rester en bonne santé et d'être mieux instruites, et peuvent envisager une vie meilleure pour elles et pour leur famille », dit le Sous Directeur général de l'OMS chargé de la Santé de la famille, de la femme et de l'enfant. « Nous disposons de moyens qui nous permettent de collaborer pour mettre un terme aux mariages d'enfants » [13]. Cependant, le mariage d'enfants est de plus en plus souvent considéré comme une violation des droits des filles car :

- il met un terme à l'éducation;
- il empêche d'acquérir des compétences professionnelles ou pour la vie courante;
- il crée un risque de grossesse et de maternité précoces avant même que la fille n'y soit physiquement et psychologiquement prête;
- il augmente le risque de violence sexuelle de la part du partenaire et d'infection à VIH [14].

Une adolescente mariée qui tombe enceinte revêt un nouveau statut, en tant que future mère, mais fait également face à de nouveaux dangers. La grossesse et l'accouchement impliquent des risques importants pour les adolescentes, mères pour la première fois, qui peuvent n'être prêtes ni physiquement ni psychologiquement à accoucher

[12]. Dans le cas des très jeunes mères, le fait de tomber enceinte avant que le corps n'ait atteint sa taille adulte et ne soit pleinement arrivé à maturité peut engendrer des risques. La jeune mère sait peu de choses à propos de son propre corps ou des signaux d'alerte [11]. Elle manque d'argent et d'importance dans son nouveau foyer pour avoir accès aux soins prénataux ou à une aide qualifiée au moment de la naissance. Il est peu probable qu'il existe pour elle un dispositif lui permettant de recevoir des soins obstétricaux d'urgence. Ces circonstances conduisent à la mort en couche de beaucoup de jeunes mères, tandis que pour chaque jeune fille qui meurt, 30 autres souffrent de maladies, de lésions ou de handicaps liés à la grossesse. Certaines lésions conduisent à l'abandon de la jeune fille mariée par son mari et sa nouvelle famille : elle est ainsi laissée sans aucune aide ou soutien [2].

Abordant quelques principaux faits en matière de la santé génésique, il est indiqué les pistes de recherche scientifique à travers l'univers.

Les grossesses précoces non désirées sont associées à un niveau accru d'avortements provoqués, lesquels, s'ils ne sont pas pratiqués dans des conditions de sécurité, entraînent de graves risques pour la santé, pouvant aller jusqu'au décès. Jusqu'à 65 % des femmes souffrant de fistules obstétricales en sont atteintes depuis l'adolescence, ce qui entraîne pour elles, des graves conséquences tant physiques que sociales. La grossesse chez une adolescente est également dangereuse pour l'enfant : dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les morts à la naissance et les décès au cours de la première semaine et du premier mois de vie sont 50 % plus nombreux chez les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans que chez les mères âgées de 20 à 29 ans. Le risque y est inversement proportionnel à l'âge de la mère [15].

Quelques besoins de contraception non satisfaits à l'échelle mondiale ont été ressortis par l'OMS [15]. Elle estime à 214 millions le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les naissances mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception dans les pays en développement, notamment pour les raisons suivantes:

- choix limité des méthodes;
- accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés;
- crainte ou expérience d'effets secondaires;
- opposition culturelle ou religieuse;
- médiocre qualité des services disponibles;
- à priori des utilisateurs et des professionnels;

- obstacles fondés sur le sexe.

Elle ajoute : l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014 [14]. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9% à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7 à 67%.

La pauvreté accroît considérablement le stress des familles et les risques de problèmes de développement social et affectif chez les enfants. Particulièrement, dommageables pendant la première enfance, ces conditions de vie et les facteurs associés doivent être compris pour en mitiger les conséquences [14].

Quelques freins et obstacles liées à la faible communication entre éducateur et jeunes en matière de la sexualité des adolescents, sont des causes qui entraînent des risques chez ces derniers.

En Afrique, la plupart des habitants sont régis par des pratiques et mœurs traditionnels ne permettant pas aux parents d'informer clairement leurs enfants sur la sexualité avec toutes ses réalités qui l'accompagnent. Ceci forme un obstacle sur l'information et l'éducation des jeunes sur la sexualité. Ce phénomène constitue un danger sur la propagation des tous les maux possibles liés à la sexualité qui se pratique sans aucune mesure préventive chez les adolescents. Les risques qui accompagnent la sexualité sont nombreux, parmi ceux-ci, nous citons les grossesses non désirées dont la plupart de celles-ci finissent par des avortements clandestins accompagnés des complications multiples ; les IST-VIH/SIDA qui finissent par des complications graves et autres formes des conséquences allant jusqu'au décès [5], [16], [17].

Le manque de connaissances en matière de sexualité et de planification familiale, et l'absence de compétences sociales pour appliquer ces connaissances, exposent également les adolescentes au risque de grossesse. La seule mesure mondiale de la couverture liée à l'éducation sexuelle montre que seulement 36 % des jeunes hommes et 24 % des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans des régions en développement ont des connaissances complètes et correctes sur la sexualité. Une amélioration des connaissances

sur la sexualité et la planification familiale permettra de prévenir non seulement les grossesses précoces et non désirées mais aussi l'infection à VIH, et contribuera à la réalisation de l'objectif 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) [2].

Une étude a été réalisée dans trois villes de la RDC (Kinshasa, Matadi et Goma), par Gabriel Nsakala Vodiena et ses collaborateurs. Ayant porté sur les différentes préoccupations des adolescentes concernant leurs problèmes liés à leur santé sexuelle et de la reproduction, l'étude a ciblé les adolescents et jeunes de deux sexes. L'étude avait ciblé les différentes catégories sociales chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans. Les résultats ont montré que, les filles mettent en avant les besoins d'information sur le cycle menstruel et les expériences sexuelles. La pratique de la masturbation et les performances sexuelles sont prioritairement mentionnées par les garçons. L'éducation sexuelle est réclamée par les adolescentes mais, exige une personne capable de garantir la confidentialité. Dans ce cadre, les médias constituent la principale source d'informations. Cependant, la communication interpersonnelle est vivement souhaitée [18].

Toutefois, une série de facteurs pouvaient entrer en jeu dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence est proposée par les auteurs. Cependant, il y a une cause de la grossesse non planifiée qui s'applique à toutes les adolescentes : l'absence ou l'utilisation inadéquate de moyens contraceptifs. Des facteurs à la fois psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels, économiques vont venir déterminer les comportements contraceptifs des adolescentes. De même, une série de facteurs vont venir influencer le choix de l'adolescente de garder ou non son enfant [19].

L'éducation est en elle-même un facteur de protection majeure contre les grossesses précoces : plus longue est la scolarité, moins nombreuses sont les grossesses précoces. Bien que les taux d'inscription dans les écoles primaires aient progressé au cours des dernières décennies, de faibles taux d'inscription dans les écoles secondaires et professionnelles limitent pour les jeunes, et en particulier pour les filles, la réalisation de leur potentiel. Les taux de natalité chez les femmes n'ayant que peu d'instruction sont plus élevés que pour celles qui ont suivi des études secondaires ou supérieures (10,11).

De faibles niveaux d'études sont également associés à des risques plus élevés de mortalité maternelle : les femmes non instruites, quel que soit leur âge, ont 2,6 fois plus de risque de mortalité maternelle que les femmes ayant fait des études supérieures [20].

En ce qui concerne l'avortement dans le monde, de 2010 à 2014, on a enregistré dans le monde une moyenne annuelle de 56 millions d'avortements (sécurisés ou non). Un taux de 35 avortements pour 1000 femmes âgées de 15-44 ans. Une proportion de 25% des

grossesses se sont terminées par un avortement provoqué. Un taux d'avortements plus élevé dans les régions en développement que dans les régions développées. On estime à environ 25 millions le nombre des avortements à risque, pratiqués dans le monde chaque année, pour la plupart dans les pays en développement [15]. Sur ce chiffre, 8 millions d'entre eux ont été pratiqués dans des conditions dangereuses ou très risquées. Les 3 quarts des avortements qui ont été pratiqués en Afrique et en Amérique latine n'étaient pas sécurisés. Le risque de décéder suite à un avortement non sécurisé était le plus élevé en Afrique. Chaque année, 4,7% à 13,2% des décès maternels peuvent être attribués à un avortement non sécurisé [22]. Environ 7 millions de femmes sont hospitalisées chaque année à la suite d'avortements à risque dans les pays en développement. Mais plus de 3 millions de femmes souffrant de complications après un avortement à risque ne sont pas soignées (4). Le coût annuel de traitement des principales complications dues aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses est estimé à 553 millions de dollars [9], [24]. Pratiquement tous les décès et les cas d'incapacités dus aux avortements pourraient être évités par l'éducation sexuelle, l'utilisation de moyens de contraception efficaces, l'accès légal à l'avortement provoqué médicalisé, et à des soins prodigués à temps en cas de complications [9].

Une étude menée à Kolwezi avait ressorti une prévalence élevée à 20% des avortements clandestins dont la tranche d'âge la plus touchée était celle de 16 à 20 ans dans 45,7% des cas. La catégorie des élèves et étudiantes était majoritaire dans 81,4% des cas [25].

Concernant les maternités qui surviennent chez les adolescentes, l'OMS a noté qu'en 2008, 16 millions de naissances étaient dénombrées chez des mères âgées de 15 à 19 ans, soit 11 % du nombre total de naissances dans le monde. Près de 95 % de ces naissances étaient survenues dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Le taux de natalité mondial chez les adolescentes a baissé, passant de 60 pour 1000 en 1990 à 48 pour 1000 en 2007. Ces taux étant compris entre 5 pour 1000 en Asie orientale et 121 pour 1000 en Afrique subsaharienne en 2007. Bien que les taux de natalité chez les adolescentes aient été en baisse, le nombre absolu de naissances a diminué moins vite, en raison de l'augmentation des adolescentes dans la population générale. De plus, dans de nombreux pays, la proportion de naissances chez les femmes de tous âges qui surviennent pendant l'adolescence a augmenté en raison de la baisse de la fécondité chez les femmes plus âgées [22]. Les grossesses et les naissances chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans sont relativement rares dans la plupart des pays ; néanmoins, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, la

proportion de femmes qui enfantent avant l'âge de 15 ans, était comprise entre 0,3 % et 12 % depuis 2000, selon diverses sources. En Amérique latine, les naissances dans ce groupe d'âge représentaient moins de 3 % du total des naissances chez les adolescentes [7].

Quant aux grossesses qui surviennent chez les adolescentes, elles sont courantes dans nombreuses régions du monde et comportent des risques particuliers. Grand nombre d'adolescentes qui accouchent pour la première fois ne sont pas prêtes sur le plan physiologique de porter une grossesse avec un risque de ne pas disposer des informations essentielles et de ne pas avoir accès à des services de santé et d'appui de qualité. Chaque année, près de 70 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans meurent de suite des complications liées à la grossesse. Ces grossesses sont la grande cause de la mortalité dans ce groupe d'âge. Les mères de moins de 15 ans courent un risque encore plus grand et risquent cinq fois plus que les femmes âgées de 20-29 ans de mourir en couche. Tous les ans, entre 2,2 millions et 4 millions d'adolescentes subiraient des avortements non médicalisés vue la fréquence élevée de la fécondité dans toute l'Afrique subsaharienne dans ce groupe d'âge [22].

Une première grossesse chez une très jeune fille présente des risques énormes pour sa santé. Si le nombre de naissances chez les adolescentes représente 11 % du total des naissances dans le monde, il représente 23 % de la charge globale de morbidité (en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité) due aux grossesses et aux accouchements chez les femmes de tout âge. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. C'est pourquoi la prévention de la grossesse chez les adolescentes est une intervention efficace qui contribue à l'objectif 5 (Améliorer la santé maternelle) [26].

Dans l'étude de Landrine J. O. Lare et Mouftaou Amadou Sanni ayant porté sur la primo-grossesse chez les adolescentes dans l'arrondissement de Tchaourou : intensité, calendrier et conséquences ; l'investigateur est arrivé aux résultats selon lesquels, les grossesses au sein des adolescentes dans ce milieu surviennent à un taux de 15,6%. L'âge moyen et médian, à la première grossesse sont, l'un comme l'autre, de 15 ans révolus. Par ailleurs, environ 92 % des adolescentes sont ou ont été scolarisées et 76 % de ces adolescentes ont eu une première grossesse avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire. L'entrée en union, l'abandon scolaire, la détérioration des relations avec les parents et les problèmes de santé sont les conséquences de ces premières grossesses les plus couramment répertoriées[27].

Les recherches ont démontré que les grossesses et maternités qui interviennent tôt chez les adolescentes exposent ces dernières à des conséquences comme la **déscolarisation**, la marginalisation, la perpétuation du statut inférieur des femmes et de la pauvreté ... [1], [12], [14]

La littérature médicale comme sociologique relative aux grossesses chez les adolescentes avait ressorti que dans l'ensemble, la venue d'un enfant chez une femme mineure renforce les situations de pauvreté et de précarité préexistantes. Les risques d'interruption de la scolarité entraînent ceux de l'emploi sous-qualifié, d'isolement social et familial, les difficultés de santé mentale (dépression, addictions) et la plus forte probabilité de carences affectives et de déficits du développement pour l'enfant. Toutefois, loin d'être un sujet monolithique, l'observatoire croit qu'une maternité précoce peut aussi révéler des aptitudes et des compétences chez la jeune femme. L'observatoire, a cependant étudié sans a priori, les conséquences sur le parcours de formation et d'insertion sociale de ces jeunes femmes et d'aborder la problématique de la construction de la parentalité dans ces circonstances [12], [21].

Malgré les conséquences observées à travers le monde, une marginalisation des grossesses chez les adolescentes et une prise de conscience par certains Etats s'observe. La grossesse chez une adolescente qui n'était pas considérée comme un phénomène inédit en soi a fini par être rendue statistiquement marginale et à se faire émerger comme un problème social nouveau. Et, cela, grâce aux récentes évolutions sociales et culturelles. En Belgique par exemple, on mobilise beaucoup les pouvoirs publics et les professionnels par rapport à d'autres pays industrialisés pour maîtriser cette situation. La survenue d'une grossesse à l'adolescence est présentée comme un fait préoccupant, notamment parce qu'environ la moitié de ces grossesses se terminent par une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Malgré l'évolution des mentalités, la disponibilité des moyens contraceptifs et la diffusion de l'information concernant la contraception, la sexualité des jeunes pose encore de nombreuses questions au monde adulte [28].

C'est à ce titre que Berrewarts et son associé disent : « *Quand survient une grossesse chez une jeune adolescente, l'entourage familial, scolaire ou institutionnel reçoit simultanément trois mauvaises nouvelles : la première : « elle a une vie sexuelle » ; la seconde : « elle est enceinte » ; enfin la troisième et non des moindres : « ...et si jamais elle l'avait cherchée ? »*. Aujourd'hui, l'adolescente enceinte est d'abord jugée coupable de n'avoir pas su gérer son « devoir contraceptif ». Elle reste ensuite peu ou pas moralement

fautive d'avoir fait une bêtise, c'est-à-dire de s'être exposée, de n'avoir pas su résister à la pression ou à l'envie d'aller jusqu'au bout » [29].

Abordant le risque de décès maternel relatif à la maternité précoce, il est signalé que le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement était, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés. On note d'importantes disparités entre les pays, à l'intérieur d'un même pays, entre les populations à faible revenu et à revenu élevé et entre les populations rurales et urbaines. Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes dans la plupart des pays en développement. Dans les pays en développement, en moyenne, les femmes ont beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur [2].

Le risque de décès maternel sur la durée de la vie, c'est-à-dire, la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4900 dans les pays développés, contre 1 sur 180 dans les pays en développement. Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé [12], [13].

La maternité précoce entraîne une morbi-mortalité considérable et amplifie le risque de transmission du VIH. Elles constituent une lourde charge économique et sanitaire, en particulier dans les pays en développement. Il faudra donc investir dans la jeunesse, l'impliquer et l'engager comme partenaire pour le développement crucial à la construction d'un monde plus juste. Les jeunes sont confrontés de nos jours à plusieurs difficultés en particulier s'agissant de leurs besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle intégrée et de services de santé sexuelle et reproductive suite à l'ignorance de l'éclairage de leur opinion en la matière. Il est ressorti qu'il y a dans le monde environ 3 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans qui subissent des avortements à risque chaque année, lesquels avortements contribuent grandement à la mortalité maternelle et aux problèmes de santé durables [30].

En ce qui nous concerne, nous analyserons les risques et, apporterons les perspectives des solutions contre la maternité précoce au Lualaba en particulier, et au reste du monde en général.

## **1.2. CHOIX ET INTERET DU SUJET**

L'abord de cette thématique est motivé par des considérations de santé publique ainsi que des motivations économiques et de droits humains valables.

La maternité précoce, notre thème de recherche, cadre avec la santé des adolescents qui est un des piliers de la santé de la reproduction. Il est un domaine qui nécessite une attention particulière car l'avenir de toute une nation en dépend. Notre travail cherche à explorer les aspects de la maternité précoce et ses risques auprès des victimes. L'adolescence est une phase de la vie pendant laquelle a lieu la complétude du cursus de la formation professionnelle. C'est aussi pendant cette phase de la vie que, les filles sont plus victimes de tomber enceinte par ignorance et curiosité du fait qu'elles ne connaissent pas encore assez de choses face au fonctionnement de leur cycle mensuel. La politique du gouvernement de la RDC, s'attend à la présence de 30% du personnel féminin dans la gestion de la chose publique. Notre préoccupation est celle de voir ces jeunes sur qui le pays compte, répondre « présentes » au jour du dépouillement dans presque tous les domaines de la vie. Mais, il est triste de remarquer que, les adolescentes ont évolué depuis longtemps, abandonner leurs études de suite de la responsabilité qu'elles doivent assurer tant que mère, parfois sans possibilité de retourner à l'école pour parachever leur formation professionnelle, parce qu'elles sont devenues précocement mères.

En RD Congo, comme dans plusieurs Etats d'Afrique subsaharienne, les adolescents constituent la jeunesse montante sur qui la société compte, pour prendre la relève. Les adolescents représentent 10% de la population congolaise [3]. L'adolescence mal encadrée court à la perte de toute une société à court et moyen termes.

La sexualité est une des préoccupations des adolescents et, reste un besoin physiologique de tout individu, qu'il faille bien encadrer pour éviter le pire des conséquences. Cependant, ce besoin est souvent mal compris et mal défini par l'adolescent en crise de personnalité, qui croit en une répression de ses droits par l'adulte qui voudrait l'orienter en cette matière. Chez une adolescente, le risque de tomber enceinte, de contracter les IST et le VIH /SIDA reste très élevé au cours des rapports sexuels non protégés du fait de la non maîtrise de la sexualité et de l'immaturation de ses organes sexuels. Cette sexualité non bien maîtrisée, est entourée de toutes les conséquences qui sont, l'altération de l'état de santé par le risque de contracter les IST, la fréquence élevée des grossesses non désirées, qui conduisent à des pratiques d'avortements clandestins à risque, qui induisent par la suite, les cas de stérilités, de morbidité, de mortalité maternelle et tant d'autres complications [13].

L'intérêt de ce sujet est celui de nous amener à créer une bibliothèque de référence en matière de la maternité précoce. Les résultats de cette recherche, aideront les politiques et lobbies à prendre des décisions réfléchies quand il s'agira de trouver des solutions à la problématique maternité précoce au Lualaba en particulier, en RDC et à travers le monde en général.

Le scientifique qui nous lira, trouvera des perspectives des solutions idoines quand il s'agira d'aborder la problématique de la maternité précoce.

Les communautés quant à elles, elles se serviront de cette œuvre scientifique pour utiliser les perspectives des solutions afin de développer leurs communautés qui sont exposées au sous-développement lié à cette problématique.

C'est ici que l'OMS a mis sur pied quatre stratégies principales dans le but d'améliorer la santé des adolescents à savoir :

1. Recueillir des informations stratégiques et les utiliser ; Le manque de données exactes et actualisées sur la santé des adolescents entrave la formulation de politiques et de programmes ;

2. Élaborer des politiques d'appui reposant sur des données factuelles ; Les stratégies nationales de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH désignent en général les adolescents comme un groupe important à cibler dans les analyses de situation ;

3. Élargir l'offre de services et de produits sanitaires ; dans la plupart des pays, les services de santé sont dispensés à l'ensemble de la population dont les adolescents par des hôpitaux et des dispensaires publics, des ONG, des personnes physiques et des organismes du secteur privé ;

4. Renforcer d'autres secteurs ; dans certains contextes, d'autres secteurs (comme l'éducation et la jeunesse) et les organismes de la société civile (institutions confessionnelles). Les interventions, lorsqu'elles existent, consistent en général à informer et éduquer à la santé, à mettre en place des savoir-faire pratiques, à rendre les adolescents autonomes et à mobiliser les communautés pour qu'elles répondent à leurs besoins [1].

Ces quatre stratégies, se verront être redynamisées dans notre province, grâce à l'aboutissement de cette étude.

### ***1.3. PROBLEMATIQUE***

La maternité précoce est comprise comme l'accouchement enregistré chez une femme dont l'âge est inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres au

moment de la naissance de son bébé [31]. Cependant, Les auteurs s'appuient sur les résultats d'études dont certaines mettent en avant le risque accru de complications obstétricales et ils insistent sur le mauvais pronostic socio-économique de la mère et sur les complications pédiatriques [32], [33].

Dans cette dissertation doctorale, nous considérons les maternités précoces comme toutes celles qui sont survenues chez les femmes d'âge inférieur ou égal à 18 ans dans la province du Lualaba pendant la période de notre étude.

Le taux des complications dues aux conséquences des pratiques sexuelles observées chez les moins de 20 ans est de 60% plus que celui observé chez l'ensemble des femmes, et 2,5 fois plus élevé que celui des femmes de 20 à 24 ans. La mort peut survenir à la suite des complications dues à un avortement mal dirigé dans des circonstances non bien réunies [34].

Pour l'OMS, l'adolescence est la période de la vie pendant laquelle une personne n'est plus un enfant, mais n'est pas encore un adulte. Il s'agit d'une période au cours de laquelle une personne subit de profonds changements physiques et psychologiques qui s'accompagnent d'une maturation sexuelle qui aboutit souvent à des relations intimes. On note au cours de cette période un développement et une croissance physique, la pensée conceptuelle et l'esprit critique [13].

Pour KABWE Jacky et son collaborateur, l'adolescence est une phase intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte (10 à 19 ans) et pour l'OMS (13 à 19 ans). Cette tranche d'âge est ainsi définie du fait que certains jeunes adultes entrent dans la vie d'adulte avec des troubles semblables à ceux que vivent les adolescents. La plupart des jeunes mères victimes des maternités précoces sont dans la tranche d'âge compris entre 12 et 19 ans [7], [35].

Les familles issues d'une situation de maternité précoce sont souvent perçues comme étant plus à risque. Ceci se justifie par le fait que, les jeunes parents non encore responsables dépendent de leurs parents biologiques ou de leurs tuteurs, ce qui entraîne le fait qu'un jeune parent est devenu responsable d'un jeune enfant et le privilège du deuxième enfant reste hypothétique car celui qui devrait assurer ce privilège lui-même dépend de quelqu'un d'autre. Elles sont encore plus susceptibles de menacer leur développement personnel et social. Elles présentent en effet et fréquemment des caractéristiques considérées comme facteurs prédisposant à ces situations dont les perturbations familiales dans l'enfance

des jeunes parents. Les problèmes d'estime de soi, de dépression, de manque d'habiletés parentales, des parcours conjugaux et professionnels très perturbés, de pauvreté, d'isolement social ne les épargnent pas [22].

Selon le Communiqué de presse conjoint de l'OMS/Institut Guttmacher du 28 septembre 2017, il est repris dans les statistiques sanitaires mondiales de 2014 un taux de natalité moyen chez les jeunes filles de 15 à 19 ans de 49 pour 1000. Ces taux par pays vont de 1 - 299 naissances pour 1000 jeunes filles. Les taux les plus élevés étaient enregistrés en Afrique subsaharienne [10].

La grossesse chez l'adolescente reste l'un des principaux facteurs de mortalité de la mère et de l'enfant et contribue au cycle de la mauvaise santé et de la pauvreté. Pour certaines adolescentes, la grossesse et la maternité sont planifiées et désirées mais pas pour des nombreuses autres planifiées [36]. L'OMS poursuit et montre que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Ceci amène nombre de gynécologues et obstétriciens à considérer la survenue d'une maternité pendant l'adolescence comme non recommandable et devant être prévenue [37].

On estime que 25 millions d'avortements non sécurisés (45% de l'ensemble des avortements) ont été pratiqués chaque année entre 2010 et 2014. La majorité des avortements non sécurisés, soit 97%, ont été pratiqués dans les pays en développement en Afrique, en Asie et en Amérique latine. L'OMS ajoute que « des efforts accrus s'imposent, en particulier dans les régions en développement, afin de garantir l'accès à la contraception et à l'avortement sécurisé », indique le rapporteur de l'OMS, auteur principal de l'étude et scientifique au Département Santé reproductive et recherche. Lorsque les femmes et les filles ne peuvent pas avoir accès à des services de contraception et d'avortement sécurisé, cela entraîne des conséquences graves pour leur propre santé et celle de leur famille. Cela ne devrait pas être le cas. Malgré les récents progrès technologiques et en matière de bases factuelles, beaucoup d'avortements non sécurisés sont toujours pratiqués et un nombre trop important de femmes continue de souffrir et de mourir » [2].

La maternité précoce est à la base des taux élevés d'abandon et de déperdition scolaire. Les résultats de l'étude de Timar Gbaguidi portés sur 155 cas de grossesses enregistrées au cours des trois années scolaires (2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016) ont montré que les grossesses étaient réparties de manière croissante sur les trois années scolaires. Elles survenaient en majorité entre 15 et 17 ans (soit 54,9 %) dans les classes comprises entre la cinquième et la deuxième. Environ 70% des femmes qui tombaient

enceintes en milieu scolaire arrêtaient les cours, mais seulement 7% parmi celles qui arrêtaient, reprenaient les cours après l'accouchement [11].

Malgré les sévices et la discrimination constante infligés aux jeunes filles, très peu des choses ont été faites pour mettre un terme aux mariages d'enfants. Ce problème risque même de s'aggraver avec l'accroissement de la population jeune dans les pays en développement. Ces constats démontrent la pertinence d'une réflexion sur le phénomène de la précocité de la maternité pour mieux comprendre l'enchaînement des événements qui y conduisent. Et, aussi l'importance de suivre l'expérience pendant plusieurs années après la naissance de l'enfant afin de connaître les véritables conséquences à long terme [17], [38].

Non seulement la maternité précoce expose aux dangers physiques, économiques, sociaux, et tant d'autres, mais, elle entraîne les risques physiologiques liés à l'immaturité des organes génitaux de la mère adolescente. Les risques d'immaturité des organes génitaux de la mère adolescente l'exposent à des situations telles la déchirure périnéale lors de l'accouchement, tendance à provoquer des avortements clandestins de suite d'humiliations de ses voisines et de ses proches, infections dues à la non maîtrise des normes d'hygiène, les fistules vésico et ou recto vaginales voire le décès maternel[34], [39].

L'analyse des facteurs économiques, sociaux, culturels, sanitaires et tant d'autres comme déterminants de la survenue de la maternité précoce sera un atout pour nous, afin de nous permettre d'en déduire un modèle causal lequel, dans la mesure du possible aidera le futur chercheur et éducateur en matière de santé des adolescents à encadrer l'adolescente. Dans de nombreux pays, la proportion des adolescentes qui pratiquent la contraception a augmenté considérablement au cours des 20 dernières années. Parmi les adolescentes, la prévalence s'est accrue plus rapidement que parmi les femmes plus âgées. De plus grandes proportions d'adolescentes que de femmes plus âgées ont cependant abandonné une méthode adoptée en l'espace d'un an ou ont connu un échec contraceptif [40].

Cela nous revient encore à l'esprit pour évaluer la praticabilité de ces méthodes auprès de nos enquêtées et aussi identifier les obstacles au cours de nos investigations.

De toutes ces observations relevées ci-haut, il s'avère important de poser des questions essentielles qui sous-tendent cette dissertation doctorale.

### ***1.3.1. QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE :***

Vu ce qui précède, il est à noter que si la sexualité de l'adolescent n'est pas bien maîtrisée, cela constitue une bombe à retardement mais aussi une arme à destruction

massive et lente pour la génération future. Ceci nous a poussé à nous poser plusieurs questions auxquelles la fourniture des réponses reste une condition sine qua none pour la réussite de notre recherche.

Principalement, nous nous préoccupons de savoir quel est l'état des lieux de la maternité précoce, le taux de prévalence, les risques relatifs à cette maternité et les perspectives des solutions contextuelles dans la province du Lualaba.

### **1.3.2. QUESTIONS SECONDAIRES DE RECHERCHE**

Les questions secondaires à notre recherche sont formulées comme suit :

- Quelle est la fréquence des maternités précoces enregistrées auprès des adolescentes âgées de moins de 19 ans dans la province du Lualaba de 2012 à 2014 ?
- Quels sont les facteurs à la base de la survenue de la maternité précoce chez les jeunes mères dans la province du Lualaba pendant notre période d'étude ?
- Quels sont les risques vécus par les jeunes mères victimes de maternité précoce dans cette province pendant la période de notre étude ?
- Quelles stratégies faudra-t-il mettre en place pour minimiser les risques liés à la maternité précoce dans cette partie de la RDC ?

## **1.4. HYPOTHESE**

La maternité précoce est présente dans tous les pays du monde avec des conséquences multiformes. Les différentes études menées en la matière ont décrit plusieurs causes et conséquences à ses origines et plusieurs stratégies ont été mises sur pied pour la réduction des conséquences qu'elle peut causer. L'adaptation de ces stratégies selon le milieu, le temps et les individus est donc nécessaire.

Selon les données à notre disposition, et au regard de l'analyse de la littérature disponible, partant de nos questions de recherche, nous formulons les hypothèses suivantes :

Cherchant à connaître la fréquence des maternités précoces enregistrées auprès des adolescentes âgées de moins de 19 ans dans la province du Lualaba de 2012 à 2014, nous dirons que la fréquence reste élevée. Cela se justifie par le fait que dans la Province du Lualaba, spécifiquement dans ses zones rurales où les principales activités ne sont que l'agriculture et l'exploitation minière artisanale, ses populations ne peuvent s'adonner qu'à la sexualité comme seule distraction.

Selon l'étude de Mbungu M Roger, menée à l'hôpital Saint Luc de Kisantu, en RD Congo, la maternité précoce est à la base de nombreuses complications materno-fœtales et demeure une préoccupation sociale majeure. Les auteurs ont analysé les données sociodémographiques, cliniques et évolutives de 253 accouchées, entre octobre 2008 et octobre 2010 au sein de l'Hôpital saint Luc de Kisantu/RD Congo. Au cours de celle-ci, les auteurs sont arrivés aux résultats selon lesquels; La fréquence de la maternité précoce était de 19,2%. Elle concerne plus la célibataire, avec un âge gestationnel de 39+/-0,3 semaines. La césarienne a été indiquée chez 29,6% des sujets, surtout pour disproportion fœtopelvienne. Les complications maternelles ont été dominées par la déchirure de parties molles (68,2%) et l'hémorragie (17,4%) et celles fœtales, par la souffrance néonatale et l'hypotrophie[41].

Abordant les facteurs à la base de la survenue de la maternité précoce chez les adolescentes, nous incriminons les facteurs socioculturels, socioéconomiques et les facteurs familiaux influencent la survenue de la maternité précoce sous l'effet des variables intermédiaires (l'âge aux premiers rapports sexuels, l'âge au premier mariage et la pratique contraceptive), etc.

Pour l'UNICEF, le faible niveau de communication parents-enfants, le niveau économique (pauvreté) des ménages, les us et coutumes dégradants enregistrés en Afrique, l'estime de l'enfant à être pris comme une très grande richesse... exposent les adolescentes à contracter des grossesses qui aboutissent à la maternité précoce. La curiosité, le désir du lucre, sont là d'autres facteurs à la base de la survenue de la maternité précoce. L'ignorance, la non disponibilité des moyens de contraception et leur non accessibilité sont aussi à la base de la survenue de la maternité précoce[42].

Au Bénin par exemple, malgré la volonté politique affichée et la mise sur pied de plusieurs programmes de population dont, la promotion de la planification familiale, il a été constaté que les objectifs escomptés dans le cadre de la santé de la reproduction chez les jeunes adolescentes sont loin d'être atteints [43]. Un nombre de 12 adolescentes sur 100 de 12 à 15 ans ont déjà eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Ces phénomènes font partie des causes de taux élevé de la maternité précoce au Bénin. Ce sont : l'initiation précoce à la sexualité ainsi que la maternité qui met le Bénin parmi les pays avec un ISF de 4,9 en 2013 influencé par le niveau élevé de fécondité des adolescentes de 15-19 ans à Tchaourou (154,73 ‰), leur contribution élevée à l'indice synthétique de fécondité

(39,77%). La faible pratique contraceptive moderne (9,09 % des femmes de moins de 18 ans) et la proportion élevée des naissances non désirées (58,9 % chez les 15-19 ans) [44].

Une étude menée au Bénin a démontré que les adolescentes qui commencent plus tôt leur vie sexuelle sont plus enclines à la maternité précoce que les autres. Le mariage précoce prédispose à une maternité adolescente précoce du fait que le but du mariage dans les sociétés traditionnelles africaines est la procréation [40].

Concernant les variables intermédiaires ; les associations avec les facteurs socioculturels, socioéconomiques et familiaux ont été démontrées dans l'étude de Mohamadou Salifou et Judicaël Alladatin, pour lesquelles : le niveau d'instruction, le milieu de résidence et le sexe du chef de foyer sont les facteurs induisant une variation significative dans l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescentes à Tchaourou. Ils ont montré que les facteurs de différenciation de la précocité de la sexualité des adolescentes à Tchaourou étaient l'appartenance religieuse, le niveau d'instruction et le milieu de résidence. Les adolescentes musulmanes étaient moins susceptibles que les autres d'entrer précocement en vie sexuelle. L'instruction au-delà du primaire avait une influence positive sur la précocité des premiers rapports sexuels avec une liaison cependant faible. Ces résultats ont confirmé l'avantage qu'avaient les adolescentes des foyers des milieux urbains de ne pas connaître précocement leur première expérience sexuelle que celles des milieux ruraux. D'après cette étude, le niveau d'instruction et la pratique contraceptive moderne entretiennent entre elles une relation positive. Le recours à la contraception moderne au moment de l'étude a concerné proportionnellement plus les adolescentes des zones périphériques du centre-ville (18,6%) que celles du centre-ville (13,3%). De plus, les adolescentes qui appartenaient aux foyers dirigés par les hommes avaient moins de chance que celles des foyers dirigés par les femmes d'adopter un comportement en faveur de la contraception moderne. Ces dernières étaient celles qui utilisaient le plus de méthodes contraceptives modernes (19,7%) que celles des foyers dirigés par les hommes (12,7%) [45].

En RDC, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), a montré que parmi toutes les femmes de 15-49 ans non enceintes, 19% utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive quelconque ; seulement 8% utilisaient une méthode moderne et 11 % une méthode traditionnelle. Les résultats selon l'âge ont montré que c'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et les plus âgées (45-49 ans) que la prévalence contraceptive est la plus faible. Dans les deux cas, elle s'établit à 12%. Dans le groupe d'âges 30-34 ans, un quart des femmes (25%) ont recours à une méthode contraceptive pour planifier leurs

naissances. Concernant les méthodes modernes, il a été constaté que seulement 8% de femmes en utilisaient une au moment de l'enquête, et c'est dans le groupe d'âges de 30-34 ans que ce niveau d'utilisation était le plus élevé (10%). Dans la majorité des cas, les femmes utilisaient le condom masculin (environ 5 %) [46].

Quant aux risques, ils sont faits plus de ceux sanitaires avec les déchirures des parties molles, les séjours prolongés à l'hôpital, les invalidités dues aux dystocies, les abandons scolaires qui aboutissent aux déscolarisations, aux mariages précoces et forcés, aux pertes de droit des filles-mères en tant qu'enfant... ceux d'ordre psychologique, social et surtout économique ne sont pas exclus. Ils sont faits de l'abandon scolaire, du mariage précoce et/ou forcé, de la perte de chance d'avoir un bon emploi, de la perte de chance d'avoir un mariage parfait et de son choix...

Cherchant à traiter du questionnement des perspectives des solutions contextuelles, ce sont les stratégies que nous formulerons dans la lutte contre le phénomène maternité précoce. Les solutions et stratégies de lutte contre ce phénomène restent la sensibilisation des adolescentes sur les risques des maternités précoces, l'éducation et l'information sur la santé sexuelle et de la reproduction du jeune et de l'adolescente.

Pour améliorer la santé et le développement des adolescents (jeunes mères), bien des secteurs sont appelés à collaborer. De tous ces secteurs, celui relatif à la santé reste celui qui doit jouer un rôle crucial par le billet de nombreux acteurs dont les instances gouvernementales, les organisations non gouvernementales (ONG) et le secteur privé.

Pour l'OMS, quelques activités à envisager pour réduire la maternité précoce sont entre autre : la réduction de mariage d'enfant dans le monde, la gratuité de l'enseignement scolaire, la réduction de l'esclavage sexuel chez les adolescentes, la pénalité des viols faits aux mineurs d'âge...[15].

## **1.5. OBJECTIFS**

L'objectif général de cette étude était celui de déterminer les risques et perspectives des solutions contre la maternité précoce à travers les facteurs qui déterminent sa survenue auprès des jeunes mères d'âge inférieur ou égal à 18 ans dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba.

Pour atteindre notre objectif général, nous allons :

- Déterminer la fréquence de la maternité précoce de 2012 à 2014 dans la province du Lualaba ;
- Classer les victimes de maternité précoce selon les variables personne, lieu et temps ;
- Déterminer les causes de survenue des maternités précoces auprès de ces dernières (sociales, psychologiques, économiques, culturelles, scolaires, sanitaires) ;
- Analyser les différents risques encourus par les victimes (Risques sanitaires, sociaux, psychologiques, économiques, culturels, scolaires) ;
- Proposer des pistes de solutions ayant trait au phénomène maternité dans la province du Lualaba.

## **1.6. DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE**

La présente étude est limitée dans le temps, dans l'espace, comme dans son contexte.

Concernant sa délimitation temporelle ; notre étude prend court pendant la période allant de 2015 à 2020. Cependant, les données exploitées dans cette étude sont celles qui sont étendues sur la période allant de 2012 à 2014 pour l'aspect clinique, de 2012 à 2015, pour l'aspect communautaire et de 2016 à 2017 pour l'aspect qualitatif.

Quant à la délimitation spatiale, il sied de signaler que notre étude a été menée dans la Province sanitaire du Lualaba, dans deux zones de santé urbaines et trois zones de santé rurales. Le Lualaba étant une des 26 Provinces de la République Démocratique du Congo.

Du point de vue contextuel, seules les femmes qui ont accouché avant de fêter leur 19<sup>ème</sup> anniversaire ont fait objet de notre enquête. C'est donc ce genre d'accouchement que nous avons appelé maternité précoce dans notre étude.

## **1.7. DEFINITIONS DES TERMES CLES**

**1.7.1. Accouchement** : est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse, soit 28 Semaines d'Aménorrhée (SA). Les progrès de la médecine font que la réanimation néonatale peut parfois prendre en charge des enfants prématurés avant 28 SA. Sur un plan législatif, la déclaration de naissance d'un enfant est obligatoire à partir de 22 SA. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38<sup>ème</sup> SA et la fin de la 42<sup>ème</sup> SA est dit à terme. On parle

d'accouchement prématuré s'il a lieu avant 37 SA et d'accouchement post-terme s'il a lieu après 42 SA[33].

1.7.2. **Adolescente** : On considère une personne comme « personne adolescente » dans cette étude, tout individu de sexe féminin dont l'âge est compris entre 12 et 18 ans [7]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est adolescent tout individu dont l'âge est compris entre 10 et 19 ans. La catégorie « adolescent » chevauche celle des jeunes (15-24 ans) et la « population jeune » englobe les individus de 10 à 24 ans. Dans la littérature, dominée par les organisations internationales, l'adolescence est située selon les cas entre 15-19 ans, 15-24 ans, 10-19 ans ou 10-24 ans [47]. Aussi, les travaux de recherche relatifs aux adolescents vont au-delà de la catégorie telle que définie par l'OMS ; cependant, dans le cas de ce travail documentaire, nous focaliserons notre attention sur les travaux portant sur la catégorie des 10-18 ans. Au-delà du débat sur la délimitation de cette catégorie, la tendance actuelle est de mieux prendre en compte, dans les études, la diversité des contextes d'appartenance des adolescents [42]. De nombreuses publications dans la littérature scientifique se sont intéressées à cette période de la vie des individus considérée comme complexe [47]. L'adolescence est donc une période de maturation physique, et de formation de l'identité accompagnée de la découverte du désir. Toutefois, même si les adolescents restent sensibles à la pression des pairs et peuvent adopter des comportements ayant des effets sur leur vie future [45], l'adolescence, n'est pas une étape pathologique du développement de la personne ou une période de crise. Elle est appréhendée comme un moment crucial de transition au cours duquel l'individu se trouve confronté à des progrès dans la connaissance de soi, la renégociation des formes de relations avec autrui, l'intensification de l'identité de genre, dont l'issue est l'accès aux modes de fonctionnement cognitifs, sociaux et affectifs adultes [46].

1.7.3. **Union ou mariage précoce** : Les concepts d'union ou de mariage même si légalement il y a une distinction évidente seront considérés dans cette étude comme synonymes. Ils se définissent comme étant toute cohabitation avec un partenaire de sexe opposé. Une union peut consister en un mariage (coutumier, religieux ou civil), un concubinage, une union consensuelle, etc. La vie de couple, quant à elle, est toute relation de type sexuel où l'individu estime être en couple et cela même si les conjoints ne vivent pas sous le même toit ou n'ont pas d'enfants ensemble [48]. Nous considérons comme union précoce, toute union légale ou coutumière impliquant un garçon ou une fille de moins de 18 ans, et tout mariage conclu sans le libre et plein consentement des deux époux [49].

1.7.4. **Maternité** : La maternité est un des services traditionnels de l'hôpital qui a le but d'examiner l'état de santé d'une femme qui porte la grossesse. Ce service suit la femme enceinte dès le moment où cette dernière est diagnostiquée porteuse de grossesse jusqu'au 42<sup>ème</sup> jour suivant l'expulsion du produit de conception. La maternité doit être comprise aussi comme le fait de donner naissance pour toute femme de n'importe quel âge qu'elle soit [50]. Elle est donc le fait de donner naissance ou encore d'accoucher un enfant pour une femme.

1.7.5. **Maternité précoce** : On parle d'une maternité précoce lorsqu'elle survient à l'adolescence ou à un âge inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres. Cette forme de maternité est considérée par nombre de gynécologues obstétriciens comme non recommandable[31], [36] et devant être prévenue [51], [52]. Les auteurs s'appuient sur le résultats d'études dont certaines mettent en avant le risque accru de complications obstétricales [53] et d'autres insistent sur le mauvais pronostic socio-économique de la mère et sur les complications pédiatriques [14], [54]–[57]. En revanche, le regard que portent certains pédiatres [58] et psychiatres spécialistes de l'adolescence [34], [59] est beaucoup moins monolithique, soulignant l'importance de l'accompagnement de ces grossesses ; une « nouvelle » littérature émerge, tendant à montrer la variabilité interindividuelle des situations [60], [61].

Une maternité est dite « précoce » lorsqu'elle survient avant ou au début de la période de l'âge adulte, mais l'âge exact auquel se réfère le terme « précoce » reste sujet à variations parmi les chercheurs et chercheuses du domaine. Dans une perspective développementale, le parcours menant de l'adolescence à l'âge adulte est généralement conçu comme une succession d'étapes, comprenant notamment la fin du cheminement scolaire, l'insertion professionnelle, le départ du foyer d'origine, la mise en ménage et, enfin, l'arrivée d'un enfant [62], [63].

Dans le cadre de notre étude, nous avons considéré tout cas d'accouchement survenu chez une femme âgée de 18 ans ou moins comme cas de maternité précoce. Ceci est dit ainsi selon la loi en vigueur dans notre pays qui considère toute personne âgée d'au moins 18 ans comme adulte et ayant le droit de voter ou d'être votée. Vu que la grossesse soit le mariage ne peuvent pas se négocier entre deux personnes dont l'une d'entre elles est mineure d'âge ou les deux, cela nous a déterminé de ne considérer dans notre pays que l'accouchement qui survient à plus de 18 ans comme de survenue normale faute de quoi ceux qui sont survenus tôt sont tous mis dans la catégorie des accouchements précoces.

1.7.6. **Analyse** : selon le dictionnaire Larousse, le mot analyse signifie une opération par laquelle l'esprit décompose un ensemble constitué, pour en déceler l'autonomie des parties, pour en apprécier mieux la congruence ou la finalité, ou simplement pour rendre accessible chacun de ses éléments. Dans notre étude, il s'agit d'une opération par laquelle nous décomposons l'ensemble des conséquences qu'induit la maternité précoce sur les mères adolescentes dans la province du Lualaba [64].

1.7.7. **Risque** : Le terme de risque et de taux sont souvent utilisés de façon interchangeable. Le risque est la probabilité pour un individu de développer la maladie, le taux fait référence au même concept mais pour un groupe d'individus.

Il sied de signaler que le facteur de risque est associé à l'augmentation de la probabilité de développer un problème de santé. Que ce soit une cause ou simplement un marqueur du risque ; les facteurs associés à une diminution du risque sont considérés comme des facteurs protecteurs. Un facteur de risque est un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer un problème de santé ou de souffrir d'un traumatisme. Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple, le déficit pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement. Le risque lui-même est défini comme étant cette conséquence encourue par une personne exposée à un facteur de suite d'avoir eu la probabilité de le développer. Ceci peut nous amener au Risque relatif qui, dans un groupe de personnes exposées ou non à un même facteur de risque, le risque relatif est le rapport calculé sur base du nombre de personnes malades et exposées divisé par le nombre total de personnes exposées / nombre de personnes malades et non exposées divisé par le nombre total de personnes non exposées [65]. C'est donc une probabilité conditionnelle.

Dans notre étude, le mot risque signifie l'ensemble des conséquences relatives à la maternité précoce qui ont été vécues par les victimes pendant la période de notre étude.

#### **1.7.8. Perspectives des solutions:**

On appelle perspectives des solutions : un ensemble de propositions des réponses que l'on se fait d'une préoccupation quelconque. C'est aussi l'idée que l'on se fait d'un événement à venir, lequel événement est considéré comme une préoccupation majeure, une problématique qui nécessite à tout prix une voie de sortie [64].

Le mot solution veut dire simplement : la réponse à un problème. Certains utilisent en lieu et place, la clef, l'aboutissement, l'issue, la résolution, le résultat, le dénouement, la réponse ou la conclusion [66].

Dans notre étude, le mot « perspectives des solutions » veut dire l'idée que nous nous faisons de la maternité précoce dans la province du Lualaba, les stratégies, les pistes des solutions que nous envisageons pour éliminer le phénomène maternité précoce dans cette province. Les pistes des solutions étant celles qui visent d'éviter à tout prix la survenue des grossesses précoces chez les adolescentes, la prise en charge globale de tous les risques liés à la maternité précoce au cas où celle-ci est vécue.

Les perspectives de solutions c'est donc une combinaison des pistes de réponses, des voies de sortie, une fois mises en application, elles aideront les adolescentes à éviter devenir précocement mères, et, aideront le personnel de différentes disciplines à se mettre ensemble pour réduire les risques de la maternité précoce dans le Lualaba en particulier et dans le reste du monde en général.

#### **1.7.9. Stratégie**

Une stratégie est un ensemble des décisions et des actions ou, une combinaison des ressources qui vont aider le manager à atteindre les objectifs. Les stratégies considèrent les contraintes et les obstacles si l'on veut à tout prix réussir [64].

Une stratégie est la manière d'élaborer, de diriger et de coordonner des plans d'action afin d'aboutir à un objectif déterminé, programmé sur le court ou le long terme. Le but principal étant d'éviter le pilotage à vue, une stratégie doit être appliquée et doit apporter des résultats positifs.

Lorsque l'on veut bien comprendre ce qu'est une stratégie, il convient de définir ses objectifs. Ils sont définis selon plusieurs critères, influant sur le choix des moyens à mettre en œuvre. Ce qui amène à parler des objectifs de rentabilité ou de croissance lorsqu'il s'agit d'aboutir à des résultats chiffrés déterminés.

Lorsqu'il s'agit d'objectifs de sécurité, les moyens utilisés sont ceux qui permettent à l'entreprise de survivre. Il s'agit donc d'éviter les projets et les investissements trop risqués. Les objectifs de flexibilité sont liés à l'organisation, aux responsabilités du personnel, aux moyens de financement, aux plans d'actions périodiques, etc. Les objectifs propres aux dirigeants dépendent du rôle de chacun. Il s'agit, là, de prendre une position liée à un certain niveau hiérarchique de l'entreprise plutôt qu'à l'ensemble de la structure. Ainsi, lorsqu'on parle des objectifs de l'entreprise, il s'agit de résultats relatifs à atteindre,

notamment face à la concurrence. La mise en place d'une stratégie doit donc se faire sur le moyen et le long terme en tenant compte de l'environnement de l'entreprise.

# *CHAPITRE DEUXIEME : LES GENERALITES SUR LA MATERNITE PRECOCE*

## **2.1. CONTEXTE**

Le mariage des enfants et la maternité précoce peuvent être à la fois la cause et la conséquence d'un faible niveau d'instruction. La décision d'interrompre l'éducation d'une fille a souvent lieu juste avant son mariage, ou peu de temps après lorsque son fardeau domestique s'est considérablement alourdi et qu'elle n'est plus en mesure ou n'est plus autorisée à poursuivre ses études. Le mariage des enfants n'est pas toujours la raison de l'abandon scolaire - les frais de scolarité, la sécurité et la piètre qualité de l'enseignement ont également un impact important sur le maintien des filles à l'école, mais une fois qu'une fille a interrompu ses études, il est probable qu'elle se marie et commence à avoir des enfants avant d'y être prête physiquement et émotionnellement [67]. Pour que la transition vers l'âge adulte s'effectue sans risque, l'individu doit posséder des connaissances et des compétences relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et à ses droits en la matière. Tous les enfants et les jeunes ont le droit de bénéficier d'une éducation à la santé, qui soit adaptée à leur mode de vie et les aide à se préparer à la puberté, puis à se protéger contre le VIH et la grossesse non désirée.

Dans certaines régions du monde, seuls 40 % des jeunes possèdent une connaissance adéquate de l'infection à VIH, et une jeune femme sur cinq connaît sa première grossesse à l'âge de 17 ans. Une éducation à la sexualité fondée sur l'acquisition d'aptitudes pratiques fondamentales, compétences cognitives, comme l'aptitude à la réflexion critique et à l'évaluation des risques, compétences sociales, par exemple en matière de communication, et compétences psychiques, comme la faculté de se mettre à la place d'autrui peut contribuer à prévenir l'infection à VIH et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que les grossesses non désirées, et promouvoir l'égalité des genres, l'accès à la vie économique ou encore le développement durable[68]. Du point de vue culturel, les mutilations des organes génitaux féminins chez les enfants, MGF/E en sigle sont souvent liées au mariage, car elles servent de rite de passage de l'enfance à l'âge adulte dans certaines cultures [69].

La Guinée a la deuxième incidence la plus élevée de MGF/E dans le monde, touchant environ 96,8% des filles et des femmes âgées de 15 à 49 ans en 2016. Par mutilation génitale féminine/excision, on entend « toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales » [70].

## **2.2. LA MATERNITE PRECOCE**

### **2.2.1. CAUSES ET FACTEURS FAVORISANT**

Selon les chercheurs, la Maternité ou fécondité précoce se définit comme celle vécue par l'adolescente. Et, cela, dépend des sociétés, des milieux, du statut accordé par ces sociétés à l'adolescente et de la place reconnue par celles-ci à la sexualité. Mais scientifiquement, elle dépend étroitement de la définition qu'on accorde à l'adolescence. Par ailleurs, il n'est plus à démontrer que toute grossesse avant l'âge de 18 ans est considérée comme une grossesse à risque. En effet, avant 18 ans, la fille est jugée physiologiquement inapte à conduire sans danger une grossesse à terme. Même si les personnes qui ne gardent pas leurs grossesses et celles qui accouchent ne subissent pas le même poids économique, dans cette étude, le concept de fécondité/maternité précoce fait allusion à la survenue d'une grossesse ou d'une naissance chez une fille avant son dix-huitième anniversaire. Ce choix s'explique par le fait que toute adolescente qui a eu une grossesse subit des conséquences, notamment sur la santé [49], [71].

Les adolescents vivent dans des sociétés de plus en plus « sexualisées », exposés aux mass médias qui mettent en cause les valeurs culturelles. La croissance rapide des villes et la rupture des structures familiales traditionnelles érodent la couche de protection culturelle. Les conflits et forces de migration mettent les jeunes en situation de risque, parfois même induit par les personnes qui sont supposées les protéger. Dans les situations de guerre ou de difficultés économiques extrêmes, les filles et parfois les garçons peuvent subir des pressions et se retrouver dans des situations désespérées, où ils sont obligés d'avoir des relations sexuelles pour survivre. Il y a une tendance vers une maturité sexuelle plus précoce et, dans de nombreuses sociétés, un changement social tend à un mariage à un âge plus tardif. Par conséquent, de nombreux jeunes vivent pendant plus de 10 ans en tant que

personnes sexuellement mûres avant qu'ils ne soient mariés et fondent une famille [9], [63].

Cette tendance est bénéfique si cela signifie que les filles ne commencent pas à avoir d'enfants trop jeune. Néanmoins, elle signifie que les adolescents doivent pouvoir faire face à des pressions et à des attentes conflictuelles, sans se mettre eux-mêmes ou leur partenaire dans des situations à risque. Un mariage précoce forcé n'est pas non plus une solution car il prive la jeune fille vulnérable de toute possibilité de choix sans pour autant lui garantir un risque physique moindre [72].

Les jeunes adolescentes mariées n'ont que peu de contrôle sur la contraception et sont supposées avoir des relations sexuelles non protégées. De ce fait, les jeunes filles mariées et vulnérables peuvent être tenues à l'écart du moindre service de santé proposé aux adolescentes non mariées. Afin de justifier les relations sexuelles à un très jeune âge, on invoque comme motif le mariage qui relève d'une coutume culturelle et traditionnelle ancienne. Le même argument est avancé aussi pour d'autres pratiques sexuelles à haut risque telles que les mutilations sexuelles pratiquées chez les adolescentes, le mariage précoce et forcé. Il est important que les services de santé soient sensibles aux coutumes culturelles mais cela ne doit pas aller au prix d'un préjudice sur la santé et le bien-être des jeunes vulnérables [29], [52], [54], [73], [74].

La Convention sur les Droits de l'Enfant qui est la convention la plus largement adoptée dans le monde est claire sur ce point. L'Article 24 qui donne aux enfants et aux adolescents un droit aux soins de santé stipule dans la Clause 3 : « Les Etats membres prendront des mesures efficaces et appropriées afin d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants ». Les filles qui tombent enceintes avant l'âge de 18 ans ont entre deux et cinq fois plus de risque de mourir lors de l'accouchement que les femmes plus âgées [75].

Toutefois, il existe une série de facteurs pouvant entrer en jeu lors de la survenue d'une grossesse à l'adolescence.

- Une cause de la grossesse non planifiée qui s'applique à toutes les adolescentes : l'absence ou l'utilisation inadéquate de moyens contraceptifs. A la relation sexuelle non protégée viennent s'ajouter une série de causes qui s'imbriquent les unes dans les autres.

- Des facteurs à la fois psychologiques, cognitifs, sociaux, culturels, économiques vont venir déterminer les comportements contraceptifs des adolescentes.

- De même, une série de facteurs vont venir influencer le choix de l'adolescente de garder ou non son enfant [56], [76].

Les coutumes matrimoniales, y compris l'âge souhaitable et le mode de choisir les époux, relèvent de la façon dont une société conçoit la famille, à savoir son rôle, sa structure, son mode de vie, et les responsabilités individuelles et collectives de ses membres. Le concept et la fonction de la 'famille' varient dans le monde entier et évoluent constamment [75].

Comme tout individu, l'adolescent a droit à la sexualité et doit bénéficier d'une information suffisante et complète en la matière. Il a encore droit d'accéder aux contraceptifs en faisant un choix libre et éclairé. A l'école, l'éducation à la sexualité reste une obligation légale depuis la loi du 4 juillet 2001 selon laquelle « une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances par an et par groupes d'âge homogène » (article L 312-16 du Code de l'éducation) [77].

Les barrières au changement social pour une meilleure protection des adolescents sont de deux ordres. D'un point de vue individuel, elles ont trait à un ensemble complexe de facteurs personnels, par ailleurs, les éléments collectifs tels que les facteurs familiaux, socio-culturels et structurels façonnent les conditions de vie et les comportements de cette catégorie. Les barrières liées à l'environnement familial. Les familles ne semblent pas préparer suffisamment les adolescents à une sexualité responsable. Le manque de communication parents/enfant et la pudeur relative à la sexualité, en particulier les échanges entre les adolescents et leurs pères, sont très peu observés en Afrique subsaharienne. Au Burkina Faso, seulement 14% des filles et 8% des garçons parlent de sexualité avec leurs parents, les proportions étant à peu près les mêmes concernant les discussions avec d'autres membres de la famille [12].

Une étude menée en République Démocratique du Congo, a montré que dans la recherche d'informations en santé sexuelle et reproductive, le personnel médical, les leaders religieux, les enseignants sont de loin préférés aux parents [18].

Au moment où les jeunes méritent une attention toute particulière dans le cadre du développement, cependant qu'ils manquent souvent d'accès à ces services que les adultes

prennent pour acquis dans de nombreux pays. Cela rend les jeunes vulnérables à mener une vie sexuelle saine. Des millions d'entre eux ne savent pas comment se protéger contre une grossesse non désirée ou contre une infection sexuellement transmissible comme le VIH, ou bien sont mal équipés pour ce faire. Les jeunes femmes et les jeunes filles manquent souvent de pouvoir décisionnel et nombre d'entre elles sont tous les jours sujettes à la violence sexuelle [58]. L'adolescent se trouve au carrefour de l'influence des plusieurs forces qui l'accompagnent dans la prise de décision devant divers actes à poser. Parfois, il agit sans mettre un temps de réflexion, ce qui justifie son immaturité sur le plan psychologique et intellectuel. Cette façon d'agir laisse l'adolescent prendre certaines décisions dont la raison n'est pas connue. Cependant, devant la multitude des décisions qu'il est appelé à prendre, figure aussi le désir sexuel avec ses pulsions [6].

Dans l'histoire d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord le mariage a lieu plus tard. Les ménages étaient le plus souvent séparés, non collectifs; les jeunes mariés avaient besoin de leur propre foyer et avaient généralement fait des économies avant d'aborder la vie de famille. Le fait de se marier plus tard en Europe a grandement influencé les mentalités au sujet du consentement. Il va de soi que des hommes et des femmes adultes ayant fait l'apprentissage de la vie n'acceptent pas sans discuter que les parents choisissent leurs conjoints. Le libre consentement des deux candidats au mariage était requis par la loi dès l'époque romaine [78], [79]

Le FNUAP a constaté que dans 82 pays analysés (y compris en Guinée), les taux de mariage des enfants chez les garçons étaient très bas, même dans les pays où le mariage des enfants parmi les filles était relativement élevé [38], [80].

Quelques liens entre mariage précoce et économie des jeunes filles restent à signaler :

Le mariage précoce, stratégie de survie économique. La pauvreté est l'une des causes principales du mariage précoce. Quand la misère est grande, une fille jeune peut représenter une charge, et son mariage avec un homme bien plus âgé (quelquefois un vieillard), usage répandu dans certaines sociétés du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud, est une stratégie de survie familiale considérée parfois même comme avantageuse pour la jeune fille. Dans les sociétés traditionnelles d'Afrique subsaharienne, il arrive que la famille de la future mariée reçoive du bétail de la part du promis ou de ses parents pour prix de leur fille [81]. Les grossesses précoces chez de jeunes adolescentes sont souvent l'expression d'un

manque, nous dit-elle. Que ce soit un manque d'éducation, un manque d'argent, un manque de scolarité, un manque de repères, un manque de famille, un manque de tendresse, un manque de reconnaissance sociale, ou encore un manque d'estime de soi [76].

Après plusieurs lectures scientifiques, il s'avère que les pratiques, les comportements des adolescentes diffèrent selon l'environnement dans lesquelles elles vivent [48], [82].

Bien que tous les milieux soient concernés, les familles socio-économiquement défavorisées sont proportionnellement plus concernées. En effet, au sein de ces familles, il a été constaté régulièrement une adhésion des adolescentes au modèle parental, une forme de reproduction sociale. Alors que l'arrivée d'un enfant va freiner une possible insertion socio-professionnelle et augmenter les risques de précarité à plus ou moins long terme. Eviter cette reproduction sociale, requiert parfois l'intervention d'institutions sociales et scolaires [76], [83], [84].

Concernant le niveau économique des ménages, une étude portant sur cinq villages égyptiens très pauvres a constaté que les filles étaient souvent mariées, par l'entremise de courtiers [17] à des hommes bien plus âgés des riches pays pétroliers du Moyen-Orient. Au Bangladesh, on persuade des parents écrasés par la misère de se séparer de leurs filles au moyen de promesses ou de simulacres de mariage qui sont en fait des pièges pour prostituer les filles à l'étranger [85]. En Afrique occidentale en général, une étude récente de l'UNICEF montre que la crise économique favorise l'augmentation des mariages précoces, même chez certains groupes de population qui n'en sont pas normalement coutumiers [86], [87]. Les hommes retardent le mariage par manque de ressources, et les parents, redoutant pour leurs filles des grossesses hors du mariage, saisissent ainsi toute occasion de les marier de bonne heure. Selon certaines recherches sur le VIH/SIDA en Afrique orientale, le mariage est également considéré comme une solution pour se débarrasser des orphelines qui représentent souvent une lourde charge pour leur tuteur [49], [78], [88].

Certains pays en proie à des continuelles guerres civiles accusent de graves symptômes de malaise social dont les enfants font les frais. On relève une augmentation de l'esclavage et de la traite des enfants ainsi que du nombre d'enfants des rues, un abaissement de l'âge dans le monde de la prostitution et du travail, et des taux élevés d'enfants négligés et abandonnés [88].

De nombreux indices portent à croire que dans de telles situations le mariage précoce est en hausse. Dans les camps des réfugiés du Burundi par exemple, les familles protègent leur honneur en mariant les filles le plus tôt possible [69].

Des rapports en provenance de l'Irak indiquent que le mariage précoce s'accroît en réaction à la pauvreté infligée par les sanctions consécutives à la guerre du Golf, en Afghanistan, la guerre et la militarisation ont conduit à une augmentation des mariages forcés pour les filles jeunes. Le mariage précoce obéit aussi à d'autres calculs dans les sociétés sous tension. Dans certains pays africains la crainte du VIH pousse les hommes à rechercher de jeunes partenaires vierges, et donc sûres [80].

Partout où le viol, la traite, la violence domestique, l'esclavage sexuel et l'enlèvement d'enfants sont en hausse, on peut se demander si le mariage précoce l'est également. Le mariage précoce est un mode pour s'assurer qu'une épouse est 'protégée', ou fermement contrôlée par un homme, qu'elle est soumise à son mari et travaille dur pour sa belle-famille, que les enfants qu'elle porte sont 'légitimes' et que nul lien affectif entre les conjoints ne menace le groupe familial [58].

Un motif important pour marier les filles de bonne heure est la prévention de relations sexuelles préconjugales. De nombreuses sociétés attachent une grande valeur à la virginité avant le mariage; cela peut se traduire par certaines pratiques destinées à « protéger » les filles de rapports sexuels non autorisés, lesquelles consistent généralement en des contrôles stricts. Une fille peut, par exemple, être coupée de toute vie sociale extérieure à la famille et subir des contraintes vestimentaires [89].

Le HCDH rapporte en 2016 que « de manière générale, la non-excision des filles est considérée comme déshonorante dans la société guinéenne ». Ceci est indiqué par l'utilisation du terme « lavage » ; les filles non excisées sont considérées comme « sales » et dans chaque communauté guinéenne, dire qu'une femme n'est pas excisée est une insulte grave. La pression sociale est telle que « les filles peuvent demander l'excision de peur d'être exclues ou obligées de rester célibataires si elles ne subissent pas la pratique ». Il se peut que les parents croient sincèrement qu'il est de l'intérêt de leur fille d'être confiée à un défenseur régulier. Dans le nord de l'Ouganda déchiré par les conflits, certains parents marient leurs filles très jeunes à des membres de la milice pour défendre l'honneur de la famille ou s'assurer un « protecteur » [89].

La même chose s'est produite en Somalie pendant les conflits [90], [91].

Ces usages visent tous à protéger les filles des approches des hommes, mais pour des parents inquiets le mariage représente le mode de ‘protection’ suprême. Le mariage précoce prive une fille de son adolescence. L’idée d’une période d’adolescence allant de la puberté à l’âge adulte est étrangère à beaucoup de sociétés traditionnelles. Une fille pubère peut concevoir un enfant, elle est donc une ‘femme’. Cela s’accorde mal avec le fait que la CDE concerne tout être humain âgé de moins de 18 ans et considère l’enfance comme un processus évolutif dont la fin n’est pas marquée par un signe de maturité physique définitif. Dans certaines sociétés il est mal vu qu’une fille se forge une personnalité indépendante au cours de son adolescence. Parfois de telles sociétés révèrent les femmes, mais elles leur demandent aussi d’obéir aux désirs de leurs pères, maris et fils, pour leur propre sécurité. Celles qui s’y refusent méritent un châtiment; au Kenya par exemple, la violence contre les épouses désobéissantes est largement tolérée [10].

Dans de nombreuses sociétés, on enseigne aux filles la maîtrise de soi et la déférence envers les hommes, dont elles devront faire preuve toute leur vie. Dès l’âge de 5 ans, une fillette du Pakistan rural a appris à ‘sortir’ le moins possible et à adopter ‘une attitude attentionnée et soumise à l’égard des hommes’ [65].

Bien entendu, au Pakistan comme ailleurs, plus l’épouse est jeune, plus il est facile de la façonner à la soumission appropriée. Les pressions du monde contemporain et le mariage précoce selon la théorie de la ‘transition démographique’ qui régit les politiques en matière de population depuis les années 70, les sociétés finissent par abandonner la stratégie de la fécondité élevée lorsque la mortalité décline grâce aux progrès sanitaires, ainsi que sous la pression de l’urbanisation et de la modernisation [90].

La famille élargie commence à se scinder en divers noyaux, et certains couples émigrent vers les villes. Le travail salarié individuel remplace la production familiale et les enfants ne sont plus une nécessité économique mais représentent un ‘coût’. Les femmes peuvent entrer dans le monde du travail et recevoir une éducation au-delà de celle nécessaire à la tenue du ménage. Dans cette conjoncture le mariage et la maternité peuvent être retardés. De nombreux pays en développement sont à mi-chemin de la ‘transition démographique’, comme le montre la baisse récente de la fécondité. Dans tous les pays, certains des citadins les plus instruits et les plus aisés adoptent les normes du monde industrialisé, y compris le mariage et la maternité à un âge plus avancé. D’autres groupes, toutefois, restent fidèles aux modèles traditionnels. Familles élargies et nucléaires peuvent se côtoyer, parfois au sein d’une même génération. L’augmentation de l’âge moyen du mariage peut dissimuler le fait que de vastes sous-groupes de population continuent à se marier très

tôt. Les anciennes croyances, coutumes et règles morales tendent à persister au cours de la transition démographique, tandis que les nouveaux courants n'entament que progressivement les pratiques en place. La résistance des pratiques et des usages traditionnels est illustrée par le cas des jeunes filles de nationalité britannique originaires d'Asie du Sud ou du Moyen-Orient qui, envoyées en visite au 'pays', découvrent alors qu'elles sont condamnées à épouser de force un parfait inconnu [72], [92].

Du fait que les femmes d'âge mûr sont en général davantage exclues des idées nouvelles que les hommes, elles sont souvent les dernières à abandonner les notions qui ont régi leur propre existence. Les structures matrimoniales, ainsi que d'autres aspects de la construction familiale, sont soumis à de fortes pressions engendrées par le 'développement', baisse des revenus agricoles, urbanisation accélérée, mobilité de la population, volatilité des marchés mondiaux – sources de profonds bouleversements sociaux et de marginalisation économique. Il en résulte un morcellement familial croissant et une érosion de la famille élargie. Les familles qui vivent le processus de transition peuvent donc être prises entre la tradition et la modernité. Il arrive que les hommes en quête de travail rejoignent le monde 'individualiste' des villes, tandis que leurs femmes qu'ils ont épousées encore adolescentes et leurs enfants poursuivent la vie rurale traditionnelle. Ce modèle est particulièrement répandu en Afrique subsaharienne. Ainsi la pratique du mariage précoce risque-t-elle d'être renforcée à court terme par le processus même dit de 'développement'. Les sanctions contre le mariage précoce : le contexte juridique [12], [91].

Dans de nombreux pays, le mariage précoce relève d'un ordre de sanctions incertain. Il peut être interdit par le droit civil ou commun, mais largement toléré par les règles et les pratiques traditionnelles et religieuses. Cela est fréquent dans les régions où les mariages sont généralement célébrés selon les rites en usage et ne sont pas enregistrés. La situation se complique encore dans les pays où la législation a été introduite par des régimes coloniaux étant entendu que de nombreuses pratiques habituelles seraient maintenues même si elles étaient en contradiction avec les lois en vigueur. Certaines furent même codifiées afin d'être légalisées. Au Bénin, par exemple, selon l'article 68 du 'Coutumier du Dahomey' de 1931, qui régleme les mariages traditionnels, «un mariage n'est pas décidé par les parties intéressées, mais par leur père, ou en l'absence de celui-ci, par son frère aîné, ou si ce dernier fait défaut, par le chef de famille» [65], [85].

Au Surinam, l'âge minimum légal du mariage est de 15 ans d'après le Code civil. Mais, selon le *Asian Marriage Act*, qui codifie la pratique pour un groupe particulier, l'âge minimum pour les filles est de 13 ans [93].

Bien que la plupart des pays disposent de lois qui réglementent le mariage tant en ce qui concerne l'âge minimum que le consentement, ces lois peuvent ne pas être appliquées et les contrevenants parents, officiants ou époux sont rarement poursuivis. Certains systèmes juridiques ne prescrivent pas de sanctions; un procès ne servirait qu'à invalider le mariage, privant ainsi l'épouse de toute protection juridique. En outre, ces lois ne s'appliquent généralement pas aux mariages traditionnels. Dans certains pays, l'âge minimum légal du mariage établi pour les garçons et les filles correspond manifestement aux aspirations des législateurs. Ainsi dans deux pays fortement frappés par le VIH/SIDA.

Pour l'Ouganda où 50% des filles de 15 à 19 ans sont mariées, et la Zambie où ce chiffre est de 27%. l'âge minimum a été fixé à 21 ans pour les deux sexes [7].

Dans la plupart des cas où un âge minimum est fixé, il est de 18 ans ou plus pour les filles comme pour les garçons. Dans 15 pays, il est de 16 ans. Plusieurs pays néanmoins autorisent le mariage bien plus tôt si les parents y consentent. Lorsque l'âge minimum diffère, il est nettement plus bas pour les filles que pour les garçons [94], [95].

De toute façon 20 pays, au moins, ne disposent pas de législation matrimoniale ou n'imposent d'âge minimum ni pour les filles ni pour les garçons. Il existe un décalage considérable entre l'âge légal et l'âge réel du mariage pour de nombreuses filles. En fait, dans plusieurs pays, l'âge moyen du mariage est presque le même, sinon plus bas, que l'âge légal. Dans quelques pays Afghanistan, Tchad, République démocratique du Congo (RDC), Mozambique, Niger si l'âge moyen n'est pas inférieur à l'âge légal, c'est uniquement parce que celui-ci n'est pas fixé ou alors il est très bas. En RDC, par exemple, l'âge moyen du mariage était de 16,6 ans et l'âge minimum légal de 15ans [6].

La prévalence du mariage précoce est de 40% inférieure parmi les femmes des pays dotés de lois constantes qui fixent l'âge minimum du mariage des filles à 18 ans ou plus, par rapport à celles des autres pays, et la prévalence de la maternité à l'adolescence est de 25% inférieure. Cependant, les lois qui fixent de manière constante l'âge minimum du mariage à 18 ans ou plus peuvent offrir une protection contre l'exploitation des filles. La prévalence de la maternité à l'adolescence parmi les femmes mariées avant l'âge de 18 ans est près de cinq fois supérieure à celle observée parmi les femmes mariées à l'âge adulte. Une étude a révélé une association entre le mariage et la maternité précoce [96]–[98]. La littérature démontre amplement que la maternité à l'adolescence, par rapport à l'âge adulte, est associée à de moins bons résultats obstétricaux, néonataux et infantiles, notamment l'insuffisance pondérale à la naissance et de plus hauts taux de fistule, de fausse couche, d'accouchement prématuré, de chétivité et de mortalité infantile et maternelle [99]–[102].

Même si les niveaux de maternité à l'adolescence sont moindres parmi les femmes des pays dotés de législations constantes contre le mariage précoce, les pourcentages restent élevés dans les deux groupes de pays. Deux femmes sur cinq dans les pays sans lois constantes (40%) et un quart de celles des pays dotés de telles lois (24%) avaient été mères adolescentes et avaient donc couru de plus grands risques. Plusieurs caractéristiques étaient associées dans les études précédentes au mariage précoce et à la maternité à l'adolescence ; le lieu de résidence, l'affiliation religieuse, la richesse du ménage et le niveau de scolarité. Le mariage précoce limite les possibilités de scolarité, mais les filles déscolarisées sont peut-être aussi plus disponibles au mariage. Les filles mariées précocement tendent à être moins scolarisées, moins informées sur la contraception et considérablement plus jeunes que leur mari. Ces facteurs, combinés à la pression souvent considérable de prouver leur fécondité peu après le mariage, mènent souvent à la dépendance psychologique et économique des filles mariées à un âge précoce par rapport à leur mari et à leur belle-famille. Leur aptitude à gérer ou négocier un certain degré d'autonomie concernant leur propre santé reproductive peut s'en trouver compromise [95].

Il a été constaté que les cadres juridiques et les politiques qui régissent les lois sur l'âge minimum du mariage différaient grandement en Afrique subsaharienne. Certains pays pénalisent le mariage précoce; d'autres interdisent ou invalident l'union si l'un des participants n'a pas atteint l'âge minimum prescrit; d'autres encore prescrivent simplement un âge minimum du mariage sans pénaliser ni interdire expressément le mariage précoce. Les sanctions varient aussi, de simples amendes à différentes peines d'emprisonnement ou les deux. Les lois doivent par ailleurs être communiquées aux communautés et adoptées par elles, en particulier dans les zones rurales isolées où le mariage précoce est plus répandu. Encore faut-il aussi qu'elles soient appliquées par les autorités locales: la corruption, les capacités limitées de contrôle et d'exécution, sans compter la résistance de la communauté ou des autorités locales mêmes peuvent saper l'efficacité de la loi [97].

Certains gouvernements ont pris des mesures pour unifier leur droit coutumier et leur droit civil ou commun, ou adopté une législation pour protéger les conjoints dans les mariages traditionnels; le *Recognition of Customary Marriages Act* sudafricain de 1998 fixe à 18 ans l'âge minimum pour de telles unions et exige leur enregistrement. En accord avec l'esprit de la CDE, de plus en plus de lois fixent l'âge minimum à 18 ans, norme également établie par la Charte africaine pour les droits et le bien-être des enfants de 1990 et suggérée par le Comité de la CEDEF dans sa recommandation générale ainsi que par le rapporteur spécial de l'ONU sur la violence contre les femmes. Cette norme répond au consensus

croissant sur la nécessité d'assistance et de protection spécifiques pour les adolescents. Le Comité inter africain (CIAF) en charge des pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants définit le mariage précoce comme suit : «Tout mariage contracté à moins de 18 ans, avant que la fille ne soit physiquement, physiologiquement et psychologiquement prête à assumer les responsabilités du mariage et de la maternité» [89]. Le Forum sur le mariage reprend cette position. Dans leurs observations sur les rapports des Etats parties, les comités de la CEDEF et de la CDE ont constamment recommandé que les Etats adoptent des âges minimaux plus élevés pour le mariage et garantissent que ceux-ci soient les mêmes pour garçons et filles. De plus le comité de la CDE est d'avis que les filles seraient privées de la protection globale de la CDE dans les cas où, une fois mariées, elles sont considérées comme des adultes par la loi [6]. La deuxième question au cœur d'une approche du mariage précoce dans la perspective des droits est celle du « consentement ». La situation ressemble à celle portant sur l'âge minimum : dans la grande majorité des pays, la loi reconnaît aux femmes le droit au consentement. Il n'y a qu'au Cameroun, en Jordanie, au Maroc, en Ouganda et au Yémen que la loi ne leur reconnaît pas spécifiquement le droit à « consentir pleinement, librement et en connaissance de cause à leur mariage » [95].

Mais dans de nombreux pays, ces dispositions légales sont purement symboliques. Il est donc plus important, d'un point de vue pratique, de savoir si l'idée du consentement est ou n'est pas socialement cotée. Des controverses s'élèvent à propos de l'âge auquel un enfant est considéré capable de 'consentir', en toute maturité, indépendance et connaissance de cause, à des relations sexuelles ou au mariage ; cependant si nul consentement clair n'a été donné par l'un ou l'autre partenaire, il s'agit alors manifestement d'un mariage forcé. Pour ce qui est des mariages avant 10 ans, le consentement à part le fait de se vêtir de façon particulière et de jouer le jeu n'entre pas en considération [83].

Dans la province de Gojam en Ethiopie, les mariages peuvent être décidés dès la naissance, et les filles envoyées vers l'âge de 7 ans dans la maison de leur futur époux pour commencer à s'intégrer à leur belle-famille. De même, lors des mariages, dès ou peu après la puberté, environ entre 10 et 14 ans, il ne peut être question de « consentement »; en effet on ne peut pas attendre d'une personne aussi jeune qu'elle comprenne ce qu'implique l'acceptation d'un partenaire pour la vie. La recommandation du comité du CEDEF en vertu de laquelle l'âge minimum du mariage pour les deux sexes devrait être 18 ans considère que : «Lorsqu'un homme et une femme se marient, ils souscrivent à d'importantes responsabilités. En conséquence, le mariage ne devrait pas être autorisé avant qu'ils aient atteint la pleine maturité et la capacité d'agir» [103].

Le Comité observe également que : «Certains pays fixent pour le mariage des âges différents pour les hommes et les femmes. Etant donné que de telles dispositions supposent à tort que les femmes ont un indice de développement intellectuel différent de celui des hommes, ou que leur stade de développement physique et intellectuel lors du mariage est sans importance, ces dispositions devraient être abolies» [103].

On peut se demander si même des enfants plus âgés sont davantage en mesure de consentir en connaissance de cause à une pratique aussi potentiellement néfaste que le mariage précoce. Au-delà des questions de maturité et de non-discrimination, tout argument en faveur de la capacité d'un enfant à consentir au mariage est ultérieurement ébranlé par le risque que constitue le mariage pour son bien-être. De nombreux organes internationaux considèrent le mariage précoce comme l'une des «pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants» citées à l'article 24 alinéa 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant. En fait, ce Digest entend avant tout démontrer les graves répercussions physiques et psychologiques du mariage précoce sur le bien-être des intéressés. En outre, si dans de nombreux pays une fille ou un garçon de 15 ou 16 ans peut avoir atteint l'âge du consentement sexuel, cela ne signifie pas forcément qu'il soit mûr pour le mariage. Le défaut de clarté des législations sur les diverses implications du consentement à l'activité sexuelle et au mariage peut provoquer d'étranges anomalies. Au Maryland, aux Etats-Unis, la loi de l'Etat considère comme viol tout rapport sexuel entre un enfant de moins de 14 ans et une personne âgée d'au moins 4 ans de plus que lui. Cependant une autre loi autorise le mariage des enfants au-dessous de 16 ans (sans aucun minimum) en cas de grossesse prouvée et avec la permission des parents; il arrive que cette disposition soit utilisée, le cas le plus célèbre étant celui d'un homme de 29 ans autorisé à épouser une fille de 13 ans [104].

En 1997, le Comité pour les droits de l'enfant s'est élevé contre une situation semblable en Algérie [6].

Là, comme dans d'autres pays tels que le Tchad, le Costa Rica, le Liban, la Lybie, la Roumanie et l'Uruguay [72], [87]. La loi permet à l'auteur d'un viol, y compris le viol d'une mineure, d'être absous de son crime s'il épouse sa victime; l'union est alors simplement légitimée par un juge. Cela s'est également produit en Californie dans le cas de mineures enceintes, lorsque l'homme se montre désireux de 'soutenir' la future mère. En fait, les services sociaux de l'Etat appuient ce qu'ils considèrent comme une union viable et une alternative aux frais élevés d'assistance publique pour la mère et l'enfant [78], [93]. Dans certains pays, il suffit du consentement des parents pour passer outre à l'âge légal du

mariage; l'intervention d'un juge n'est pas nécessaire. En Colombie, l'âge légal est 18 ans, mais avec la permission des parents les filles peuvent se marier dès 12 ans et les garçons dès 14 ans. En République dominicaine il n'y a aucun âge minimum en cas de circonstances exceptionnelles et avec le consentement des parents [104]–[106].

Le rapport du ministère de l'Intérieur du Royaume-Uni sur les mariages forcés de ressortissantes britanniques originaires d'Asie du Sud établit une distinction entre mariages 'forcés' et 'arrangés'. Dans le cas des mariages arrangés, l'initiative est prise par les parents du couple, mais le consentement des deux partenaires est requis et chacun a le droit de se retirer. Les parents peuvent toutefois exercer de très fortes pressions, et plus les partenaires sont jeunes moins ils ont de chances de recourir à ce droit. Ces deux types d'union montrent à quel point de nombreuses sociétés considèrent le mariage comme une affaire de famille où priorité est accordée à l'avis de tiers et non à celui des intéressés. Le point de vue des parents passe avant celui des enfants et celui des hommes avant celui des femmes, prenant même le pas sur la loi. Les cas d'épouses fugitives mettent en évidence le problème du consentement ou de l'absence de consentement. Au Pakistan, la Commission sur le statut des femmes déclarait en 1989 : «Les hommes s'efforcent constamment de récupérer leurs femmes, car elles s'enfuient» [78], [93].

### **2.2.2. *EVOLUTION DES MATERNITES PRECOCES DANS LE MONDE***

L'âge auquel la majorité des femmes ont un premier enfant est donc utile à l'identification des mères qui s'écartent de la trajectoire usuelle. Au sein des pays industrialisés, l'âge moyen des mères à une première grossesse est en constante augmentation depuis les quarante dernières années [62], [63], [90]. À titre d'exemple, en 1977, les femmes québécoises donnaient naissance à un premier enfant à l'âge moyen de 25 ans, et cet âge est aujourd'hui de 29 ans [90]. Depuis 2011, les femmes de 40 à 44 ans donnent davantage naissance que celles âgées de 15 à 19 ans. En effet, en 1979, 14 400 enfants québécois étaient nés d'une mère âgée de 15 à 19 ans, mais ce nombre diminue de manière constante pour atteindre 1399 en 2016 [100]. En 2013, le taux de naissance de 26,6 pour 1000 observé chez les adolescentes américaines de 15 à 19 ans représente le taux le plus bas dans cette tranche d'âge depuis 40 ans [92], [100]. Ce déclin des naissances chez les adolescentes est observable pour la dernière décennie dans l'ensemble des pays industrialisés [69], [107]. Ainsi, de moins en moins de femmes s'inscrivent en rupture par

rapport à la trajectoire développementale de la majorité de leurs pairs du même âge en devenant mères à l'adolescence ou au début de la vingtaine. Cette rareté du phénomène permet d'établir que la maternité précoce s'étend au-delà de la période de l'adolescence, et qu'aujourd'hui, tel qu'on le perçoit [63], [100]. L'arrivée d'un enfant avant la mi-vingtaine constitue un événement non normatif. La littérature scientifique produite dans les pays industrialisés établit généralement l'âge seuil supérieur d'une maternité précoce entre 18 et 20 ans [68], [79], [108], mais cette limite ne prend pas en considération l'aspect bifurcatif que représente l'arrivée d'un enfant avant la mi-vingtaine dans le parcours développemental des jeunes femmes. Ainsi, pour tenir compte à la fois de l'aspect non normatif de l'arrivée précoce d'un enfant et des risques particuliers auxquels sont exposées les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse lors de leur transition à l'âge adulte, la présente étude considérera la naissance d'un enfant jusqu'à 18 ans d'âge comme un événement atypique qui s'inscrit dans le phénomène de la maternité précoce [92].

Selon les causes avancées, le facteur rendant le mieux compte des variations de la fécondité précoce est l'âge au mariage des femmes. «Mariage» s'entend ici au sens large, incluant les unions de fait, dans les pays où la vie de couple ne passe pas ou plus par le mariage. Selon la même source, l'âge médian au premier mariage ou à la première union montre que la moitié d'une génération a déjà été mariée ou a vécu en couple. La fécondité précoce est élevée là où les femmes se marient jeunes et baisse là où le premier mariage est tardif. La tendance est presque partout au recul de l'âge au mariage ou à la première union. En Afrique par exemple, dans les années 1960, l'âge médian au premier mariage était inférieur à 18 ans dans la plupart des pays à l'exception de ceux d'Afrique australe. Quarante ans plus tard, au début des années 2000, il était supérieur à 19,5 ans dans la plupart des pays. Il est supérieur à 25 ans en Afrique septentrionale et australe et se situe entre 19 et 22 ans dans les autres régions d'Afrique. C'est dans les pays enclavés du Sahel en Afrique de l'Ouest (Mali, Niger, Tchad) qu'il reste le plus bas même s'il recule là-aussi. Lorsque l'âge au mariage augmente dans un pays, la fécondité précoce baisse le plus souvent. Les pays du Maghreb en sont un bon exemple. La scolarisation des filles, le développement de l'emploi féminin et l'évolution du statut des femmes dans la famille et la société se sont accompagnés d'une augmentation de plus de dix ans de l'âge au mariage des femmes depuis la fin de la seconde guerre mondiale: il est passé de 17 à 19 ans en moyenne à près de 27 ans au Maroc et 30 ans en Algérie et en Tunisie. La sexualité avant le mariage n'y étant pas tolérée, en particulier chez les femmes, les premiers rapports sexuels ont lieu souvent

pour elles au moment du mariage. Le recul du mariage a donc entraîné mécaniquement un recul des maternités précoces [109], [110].

### **2.2.3. EPIDEMIOLOGIE DES MATERNITES PRECOCES**

Plusieurs auteurs ont abordé la question de l'évolution des maternités précoces à travers le monde. Les tendances trouvées ont été retracées par ces derniers. Nous aborderons celles qui nous ont été disponibles et pertinentes

Une analyse s'est appuyée sur les EDS et les MICS, deux types d'enquêtes qui recueillent à intervalle régulier les données représentatives des pays de la région de l'Afrique centrale et de l'ouest et où, les mêmes questions standardisées sont reprises à chaque fois. L'EDS a été retenue comme source de données principale, la MICS la remplaçant pour les pays où ces données étaient indisponibles ou obsolètes [9], [111]. Les analyses ont porté sur 17 pays. Du point de vue de l'évolution de la maternité précoce, il a été noté ce qui suit :

Il apparaît que la plupart des pays où le taux de mariage d'enfants est le plus élevé enregistrent également les taux les plus élevés de maternité précoce. Les quatre pays où le taux de mariage précoce est le plus élevé (le Mali, le Niger, la République centrafricaine et le Tchad) arrivent également en tête en matière de maternité précoce. De même, le Congo Brazzaville, le Ghana et le Sénégal, trois des quatre pays enregistrant la plus faible prévalence de mariages d'enfants, connaissent des proportions relativement faibles de maternité précoce. À l'exception notable du Gabon (et dans une moindre mesure du Libéria), le pourcentage de femmes devenues mères avant l'âge de 18 ans est inférieur au pourcentage de femmes mariées au même âge, ce qui indique que, dans la région, la maternité survient la plupart du temps dans le cadre du mariage. Comme l'on peut s'y attendre en raison du lien généralement étroit entre la maternité et le mariage des adolescentes, la distribution géographique des maternités précoces rejoint celle des mariages d'enfants. La disparité dépend des régions, ce qui explique pour le Gabon (+ de 50%) et moins de 30% pour la RDC.

Les analystes se sont concentrés sur trois corrélats liés au mariage d'enfants : le niveau d'études, la résidence en milieu rural ou urbain et la richesse du ménage. Après investigation, ils ont trouvé que :

Le faible niveau d'études peut être à la fois une cause du mariage d'enfants, en ce qu'il limite les possibilités d'emploi et les débouchés pour les filles, et une de ses conséquences, parce qu'il reflète les priorités parentales et l'abandon des études après le mariage (sans compter les éventuels effets préjudiciables précédant la déscolarisation).

Les femmes de milieu rural sont très exposées au mariage d'enfants que celles qui habitent en milieux urbains. Cela s'explique notamment par une plus grande conservation des normes traditionnelles, un éventail de débouchés plus restreint, des réseaux communautaires plus solides et une pauvreté plus marquée dans les zones rurales autant de raisons pouvant encourager les parents à marier leurs enfants [86].

La richesse et l'accès à des ressources essentielles pour protéger les filles d'un mariage d'enfants, est aussi un facteur potentiellement déterminant, source des différences constatées en termes de niveau d'études et de type de résidence. L'analyse a présenté la proportion des femmes âgées de 20 à 24 ans et mariées à l'adolescence dans chaque pays, par quintile de richesse, les points sombres ont été associés aux groupes pauvres [112].

Plusieurs autres résultats importants auraient pu être examinés, cependant ceux-ci offriraient les points de comparaison les plus utiles pour l'ensemble de la région. Quant à l'évolution de la maternité précoce dans la région, nous avons noté que : le pourcentage des femmes âgées de 20 à 24 ans qui avaient enfanté avant d'atteindre 15 et 18 ans s'établit à 34,3%. Comme dans le cas du mariage, les données laissent entendre que la maternité survient en majorité entre 15 et 18 ans : le Niger compte par exemple 9,9 % de mères à 15 ans et 48,2 % de mères à 18 ans, ce qui signifie qu'au Niger, environ 80 % des maternités précoces ont lieu entre 15 et 18 ans. En général, les extrêmes d'avoir un enfant avant 15 ans dans la région, ils sont estimés à 1,4% et 13,6% avec une moyenne de 7%. Les femmes qui accouchent avant d'avoir 18 ans sont à une moyenne de 34,3% des cas avec des extrêmes de 16,2% et 48,2% [86], [112].

#### **2.2.4. CONSEQUENCES DES MATERNITES PRECOCES**

L'entrée précoce dans la vie adulte, sans des préalables à l'appui par les adolescents des pays en voie de développement, prédispose ces derniers à différents risques de différentes catégories. De ces risques, nous évaluerons spécifiquement ceux qui sont relatifs à la maternité précoce (grossesse précoce) en décortiquant ceux relatifs aux aspects sociaux, culturels, économiques, psychologiques, sanitaire, intellectuels, religieux...[113]

Il est peu probable qu'il existe pour la mère adolescente, un dispositif lui permettant de recevoir des soins obstétricaux d'urgence. Ces circonstances conduisent à la mort en couche de trop de jeunes mères, tandis que pour chaque jeune fille qui meurt, 30 autres souffrent de maladies, de lésions ou de handicaps liés à la grossesse. Certaines lésions conduisent à l'abandon de la jeune fille mariée par son mari et sa nouvelle famille : elle est ainsi laissée sans aucune aide ou soutien [114].

Lorsque survient une grossesse chez une adolescente, deux situations sont vécues différemment par cette dernière selon qu'elle choisit de mener cette dernière à termes ou pas.

#### 2.2.4.1. Dans le cas où l'adolescente choisit de recourir à l'avortement

Bailey et son équipe ont mené, au Brésil, une étude prospective sur le devenir d'adolescentes enceintes après un an, en comparant celles qui avaient avorté et celles qui avaient donné naissance à un enfant. L'estime de soi des jeunes filles qui avaient décidé d'avorter (n=95) avait augmenté en un an, c'est-à-dire par rapport à la période qui avait directement suivi l'avortement, mais elle restait plus faible que celle des jeunes mères. La relation avec le partenaire s'était dégradée, presque 20% d'entre elles avaient quitté l'école et 23% étaient ou avaient été de nouveau enceintes [73], [74].

#### 2.2.4.2. Dans le cas où l'adolescente choisit de garder l'enfant et de devenir mère

Dans les discours actuels, la grossesse et la maternité précoce sont souvent décrites comme problématiques et même pathologiques. Ce portrait de la parentalité précoce vient de plusieurs études qui ont montré que la maternité précoce a des conséquences sanitaires et socio-économiques négatives. Toutefois, « la grossesse et l'entrée dans la parentalité à l'adolescence sont de moins en moins présentées comme entraînant inéluctablement des conséquences négatives [12].

Malheureusement, ce que l'on constate, est que les mères adolescentes qui vivent des problèmes d'adaptation à la maternité, qui n'ont pas de soutien familial postnatal ou qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale, sont celles qui sous-utilisent le plus les services de santé et les services sociaux et qui ont le moins recours aux programmes d'aide existant. Ces adolescentes sont démunies, sous-scolarisées et prennent plus de temps pour s'en sortir [26].

Dans la littérature, les auteurs se sont davantage centrés sur les conséquences négatives de la maternité sur la vie des adolescentes, même si certains évoquent des conséquences positives.

#### 2.2.4.3. Risques négatifs

Plusieurs études indiquent que la maternité à l'adolescence réduit les chances de poursuivre des études et d'avoir un emploi, et augmente le risque de se trouver chef de famille monoparentale et de vivre constamment dans la pauvreté. Selon les statistiques québécoises, environ deux tiers (70%) des jeunes mères ont 11 ans ou moins de scolarité, et 22% de 12 à 14 ans de scolarité [73].

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement qui visent un développement international, ne peuvent pas être remplis sans s'attaquer au mariage précoce [26]. L'objectif 5 étant celui qui se charge de l'amélioration de la santé maternelle. Cependant, après passage aux ODD, l'objectif 4 vise à améliorer la santé maternelle et à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle [115].

Les maternités précoces entraînent une morbi-mortalité considérable et amplifient le risque de transmission du VIH. Elles constituent une lourde charge économique et sanitaire, en particulier dans les pays en développement. Il faudra donc investir dans la jeunesse, l'impliquer et l'engager comme partenaire pour le développement crucial à la construction d'un monde plus juste. Les jeunes sont confrontés de nos jours à plusieurs difficultés en particulier s'agissant de leurs besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle intégrée et de services de santé sexuelle et reproductive suite à l'ignorance de l'éclairage de leur opinion en la matière. Il est ressorti qu'il y a dans le monde environ 3 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans qui subissent des avortements à risque chaque année, lesquels avortements contribuent grandement à la mortalité maternelle et aux problèmes de santé durables [30].

Les adolescentes ont plus de complications de grossesse. Elles commencent souvent les soins prénataux plus tard [116].

En Belgique, les données présentées dans le rapport de l'ONE montrent chez les mères de moins de 20 ans, par rapport à celles de plus de 20 ans, un nombre plus fréquent de suivis tardifs de la grossesse, mais un nombre moins élevé d'accouchements provoqués et de césariennes et, par rapport à celles de plus de 20 ans, un plus grand nombre de naissances avant terme, plus de naissances de petits poids et des scores d'Apgar en moyenne inférieurs [52]. Et, un plus grand nombre de naissances avant terme, plus de naissances de petits poids et des scores d'Apgar en moyenne inférieurs. Toutefois, les différences ne sont pas très importantes.

Hillis SD. et al. en Belgique, mentionnent les résultats des études qui ont porté sur les conséquences pour le fœtus et l'enfant à venir. Celles-ci mentionnent un risque plus élevé de mort fœtale, et les enfants nés de mères adolescentes ont une tendance plus élevée à

avoir un petit poids de naissance ou à être prématurés, et ils sont plus enclins à avoir un moins bon développement cognitif, à atteindre un moins bon niveau d'étude, à avoir plus fréquemment des activités criminelles, et sont plus à risque d'abus, de négligence, d'abandon et de problèmes comportementaux durant l'enfance [52].

Des études avaient comparé les jeunes mères adolescentes (17 ans ou moins) avec les femmes qui avaient eu leur premier enfant à l'âge de 20 ou 21 ans ; elles ont montré que les enfants des jeunes adolescentes ont moins de chances de vivre dans une maison avec leur père. Leurs maisons n'étaient pas aussi éducatives et ils avaient moins de soutien émotionnel et de stimulation cognitive. Ces enfants avaient 2 à 3 fois plus de chances de faire une fugue. Ils avaient aussi beaucoup plus de chances d'être abusés physiquement, d'être abandonnés ou négligés. Ces enfants réussissaient moins bien à l'école et avaient plus de chances d'abandonner l'école secondaire. Les filles des jeunes mères adolescentes avaient 83% de chances en plus d'être mères elles-mêmes avant l'âge de 18 ans [116], [117].

Toutefois, on ne sait pas encore très bien si c'est la grossesse précoce en soi qui mène à ces conséquences négatives, ou si ces éléments négatifs sont simplement le résultat du même environnement hostile qui a mené à la grossesse précoce. Plusieurs recherches montrent que les conséquences négatives de santé associées à la maternité précoce sont largement attribuables au statut socio-économique plutôt qu'à l'âge de la mère. Le même auteur ajoute que les conséquences négatives sont plutôt à associer aux expériences hostiles vécues durant l'enfance par ces adolescentes. Dans leur étude rétrospective de 9159 femmes majeures, ils ont observé que les conséquences psychosociales négatives et les morts fœtales habituellement attribuées aux grossesses précoces semblent résulter des expériences hostiles durant l'enfance plutôt que des grossesses précoces en soi. En effet, le fait d'avoir une grossesse à l'adolescence n'était associée à aucune conséquence psychosociale négative (problèmes familiaux, financiers, professionnels, stress élevé et colères incontrôlables) en l'absence d'expériences hostiles durant l'enfance [52].

#### 2.2.4.4. Risques positifs

La maternité précoce peut avoir des conséquences positives et bénéfiques. Par exemple, la survenue d'une grossesse peut avoir un effet positif comme l'abandon d'une toxicomanie jugée nocive pour l'enfant à venir [118], [119].

Corcoran J. et ses alliés ont observé que les adolescentes qui connaissent une maternité et/ou qui étaient déjà parents semblaient moins connaître de problème d'alcool eu égard aux autres adolescentes qui participaient à un programme de prévention des grossesses. Les auteurs avaient émis comme hypothèse que ces adolescents futurs parents ou

déjà parents connaissaient les risques liés à la consommation d'alcool pour leur enfant et avaient en conséquence diminué leur consommation d'alcool. Une autre hypothèse était que ces adolescents avaient moins l'occasion de passer du temps avec leurs pairs (du fait de leur nouvelle fonction de parents) et donc développaient moins d'opportunités de consommer de l'alcool [120].

Dans leur étude portant sur le devenir d'adolescentes enceintes après un an, ont observé une importante augmentation de l'estime de soi chez les jeunes mères. Cependant, ils observaient également un important abandon scolaire, une dégradation de la relation avec le partenaire, et une diminution de la perception de l'impact positif de la grossesse sur la vie (7 thèmes étaient évalués comme étant « amélioré », « inchangé » ou « dégradé » : les études, la capacité de gagner de l'argent, la vie sociale, la santé, les amitiés, les parents, le partenaire). De plus, 20% des mères dont la grossesse avait été planifiée (n=96) et 14% des mères dont la grossesse ne l'avait pas été (n=176) étaient ou avaient été de nouveau enceintes [18]. Néanmoins, ce débat n'est pas près d'être clos puisqu'une étude publiée en 2009 a montré une influence négative de la parentalité précoce sur le devenir socio-économique et la scolarisation [99], [121].

Cependant, une maternité très précoce pose plusieurs problèmes cruciaux, aux filles en particulier ; à la fois directement, en matière de santé physique et émotionnelle, mais aussi concernant les perspectives, qui sont bouchées. Comme dans le cas du mariage d'enfants, l'Afrique de l'Ouest et du Centre affiche les taux de natalité chez les adolescentes les plus élevés au monde, avec près de 200 naissances pour 1000 adolescentes. Globalement, sur les 15 pays où plus de 30% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont eu un enfant avant l'âge de 18 ans, neuf se situent dans la région[75]. La maternité précoce est un facteur majeur expliquant les taux de mortalité maternelle et juvénile élevés de la région. Cependant, si les travaux de recherche antérieurs suggèrent que la maternité, en particulier, reste étroitement liée au mariage dans la région, certains signes tendent à indiquer que ce lien s'affaiblit, la maternité pré-nuptiale devenant plus fréquente. Nous commencerons par décrire l'évolution de la maternité dans la région, en présentant là encore la maternité très précoce et la maternité précoce séparément, avant d'étudier la question de la maternité et des rapports sexuels pré-nuptiaux. Un pourcentage de 34,3 % d'accouchements survenus avant 18 ans a été identifié chez les femmes âgées de 20 à 24 ans dans la région. Concernant la proportion d'adolescentes ayant un enfant entre 15 et 18 ans, les chiffres font également apparaître des variations considérables entre les pays de la région. Les chiffres ont montré que ces deux

âges dans chaque pays de la région, on enregistre moins d'écarts dans les pourcentages de femmes mariées avant 15 ans qu'avant 18 ans, même s'il existe de grandes différences pour ces deux âges. Dans tous les pays, le taux de natalité chez les adolescentes âgées de 15 à 18 ans est élevé. En comparant ces chiffres, il apparaît que la plupart des pays où le taux de mariage d'enfants est le plus élevé enregistrent également les taux les plus élevés de maternité précoce. Il a été constaté que lorsque l'on retarde l'âge au mariage, cela a aussi un impact sur l'âge à la première maternité dans cette région de l'Afrique [85].

### **2.2.5. Corrélatés liés à la maternité précoce**

Pour l'essentiel, les mêmes facteurs de corrélation sont supposés se retrouver dans le cas de la maternité précoce et du mariage d'enfants. Bien que plusieurs autres facteurs puissent être examinés, pour des questions de comparabilité nous nous intéresserons au groupe de facteurs corrélés utilisé pour le mariage d'enfants, en examinant ces facteurs séparément. L'éducation de même que pour le mariage d'enfants, la maternité précoce peut aussi bien être une cause qu'une conséquence d'un faible niveau d'études. Le manque d'éducation peut se traduire par un manque d'informations sur les options de planification familiale et par une limitation des alternatives au mariage et à la maternité. Il peut également résulter de l'abandon des études à la suite d'une grossesse. Ce dernier facteur est particulièrement important dans les situations où les adolescentes enceintes sont obligées d'abandonner leurs études, comme c'est le cas dans plusieurs pays de la région. Comme indiqué ci-dessous, le lien général entre grossesse précoce et éducation rejoint celui observé dans le cas des mariages d'enfants, les adolescentes sans instruction étant beaucoup plus susceptibles de devenir mères que celles suivant des études secondaires ou supérieures [85].

Le type de résidence (milieu urbain/rural) étudié en ce qui concerne le mariage d'enfants, la vie en milieu rural ou urbain peut influencer la probabilité d'une maternité précoce à différents égards, notamment du fait de la restriction de l'accès aux informations et aux services de planification familiale. De même que pour l'éducation, le schéma général rejoint celui observé dans le cas du mariage d'enfant : le pourcentage d'accouchements survenant avant l'âge de 18 ans est supérieur dans les zones rurales de tous les pays de la région.

À l'instar de l'éducation, la richesse du ménage peut exercer une influence sur la maternité précoce de différentes manières, notamment parce qu'elle facilite l'accès à la planification familiale, qu'elle influe sur les options matrimoniales des filles et qu'elle ouvre l'accès à l'éducation, entre autres. Le pourcentage des femmes âgées de 20 à 24 ans ayant eu

un enfant avant l'âge de 18 ans, ventilé selon la richesse du ménage, a prouvé que le lien essentiel entre richesse et maternité précoce est assez proche de celui concernant le mariage d'enfants.

Dans une étude menée au Bénin dans l'arrondissement de Tschaourou, il a été ressorti que les grossesses au sein des adolescentes de ce milieu surviennent à un taux de 15,57%. Les âges moyen et médian à la première grossesse ont été l'un comme l'autre, de 15 ans révolus et qu'environ 92 % des adolescentes ont été scolarisées et 76 % de ces adolescentes ont eu une première grossesse avant leur 18<sup>ème</sup> anniversaire. L'entrée en union, l'abandon scolaire, la détérioration des relations avec les parents et les problèmes de santé étaient là les conséquences de ces premières grossesses les plus couramment répertoriées[11], [48].

Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000. Dans certains pays, le repli annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 s'est situé au-dessus de 5,5%, qui est le taux nécessaire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Constatant qu'il est possible d'accélérer le recul de la mortalité maternelle, les pays se sont maintenant fixé une nouvelle cible visant à réduire davantage la mortalité maternelle. Une des cibles de l'objectif de développement durable 3 est de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes, aucun pays ne devant présenter un taux de mortalité maternelle supérieur à deux fois la moyenne mondiale [2].

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes dans la plupart des pays en développement[12].

Dans les pays en développement, en moyenne, les femmes ont beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur. Le risque de décès maternel sur la durée de la vie. C'est à dire la probabilité qu'une jeune femme décèdera un jour d'une cause liée à la grossesse ou à l'accouchement est de 1 sur 4900 dans les pays développés contre 1 sur 180 dans les pays en développement [10].

Dans les pays connus pour leur fragilité, ce risque est de 1 pour 54, conséquence de l'effondrement des systèmes de santé. Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes:

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- infections (habituellement après l'accouchement);
- hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie);
- complications dues à l'accouchement;
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse.

Le taux de mortalité maternelle mondial est passé de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes (80% IC 359–427) en 1990, à 216 (207–249) en 2015, correspondant à une baisse relative de 43,9% (34,0–48,7), avec 303 000 (291 000–349 000) décès maternels dans le monde en 2015. Les progrès régionaux dans la réduction du ROR depuis 1990 ont varié d'un taux annuel de réduction de 1,8% (0,0–3,1) dans les Caraïbes à 5,0% (4,0–6,0) en Asie orientale. Les TMM régionaux pour 2015 variaient de 12 décès pour 100 000 naissances vivantes (11–14) pour les régions à revenu élevé à 546 (511–652) pour l'Afrique subsaharienne. L'accélération des progrès sera nécessaire pour atteindre l'objectif des ODD et les pays devront réduire leurs TMM à un taux de réduction annuel d'au moins 7,5% [12].

Le taux des complications dues aux conséquences des pratiques sexuelles observé chez les moins de 20 ans est de 60% plus que celui observé chez l'ensemble des femmes, et 2,5 fois plus élevé que celui des femmes de 20 à 24 ans. La mort peut survenir à la suite des complications dues à un avortement mal dirigé dans des circonstances non bien réunies. Les maternités précoces entraînent une morbi-mortalité considérable et amplifient le risque de transmission du VIH. Elles constituent une lourde charge économique et sanitaire, en particulier dans les pays en développement. Il faudra donc investir dans la jeunesse, l'impliquer et l'engager comme partenaire pour le développement crucial à la construction

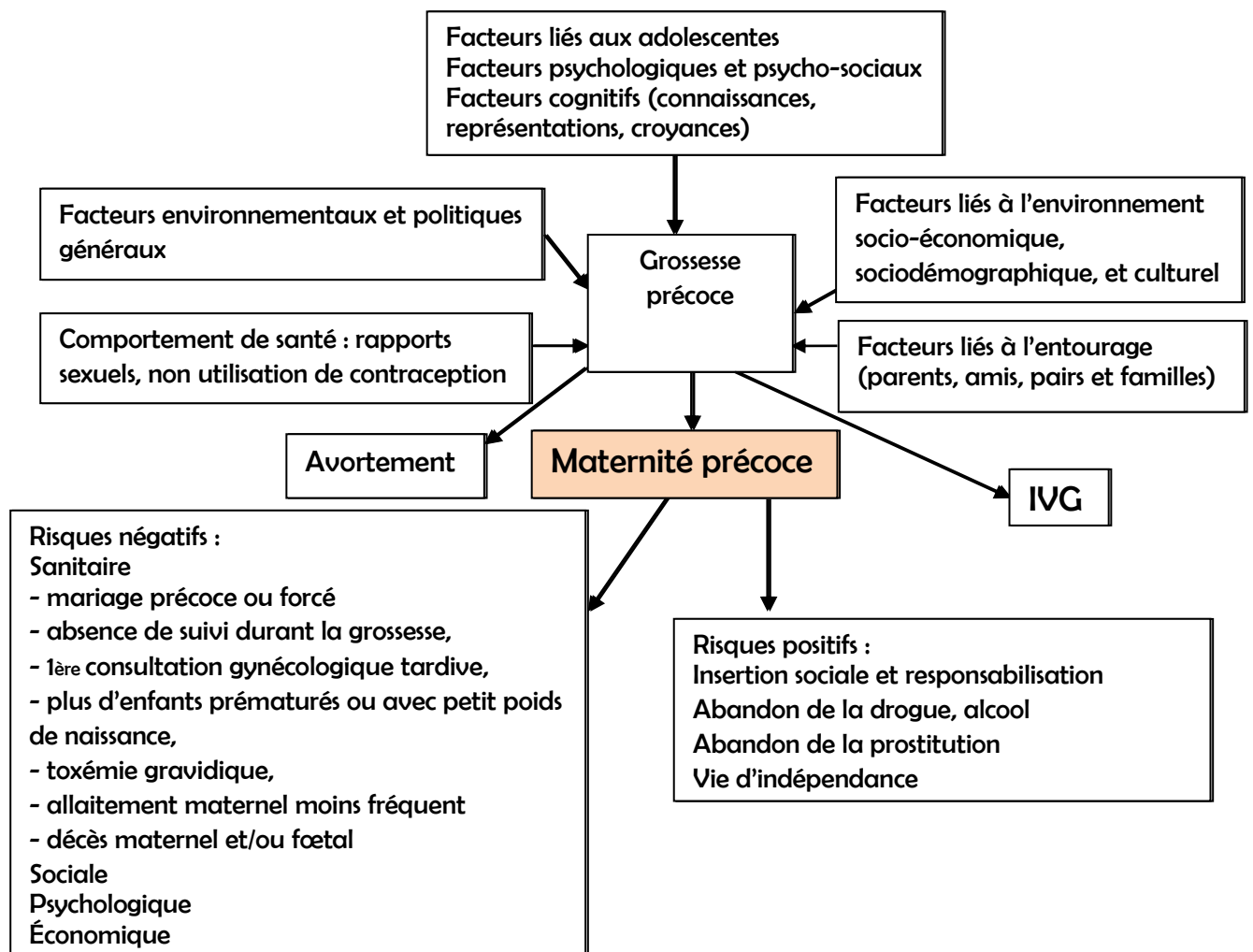
d'un monde plus juste. Les jeunes sont confrontés de nos jours à plusieurs difficultés en particulier s'agissant de leurs besoins non satisfaits en matière d'éducation sexuelle intégrée et de services de santé sexuelle et reproductive suite à l'ignorance de l'éclairage de leur opinion en la matière [122].

## 2.3. CADRE CONCEPTUEL DE LA MATERNITÉ PRÉCOCE

### 2.3.1. Modèle explicatif de la maternité précoce

Ce croquis est un modèle non statique qui ressort le cadre conceptuel des maternités précoces. Les lignes qui suivent font objet de discussion de chaque aspect tel que ressorti.

Fig 1. Cadre conceptuel théorique, relatif à la maternité précoce



### **2.3.2. LES FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE, SOCIO-DEMOGRAPHIQUE, ET CULTUREL DES ADOLESCENTES**

Beaucoup d'articles dans la littérature scientifique se sont intéressés aux facteurs socioéconomiques et sociodémographiques qui caractérisent les adolescentes enceintes [73], [99], [123], [124].

Il ressort de manière générale que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est observée plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés, dans les quartiers plus pauvres, dans lesquels les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel [62], [63], [73], [120], [124].

Arai L. qui a réalisé une étude qualitative, a observé que de faibles attentes quant à l'avenir scolaire et professionnel des adolescentes étaient relevées, directement ou indirectement, par les 12 jeunes mères et les 9 coordinateurs des centres locaux interviewés [63].

Pour Jewell D. et ses alliés, ils ont observé l'impact du statut socio-économique sur les comportements de contraception. Ils ont encore observé entre autres, que les jeunes femmes issues de milieux plus défavorisés étaient moins enclines à utiliser une contraception d'urgence [125].

Selon Pereira AIF. et ses alliés dans leur étude sur la survenue d'une grossesse à l'adolescence, ont trouvé que celle-ci était associée significativement à un plus grand nombre d'échecs scolaires. Parmi le groupe d'adolescentes enceintes, seulement 12,3% suivaient encore les cours, 52,6 % avaient déjà « décroché » avant d'être enceintes [126].

En Belgique, la grossesse des adolescentes est la plupart du temps liée à une situation de précarité sociale. Parallèlement, le recours à des soins pour interruption de grossesse est plus marqué parmi les jeunes femmes à faible revenu économique [127].

Pour l'OMS, plus de 30% des filles vivant dans des pays en développement se marient avant l'âge de 18 ans; environ 14 % se marient avant l'âge de 15 ans. Les mariages précoces sont un facteur de risque pour les grossesses précoces et entraînent des effets néfastes en matière de santé reproductive. En outre, se marier jeune prolonge le cycle de la sous-éducation et de la pauvreté [2].

Selon L'Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, la littérature médicale comme sociologique relative aux grossesses des adolescentes a été ressortie que dans l'ensemble, la venue d'un enfant chez une femme mineure renforce les situations de pauvreté et de précarité préexistantes. En plus, les risques d'interruption de la

scolarité entraînent ceux d'emplois sous-qualifiés, d'isolement social et familial, les difficultés de santé mentale (dépression, addictions) et la plus forte probabilité de carences affectives et de déficits du développement pour l'enfant en plus. Toutefois, loin d'être un sujet monolithique, l'observatoire croit qu'une maternité précoce peut aussi révéler des aptitudes et des compétences chez l'adolescente. Il a cependant étudié sans à priori, les conséquences sur le parcours de formation et d'insertion sociale de ces jeunes femmes et d'aborder la problématique de la construction de la parentalité dans ces circonstances [10], [14]. Les variations géographiques observées au sein d'un même pays sur les taux de grossesses précoces rejoignent directement ces facteurs socio-économiques.

En Angleterre, les jeunes femmes des quartiers pauvres sont plus enclines à tomber enceintes que celles des quartiers plus riches [120].

En Belgique, les naissances chez les adolescentes sont également associées à des indicateurs de précarité sociale. Le phénomène de grossesse d'adolescentes est une réalité plus marquée en Région wallonne (et plus dans le Hainaut que dans les autres provinces) qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et surtout qu'en Région flamande [127].

Les auteurs considèrent la survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables comme une stratégie d'adaptation : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative [33], [63].

Des études épidémiologiques et sociologiques ont confirmé cette vision en montrant une corrélation entre la mauvaise intégration sociale et la parentalité précoce [58], [120].

Toutefois, cette explication est surtout valable pour les adolescentes qui décident de garder leur enfant. La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités. En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont

été réalisés. Entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an[21].

Dans une étude menée en Belgique par Faucher et ses collaborateurs, les auteurs ont observé plusieurs différences dans le vécu de la grossesse et de la maternité en fonction du statut social (émigré) des mères adolescentes. Ils ont analysé rétrospectivement 62 dossiers d'accouchements de jeunes filles de 13 à 17 ans. La majorité des patientes sont âgées de 16 et 17 ans (92%) et 46,8% sont originaires d'Afrique subsaharienne. Par rapport aux autres filles, les adolescentes originaires d'Afrique subsaharienne vivent plus souvent en couple avec un partenaire le plus souvent âgé de plus de 25 ans. A la sortie de la maternité, les adolescentes africaines vont fréquemment vivre au domicile du père de l'enfant et la mise en place d'un suivi spécialisé s'avère moins souvent nécessaire. Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une grande majorité de jeunes africaines de moins de 18 ans sont en fait psychologiquement déjà des femmes adultes culturellement et socialement. La grossesse menée à terme est alors le résultat du projet d'une jeune fille ou d'un jeune couple. La grossesse est activement désirée sous l'influence de facteurs culturels. En effet, dans de nombreuses sociétés dont sont issues les jeunes filles de l'émigration en France (et en Belgique), la grossesse à l'adolescence est plutôt valorisée et, à la différence de notre société, il y a un lien étroit entre fécondité, sexualité et alliance sociale [33].

Les résultats issus de l'étude de Timar Samson et Y. GBAGUID ont montré que sur un total de 155 cas de grossesse enregistrés au cours des trois années scolaires (2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016), que ces grossesses étaient réparties de manière croissante sur les trois années scolaires. Ces grossesses sont survenues en majorité entre 15 ans et 17 ans (soit 54,2%) dans les classes comprises entre la cinquième et la seconde. Ils continuent en disant qu'environ 70% des femmes qui sont tombées enceintes en milieu scolaire arrêtaient les cours, mais seulement 7% parmi celles qui arrêtaient, reprenaient les cours après l'accouchement [11].

Le risque de mortalité maternelle est plus élevé chez les adolescentes de moins de 15 ans. Les complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès chez les adolescentes dans la plupart des pays en développement [60], [123].

### 2.3.3. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHO-SOCIAUX LIÉS AUX ADOLESCENTES :

Faucher P. et ses alliés proposent trois niveaux d'interprétation de l'influence des facteurs psychologiques dans la survenue d'une grossesse à l'adolescence :

- Le premier voit dans la grossesse, le besoin de *vérifier l'intégrité corporelle et des organes de la reproduction*.

- Le deuxième niveau indique que la grossesse (et plus encore le désir d'enfant) est une recherche d'un « *objet* » de *comblement des carences* de l'enfance.

- Le troisième niveau considère la grossesse comme faisant partie des *prises de risque* de l'adolescence dont l'objectif est de mettre le corps en danger, au même titre que les tentatives de suicide, les troubles du comportement alimentaire ou les maladies sexuellement transmissibles (MST) [33].

Dans de nombreux pays, les jeunes filles subissent de fortes pressions pour qu'elles aient des rapports sexuels, pressions souvent exercées par des membres de leurs familles. Dans d'autres, plus d'un tiers des filles affirment que leur premier rapport sexuel a été forcé [37], [121].

Le second niveau d'interprétation se retrouve dans plusieurs études. En effet, les violences physiques, les carences affectives et les négligences éducatives pendant la petite enfance apparaissent fortement corrélées avec la parentalité précoce [52], [128], [129].

Dans deux études rétrospectives ayant porté sur les femmes majeures, les auteurs ont observé une relation forte et graduelle entre les *expériences hostiles durant l'enfance* (abus émotionnel, physique ou sexuel, exposition à la violence domestique, ou à un membre de la famille consommateur de drogue, malade mental ou criminel, ou avoir eu des parents séparés ou divorcés) et une grossesse à l'adolescence [52], [54], [130].

On a tendance également à penser que l'arrivée d'une grossesse chez une adolescente se fait toujours involontairement. Or, dans de nombreux cas, l'acte est purement décidé. Michaël Lontie, sociologue française, a mis en exergue cinq profils de grossesses précoces dont les quatre premiers relèvent d'une volonté :

- La « grossesse rite d'initiation » : façon de reproduire ce que l'on voit (phénomène de mode), de pérenniser la descendance (mimétisme) ;

- La « grossesse SOS » : appel à l'aide, besoin d'exprimer un manque, une douleur quelconque (ex : psychologique) ;

- La « grossesse insertion » : moyen d'être reconnu dans la société, de (se sentir) exister, d'avoir un projet plus accessible ;
- La « grossesse identité » : la maternité confère une identité, revalorise l'estime de soi ;
- La « grossesse accidentelle » : résultante imprévisible et involontaire de l'acte. Penser l'hétérogénéité... [82], [118], [131].

Des études menées par d'autres chercheurs du Burkina-Faso chez les jeunes de 15-24 ans et celle de l'Île de la Réunion auprès des adolescentes, ont identifié également parmi de nombreux récits d'adolescentes l'existence d'un désir d'avoir un enfant [37], [132].

Un certain nombre d'études ont montré que la grossesse parmi les adolescentes est souvent intentionnelle [74], [107], [129]. Ces auteurs ont examiné la prévalence du désir de grossesse et les facteurs corrélés à ce désir parmi un échantillon de 462 adolescentes afro-américaines de 14 à 18 ans socio économiquement désavantagées. Une proportion de 23,6% des adolescentes ont exprimé le désir d'être enceinte. Un certain nombre de ces adolescentes avaient d'ailleurs déjà vécu une histoire de grossesse. Comparé aux adolescentes qui n'ont aucune envie d'être enceintes, celles qui expriment une certaine envie ont plus souvent un partenaire qui désire la grossesse, un partenaire qui est âgé d'au moins 5 ans de plus, une plus faible estime de soi, perçoivent davantage de barrières à utiliser un préservatif et perçoivent un plus faible soutien familial. Contrairement aux attentes des auteurs et aux résultats d'autres recherches, la dépression, le fait d'avoir déjà eu une histoire de grossesse, la cohabitation (le fait d'habiter ou pas avec ses parents ou sa mère), et la perception du rôle de la femme dans la société n'étaient pas corrélés avec le désir de grossesse [78], [116].

Rosengard C. et ses alliés, qui ont évalué les intentions de grossesse parmi un échantillon de 354 adolescentes (14-19 ans) sexuellement actives, mettent en évidence des intentions réelles de grossesse chez ces adolescentes : 23,5% planifiaient de tomber enceinte dans les 6 prochains mois. Mais également des intentions floues chez certaines adolescentes : pour 66 % la grossesse est non planifiée mais évaluée comme probable. Ces intentions floues sont à prendre en considération car elles ont un impact sur le comportement contraceptif. Ces adolescentes qui indiquent des intentions floues de grossesse ont plus de chances d'avoir un test de grossesse positif 6 mois après (près d'1/3 ont eu un test de grossesse positif) que celles qui avaient indiqué clairement n'avoir aucune intention d'être enceinte (grossesse non planifiée et non probable). 40% ont rapporté ne pas utiliser de

moyen de contraception lors de chaque rapport sexuel. Et plus de 75% de celles ayant un test de grossesse positif déclarent vouloir avorter ou avoir déjà avorté [44].

Dans l'étude de Corcoran J. et ses collaborateurs, portant sur 105 adolescents de 11 à 22 ans (22 % de garçons et 78 % de filles) suivant un programme de prévention des grossesses aux USA, l'âge (être plus âgé), l'abus d'alcool (moindre consommation) et le *stress* (plus de stress) étaient associés au fait d'être enceinte ou d'être parent à l'adolescence. Toutefois, ces deux dernières études ne permettent pas de dire si ces facteurs sont des facteurs préalables ou subséquents à la survenue de la grossesse chez ces adolescentes [120].

L'enquête menée par Williamson LM. et ses collaborateurs a identifié différents facteurs de nature psychologique ou psycho-sociale susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents qui sont :

- Une moindre acceptation de la sexualité : Plus il y a un haut niveau d'acceptation des relations sexuelles, c'est-à-dire moins les jeunes ressentent de culpabilité associée à leur activité sexuelle, mieux ils font usage des moyens contraceptifs.

- Un manque d'affirmation de soi : souvent la peur du rejet de la part de son partenaire ou la gêne et le manque d'assurance amènent les adolescents à ne pas suggérer l'utilisation de moyens contraceptifs adéquats. Les jeunes adolescentes sont particulièrement vulnérables et préfèrent parfois prendre des risques plutôt que de s'affirmer devant, par exemple, les réticences du partenaire à utiliser un préservatif. De même, le manque d'estime personnelle et de confiance en soi peut empêcher le ou la jeune de dire « non » à une relation sexuelle non protégée.

- Le goût du risque, l'insouciance et l'immaturation : L'insouciance et l'attirance face au fait de risquer une grossesse peut amener les jeunes à ne pas utiliser de moyens contraceptifs [133].

Dans la même enquête, il est signalé que parmi les freins liés à la prise de la pilule, 25,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent l'insouciance et 38,5% le fait de n'être pas conscient des risques de grossesse. Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 57,2% mentionnent l'immaturation, 55,3% la non prise de conscience des risques et 16,9% le refus de prendre ses responsabilités.

- L'inexpérience : La gêne du corps, l'appréhension de la relation sexuelle et la difficulté d'en parler peuvent nuire à l'utilisation de moyens contraceptifs.

- L'incapacité de prévoir: L'incapacité de prévoir ou d'anticiper les premières relations sexuelles peut augmenter le risque de grossesse [133].

### 2.3.4. FACTEURS COGNITIFS (CONNAISSANCES, REPRESENTATIONS, CROYANCES) LIES AUX ADOLESCENTES :

En plus des connaissances souvent imparfaites des adolescentes, les grossesses et la mauvaise utilisation des moyens de contraception vont être influencés par une série de représentations et de fausses croyances.

En RDC, l'âge d'entrée en union des femmes est assez précoce. En effet, 43 % de femmes âgées de 25-49 ans, étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 18 ans, au moment de l'enquête. De plus, la proportion de femmes en union avant d'avoir atteint l'âge exact de 18 ans diminue des générations les plus anciennes aux plus jeunes, passant de 51 % pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans à 37 % pour celles âgées de 20-24 ans [3], [35], [111].

Quant à la fécondité, il est à signaler qu'en République Démocratique du Congo, la fécondité demeure encore élevée puisque chaque femme congolaise donne naissance, en moyenne, à  $6,6 \pm 2$  enfants.

- Avec un taux de 138 ‰ à 15-19 ans, la fécondité précoce reste élevée.
- Les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont, en moyenne, 1,1 enfant de plus que celles qui ont le niveau secondaire.
- Les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas ont, en moyenne, 1,1 enfant de plus que celles des ménages du quintile le plus élevé [35], [105].

L'EDS souligne qu'un âge à la première naissance trop précoce est associé à des risques accrus de mortalité des enfants et il peut avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère. En outre, les accouchements précoces peuvent constituer une cause d'abandon scolaire et un frein à l'amélioration du statut socio-économique de la femme. L'âge médian à la première naissance présente des variations importantes selon le niveau d'instruction, le statut économique du ménage, le milieu et la province de résidence des femmes. En effet, il est estimé à 19,7 ans en milieu rural contre 20,5 ans en milieu urbain.

Par rapport à la première EDS en RDC, la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde a légèrement augmenté, passant de 24 % en 2007 à 27 % en 2013-2014 [35], [105].

Les faits ont montré que, plus d'une femme en union sur cinq (23%) ne désirait plus avoir d'enfants et près d'une femme sur deux (45%) souhaite espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

- Globalement, 68% des femmes en union sont des candidates potentielles à la planification familiale. Cette proportion est en nette augmentation par rapport à 2007 où elle était estimée à 57%.

- Dans l'ensemble, 71% des naissances se sont produites au moment voulu, 24% plus tôt que souhaité et environ 5% étaient non désirées.

- Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF serait de 5,3 au lieu de 6,6 enfants par femme.

Concernant le recours à la contraception, Dans l'ensemble, 19% des femmes utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive : 8% une méthode moderne et 11% utilisaient une méthode traditionnelle.

- La prévalence contraceptive moderne est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (15% contre 5%), à Kinshasa (19%) et au Bas-Congo (17%) que dans les autres provinces.

- La proportion de femmes qui utilisent une méthode moderne augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, de 4% parmi les femmes sans niveau d'instruction à 19% parmi celles ayant un niveau supérieur.

- Le niveau de la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union a légèrement augmenté, passant de 6% en 2007 à 8% en 2013.

Signalons ici que l'accès à la contraception moderne n'est pas facile pour les adolescentes non en union ou celles qui n'ont pas encore porté de grossesse [35], [105].

Certains auteurs mettent en évidence ces différents facteurs de nature cognitive, susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents [17], [77], [130] :

- La pensée magique : Le manque de pensée abstraite qui consiste à croire que cela (la grossesse) ne leur arrivera pas.

- Le manque de connaissances et les fausses croyances : Les mythes entretiennent l'ignorance par rapport au risque de grossesse. Un exemple: « La première fois, ça ne peut pas arriver ». L'existence du liquide pré-éjaculatoire est aussi souvent méconnue.

- La pensée écologique : Ne pas vouloir prendre la pilule parce que c'est «chimique» ou vouloir faire l'amour sans préservatif parce que c'est plus naturel.

- La représentation que les adolescentes ont de l'amour (l'amour romantique) : L'idéalisation de l'amour ou la volonté de s'abandonner totalement peuvent faire reculer les jeunes devant le caractère technique des moyens contraceptifs.

- La persistance du modèle féminin qui consiste à « faire plaisir » : Les filles ont appris socialement à «faire plaisir» à l'autre ou aux autres. Refuser à son copain de lui «faire plaisir», soit en n'ayant pas de relations sexuelles tant qu'elle n'est pas prête ou en n'acceptant pas de relations non protégées, c'est difficile. Certaines jeunes filles ont peur de perdre leur copain si elles ne leur font pas plaisir.

Les représentations plutôt négatives ou plutôt positives liées aux grossesses précoces vont également venir influencer les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents. Ces représentations sociales étant influencées par les valeurs véhiculées dans la société, ce facteur se confond avec le facteur culturel énoncé ci-dessus.

Les auteurs relèvent dans leurs recherches sur les grossesses précoces, une tendance à la valorisation (ou banalisation) de la maternité précoce, non seulement dans certains milieux ethniques, comme chez certains où il s'agit d'un trait culturel, mais également dans certains milieux sociaux défavorisés ou non. Il s'agit selon eux d'une des sources d'explication du phénomène [134], [135].

L'équipe de Sundby et celle des autres chercheurs ont mis en évidence l'influence des croyances et des représentations dans l'utilisation des moyens de contraception. Par exemple, les préservatifs sont souvent associés aux maladies sexuellement transmissibles. Pour les jeunes couples qui lient le sexe à l'amour, le préservatif risque d'être un signe de méfiance et de réduire l'aspect romantique qui entoure la rencontre sexuelle. L'utilisation de contraceptifs oraux est également influencée par des représentations sociales. En Norvège en tout cas, il semble encore culturellement inacceptable pour une femme d'être prête en matière de contraception pour une relation sexuelle alors qu'elle n'a pas de partenaire. Les jeunes femmes commencent une contraception orale une fois qu'elles commencent une relation stable, mais pas avant. Et elles arrêtent leur contraception quand la relation se termine [134], [135].

Dans l'enquête portant sur les méthodes contraceptives chez les jeunes de 13-21 ans, 96,6% des jeunes filles considèrent la contraception comme importante ou très importante [63].

Dans une étude ayant porté sur les jeunes et la santé on y fait également ressortir des représentations qui pourraient avoir un impact sur les comportements contraceptifs des jeunes :

- 8% des jeunes estiment que l'avortement est un moyen de contraception comme tout autre moyen ;
- 55% des garçons pensent que la contraception « c'est l'affaire des filles » mais 50% estiment que le préservatif « c'est l'affaire des garçons » ;
- 10% des garçons pensent qu'une fille qui a des préservatifs est une « obsédée » [87].

Un autre facteur pouvant expliquer les grossesses non désirées est le manque de connaissances. De manière générale, les jeunes connaissent l'existence de principales méthodes contraceptives, mais manquent de connaissances sur leur *bonne utilisation*. La preuve en est le grand nombre d'adolescentes qui se retrouvent enceintes alors qu'elles prenaient la pilule [63].

#### ***Une bonne connaissance des moyens de contraception ?***

Au vu des cours d'éducation affective et sexuelle à l'école, des campagnes médiatiques récurrentes, ou encore de l'accès à l'information grâce à Internet, l'impression est plutôt aujourd'hui que les jeunes sont suffisamment bien informés sur les moyens de contraception. Toutefois, on peut se poser la question : les jeunes sont-ils si bien informés que ça ?

Dans l'enquête « la santé des jeunes en Bretagne » à laquelle 2000 jeunes ont répondu, seule la moitié des jeunes se déclare parfaitement informée sur les moyens contraceptifs, 42% se disent moyennement informés, 4% pas du tout informés et 3% déclarent « ne rien y comprendre ». Par rapport à l'utilisation du préservatif en particulier, 88% des jeunes se considèrent bien informés sur son utilisation, 93% savent où s'en procurer et 84% savent s'en servir en cas de besoin [134], [135].

Une autre étude a observé que de manière générale, les jeunes (16-24 ans) sont au courant des moyens de contraception. Toutefois, leurs commentaires révèlent une grande méconnaissance des risques de grossesse ou de la période à laquelle les femmes sont le plus fertile. Leur connaissance de l'utilisation efficace ou des effets secondaires des contraceptifs oraux est souvent inadéquate, et basée principalement sur des informations anecdotiques ou sur des on-dit. Les connaissances concernant la contraception d'urgence ne sont pas répandues. Uzan observe également que la contraception d'urgence est très peu connue des femmes qui viennent consulter pour une demande d'IVG [33].

Dans l'étude de Jewell D. et ses alliés, il a été observé une moins bonne connaissance de la contraception dans le groupe des adolescentes des milieux défavorisés. Beaucoup utilisaient la pilule avant de tomber enceinte, mais souvent de manière inadéquate. Ils constatent d'ailleurs un manque de confiance dans la contraception de la part de ces jeunes femmes. Les jeunes filles mères ou enceintes sont souvent insatisfaites des cours d'éducation sexuelle reçus à l'école. Elles ne se sentent pas bien informées à propos des moyens de contraception. Elles relèvent également des difficultés à obtenir des conseils sur la contraception et à avoir accès aux services appropriés [125], [136].

Selon certains auteurs les échecs de contraception sont plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées. Toutefois, plusieurs études mettent en évidence une mauvaise utilisation de la contraception également chez les femmes adultes [87], [88].

Pour l'OMS, la contraception pré-IVG n'est pas tellement meilleure chez les femmes plus âgées (adultes) : seul 10 à 12% utilisaient une contraception sûre avant l'IVG, 68% une contraception aléatoire, et de 20 à 25% pas de contraception du tout. La sexualité des adolescents reste un problème de santé publique préoccupant de par les conséquences qu'elle engendre. L'adolescence est caractérisée par une crise de la personnalité [22].

Selon deux études belges, même si les femmes se sentent bien informées, elles n'adoptent pas toujours les comportements contraceptifs adéquats [29], [137].

D'après une étude réalisée en mars 2004 par le bureau d'études In Sites pour le compte de Janssen-Cilag sur un échantillon représentatif de 923 femmes belges âgées de 15 à 45 ans :

- Seul 25% des femmes n'ont jamais oublié leur pilule. 75% des femmes oublient donc parfois leur pilule ; 8% plusieurs fois par mois, 13% environ une fois par mois, 19% plusieurs fois par an, 35% moins de quelques fois par an.

- 46% des femmes ayant déjà vécu une grossesse non désirée déclarent n'avoir pas utilisé de moyen de contraception lors de cette conception. Mais 52% des femmes utilisaient un moyen contraceptif : 34% la pilule, 7% un préservatif et 11% une autre méthode. Ces chiffres montrent que les moyens de contraception et particulièrement la pilule ne sont pas toujours bien utilisés.

Dans une étude de l'INRA, il a été repris que:

- Plus de la moitié des femmes interrogées issues de la région bruxelloise (52%) affirment craindre d'être enceintes suite à une utilisation incorrecte de leur moyen de contraception et que 21% de l'ensemble des femmes interrogées ont avoué être confrontées de temps à autre à la même angoisse. Ce pourcentage n'est pas plus élevé chez les femmes de 15-24 ans (25%) que chez les femmes de 25-35 ans (27%).

- 11% des femmes de 25-34 ans ont utilisé au moins une fois la pilule du lendemain ;

- à Bruxelles, c'est le cas pour 20% des femmes interrogées.

- 61% des femmes seraient intéressées par un moyen contraceptif auquel il ne faudrait pas penser tous les jours mais offrant la même sécurité que la pilule.

### **2.3.5. FACTEURS LIÉS A L'ENTOURAGE DES ADOLESCENTES (FAMILLE, PARENTS, PARTENAIRE, AMIS, PAIRS).**

Les recherches identifient principalement soit des facteurs liés aux parents, soit des facteurs liés au partenaire dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse à l'adolescence.

#### **2.3.5.1. Facteurs liés à la famille et plus particulièrement aux parents.**

L'étude de Miller et ses collaborateurs a résumé deux décennies de recherches (1980-2000) sur les influences familiales et surtout parentales sur le risque de grossesse à l'adolescence [78], [117].

Ils relèvent principalement 3 facteurs liés aux parents qui diminuent le risque de grossesse à l'adolescence, soit en réduisant ou en retardant les relations sexuelles, soit en augmentant l'utilisation de moyens contraceptifs :

- le type de lien parents/enfant (soutien, proximité, et chaleur) ;

- la supervision ou la régulation parentale des activités des enfants ;

- Et, les attitudes et les valeurs parentales contre les relations sexuelles des adolescents (ou contre les relations sexuelles non protégées) et les grossesses à l'adolescence.

Davies SL. et ses alliés ont, dans une étude menée sur le comportement de désir de grossesse chez les adolescentes afro-américaines, observé une corrélation entre un certain désir de grossesse chez les adolescentes afro-américaines et le fait de percevoir un plus faible soutien familial [74].

Pereira AIF. et ses proches ont exploré les différents contextes relationnels qui favorisent la vulnérabilité ou la protection face aux grossesses précoces auprès d'un groupe d'adolescentes portugaises potentiellement à risque. Une analyse comparative entre deux groupes d'adolescentes (14-18 ans) de niveau socio-économique faible (57 adolescentes enceintes et 81 adolescentes sans expérience de grossesse) a été réalisée. Les résultats suggèrent qu'un plus faible niveau de *surprotection maternelle* et de *soutien émotionnel paternel*, ainsi que la présence d'antécédents maternels de grossesses précoces sont associés significativement avec le fait de développer une grossesse à l'adolescence [126].

Du fait de complexités méthodologiques, les résultats des recherches sur la communication parent/enfant au sujet de la sexualité et du risque de grossesse à l'adolescence sont très contradictoires [78], [112].

L'étude de Corcoran J. et son équipe suggèrent que l'incapacité d'une famille à s'engager dans une communication directe et honnête pourrait être un facteur de risque de grossesse et de maternité précoce. Toutefois, il se pourrait aussi qu'une famille ait certains problèmes de communication suite à la naissance du bébé de l'adolescent, et non pas avant [120].

Ketting E. et ses collaborateurs identifient deux facteurs familiaux liés à la communication et susceptibles d'influencer les comportements contraceptifs chez les adolescentes et les adolescents : La présence et la disponibilité d'un interlocuteur privilégié avec lequel parler de sexualité : Lorsque l'adolescente ou l'adolescent peut se confier ou demander conseil en matière de sexualité et de moyens contraceptifs à une personne-ressource avec laquelle il ou elle a établi une relation de confiance (parents, sœur, frère, intervenant, etc.), cela favorise une attitude plus ouverte à l'égard de la contraception. Le fait d'en parler à un confident vient démystifier tout ce qui entoure la sexualité [135].

#### 2.3.5.2. Facteurs liés au partenaire

La stabilité de la relation : L'engagement, l'établissement d'une intimité et la stabilité de la relation amoureuse viennent renforcer un comportement plus responsable et une meilleure communication à l'égard de la sexualité et de la contraception. Plus l'adolescente ou l'adolescent est engagé(e) et s'investit dans une relation, plus il s'établit un climat de confiance avec l'autre qui permet d'aborder la contraception et de faire des choix éclairés sur les moyens qui sont appropriés [92], [138].

Pour Williamson LM. et alliés, parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 41,8% des jeunes (filles et garçons) mentionnent la confiance dans le partenaire, et 33,1% la gêne par rapport au partenaire [133].

Jewell D. et ses collaborateurs ont observé également que la relation sexuelle et ce que ressent la jeune femme envers son partenaire, influencent l'utilisation d'un moyen de contraception. Ils observent que l'*attachement émotionnel* (ou l'amour qu'elles ressentent pour leur partenaire) est cité par certaines jeunes femmes pour expliquer leur comportement de prise de risque. Parmi les relations de longue durée, la contraception n'était pas toujours bien maintenue [125].

- L'attitude et l'implication du partenaire dans la contraception : Une attitude ouverte de la part du partenaire influence positivement l'utilisation adéquate de moyens contraceptifs. Plus celui-ci participe à la démarche contraceptive (par exemple en donnant son opinion ou en accompagnant sa partenaire chez le médecin ou à la clinique), plus l'adolescente est encouragée à bien utiliser les moyens contraceptifs.

D'un autre côté, le partenaire peut également influencer le désir de grossesse chez l'adolescente. L'équipe de Davies a observé une corrélation entre un certain désir de grossesse chez les adolescentes afro-américaines et le fait d'avoir un partenaire qui désire la grossesse et qui a au moins 5 ans d'âge de plus que son partenaire [74].

#### 2.3.5.3. Facteurs liés aux pairs et aux amis

Le réseau social d'amis de l'adolescente peut jouer un rôle positif ou négatif dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse.

Dans l'enquête de Williamson, parmi les principaux incitants à l'utilisation de la pilule et du préservatif, 37,4% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le fait de parler avec les amis [133].

D'un autre côté, Pereira AIF. et son équipe, observent qu'un plus faible niveau de proximité avec les pairs (ne pas avoir de réseau d'amis fort développé) est associé significativement avec le fait de développer une grossesse à l'adolescence [126].

## 2.3.6. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET POLITIQUES GÉNÉRAUX

### 2.3.6.1. Facteurs environnementaux

Un certain nombre de facteurs très concrets, souvent liés à des décisions politiques, vont directement influencer les comportements contraceptifs et la survenue des grossesses à l'adolescence.

Ces facteurs concernent principalement l'accessibilité et la disponibilité des moyens de contraceptions et la mise en place d'une éducation sexuelle à l'école et de campagnes d'information.

Haldre K. et ses proches, ont analysé les évolutions réalisées en Estonie dans ce domaine. Ils observent parallèlement aux grands changements socio-économiques, comprenant des réformes des soins de santé et des changements dans les programmes scolaires, qui ont eu lieu en Estonie entre 1992 et 2001, une diminution importante du nombre de naissance et d'avortement chez les adolescentes. Ils concluent que le cas de l'Estonie prouve que l'accessibilité de l'information, de la contraception, des services et de l'éducation, ainsi que l'existence d'autres projets de vie que la maternité, ont un impact sur les taux de naissance et d'avortement chez les adolescentes [99].

Ces différents facteurs transparaissent dans l'enquête de Tebue [139] :

Parmi les freins liés à la prise de la pilule, 55,3% des jeunes filles mentionnent le prix trop élevé et 39,2% des jeunes (filles et garçons) la nécessité de se procurer une ordonnance. Toutefois, selon l'étude de Tebue et ses alliés [140], la disponibilité des contraceptifs oraux semble plus importante que leur coût.

- Parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 26,8% des jeunes (filles et garçons) mentionnent le prix trop élevé.

- Parmi les principaux incitants à la pilule et au préservatif, 65,5% des jeunes filles mentionnent la distribution de produits gratuits et 49,6% les campagnes de sensibilisation.

- L'impact des médias : Les médias, que ce soit le cinéma, la télévision ou la publicité, véhiculent des valeurs telles que la séduction et l'agressivité sexuelle. Un spectateur moyen voit environ 9 000 scènes à caractère sexuel.

### 2.3.6.2. Facteurs environnementaux et politiques généraux

On peut supposer l'influence de l'accessibilité des centres de planning familial, leur confidentialité, ou encore la loi sur les IVG [134], [135], [137].

a) Le rôle de la société

La vision qu'à une société de la sexualité et de la maternité va également avoir une influence sur le comportement sexuel et contraceptif des jeunes.

Pour Kadhel P. et Guiot O., plus l'acceptation sociale de la sexualité à l'adolescence est importante, moins les taux de grossesses et de recours à l'IVG sont importants. Plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes (moins on le médicalise en parlant de risques), plus les jeunes femmes auront facilement accès à la contraception parce qu'elles se sentiront reconnues et acceptées dans leur sexualité [71], [137].

Nativel et Daguerre mettent également en avant que la perception qu'a une société de la sexualité adolescente va influencer l'efficacité de sa politique de prévention [83].

Selon le rapport de l'Unicef, « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces ». Or, le système de valeurs de certaines sociétés rend parfois très difficile l'acceptation de ce fait accompli. La stigmatisation des grossesses précoces est intimement liée aux perceptions de la sexualité adolescente dans les différents pays industrialisés [61].

De ce point de vue, le rapport de Nativel C. et Daguerre A. distinguent trois types de société :

- Dans le premier groupe (Etats-Unis), les adolescents doivent être préservés le plus longtemps possible de la sexualité.
- Dans le deuxième groupe (Pays-Bas, Grande Bretagne), la sexualité juvénile continue à constituer un phénomène à combattre, mais il apparaît comme un mal inévitable qu'il faut accompagner.
- Dans le troisième groupe (France, Suisse, Suède, et autres pays d'Europe continentale et scandinave), les pouvoirs publics ne nient pas le droit des jeunes à la sexualité et essayent de mettre à leur disposition les moyens de contraception adéquats [141].

Dans ce troisième groupe, la Suède fut la pionnière de cette conception dépassionnée de la sexualité adolescente. Dès 1975, les pouvoirs publics développent des politiques de contraception volontaristes grâce à la création d'un réseau national de cliniques

pour les jeunes, qui leur offrent une information confidentielle et un accès gratuit à l'IVG sans autorisation parentale. Dans la décennie suivante, le taux de grossesses adolescentes a diminué de 80% selon l'Unicef [61].

### **2.3.7. FACTEURS LIÉS A L'ALTERNATIVE D'UNE IVG**

2.3.7.1. Facteurs liés à l'environnement socio-économique, socio-démographique, et culturel des adolescentes.

Des facteurs culturels liés au milieu socio-économique vont influencer la décision de continuer ou non la grossesse.

Une première constatation est que, du moins dans les pays anglo-saxons, les adolescentes venant de milieux plus défavorisés sont moins enclines à opter pour un avortement que celles venant d'un milieu plus aisé [48].

Dans leur étude qualitative auprès de 34 jeunes femmes (16-20 ans), Jewell et son équipe ont observé des attitudes différentes envers les grossesses précoces et l'avortement selon le milieu socio-économique des jeunes filles. Les jeunes femmes issues de milieux socio économiquement plus favorisés jugent la maternité non acceptable pour elles-mêmes. Elles sont toutefois plus tolérantes à l'égard d'autres qui ont choisi d'être de jeunes mamans. Cette différence s'explique principalement par la façon dont les jeunes femmes voient leur futur, les jeunes femmes de milieux avantagés accordant plus d'importance à leur carrière, l'université, l'argent et leur développement personnel. D'un autre côté, les adolescentes enceintes et les jeunes mères de milieux défavorisés trouvent la solution de l'avortement moins acceptable. De plus, les jeunes mères se sentent obligées de démontrer qu'elles sont capables et sont de bonnes mères en dépit de leur très jeune âge [125].

2.3.7.2. Facteurs psychologiques et psycho-sociaux liés aux adolescentes

On peut supposer une influence du désir d'enfant, du besoin de combler des carences affectives vécues durant l'enfance, ou encore du besoin d'acquérir un statut social par la maternité.

2.3.7.3. Facteurs cognitifs (connaissances, représentations, croyances) liés aux adolescentes

En France, tout comme en Belgique, les grossesses précoces ont plutôt tendance à être stigmatisées. D'après Sarah A., la révolution économique, politique et culturelle des trois dernières décennies a vu naître une nouvelle image de la femme qui a contribué à

différer l'âge socialement requis à la première grossesse. Selon Faucher, la stigmatisation sociale des grossesses non programmées, en particulier celles qui surviennent aux âges jeunes, peut ainsi être impliquée dans le recours massif à l'IVG des mineures confrontées à une grossesse non prévue [33], [142].

2.3.7.4. Facteurs liés à l'entourage des adolescentes (famille, parents, partenaire, amis, pairs)

On peut supposer plusieurs influences familiales comme l'attitude des parents face aux maternités précoces, à la proximité relationnelle de l'adolescente avec ses parents, au fait de pouvoir en discuter avec eux, à leur soutien perçu.

On peut également supposer l'influence du partenaire, son envie d'avoir ou non un enfant et de le prendre en charge, le fait de pouvoir communiquer avec lui, son attitude envers la parentalité précoce.

## ***2.4. QUE DISENT LA LEGISLATION CONGOLAISE ET LES DIFFERENTS ARTICLES DU CODE DE FAMILLE CONGOLAIS EN MATIERE DE MARIAGE D'ENFANT ?***

Sur le plan juridique, la ratification des conventions relatives aux droits des enfants et des femmes dénote dans certaines dispositions des discordances avec la législation nationale congolaise contenue dans le Code de la Famille (RDC, 1987), le Code Pénal, le Code du Travail en RDC mis en place depuis 1967) etc... Notamment en matière de santé, d'éducation et de protection. En effet, la législation nationale fixe l'âge minimum de mariage à 15 ans pour la fille et à 18 ans pour le garçon. Code de la famille, Article 289. ; Les deux articles 289 et 352 ne condamnent pas les mariages précoces [143]. Le décret du 05/12/1950 ne traite pas explicitement du harcèlement sexuel des filles et des femmes et de la récupération scolaire des filles mères qui perdent leur scolarité pendant que le garçon poursuit tranquillement ses études ; le Code Pénal n'assure pas une protection juridique suffisante en matière de l'âge de la majorité pénale fixée à 14 ans pour la fille et à 16 ans pour le garçon (CP et CF art 422). Ce qui est en contradiction et viole le principe de la protection de l'identité de l'enfant mineur. Cette majorité pénale des enfants mineurs les expose à des abus sexuels divers : mariages précoces, prostitution, exploitation sexuelle. Elle empêche les enfants de bénéficier des éléments d'aggravation de certaines infractions comme le viol et la prostitution du fait que ces adolescents sont considérés comme majeurs

pénalement. Il serait juste de relever cet âge à 18 ans selon l'article 1 de la CDE. L'autorisation de mariage au mineur de 15 ans est en contradiction avec les normes internationales [65], [93].

La Loi N° 16/008 DU 15 JUILLET 2016 modifiant et complétant la loi n°87-010 du 1er août 1987 portant code de la famille en RDC stipule ce qui suit : [144]Loi n°87-010 du 1<sup>er</sup> août 1987 portant *Code de la Famille en RDC* [145]:

### Chapitre III : DE LA FORMATION DU MARIAGE

#### Section I : Du but du mariage

##### Article 349 :

Le mariage a pour but essentiel de créer une union entre un homme et une femme qui s'engagent à vivre ensemble jusqu'au décès de l'un d'entre eux, pour partager leur commune destinée et pour perpétuer l'espèce.

##### Article 350 :

Selon cet article, il est repris que : est nulle toute stipulation visant à écarter l'une des fins essentielles du mariage.

#### Section II Des conditions de fond

##### Paragraphe 1 : Du consentement des époux

##### Article 351 :

Chacun des futurs époux, même mineur, doit personnellement consentir au mariage. Toutefois, que le mariage soit célébré en famille ou devant l'officier de l'état civil, la représentation par mandataire peut être autorisée pour motif grave par le juge de paix.

##### En son Paragraphe 2 : De la capacité de contracter le mariage

##### Article 352 avant 2016 stipulait :

L'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage. Néanmoins, il est loisible au tribunal de paix d'accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves. Le tribunal statue à la requête de toute personne justifiant d'un intérêt.

Cet Article 352 a subi des modifications pour lesquelles l'article stipule que : L'Homme et la femme avant 18 ans ne peuvent contracter le mariage.

##### Article 357 avant 2016 stipulait :

L'enfant, même émancipé, qui n'a pas atteint l'âge requis pour le mariage, ne peut contracter mariage sans le consentement de ses père et mère.

Si l'un de ses père et mère est décédé, absent, hors d'état de manifester sa volonté ou privé de l'exercice de l'autorité parentale, le consentement de l'autre suffit.

A défaut des père et mère, il doit obtenir le consentement de son tuteur qui doit au préalable recueillir l'avis du conseil de famille.

Il a été révisé par la Loi de 2016 pour laquelle, l'Article 357 stipule que :  
L'enfant même émancipé ne peut contracter mariage.

Article 358 :

Le consentement prévu à l'article 357 est donné soit par la déclaration faite devant et acté par l'officier de l'état civil, devant un juge de paix ou devant un notaire antérieurement à la célébration du mariage, soit verbalement lors de la célébration par l'officier de l'état civil ou de l'enregistrement.

Cet Article 358 a été abrogé par la loi N°16/008 du 15 juillet 2016.

Article 359 :

En cas de refus de consentement des parents ou de l'un d'eux ou du tuteur au mariage du futur époux mineur, celui-ci, même non émancipé, peut saisir le conseil de famille. Si le refus persiste, le futur époux mineur ainsi que le ministère public peuvent saisir, par voie de requête, le tribunal de paix du lieu où le mariage devrait être célébré.

Le tribunal de paix instruit à huis clos la requête en amiable conciliateur.

Il convoque soit séparément soit ensemble le requérant ou futur époux mineur, les parents ou le tuteur qui lui ont opposé un refus et, s'il l'estime opportun, un conseil de famille.

Sauf le cas où le ministère public est requérant, sa présence n'est pas obligatoire.

Le tribunal tente, s'il échec, d'obtenir leur accord soit en présence soit hors présence du futur époux mineur.

S'il y a un accord, le tribunal rend une décision qui le constate.

Dans le cas contraire, il statue par décision motivée accordant ou non l'autorisation. En cas d'autorisation, le mariage ne peut être célébré que devant l'officier de l'état civil.

Cet Article 359 a été *Abrogé par la loi N°16/008 du 15 juillet 2016.*

# CHAPITRE TROISIEME : CADRE METHODOLOGIQUE ET DE LA RECHERCHE SUR LES MATERNITES PRECOCES

## CADRE DE L'ETUDE

Le cadre spatial de notre étude est la province du Lualaba en République Démocratique du Congo. Dans cette section, la présentation de ce cadre d'étude concernera l'historique, la situation géographique, démographique, administrative, socioéconomique, épidémiologique et sanitaire de ladite Province.

### **3.1.1. HISTORIQUE DE LA PROVINCE DU LUALABA.**

La configuration actuelle de la Province du Lualaba, remonte à la constitution de Luluabourg du mois d'août 1964, laquelle constitution subdivisait le pays en 21 Provinces. La ville de Kolwezi en constituait son Chef-lieu auquel étaient attachés les territoires de Dilolo, Kapanga, Sandoa, Lubudi et Mutshatsha. Son premier Gouverneur était Monsieur DIUR Dominique dont l'œuvre est immortalisée par la construction de la Cité et du stade de football dans la Commune de Manika, et qui portent son nom. Avec le régime dictatorial de la 2ème République instauré par le Président MOBUTU en 1965, le Lualaba est devenu un District, qui sera plus tard appelé Sous-région. Au cours de la décennie 1970-1980, le Président MOBUTU prendra la décision d'amputer le District du Lualaba de la ville de Kolwezi ainsi que des territoires de Lubudi et de Mutshatsha, pour en faire le District urbano-rural de Kolwezi. A la Conférence Nationale Souveraine, l'acte constitutionnel de transition adopté en avril 1994 a conféré au Lualaba un statut de Province dans ses dimensions de 1964 (*Kolwezi comme Chef-lieu, plus les cinq territoires: Lubudi, Kapanga, Dilolo, Mutshatsha et Sandoa*). Et la Constitution de 2006, telle que modifiée à ce jour, reconnaît à cette partie sud-ouest de l'ancienne Province du Katanga, le statut de Province. La Province du Lualaba a été créée en 2015 par la Constitution de la République Démocratique du Congo promulguée le 18 février 2006 telle que modifiée par la *Loi n°11/002 du 20 janvier 2011* portant révision de certains articles qui consacrent la décentralisation comme mode de gestion des affaires publiques locales ; par la *loi n°08-012 du 31 juillet 2008* portant principes fondamentaux relatifs à la libre administration des Provinces et à l'autonomie de gestion de leurs ressources économiques, financières et

techniques ainsi que par la *loi de Programmation n°15/004 du 28 février 2015* qui détermine, quant à elle les modalités d'installation de nouvelles Provinces dont celle du Lualaba. (*source : Plan quinquennal de développement de la Province du Lualaba 2018-2022*).

### **3.1.2. SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA PROVINCE**

Sur le plan administratif, le Lualaba comprend la Ville de Kolwezi (*chef-lieu de la Province avec ses deux communes : Dilala et Manika*), la ville de Kasaji, 5 territoires (*Lubudi, Sandoa, Mutshatsha, Dilolo et Kapanga*), 1 Commune rurale (Fungurume), 6 Secteurs, 19 Chefferies, 174 Groupements et 2576 Villages.

Au terme de la réorganisation administrative, la Province est dotée :

- d'une Assemblée Provinciale
- d'un Gouvernement Provincial

La Province du Lualaba est composée de 5 territoires : Kapanga, Sandoa, Dilolo, Mutshatsha et Lubudi qui sont subdivisés en chefferies et secteurs.

Outre les deux grandes structures, il sied de signaler que la Province est dotée des structures techniques spécialisées dont : les régies financières nationales, les services Administratifs déconcentrés et les services Administratifs décentralisés. (*source : Plan quinquennal de développement de la Province du Lualaba 2018-2022*).

### **3.1.3. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

La Province du Lualaba a une superficie totale de 121.309 Km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par les Provinces du *Kasai-Central* et du *Lomami*, au Nord-Est par la *Province du Haut-Lomami* et au Sud-Est par celle du *Haut-Katanga*. Elle partage ses limites à l'Ouest avec la *République d'Angola* et au Sud avec les *Républiques de la Zambie et de l'Angola*. Elle jouit d'un *climat tropical humide* avec alternance de deux saisons: la saison pluvieuse, qui débute à mi-septembre et prend fin à mi-avril, ainsi que la saison sèche qui débute mi-avril et s'estompe en mi-septembre, sous une température variant entre 5 et 30°C et une pluviométrie située entre 900 et 1300 mm.

Son accessibilité aux provinces voisines se fait par voies routière et ferroviaire, à la Capitale Kinshasa par voie aérienne et routière. Ses routes sont à ce jour en très mauvais état. La Province du Lualaba est ouverte à la Zambie, jusqu'en Afrique australe par route et

à l'Angola par les deux voies : routière et ferroviaire. Son hydrographie est essentiellement constituée du fleuve Congo (Lualaba), des rivières Lufupa, Kalule-Nord et Sud, Lulua, Kasai, Luao, Lubilanshi, etc. Le Lualaba a un relief dominé par les plateaux, son sol est argilo-sablonneux et regorge d'importants gisements de Cuivre et de Cobalt à haute teneur, ainsi que d'autres minerais tels que le Plomb, l'Uranium, l'Or, le Manganèse, l'Étain, le Coltan, etc. Sa végétation est de type savane boisée caractérisée par des forêts de galeries.

La ville de de Kolwezi, Chef-lieu de la province est située entre 21°45' – 25°30' de longitude et 7°30' – 11°15' de latitude.

Celle-ci est la carte de la province du Lualaba selon ses entités territoriales qui la composent, ses territoires voisins ainsi que ses voies d'accès.



Figure 2 : Carte de la Province du Lualaba (Source : Plan Quinquennal de développement de la Province du Lualaba).

### 3.1.4. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA PROVINCE

La Province du Lualaba est cosmopolite. Les tribus autochtones cohabitent paisiblement avec plusieurs autres ethnies de la République Démocratique du Congo ainsi

qu'avec des étrangers attirés la plupart par les mines. La population totale de la Province du Lualaba est estimée à 3.171.186 habitants dont environ 6.731 expatriés, avec une densité de 26 Hab. /km<sup>2</sup> et un taux d'accroissement de 4%. (*Source : Plan quinquennal de développement de la Province du Lualaba 2018-2022*).

Selon les données disponibles à la DPS Lualaba, La province du Lualaba compte à ce jour une population estimée à 2799968 habitants répartis de manière suivante :

- Les enfants de 0 – 11 mois estimés à 111999
- Les nourrissons Survivants estimés à 97719
- Les enfants 12 – 59 mois estimés à 447995
- Les femmes en âge de procréer estimées à 587993
- La densité moyenne de la population est estimée à 22 habitants au Km<sup>2</sup>
- L'espérance de vie à la naissance estimée à 55 ans en 2018. (*source : Rapport annuel 2019, DPS Lualaba*).

### **3.1.5. SITUATION ECONOMIQUE DE LA PROVINCE**

La Province du Lualaba possède d'énormes gisements miniers tels que le *Cuivre, le Cobalt, le Coltan, le Manganèse, l'Or, l'Etain, le Wolframite, etc.* Elle regorge en outre dans son sous-sol, des richesses potentielles non encore explorées et exploitées. Citons : *le Charbon, le Zinc, le Plomb, l'Uranium, le Radium, le Germanium, les terres rares, etc.*

La Province dispose d'un réseau routier et ferroviaire important la reliant à d'autres provinces et aux Républiques d'Angola et de Zambie via les territoires de Mutshatsha et de Dilolo.

Au Lualaba se pratiquent l'élevage des bovins, les cultures maraichères et vivrières dont les principales sont le maïs, le manioc, le haricot, l'arachide, le riz paddy, etc. La culture du palmier à huile est pratiquée dans les territoires de Dilolo, Kapanga et Sandoa.

Il est à noter que le sol du Lualaba est également propice aux cultures du tabac, du coton, de la canne à sucre, etc.

Parmi les principales sociétés pourvoyeuses d'emplois implantées dans la Province, il y a lieu de citer :

- *Les Sociétés minières et leurs sous-traitants : GCM, TFM, KCC, COMIDE, MUMI, KAMOA COPPER S.A, BOSS MINING, SICOMINES, COMMUS, METAL KOL, KIMIN, etc ;*

- *Les sociétés de prestations diverses : la SNCC, la SNEL et la REGIDESO ;*

- Les sociétés coopératives minières regroupant les exploitants miniers artisanaux offrent également de l'emploi. L'immensité des richesses minières contraste avec l'extrême pauvreté de la population qui tire un faible profit de l'exploitation minière industrielle et artisanale. En plus du secteur privé, il y a lieu de noter les emplois offerts par l'Administration et la Fonction publique tant nationale que provinciale.

Pour réduire la dépendance exclusive de la Province vis-à-vis des mines et booster son économie, le Gouvernement Provincial a pris l'option de redynamiser et moderniser les secteurs agricole et touristique. L'objectif étant de faire du Lualaba non seulement un grenier agricole au sud de la République Démocratique du Congo, mais également, une destination touristique pour les nationaux et pour les étrangers. En effet, le secteur du tourisme offre des réelles opportunités d'affaires au Lualaba. Ses domaines d'intervention sont nombreux : création d'agences de tourisme et des tours opérateurs, construction d'établissements hôteliers et restaurants, visites guidées des réserves touristiques, aménagement et exploitation des sites touristiques.

Le Lualaba est propice au tourisme écologique (*écotourisme*) et au tourisme de découverte de par la grande diversité de sa faune et de sa flore. Il y existe également des cascades et des chutes spectaculaires (*Tshatuta et Mukwiza dans le territoire de Mutshatsha, Kading dans le territoire de Sandoa, Dipera et Kayo à Lubudi*), des grottes (*Kyantapo à Lubudi et Diyal dia Mpemb à Musumba*), des lacs naturels (*Kafankumba*) et artificiels (*Nzilo*). Deux sites touristiques sont érigés au bord du lac Nzilo (*Wansela et Katebi*). Plusieurs possibilités innovantes sont offertes aux investisseurs chevronnés. Dans le domaine de l'énergie, on note l'existence sur le fleuve Lualaba de deux principales centrales hydroélectriques d'une puissance totale de 356 MW dont 248 MW pour *N'seke* et 108 MW pour *Nzilo*. Ces centrales desservent aussi bien la Province du Lualaba que celle du Haut-Katanga. D'autres centrales hydroélectriques de faible puissance comme celles de Lubudi (*sur Kalule Nord*) et de Kapanga (*sur Rushish*) sont opérationnelles. Sied de noter une centrale en construction, celle de BUSANGA sur le Lualaba (*projet de l'entreprise SICOMINES d'une capacité de 260 MW*).

Quant à la question relative au revenu, il convient de signaler un revenu annuel par habitant au Lualaba estimé à 369,44 dollars américains pour l'année 2019 avec un taux de change d'1 USD (dollar américain) estimé à 1 772,73FC. Pour l'année 2020, ce même revenu est estimé à 374,02 FC pour un taux de change d'1 USD (dollar américain) estimé à 1 872,97FC. Ces chiffres sont des projections avant l'avènement de la pandémie de Covid 19.

Le commerce constitue en outre, un des secteurs importants qui génèrent l'emploi dans les grands centres et, participe aussi à l'économie de la Province. Les principaux acteurs sont les Indiens, les Pakistanais, les Chinois et quelques Congolais. Cependant, la grande partie de ces activités commerciales est dans les PME (près de 60%) et exercent dans l'informel (près de 70%), échappant ainsi à l'assiette fiscale. Cette situation a un impact négatif sur la capacité contributive d'amélioration et de programmation du développement durable de la Province.

Le taux de chômage dans cette province reste élevé et concerne plus les originaires. Les employés embauchés dans différents secteurs, viennent de toutes les Provinces de la République, parfois avec des recommandations de responsables hiérarchiques, difficiles à contourner. L'embauche de ces citoyens qui sont plus dans les mines n'est pas synonyme de vivre dans la Province du Lualaba, mais, une probabilité conditionnée par le fait d'être en lien avec ceux qui engagent, parfois, avoir fait les études orientées au domaine recherché.

Les autochtones s'adonnent plus à des travaux de commerce, exploitation minière artisanale, agriculture, pêche, élevage, etc. Ces occupations ne rapportent pas beaucoup de fonds à ceux qui les pratiquent, ce qui les expose plus à la pauvreté. Un nombre important des jeunes filles se livrent à la prostitution dans le but de servir ces différents employés des sociétés minières venus de tous les coins du monde pour l'exploitation minière industrielle. Ceci les expose d'avantage à la prostitution avec tous les risques qui l'accompagnent.

### **3.1.6. SITUATION SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE**

#### **3.1.6.1. SITUATION SANITAIRE**

La province du Lualaba compte en 2019 une population estimée à 2799968 habitants pendant qu'en 2018, celle-ci était de 2718415 habitants avec 51% des femmes contre 49% d'hommes (*source : Rapport annuel 2019, DPS Lualaba*).

Le phénomène boom minier a entraîné un mouvement de population, raison pour laquelle, on retrouve des populations flottantes dans les zones de santé de Dilala, Manika, Lualaba, Dilolo et Fungurume. Ceci fait qu'à ce jour, la population de la division provinciale de la santé ne soit pas très bien maîtrisée, suite à l'excès des mouvements migratoires.

Le phénomène KAMWINA NSAMPU, a aussi entraîné un déplacement massif des populations des zones touchées vers les trois zones de Kalamba, Kapanga et Sandoa, faisant frontières avec celles touchées.

La province avait mis en place un Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé CPP-SS en sigle. Ce comité est fonctionnel depuis le mois de juillet 2016. C'est un comité qui traite des grandes questions qui consistent en l'amélioration de la santé de la population de cette province. Le CPP a été mis en place par l'arrêté 2016/GOUV/P/LBA/012 du 04 Juillet 2016 portant création, organisation et fonctionnement du CPP, arrêté signé par le Gouverneur de la Province.

Le CPP a trois organes : les Groupes de travail (GT), qui traitent des différentes matières de santé en province selon les différentes thématiques ; le Secrétariat Technique, pour élaboration des différents comptes rendus, traiter des différentes matières à traiter en plénière et ; l'Assemblée Plénière qui valide les différents besoins et rapport de travail pour le compte du CPP-SS.

La première réunion du CPP - SS permettant l'installation des membres du CPP et l'adoption du ROI et PPDS 2016 - 2020 de la Province du Lualaba, avait eu lieu du 25 au 26 Octobre 2016.

Concernant le fonctionnement du système de santé de la province du Lualaba, il sied de noter que, la Province sanitaire du Lualaba a à sa tête le Chef de l'Exécutif Provincial comme représentant du Chef de l'état dans la province. Au niveau du gouvernement, le répondant est le Ministre Provincial de la santé.

L'organe technique représentant le Secrétariat Général à la Santé est l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS).

La Division et l'Inspection provinciales de la santé sont les deux organes techniques qui coordonnent et la bonne marche des structures de santé dans la province. En cas de manquement, ces deux organes interviennent pour sanctionner les récalcitrants.

Ces deux organes de santé de la Province ont des bureaux en leurs seins.

Pour son fonctionnement, la DPS est organisé compte 6 bureaux qui ont, chacun, des analystes et Assistants. Tout ce personnel est mis sous la coordination du Chef de Division Provinciale (CD) de la santé.

L'IPS, elle, a aussi les Chefs de bureaux et des Analystes ou inspecteurs qui l'aident à réaliser les différentes activités d'inspection contrôle.

La DPS Lualaba compte, Huit coordinations fonctionnelles : le Programme national de Lutte contre la Trypanosomiase (PNLT), le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), le Programme National de la Santé au Travail (PNST), le Programme National de l'Hygiène aux Frontières (PNHF), le Programme National de Nutrition (PRONANUT), le Programme National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (PNMTN), le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR).

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) fonctionne avec les deux antennes de Kisenge et Kolwezi.

La DPS ne dispose ni d'un Laboratoire Provincial de santé publique, ni d'un Hôpital Provincial de Référence (*source : Rapport annuel 2019, DPS Lualaba*).

### **3.1.6.2. Fonctionnement du système de santé au Lualaba.**

Le système de santé périphérique dans la DPS est constitué de 14 zones de santé : Bunkeya, Dilala, Dilolo, Fungurume, Kafakumba, Kalamba, Kanzenze, Kapanga, Kasaji, Lualaba, Lubudi, Manika, Mutshatsha et Sandoa. Ces zones de santé sont organisées en 2 échelons chacune.

Pour une bonne coordination des activités, les Bureaux Centraux des Zones de Santé (BCZS) coordonnent les activités au niveau des zones de santé.

Du point de vue opérationnalisation, les structures de santé des zones de santé fonctionnent en deux échelons.

Le premier échelon des soins, offre un Paquet Minimum d'Activités (PMA) à la population et, représenté par, les Postes de santé (PS), les dispensaires et les Centres de Santé (CS).

Le deuxième échelon des soins, est représenté par les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR). Il offre un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) à la population.

La DPS Lualaba compte, 14 structures sanitaires de référence dont 11 HGR pour 11 zones de santé et 3 CSR pour les trois zones de santé sans HGR (Fungurume,

Kalamba et Lualaba). Elle compte en outre, 6 hôpitaux secondaires, 21 CSR et 425 CS. La DPS a 226 Aires de santé.

### 3.1.6.3. Situation épidémiologique

Deux épidémies ont frappé la DPS Lualaba en 2019.

- Le choléra : en 2019, un total 716 cas ont été notifiés dont 23 décès soit une létalité de 3,2% dans les ZS de Fungurume, Lubudi, Kanzenze, Dilala et Manika. Depuis 2013, la DPS a connu des épidémies cycliques. Des flambées épidémiques frappent régulièrement les Zones de Santé et s'étendent à la périphérie des grandes agglomérations urbaines et des sites miniers artisanaux de la ville de Kolwezi et de Fungurume. Les principaux facteurs favorisants restent les mouvements des populations, la promiscuité, la faible accessibilité à l'eau potable et les mauvaises conditions hygiéniques dégradantes.

- La rougeole : toutes les 14 ZS de la province ont notifié 9717 cas suspects de rougeole en 2019 avec 54 cas de décès soit 0,6% de létalité. Les ZS de Dilolo, Kasaji, Kafakumba et Sandoa étaient en épidémie avec des cas confirmés par l'INRB.

Selon le relevé de morbidité, cinq pathologies dominantes de la DPS Lualaba sont le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës, l'hypertension artérielle, la fièvre typhoïde puis, viennent les autres pathologies. Un total de 1040275 cas de maladies ont été enregistrés en 2019.

- 1) Le Paludisme forme anémique avec 1273 cas de décès soit 37% ;
- 2) Les infections respiratoires aiguës (IRA) soit les diverses formes de pneumonies avec 1240 cas de décès soit 36% ;
- 3) L'hypertension artérielle avec 149 cas de décès soit 4% ;
- 4) VIH/SIDA avec 99 cas de décès soit 3% ;
- 5) Le Décès maternel avec 79 cas de décès soit 2,3% ;
- 6) Les Accidents de trafic routiers avec 66 cas de décès soit 2% et ;
- 7) Les autres catégories avec 582 cas de décès soit 14,7%.

Soit un total de 3409 des cas de décès enregistrés en 2019.

Les autres pathologies endémo-épidémiques ou autres problèmes spécifiques de santé (non classées parmi les cinq qui ont un grand poids de morbidité et de mortalité) sont :

- 1) La Géo helminthiase

- 2) La Tuberculose
- 3) Le VIH/SIDA et
- 4) Les Violences sexuelles

Quelques indicateurs d'utilisation des services restant maternel sont à signaler dans la DPS en 2019.

- Taux d'utilisation des services curatif a été évalué à 46% Vs 50% de la cible ;
- Pourcentage des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié : 96% Vs 95% de la cible ;
- Pourcentage des femmes enceintes qui ont utilisé au moins 4 fois les services de CPN : 43% Vs 50% de la cible ;
- Proportion des femmes enceintes dépistées VIH positif : 1,3% Vs 3% de la cible ;
- Pourcentage des femmes suivies en CPoN3 dans les FOSA : 57% Vs 60% de la cible ;
- Pourcentage des enfants <12 mois qui utilisent les services de CPS : 83 Vs 100% de la cible ;
- Couverture vaccinale en DTC-Hep-Hib3 des enfants <12 mois : 80% Vs 90% de la cible ;
- Pourcentage des Femmes enceintes séropositives qui reçoivent les ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant : 99,8% Vs 95% de la cible ;
- Pourcentage des femmes enceintes inscrites à la CPN qui ont bénéficié du traitement préventif intermittent (TPI) contre le paludisme (4 doses SP) : 30% Vs 60% de la cible ;
- Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont nouvelles acceptantes d'une méthode contraceptive moderne : 17% Vs 20% de la cible
- Un total de Les décès maternels enregistrés en 2019 étaient de 79 sur un total de 107519 naissances vivantes de l'année. Ceci a donné un taux de mortalité maternelle estimé à 73 décès maternels pour 100000 Naissances vivantes en 2019. Ce même taux était évalué à 89 pour 100000 Naissances vivantes en 2018 contre 64 64 pour 100000 Naissances vivantes en 2017.

La sexualité des adolescentes dans cette province ne fait aucunement objet de tabou. La tendance de la communauté est celle de faire voir comme si la sexualité précoce était interdite dans cette province, mais la réalité n'est pas celle-là.

Certaines pratiques rudimentaires restent de mise dans cette province concernant la sexualité. Il n'est pas rare de trouver dans certains coins de la province des adolescentes vierges, qualifiées de non initiées car elles ne connaissent rien de la sexualité. La population estime que ces adolescentes auront des difficultés à bien prendre en charge leur partenaire sexuel une fois mariée.

L'usage de contraceptif pour une adolescente reste un mauvais signe pour les autres. L'adolescente qui utilise un quelconque moyen de contraception risque d'être qualifiée de plus initiée et qu'on la considère comme ayant trop d'expérience sur la sexualité. L'usage de préservatif reste l'apanage du partenaire sexuel de sexe masculin, cela pour ne pas préjudicier l'adolescente de plus initiée dans la sexualité.

La province du Lualaba enregistre à ce jour une prévalence de maternité précoce estimée à plus de 10%. (*Source : Rapport annuel 2019 DPS Lualaba*).

## **METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

### **3.1.7. TYPES D'ETUDE**

Nous avons mené une étude épidémiologique d'observation à visée analytique. Cette étude a été réalisée en trois phases.

La première phase a consisté à déterminer le taux et les risques de la maternité précoce auprès des victimes de 2012 à 2014. Cette étude s'est réalisée dans le milieu clinique, et, a été rendue possible grâce à la fouille documentaire. Ici, nous avons récolté les différentes données dans les 10 structures de santé retenues lors de notre enquête. Au total, 5 Hôpitaux généraux de référence et 5 Centres de santé au total ont été visités, cela, à raison d'un HGR et un centre de santé par zone de santé retenue ont fait objet d'investigation. La population d'étude a été constituée de 3550 femmes qui ont vécu les maternités précoces avait été étudiée au cours de cette étude sur un effectif de 25815 accouchements ayant eu lieu dans les structures de santé visitées pendant notre période d'étude.

La deuxième phase a consisté à déterminer l'état des lieux de la maternité précoce au Lualaba. Pendant cette phase, une approche d'observation à visée analytique, de type Connaissance, Attitude et Pratique (CAP) a été menée dans la communauté. La technique utilisée a consisté en l'administration d'un questionnaire d'enquête auprès de 720 mères victimes de maternité précoce dans les cinq zones de santé retenues (ZS de Kasaji, Kanzenze, Dilolo, Manika et Dilala). Un effectif de 144 mères victimes de maternité précoce a été de mise pour chaque zone de santé enquêtée.

Enfin, une troisième phase a consisté en une approche qualitative phénoménologique. Au cours de celle-ci, des focus groups ont été réalisés dans le but de déterminer les causes de la maternité précoce. La perception et les vécus de la maternité précoce ont été exploités auprès de la cible de l'étude. Ces focus groups ont été menés dans chacune des cinq zones de santé retenues pour notre étude.

Les femmes qui ont accouché leur premier-né entre 13 ans et 18 ans d'âge ont constitué notre population d'étude. Parmi celles-ci, 62 ont fait objet de nos entretiens dans 9 focus groups après que nous ayons remarqué la saturation des réponses lors de nos entretiens. Nous avons choisi comme cible de recherche les mères, mineures d'âge comprises entre 16 - 21 ans, victimes de la maternité précoce, depuis un à trois ans d'écart avant nos investigations. Ces dernières ont été retenues en groupe de 6 à 8 en raison de la taille du focus group.

## ***PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE***

Notre étude s'est étendue sur la période allant de 2015 à 2018. Les données quantitatives étaient antérieures à notre période de collecte, celles du milieu clinique, elles ont concerné la maternité précoce des accouchements qui ont eu lieu en 2012, 2013 et 2014. Celles de la communauté ont été collectées de 2015 à 2016. La collecte des données qualitatives avait eu lieu en 2018 utilisant l'approche des focus groups.

La période allant de 2018 à 2020 a été caractérisée par la rédaction et la finalisation de la dissertation doctorale.

## ***POPULATION D'ETUDE***

La population source de la première phase de notre étude a été constituée des jeunes mères qui ont accouché et qui ont été enregistrées dans les structures de santé de la province du Lualaba entre 2012 et 2014 pour les structures retenues.

Pour la deuxième phase de l'étude, la population d'étude a été constituée des jeunes mères victimes de maternité précoce qui ont accouché avant d'atteindre 19 ans d'âge et qui avaient vécu ou pas un quelconque risque relatif à la maternité précoce dans la province du Lualaba pendant notre période d'étude. Ce sont celles qui avaient accouché entre 2012 et 2014.

La dernière phase de l'étude elle, avait pour population d'étude toutes les mères du Lualaba, qui avaient déjà passé entre un et trois ans après avoir vécu une maternité précoce, 2018. C'est-à-dire, celles-ci sont celles qui avaient accouché avant d'atteindre 19 ans d'âge entre 2015 et 2018.

### ***3.1.7.1. CRITERES D'INCLUSION***

Pour être retenue comme sujette de notre étude, il a fallu remplir les critères suivants :

- Avoir vécu dans l'une des zones rurales ou urbaines de la province du Lualaba, au moment de notre collecte des données ;
- Etre âgée entre 13 ans et 18 ans pour l'enquête clinique et 15 à 22 ans pour les enquêtes de communautés ;
- Avoir passé entre un et trois ans depuis son premier accouchement au jour de notre investigation.

Toute femme qui n'a pas rempli l'ensemble des critères énumérés ci-dessus a été exclue de notre recherche.

### ***3.1.7.2. TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE***

Trois types d'échantillonnages ont été utilisés à tour de rôle pour chaque phase de l'étude menée.

Pour notre étude, un choix aléatoire stratifié a été de mise. Il s'est agi ici de choisir de façon aléatoire, cinq zones de santé (strates) sur les 14 que compte la province du Lualaba. Cette démarche a été rendue possible grâce à la fonction ALEA de Excel.

Grâce à cette fonction, nous avons procédé par l'élaboration de la liste des 14 zones de santé de la province du Lualaba sur un tableau en Word, selon l'ordre alphabétique allant de A à Z. Puis, aller su Excel, écrire dans une cellule =*ALEA()* **Enter**, par après, incrémenter jusqu'à la 14<sup>ème</sup> cellule. Associer par la suite à chaque zone de santé les chiffres aléatoires tirés d'Excel sans tenir compte de l'ordre donné par Excel ; arranger le tableau en tenant compte de l'ordre croissant des chiffres tirés d'Excel, enfin, retenir les cinq premières zones de santé qui viennent en première position.

Après cette opération, nous avons retenu 5 zones de santé qui ont occupé les premières positions. C'est ici que les zones de santé de Dilala, Dilolo, Kanzenze, Kasaji et Manika ont été retenues comme zones de santé dans lesquelles nous avons mené nos investigations.

Cette démarche a été valable pour toutes les trois phases de l'étude.

Concernant la première phase de l'étude dans le milieu clinique, nous avons, pour chacune des cinq zones de santé retenue, sélectionné, un hôpital tenant lieu d'hôpital général de référence et, un centre de santé à forte fréquentation dans le cadre des accouchements pour nos investigations. Ici, toutes les femmes qui ont accouché dans ces structures avant 19 ans d'âge, ont été toutes prises comme nos enquêtées.

Tableau I. Illustration de la technique d'échantillonnage ayant trait au choix des 5 zones de santé.

N° (laisser vide) pour compléter avec les chiffres d'Excel puis tri croissant AZ	Nom de la zone de santé	Structures retenues pour les investigations
0,01350384	KASAJI	HGR Garenganze et CSR Lueu
0,02125341	DILOLO	HGR Dilolo et CSR Katoka
0,05190224	DILALA	HPK et CSR Kanina
0,10501498	KANZENZE	HGR de Kanzenze et CSR Walemba
0,13275017	MANIKA	HGR Mwangeji et CSR Kasulo
0,13385647	KAPANGA	-
0,18147986	KAFAKUMBA	-
0,23014656	KALAMBA	-
0,31197	MUTSHATSHA	-
0,47444649	BUNKEYA	-
0,56604268	FUNGURUME	-
0,60708321	LUALABA	-
0,63150277	SANDOA	-
0,6765708	LUBUDI	-

Pour le 2<sup>ème</sup> niveau de notre étude de CAP dans la communauté, un échantillonnage à plusieurs degrés a été mené. Le 1<sup>er</sup> degré est celui expliqué précédemment quant au choix de cinq zones de santé.

Le deuxième degré réside dans le choix des quartiers et villages et avenues grâce à l'échantillonnage systématique. Dans ces avenues et villages, nous y avons retenu 1 enquêtée répondant aux critères par ménage. Nous avons enquêté pour chaque Quartier, village ou avenue, des nombres proportionnels à la taille de l'entité jusqu'à atteindre un cumul de 144 jeunes mères par zone de santé retenue.

Pour les cités rurales de moins de 10000 habitants, nous y avons enquêté 10 à 20 jeunes mères. Cette procédure a été de mise pour toutes les cinq zones de santé retenues. Pour les entités urbaines, les avenues ont été considérées comme les villages des entités rurales.

Le total des enquêtées pour cette phase était de 720 jeunes mères à raison de 144 par zone de santé. Ce sont ces enquêtées qui nous ont aidé à constituer les préoccupations que nous avons élucidées, avec l'approche qualitative à la troisième phase de l'enquête.

Pour notre questionnaire d'enquête, les données ont été saisies puis analysées avec le logiciel Epi Info version 3.5.1. du 13 août 2008. Celles issues des focus groups ont été analysées par thématique dans l'objectif d'aboutir à des conclusions valides.

Pour la deuxième phase de l'étude, un échantillonnage à plusieurs degrés a été mené. Dans le contexte de notre étude nous avons recouru à l'échantillonnage à plusieurs degrés comme cela était le cas pour la première phase de notre étude.

Pour la troisième phase de l'étude, celle qualitative, neuf focus groups ont été menés dans les zones de santé retenues pour notre enquête. Ces focus groups ont eu un effectif total de 62 jeunes mères avec lesquelles nous nous sommes entretenus.

### **3.1.7.3. TAILLE DE L'ECHANTILLON :**

Dans les trois phases de notre étude, les tailles d'échantillon ont été exploitées selon l'objectif poursuivi dans chaque étude.

a) Dans la première partie concernant l'étude clinique, une population de 3550 fiches des femmes qui ont accouché avant 19 ans pendant la période de notre étude ont été analysées.

b) Pour la deuxième étude, de sondage que nous avons menée dans la communauté, la taille de l'échantillon a été calculée selon la procédure suivante :

- La taille de l'échantillon:  $n = \frac{\epsilon \alpha^2 p(1-p)}{e^2}$ . Le chiffre trouvé a été multiplié par 1,5 qui est l'effet de la taille du fait que l'étude est du type CAP, nous avons estimé à 50% le taux de non réponse pour arriver à bien corriger cet effet auprès des enquêtées.

- $\epsilon \alpha^2$  est l'erreur de première espèce, représentée par  $Z\alpha$  la marge de précision que l'on souhaite avoir dans les calculs. Cette marge de précision est représentée par  $Z\alpha$  dans la table de la variable normale réduite Z. Pour 95% de précision soit 5% d'erreur,  $Z\alpha=1,96$ .

- L'effet de la taille est pris en compte dans ce travail au seuil multiplicateur de 1,5.
- P est la proportion ou la prévalence du problème de santé dans la population. Ici le problème que nous étudions est la maternité précoce. Au lieu de prendre la prévalence de l'OMS celle de 30% telle que ressortie par l'OMS et l'UNFPA [146], nous avons travaillé avec la prévalence de 19,2% de la maternité précoce, telle que ressortie par Mbungu MR. et Nsosa M. [41] qui ont mené l'étude en RDC, réalités très proches de notre étude. C'est ce 19,2% de prévalence de la maternité précoce dans l'hôpital de Kisantu qui a été considéré comme référence dans notre étude. Considérée ainsi car l'hôpital Saint Luc de Kisantu est d'une entité rural comme la grande partie de la province de nos investigations est aussi rurale.

- (1-p) soit q qui représente le reste de la population non concernée par le problème de santé qui est de 0,808 soit 80,8%.

- $e^2$  est l'erreur standard souhaitée pour la valeur pouvant être de 2, 3, 4, 5...%. Dans cette étude nous avons choisi selon les recommandations scientifiques 5% comme marge d'erreur de 2<sup>ème</sup> espèce soit le seuil de signification de 0,05.

La taille de notre échantillon vaut donc :  $n = \left[ \frac{1,96^2 \times 0,192(1-0,192)}{0,05^2} \right] \times 1,5$  ce qui donne une

taille de 357,8 soit 360 jeunes femmes victimes de la maternité précoce à enquêter. La répartition a été la même dans les deux entités (urbaine et rurale) sanitaires donc, nous avons pris ce même chiffre pour chaque entité dans laquelle nous avons mené nos investigations. Ce nombre a été d'office multiplié par 2, le nombre des entités de santé à enquêter (rural et urbain). Il a été par la suite divisé par 5 le nombre des zones de santé à enquêter dans notre province. Nous avons eu donc 720 à diviser par 5 zones de santé ce qui nous a donné 144 enquêtées par zone de santé.

c) Et, pour la troisième phase de notre étude qui a été une approche qualitative phénoménologique, elle a porté sur 9 focus groups qui ont réuni au total 62 jeunes mères victimes des maternités précoces au Lualaba.

### ***3.1.8. PLAN DE COLLECTE DES DONNEES***

La collecte de nos données s'est faite de manière graduelle. Nous avons commencé par l'étude dans le milieu hospitalier ou clinique, puis la deuxième étude concernant les connaissances, attitudes et pratiques s'est passée dans la communauté, enfin une dernière étude qualitative concernant les focus groups s'est aussi passée dans la communauté. La réalisation de la première étude a ouvert la brèche à la deuxième et la deuxième aussi a ouvert la brèche à la troisième.

### ***3.1.9. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES***

La partie clinique de notre travail a recouru à la revue documentaire, c'est-à-dire, nous avons organisé une descente dans deux structures de santé pour chaque zone de santé retenues pour étude des fiches des jeunes mères qui ont accouché en ayant un âge compris entre 13 et 18 ans. Ces données ont concerné les fiches présentes dans les structures de santé dont les accouchements ont eu lieu entre 2012 et 2014.

La partie concernant l'enquête dans la communauté quant à elle, a utilisé un questionnaire que nous avons adressé aux enquêtées. Les réponses ont été encodées avec le logiciel Excel 1997-2003 puis, analysées avec le logiciel Epi Info Version 3.5.1. et 7.2.

Quant à la troisième phase de l'étude, les données ont été récoltées sous forme d'enregistrement puis synthétisées et retranscrites intégralement avec des prénoms fictifs qui ont été attribués aux personnes qui ont participé à notre étude. Puis, analysées par thématique.

## ***GESTION ET ANALYSE DES DONNEES***

Dans la présente étude ; un questionnaire avec interview a été rédigé et administré à nos enquêtés qui nous ont permis de récolter les informations dont nous avons besoin pour la réalisation de notre étude.

Avant la collecte définitive des données recherchées, une pré-enquête avait été organisée, en vue de tester le questionnaire pour nous permettre de l'ajuster afin de produire des résultats attendus.

Concernant l'analyse des données, le recours aux paramètres statistiques a été effectif en utilisant le test de Khi2, OR, et l'IC. Pour déterminer la significativité de ces tests, le seuil de signification à 95% de précision soit 5% de la marge d'erreur, a été considéré, que ce soit pour le Khi2, pour l'Intervalle de Confiance soit pour les autres tests non paramétriques comme l'Odds Ratio ajusté de Mantel Haenszel.

## ***VARIABLES D'ETUDE DE LA MATERNITE PRECOCE***

Dans le but d'atteindre les objectifs que nous nous sommes assignés au cours de notre recherche, les variables suivantes ont été analysées à savoir :

### ***Les variables relatives à la mère***

- L'âge ;
- La provenance ;
- Le milieu de socialisation ;
- La tribu ;
- Le niveau d'instruction ;
- Confession religieuse ;
- Continuité de la scolarisation ;
- Profession ;
- Etat matrimonial à la survenue de grossesse ;
- Vécus à la survenue de la grossesse ;
- Connaissance sur la survenue de la grossesse, prévention et contraception ;

### ***Les variables relatives à l'accouchement***

- Déroulement de l'accouchement ;
- Conséquences liées à l'accouchement ;

### ***Les variables relatives à l'enfant***

- Poids et état physique à la naissance ;
- Décès avant 7 jours ;
- Allaitement exclusif au sein
- Complications vécues par l'enfant.

## ***CONSIDERATIONS ETHIQUES***

Dans notre étude et en ses différentes phases, nous nous étions assigné de respecter la dignité humaine. Cependant, la sollicitation du consentement éclairé de la part de toute enquêtée auprès de qui l'étude avait été menée était de mise. La commission éthique de l'Université de Lubumbashi nous avait donné un aval favorable après examen de notre protocole de recherche.

## ***FORCES ET LIMITES.***

Pour l'étude de type CAP, c'est-à-dire : Connaissance, Attitude et Pratique face à la survenue des maternités précoces, qui a été menée dans la communauté, nous ne nous sommes fiés qu'aux réponses que les enquêtées nous ont fournies sur notre thème de recherche. La liberté d'appartenance à l'enquête a été accordée aux répondantes face au mode de réponse au questionnaire. Parce que c'est une enquête CAP, nous avons estimé qu'une certaine diminution de l'exactitude des réponses pourrait se glisser dans la récolte des données, raison pour laquelle nous avons initié le focus group pour diminuer le glissement du biais de mémoire ou celui d'appréciation personnelle.

Quant à l'étude clinique, nos forces se sont limitées à ne récolter que les données qui existaient déjà dans les cahiers, registres et fiches des accouchées. Nous ne pourrions pas nous en passer de ce qui sera trouvé dans ces documents. Cela est la faiblesse de la revue documentaire qui a accompagné la réalisation de cette étude.

Quant à la troisième phase qui a concerné l'étude qualitative, les focus groups ont été initiés pour nous permettre d'éclairer la situation qui n'a pas été bien abordée par le questionnaire. Nous n'avons récolté par sondage que les opinions des pistes de solutions quant à la question de maternité précoce.

Une stratégie de courtoisie a été adoptée. Elle nous a aidé à récolter la réalité qui nous est venue de ces dernières lors de nos entretiens. C'est d'ailleurs ce que nous avons utilisé lors de la proposition des pistes de solutions.

## *DIFFICULTES RENCONTREES*

Comme toute œuvre humaine, les difficultés ne manquent jamais lors de son accomplissement. Il nous convient d'en signaler quelques-unes, à savoir :

- Le coût de la recherche qui est élevé et dans une certaine mesure, ne nous a pas permis de réunir toutes les conditions au temps opportun ;
- La distance qui nous séparait de l'institution mère d'encadrement n'a pas été facile à parcourir régulièrement ;
- Le temps ne nous était pas facile à manager pour nos recherches étant donné les charges d'enseignement et encadrement des étudiants en plus de la recherche ;

# CHAPITRE QUATRIEME : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

## 4.1. RESULTATS DE L'ENQUETE CLINIQUE

### 4.1.1. RESULTATS DESCRIPTIFS ISSUS DES STRUCTURES DE SANTE DE LA PROVINCE DU LUALABA.

Tableau II. Distribution chronologique de la prévalence des maternités précoces selon les zones de santé

Zone de santé	Prévalence chronologique				
	Variables étudiées	2012	2013	2014	Total
URBAINES	N Maternité précoce	302	335	398	1035
	Total des accouchements	3259	3133	3749	10141
	Prévalence des maternités précoces	9,3	10,7	10,6	10,2 [9,7 ; 10,7]
RURALES	N Maternité précoce	681	879	955	2515
	Total des accouchements	4489	5283	5902	15674
	Prévalence des maternités précoces	15,2	16,6	16,2	16,0 [15,4 ; 16,6]
Total	N Maternité précoce	983	1214	1353	3550
	Total des accouchements	7748	8416	9651	25815
	Prévalence des maternités précoces	12,7	14,4	14,0	13,8 [13,4 ; 14,2]

La prévalence des maternités précoces au cours de notre période d'étude était de 13,8% IC<sub>0,95</sub> = [13,4%-14,2%], soit un total de 3550 accouchements survenus chez les femmes âgées de moins de 19 ans sur un total de 25815 accouchements qui ont eu lieu au cours des trois années d'étude 2012, 2013 et 2014, enregistrées dans 10 structures de 5 zones de santé de la Province du Lualaba.

Au cours de trois années d'étude, les prévalences n'ont présenté que des différences très simples dont celle légèrement élevée observée en 2013 (14,4%). 70,8% des maternités

précoces ont été vécues dans les milieux ruraux contre 29,1% des zones urbaines. Globalement, les structures rurales ont eu la prévalence la plus élevée que celles urbaines dont respectivement (16,0 [15,4 ; 16,6] %) et (10,2 [9,7 ; 10,7] %).

Tableau III. Fréquence et risque comparatifs des maternités précoces dans les zones rurales et rurales du Lualaba de 2012 à 2014.

Milieu	N et % des maternités chez les moins de 19 ans d'âge (2012-2014)	N et % des maternités chez les femmes âgées de plus de 18 ans (2012-2014)	Total accouchement et %
Rural	2515 (16,0) [15,4 ; 16,6]	10644 (84,0)	13159 (51,0)
Urbain	1035 (10,2) [9,7 ; 10,7]	11621 (89,8)	12656 (49,0)
Total	3550 (13,75) [13,4 ; 14,2]	22265(86,25)	25815 (100,0)
RC=2,653			

Les adolescentes des milieux ruraux pris comme exposées quant à la survenue des maternités précoces ont connu un risque estimé égal à (RC : 2,653).

L'âge moyen à la première maternité précoce était de  $17,1 \pm 1,03$ ans. Les extrêmes étaient de 13 ans et de 18 ans. L'âge médian était de 17 ans. Les extrêmes étant de 13 ans et de 18 ans avec  $Q1 = 17$  ans,  $Q2 = 17$  ans et  $Q3 = 18$  ans.

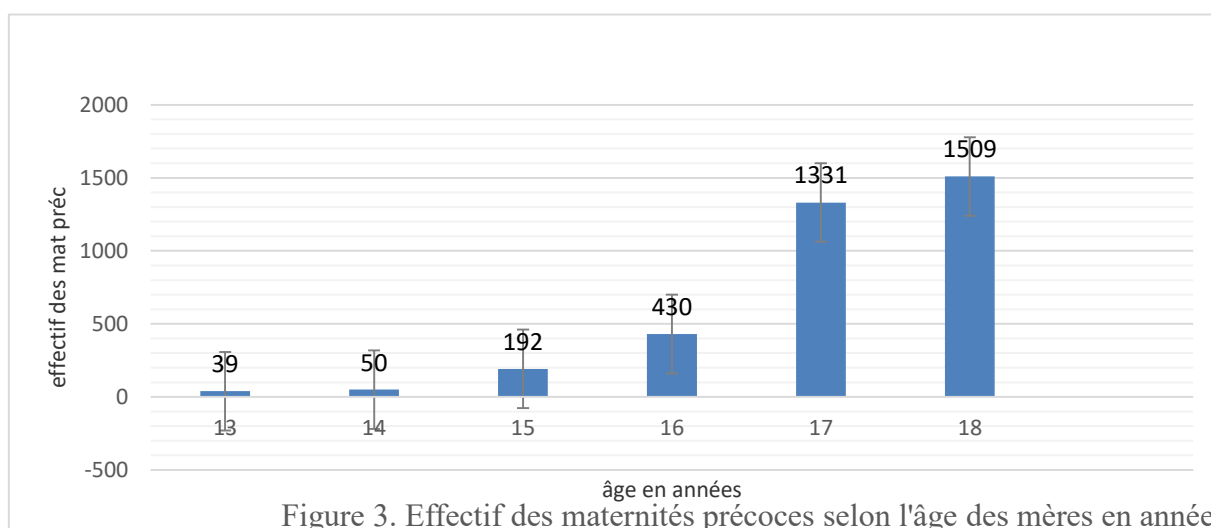


Figure 3. Effectif des maternités précoces selon l'âge des mères en années révolues.

Tableau IV. Distribution des résultats selon la voie, le mode d'accouchement, le décès maternel, les dystocies vécues et les causes.

Voie d'accouchement	<i>ni</i>	%
Haute	183	5,2
Basse	3367	94,8
Total	3550	100,0
<i>Mode d'accouchement</i>		
Eutocique	2261	63,7
Dystocique	1289	36,3
Total	3550	100,0
Décès maternel	29	0,817
<i>Causes de dystocie</i>		
Maternelle	808	62,7
Fœtale	313	24,3
Mixte (fœto-maternelle)	168	13,0
Total	1289	100,0
<i>Types de dystocie</i>		
Césarienne	183	14,2
Déchirure des parties molles	561	43,5
Dystocie de présentation et annexielle	126	9,8
Hémorragie post-partum	282	21,9
Souffrance fœtale	137	10,6
Total	1289	100,0

L'accouchement par voie haute a été observé dans 5,4% des cas. L'accouchement dystocique a représenté 36,3% des cas. Les causes maternelles ont été majoritaires (62,7%). Les déchirures des parties molles ont été en tête avec 43,5% des dystocies suivies des hémorragies du post partum (21,9%).

Les décès maternels étaient de 29 pendant notre période d'étude, ce qui a donné un taux de mortalité maternelle de 817 pour 100000 Naissances vivantes.

Tableau V. Distribution des nouveau-nés selon le poids à la naissance et la prématurité.

Poids de naissance en grammes	<b>ni</b>	<b>%</b>
[800-1500[	50	1,4
[1500-2500[	415	11,7
[2500-3500[	2851	80,3
[3500 -4800[	234	6,6
<i>Total</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Catégories des nouveau-nés		
Prématurité	452	12,7
Nouveau-nés à terme	3098	87,3
Total	3550	100,0

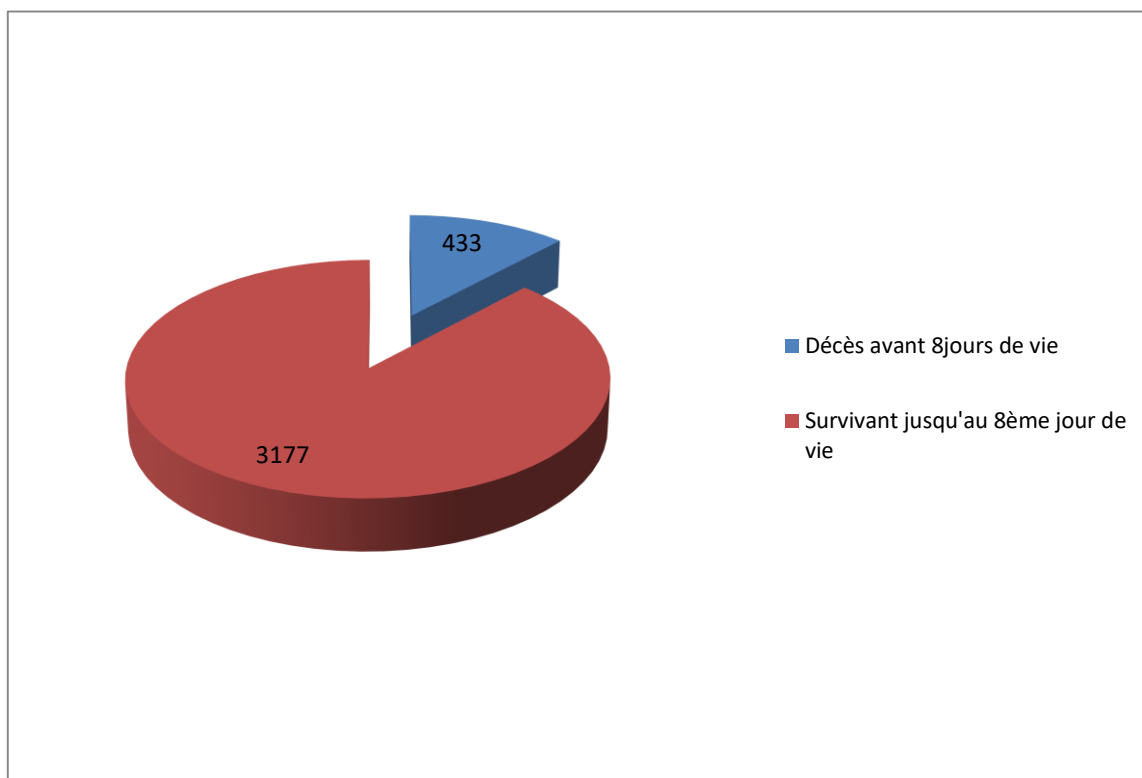
Les faibles poids de naissance ont été enregistrés dans 13,1% des cas, contre 80,3% des poids normaux et 6,6% des poids supérieurs au seuil normal en RDC. Les naissances prématurées ont été enregistrées dans 12,7% des cas. Le poids moyen à la naissance était de 2932,8±497,8 grammes.

Tableau VI. Distribution des enquêtées selon le lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	<b>ni</b>	<b>%</b>
Institution sanitaire	3529	99,4
En route vers l'institution sanitaire	21	0,6
Total	3550	100,0

L'analyse du lieu d'accouchement pour les enquêtées rencontrées dans les maternités montrent que 0,6% ont accouché en cours de route vers une institution de santé contre 99,4% d'entre elles qui ont accouché dans une institution de santé.

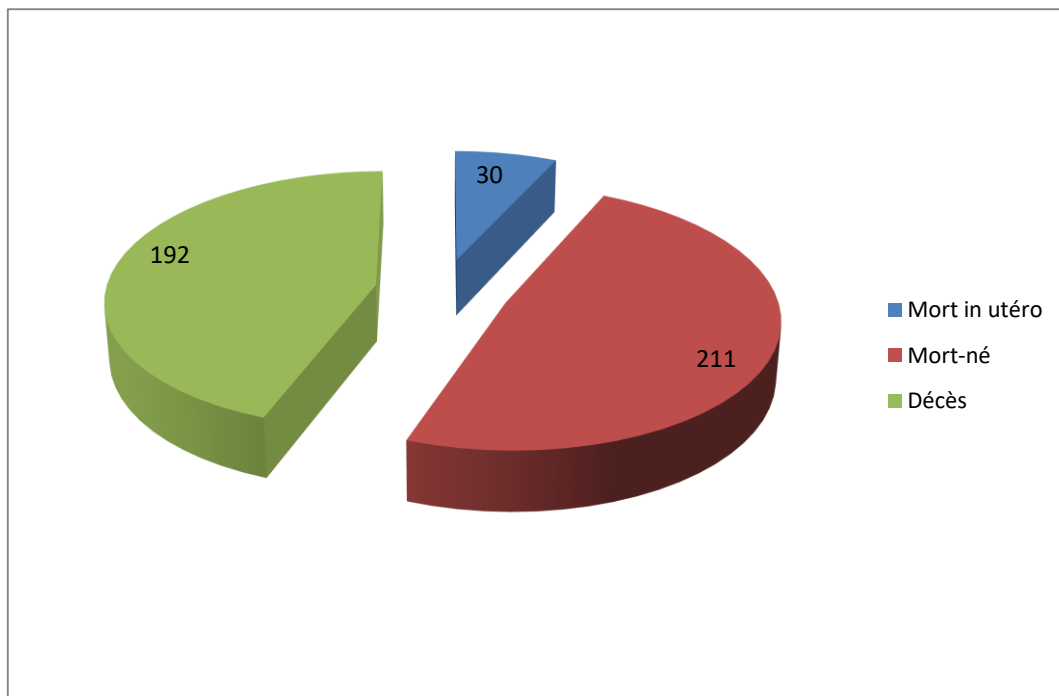
Le taux de mortalité néonatale précoce a été enregistré dans 12,2% soit 433 cas contre 87,8% des survivants soit 3177 cas.



**Figure 4. Mortalité néonatale.**

La répartition des décès néonataux comprenait :

- Les décès (48,8%) : ce sont les enfants nés vivants et décédés avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie,
- Les mort-nés (44,2%) : ce sont les enfants constatés morts à la naissance qui, après réanimation, ils n'ont pas été récupérés et,
- Les morts in utéro (7,0%) : ce sont les enfants nés déjà morts avant le travail d'accouchement soit morts avec macération déjà.



**Figure 5. Catégories de décès fœtaux enregistrés**

#### **4.1.2. RESULTATS ANALYTIQUES ISSUS DE 10 STRUCTURES DE SANTE ENQUETEES**

Tableau VII. Distribution des enquêtés selon le lieu de résidence versus fréquentation de la CPN.

Lieu de résidence	Suivi CPN		Total	Paramètres statistiques
	Non	Oui		
<b>Rural</b>	422	814	1236	OR=5,65 [4,7185; 6,879]
<b>Bidonville et ville</b>	193	2121	2314	
<b>Total</b>	615	2935	3550	

Les mères résidant les milieux ruraux (villages) ont connu cinq fois plus le risque (OR=5,697 IC à 95% : [4,7185; 6,879]) de ne pas suivre la CPN que celles des milieux urbains.

Tableau VII. Stratifications liées aux résidences et âges des mères versus Poids de naissance des enfants en grammes

Résidence	Faible poids de naissance			Paramètres statistiques
	Oui	Non	Total	
<b>Village</b>	26	1210	1236	ORb = 1,967 [1,13 ; 3,42]  Khi <sup>2</sup> =5,957
<b>Ville</b>	25	2289	2314	
<b>Total</b>	51	3499	3550	
<b>Strate 1 Mères de 13-15 ans</b>				Paramètres statistiques
Origine	Faible poids de naissance			OR1 = 3,787 [0,96 ; 14,94]
	oui	non	Total	
<b>Village</b>	4	30	34	Khi <sup>2</sup> =4,07 p<0,05
<b>Ville</b>	5	142	147	
<b>Total</b>	9	172	181	
<b>Strate 2 Mères de 16-18 ans</b>				Paramètres statistiques
Origine	Faible poids de naissance			OR2 = 2,00 [1,09 ; 3,68]
	oui	non	Total	
<b>Village</b>	22	1180	1202	Khi <sup>2</sup> =5,17 p<0,05
<b>Ville</b>	20	2147	2167	
<b>Total</b>	42	3327	3369	
<b>ORaMH=2,19</b>				

Les mères des villages/milieu rural ont connu un risque estimé à OR= 1,97 [1,13 ; 3,42] Khi<sup>2</sup> = 5,9549 p=0,014676 < 0,05 d'accoucher des faibles poids de naissances.

Mises à part, face à la survenue du faible poids de naissance, les mères de 13 à 15 ans et celles de 16 à 18 ans ; celles de 13-15 ans, des milieux ruraux ont connu un risque estimé à OR = OR1 = 3,787 [0,96 ; 14,94]. Khi<sup>2</sup>=4,07 p<0,05 d'accoucher des faibles poids de naissances. Celles de 13 à 15 ans, des milieux ruraux ont connu un risque estimé à OR= OR2 = 2,00 [1,09 ; 3,68] Khi<sup>2</sup>=5,17 p<0,05. Le Rapport des Côtes ajusté de Mantel Haenszel est de 2,19.

Tableau IX. Distribution des mères selon l'âge VS conséquences vécues (Déchirure des parties molles, césarienne, Hémorragie du post partum, épisiotomie).

<i>Déchirure des parties molles</i>					Paramètres statistiques
Tranche d'âge en années	Présente	Absente	Total		
13-15	67	114	181	OR= 3,4286 [2,4984 ; 4,7050]	
16-18	493	2876	3369	Khi2 MH= 64,7543	
<b>Total</b>	560	2990	3550	P = 0,0000000 < 0,05	
<i>Césarienne</i>					Paramètres statistiques
Tranche d'âge en années	Pratiquée	Non Pratiquée	Total		
13-15	13	168	181	OR= 1,451 [0,8113 ; 2,6136]	
16-18	170	3199	3369	Khi2 MH= 1,6030	
<b>Total</b>	183	3367	3550	p= 0,205485 > 0,05 NS	
<i>Hémorragie du post partum</i>					Paramètres statistiques
Tranche d'âge en années	Présente	Absente	Total		
13-15	24	157	181	OR= 2,6461 [1,68 ; 4,17]	
16-18	184	3185	3369	Khi2 MH= 18,9319	
<b>Total</b>	208	3342	3550	p= 0,00001355 < 0,05	
<i>Episiotomie Pratiquée</i>					Paramètres statistiques
Tranche d'âge en années	Oui	Non	Total		
13-15	6	175	181	OR= 1,66 [0,71 ; 3,89]	
16-18	68	3301	3369	Khi2 MH=1,41	
<b>Total</b>	74	3456	3550	p=0,234 > 0,05 NS	

La répartition des enquêtées selon l'âge versus les conséquences vécues ressort ce qui suit :

La tranche d'âge de 13 à 15 ans a connu un risque estimé à 3,4286 [2,50 ; 4,71] de faire les déchirures des parties molles et la différence est statistiquement significative.

La tranche d'âge de 13 à 15 ans a connu un risque estimé à 1,451 [0,81 ; 2,61] d'accoucher par césarienne. La différence n'est pas statistiquement significative.

La tranche d'âge de 13 à 15 ans a connu un risque estimé à 2,65 [1,68 ; 4,17] de développer les hémorragies du post partum et le risque est statistiquement significatif.

Le risque de pratique de l'épisiotomie lors de l'accouchement était de 1,8 mais non significatif du point de vue statistique. OR= 1,66 [0,71 ; 3,89] Khi2 MH=1,41 p=0,234 > 0,05 (NS).

Les mères âgées de 13 à 15 ans ont eu de fortes proportions de faibles poids à la naissance et de prématurité contre les mères âgées de 16 à 18ans, qui ont eu une forte proportion du poids normal et du surpoids à la naissance selon le seuil en RDC.

Tableau X. Stratifications liées à l'âge des mères et poids de naissance des enfants, résidence.

Age des mères en année	Faible poids de naissance			Paramètres statistiques
	Oui	Non	Total	
<b>13à15</b>	9	172	181	RCbr=4,15 [1,99 ; 8,65] Khi <sup>2</sup> =16,83
<b>16à18</b>	42	3327	3369	
<b>Total</b>	51	3499	3550	
<b>Strate 1 : Village</b>				
Age des mères en année	Faible poids de naissance			Paramètres statistiques
	Oui	Non	Total	
<b>13à15</b>	4	30	34	RC1=7,15 [2,32 ; 22,03] Khi <sup>2</sup> =15,83
<b>16à18</b>	22	1180	1202	
<b>Total</b>	26	1210	1236	
<b>Strate 2 : Ville</b>				
Age des mères en année	Faible poids de naissance			Paramètres statistiques
	Oui	Non	Total	
<b>13 - 15</b>	5	142	147	Khi <sup>2</sup> = 7,91 p<0,0049
<b>16 - 18</b>	20	2147	2167	
<b>Total</b>	25	2289	2314	
<b>RCaMH= 4,80</b>				

Les mères âgées de 13 à 15ans ont connu un risque estimé RCbr=4,15 [1,99 ; 8,65] d'accoucher des faibles poids de naissance.

Mises en strates, celles âgées de 13 à 15 ans résidant les villages/milieus ruraux ont connu un risque estimé à RC1=7,15 [2,32 ; 22,03] Khi<sup>2</sup>=15,83 p<0,05 d'accoucher les enfants de faible poids à la naissance. Celles résidant les milieux urbains, ont connu un risque estimé à RC2=3,78 [1,25 ; 9,78] Khi<sup>2</sup>= 7,91 p = 0,0049 <0,05 d'accoucher des enfants de faible poids à la naissance. Le rapport des côtes ajusté RCaMH de Mantel Haenszel estimé est de 4,80.

Tableau XI. Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance versus l'issue après accouchement.

Poids des nouveau-nés en grammes	Décès néonatal précoce			Total	Paramètres statistiques OR=32,4967[16,15 ; 65,39] Khi2 MH = 224,63 p= 0,00000000<0,05
	Oui	Non			
800-1500	41	10		51	
1500 et plus	393	3106		3499	
<b>Total</b>	434	3116		3550	

Les nouveau-nés de 800-1500 grammes de poids de naissance ont connu un risque estimé à OR=32,4967[16,15 ; 65,39] Khi2 = 224,63 p= 0,00000000<0,05 de décéder avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie.

Tableau XII. Âge maternel et mortalité néonatale précoce stratifiée selon le poids des enfants à la naissance.

<i>Décès néonatal précoce</i>				
Âge des mères	Oui	Non	Total	RCbr =1,72 [1,16 ; 2,53]
<b>13à15</b>	34	147	181	Khi <sup>2</sup> =7,64 p<0,006
<b>16à18</b>	399	2970	3369	
<b>Total</b>	433	3117	3550	
<b>Strate 1 faible poids de naissance</b>				
<i>Décès néonatal précoce</i>				
Âge des mères	Oui	Non	Total	RC1=1,12 [0,20 ; 6,26]
<b>13à15</b>	9	2	11	X <sup>2</sup> =0,018 NS
<b>16à18</b>	32	8	40	
<b>Total</b>	41	10	51	
<b>Strate 2 poids de naissance normal</b>				
<i>Décès néonatal précoce</i>				
Âge des mères	Oui	Non	Total	RC2=1,69 [1,11 ; 2,55]
<b>13à15</b>	29	140	169	X <sup>2</sup> = 6,25 p<0,012
<b>16à18</b>	364	2966	3330	
<b>Total</b>	393	3106	3499	
<b>RCaMH = 1,65</b>				

Les mères âgées de 13 à 15 ans ont connu un risque estimé à RCbr =1,72 [1,16 ; 2,53] Khi<sup>2</sup>=7,64 p<0,005 d'enregistrer le décès néonatal précoce.

Mises en strates, les enfants nés de faible poids de naissance, ont connu un risque estimé à RC1= RC1=1,12 [0,20 ; 6,26] X<sup>2</sup>=0,018 de décès néonatal précoce. Ce risque n'est pas statistiquement significatif. Les enfants nés de poids normal, ont connu un risque estimé à RC2=1,69 [1,11 ; 2,55] X<sup>2</sup>= 6,25 p<0,012 d'enregistre le décès des enfants avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie. Après stratification, le RCaMH est de 1,65. Ce qui prouve que le faible poids de naissance était un facteur non négligeable de décès des enfants avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie.

#### **4.1.2. RESULTATS DE L'ENQUETE COMMUNAUTAIRE AUPRES DE 720 JEUNES MERES VICTIMES DES MATERNITES PRECOCES.**

Cette partie de résultats présente les données issues de l'enquête que nous avons menée dans la communauté.

Tableau XIII. Répartition des enquêtées selon la province d'origine, la confession religieuse, le milieu de socialisation et la tribu.

Province d'origine	ni	%
Lualaba	384	53,3
Grand KATANGA (Haut Lomami, Haut Katanga Tanganyika)	205	28,5
Grand Kasai	63	8,8
Est (grand Kivu)	42	5,9
Autres	26	3,6
Total	720	100
Confession religieuse	ni	%
Catholique et Méthodiste	241	33,5
Pentecôtiste et de Réveil	225	31,2
Basantu, Néo, Postolo, Kadiba et Kimbanguiste, Groupe de prière, Nakaraji	155	21,5
Tabernacle, Mormon et témoin de Jéhovah	60	8,3
Sans église mais avec foi en Dieu	40	5,5
Total	720	100,0
Milieu de socialisation	ni	%
Rural	176	24,1
Urbain	457	63,5
Semi-rural	87	12,1
Total	720	100,0

La majorité de nos enquêtées sont originaires de la Province du Lualaba dans 38,8%. Elles sont toutes croyantes dans 100% des cas avec une représentation presque maximale chrétienne dans 94,6% des cas. La majorité d'entre elles ont passé leur petite enfance en milieu urbain dans 63,5% des cas, contre 24,1 % qui l'ont passée au village (milieu rural).

Tableau XIV. Distribution des enquêtées selon le Groupe social (amie)

Groupe social	ni	%
Chorale	51	10,2
Elèves	249	49,9
Exploitant minier artisanal	5	1,0
Femme libre	20	4,0
Jeunes fiancées	80	16,0
Vendeuse	94	18,8
Total	499	100,0

La majorité des victimes des maternités précoces avaient comme groupe social (amies) les élèves (49,9%), suivies des vendeuses (18,8%), les jeunes fiancées (16,0%), les amies d'une chorale (10,2%) les femmes libres (4,0%) et les exploitants minières artisanales (1,0%).

Tableau XV. Distribution des enquêtées selon l'âge au premier rapport sexuel complet.

Age au 1 <sup>er</sup> rapport sexuel complet en année	ni	%
10 -12	96	13,3
13 -15	385	53,5
16 -18	239	33,2
Total	720	100,0

La moyenne d'âge en année au 1<sup>er</sup> rapport sexuel complet de nos enquêtées était de 14,6 ± 1,71 an. A 14 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées étaient déjà actives sexuellement et à 16 ans, 75%. L'âge minimal au rapport sexuel complet était de 10 ans.

Tableau XVI. : Distribution des enquêtées selon l'écart d'âge avec leur conjoint.

<i>Ecart d'âge en année entre partenaire</i>	<b>ni</b>	<b>%</b>
<b>2 – 8</b>	494	70,4
<b>8 – 14</b>	196	27,9
<b>14 – 24</b>	12	1,7
<b>Total</b>	702	100,0

Il ressort dans ce tableau une majorité (70,4%) des victimes des maternités précoces avec un écart d'âge avec leurs partenaires sexuels allant de 2 à 8 ans, suivie de l'écart de 8 à 14 ans dans 27,9%. Aucune victime n'avait un âge égal ni inférieur à celui de son partenaire sexuel.

Tableau XVIII. : Distribution des enquêtés selon le nombre de partenaires sexuels avant de tomber enceinte.

<b>Nombre de partenaires sexuels avant de tomber enceinte</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	277	48,1
<b>2</b>	178	31,6
<b>3</b>	94	16,7
<b>4</b>	13	2,3
<b>5</b>	2	0,3
<b>Total</b>	720	100,0

La majorité a connu plus d'un partenaire sexuel avant la survenue de la grossesse dans 51,9% des cas avec une moyenne de 1,8 (+-0,9) et une médiane de 2 partenaires.

Tableau XIII. Distribution des enquêtées selon qu'elles ont connu ou pas des rapports sexuels sous effet de drogue (boisson alcoolisée)

<b>rappports sexuels sous effet de la prise de boisson alcoolisée</b>				<b>Paramètres statistiques</b>
<b>Prise de boisson alcoolisée</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>	<b>OR=5,1552 IC0,95= 2,78-9,53</b>
<b>Oui</b>	68	194	170	
<b>Non</b>	29	429	298	
<b>Total</b>	97	623	720	

Parmi 170 enquêtées qui prenaient de la boisson alcoolisée, 68 d'entre elles réalisaient le rapport sexuel sous l'effet d'ébriété

Ce qui donne un risque estimé à OR=5,13 2,78-9,53 pratiquer des rapports sexuels sous effet d'ébriété.

Tableau XIX. Interlocuteurs des enquêtées échangeaient aisément sur la sexualité et connaissance de survenue de la grossesse

Nos enquêtées échangeaient aisément sur la sexualité avec	ni	%
Amie/copain	553	76,8
Membre de l'église (effectif)	132	18,4
Parents/membres de famille	81	11,3
Personnel de santé	60	8,3
Connaissance des inconvénients des grossesses précoces	ni	%
Oui	411	57,1
Non	309	42,9
Total	720	100,0
Maîtrise bien la période de survenue de la grossesse	ni	%
Non	459	63,8
Oui	261	36,2
Total	720	100,0
Connaissance de risque de tomber enceinte au cours d'un seul rapport sexuel	ni	%
Oui	406	56,4
Non	314	43,6
Total	720	100,0

La majorité de nos enquêtées échangeaient librement au sujet de la sexualité avec leurs amies et copains dans 76,8% des cas, 18,4% des cas avec les membres de l'église ; seuls 11,3% échangeaient librement au sujet de la sexualité avec leurs parents ou membre de famille.

La majorité d'entre elles disaient qu'elles connaissaient l'inconvénient des grossesses précoces (57,1%) ; la majorité d'entre elles ne maîtrisaient pas bien la période de survenue de grossesse (63,8%) et, celles qui connaissaient si l'on pouvait tomber enceinte au cours d'un seul rapport sexuel représentaient 56,4% des cas.

Tableau XX. Considérations faites de la sexualité avant le mariage par nos enquêtées

Considérations de la sexualité avant le mariage	ni	%
Cadeau précieux à son partenaire et signe d'amour	424	58,9
Plaidoyer, moyen de résolution de conflit et test de maturité	143	19,9
Normal comme tout acte physiologique	83	11,5
Péché et interdit	70	9,7
Total	720	100,0

Les différentes considérations faites du rapport sexuel avant le mariage ont été les suivantes :

- 58,9 % croyaient que c'était un signe d'amour voire un cadeau précieux qu'on peut faire à son partenaire ;
- 19,9 % croyaient que c'était un plaidoyer ou moyen de résolution de conflit voire un test de maturité de la féminité ;
- 11,5% estimait cela comme un acte physiologiquement normal ;
- 9,7% pensaient que cela c'était un péché et c'était interdit.

Tableau XXI. Distribution des enquêtés selon les moyens connus de prévention des grossesses précoces.

Moyens de prévention des grossesses précoces connus	attendu	ni	%
Abstinence sexuelle	720	642	89,2
Usage régulier et systématique de préservatif	720	445	61,8
Usage des contraceptifs	720	295	41,0
Rapport sexuel incomplet	720	114	15,8
Usage de méthode contraceptive traditionnelle	720	99	13,8
Rapport sexuel moins fréquent	720	88	12,2

La majorité de nos enquêtées (89,2%) connaissent que l'abstinence sexuelle reste la seule et sûre voie recommandée aux jeunes pour éviter de tomber enceintes. D'autres parlent de l'usage régulier et systématique de préservatif (61,8%), l'usage de contraceptifs (41,0%) puis, celles qui ont parlé des rapports sexuels incomplets (15,8%), usage de méthode traditionnelle (13,8%), enfin, celles qui ont parlé des rapports sexuels moins fréquents (12,2%).

Tableau XXII. Distribution des enquêtés selon les moyens connus de contraception modernes.

Moyens connus de contraception modernes et traditionnels	attendu	ni	%
Préservatif	720	446	61,9
Pilule orale	720	304	42,2
Collier du cycle / calendrier	720	289	40,1
Contraceptif injectable (Dépo provera)	720	117	16,3
Autres	720	68	9,4
Contraceptif d'urgence	720	46	6,4
Ceinture traditionnelle	720	37	5,1

Le préservatif a été le moyen de contraceptif le plus connu dans 61,9% des cas suivi de la pilule dans 42,2% puis, le collier du cycle et le calendrier dans 40,1%, le contraceptif injectable (dépo provera) citée dans 16,3%, le contraceptif d'urgence cité dans 6,4% et les autres méthodes citées dans 9,4% des cas.

Tableau XXIII. Distribution des enquêtés selon les 2 méthodes contraceptives estimées efficaces par les adolescentes

Deux méthodes contraceptives estimées efficaces par les adolescentes	ni	%
Abstinence sexuelle et préservatif	488	67,8
Rapport sexuel occasionnel et moins fréquent	232	32,2
Total	720	100,0

La majorité de nos enquêtées pensaient que, le préservatif ainsi que l'abstinence sexuelle sont les deux moyens de contraception les plus efficaces dans 67,8% contre celles qui ont évoqué la pratique des rapports sexuels occasionnels et moins fréquents dans 32,2%.

Tableau XXIV. Distribution des enquêtées selon l'utilisation des contraceptifs et les raisons de non utilisation avancées.

Utilisation du contraceptif	ni	%
Oui	226	31,4
Non	494	68,6
Total	720	100,0
Raison de non utilisation de contraceptif	ni	%
Ignorance	197	39,8
Non permis par son Eglise/foi	69	14,0
Non permis par sa famille /culture	61	12,4
Non permis par sa compagnie / amitié	105	21,2
Non permis par son partenaire copain	62	12,7
Total	494	100,0

La majorité de nos enquêtés n'utilisaient aucune méthode de contraception dans 68,6% des cas et, les raisons avancées ont été l'ignorance dans 39,8%, l'influence des pairs dans 21,2%, la conviction religieuse/foi/église dans 14% des cas.

Tableau XXV. Distribution des victimes de maternités précoces selon qu'elles préféraient utiliser la contraception ou non

Préférait utiliser les méthodes contraceptives modernes	ni	%
Oui	307	42,6
Non	413	57,4
Total	720	100,0
Accès facile aux contraceptifs	ni	%
Oui	89	12,4
Non	631	87,6
Total	720	100,0
Principales raisons avancées de non accès facile aux contraceptifs	ni	%
Ignorance de leur existence	253	40,1
Accès interdit et limité aux adolescentes et jeunes filles	234	37,1
Manque des moyens financiers	144	22,8
Total	631	100,0

La majorité ne préférait pas utiliser les méthodes contraceptives modernes dans 57,4% des cas pendant que 42,6% d'entre elles préféraient en utiliser.

12,4 % de nos enquêtées ont déclaré trouver facilement les contraceptifs qu'elles pouvaient utiliser avant de tomber enceinte contre 87,6% qui ne savaient où se procurer les contraceptifs modernes.

Parmi les principales raisons de non accès facile aux méthodes contraceptives avancées figuraient : l'ignorance (40,1%), la limitation de l'accès ou leur interdiction aux adolescentes et jeunes filles (37,1%). Enfin, le manque des moyens financiers évoqué dans 22,9% des cas.

Tableau XXVI. Événements et attitude des victimes des grossesses précoces à l'annonce de la grossesse.

<i>Événement majeur vécu à l'annonce de la grossesse</i>	ni	%
Dispute et tiraillement entre deux familles	305	42,4
Non acceptation du partenaire avec ou sans fuite de ce dernier	155	21,5
Humiliation au quartier	93	12,9
Tentative d'IVG /échec	79	11,0
Aucun événement de tiraillement vécu	64	8,9
Plaintes au tribunal	24	3,4
Total	720	100,0
Appréciations relatives à la survenue de la grossesse	ni	%
Don de Dieu	448	62,2
Erreur de la vie	82	11,4
Punition divine	190	26,4
Total	720	100,0
Réactions des victimes des grossesses précoces	ni	%
Moment non indiqué (la grossesse est venue tôt)	534	74,8
Moment indiqué soit la grossesse devait venir avant cette période (la grossesse est la bienvenue)	181	25,2
Total	720	100,0
Réactions des parents des victimes de grossesses précoces	ni	%
La grossesse n'est pas la bienvenue	672	89,3
Moment indiqué	53	10,7
Total	720	100,0
Réactions des partenaires	ni	%
Moment indiqué (la grossesse est la bienvenue)	327	45,4
Moment non indiqué (la grossesse n'est pas la bienvenue)	393	54,6
Total	720	100,0

Les événements vécus à l'annonce de la grossesse ont été en majorité les disputes et tiraillement entre deux familles (42,4%), la non acceptation du partenaire accompagnée ou pas de sa fuite/ évasion (21,5%), l'humiliation au quartier dans 12,9%, la tendance à l'IVG dans 11,0% des cas.

Au moment de découvrir qu'elles étaient enceintes, les enquêtées ont accueilli la grossesse comme un don de Dieu dans 62,2% des cas, 26,4% comme une punition divine et 11,4% comme une erreur de la vie.

Les différentes réactions à l'annonce de la grossesse étaient pour certains le fait que la grossesse n'est pas la bienvenue (74,8%) chez les victimes des grossesses précoces, 82,7% pour leurs parents et 54,6% pour leurs partenaires sexuels.

Une minorité d'elles (25,2 %) étaient prêtes à accueillir leurs grossesses contre 74,8% qui estimaient que cela devait venir un peu tard.

Tableau XXVII : Distribution des enquêtés selon les avantages connus des maternités précoces

Avantages connus de maternité qui intervient avant 19 ans d'âge	Attendu	ni	%
Complicité avec son enfant et fierté de donner la vie	720	336	46,7
Recherche du Bon soutien	720	188	26,1
Espoir de remplacement et preuve de l'existence	720	348	48,4
Joie d'être mère	720	175	24,3
Considération de l'enfant comme une richesse plus précieuse	720	229	31,8
Vie d'indépendance	720	88	12,2

Les avantages des grossesses qui surviennent avant 18 ans ont été ressortis par nos enquêtés en ces termes :

Espoir de remplacement après la mort faisant preuve de l'existence (48,4%), Complicité avec son enfant et fierté de donner la vie (46,7%), Considération de l'enfant comme une richesse plus précieuse (31,8%), Recherche d'un bon soutien (26,1%) ; Joie d'être mère (24,3%) enfin, la recherche d'une vie d'indépendance (12,2%).

Tableau XXVIII. Inconvénients connus des maternités précoces.

Inconvénients connus des maternités qui surviennent avant 19 ans.	Attendu	ni	%
Instabilité des parents ( <i>Difficulté financière jeunes parents</i> )	720	512	71,1
Dispute et tiraillement entre les deux familles	720	457	48,5
Déscolarisation	720	342	47,5
Irresponsabilité parentale	720	321	44,6
Risque d'accouchement dystocique	720	135	18,7
Risque d'emprisonnement	720	125	17,4
Risque d'invalidité et isolement social	720	78	10,8
Risque de décès maternel	720	46	6,2

Pour les conséquences connues des maternités précoces, nos enquêtées ont cité :

L'instabilité des parents liée au manque des moyens financiers (71,1%), les disputes et tiraillement entre les deux familles des victimes (48,5%), La déscolarisation (47,5%), l'irresponsabilité parentale (44,6%), le risque d'accouchement dystocique (18,7%), le risque d'emprisonnement (17,4%), le risque d'invalidité et isolement social (10,8%) et, le risque de décès maternel (6,2%).

Tableau XXIX. Suivi de la CPN lors de cette grossesse et allaitement exclusif au sein.

A suivi la CPN au cours de cette grossesse	ni	%
Oui	619	86,0
Non	101	14,0
TOTAL	720	100,0
Période de la 1 <sup>ère</sup> CPN	ni	%
1er trimestre	244	39,4
2ème Trimestre	310	50,1
3ème Trimestre	65	10,5
Total	619	100,0
Appréciation de son suivi à la CPN	ni	%
AB Entourée	365	58,9
Bien Entourée	173	28,0
TB Entourée	81	13,1
Total	619	100,0
<i>Avait allaité son enfant exclusivement au sein</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Oui	210	29,1
Non	510	70,9
Total	720	100,0

La majorité des enquêtées (86,0%) avaient suivi la CPN au cours de cette grossesse dont, seules 40,0% d'entre elles s'y étaient inscrites dès le 1<sup>er</sup> trimestre.

La majorité d'elles avaient apprécié qu'elles fussent assez bien entourées lors de la fréquentation de la CPN dans 58,9% des cas.

Seules 29,1% d'entre elles, avaient allaité exclusivement leurs enfants au sein.

Tableau XXX. Distribution des enquêtés selon la décision prise à l'égard du partenaire de la victime de maternité précoce

Décision de la famille de l'enquêtée à l'égard de son partenaire de la grossesse précoce	ni	%
Mariage avec son partenaire	446	61,9
Payer les frais d'amende	94	13,1
Payer sa scolarité	171	23,8
Rien du tout	9	1,2
Total	720	100,0

Une grande proportion des parents des victimes de maternité précoce (61,9%) avaient imposé le mariage de leur fille avec l'auteur de la grossesse, suivi de 23,8% qui ont imposé le paiement de la scolarité de leur fille, 13,1% de payer une somme d'argent comme amende et 1,2% n'avaient rien imposé.

Tableau XXXI. Antécédents des enquêtées avec leurs partenaires (père de son enfant)

<i>Antécédents avec son partenaire</i>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Ami du quartier ou de l'école	469	65,1
Bourreau (Violeur)	17	2,4
Partenaire sexuel fidélisé ou fiancé connu par les parents	162	22,5
Rencontre occasionnelle	72	10,0
Total	720	100,0
<i>Circonstance du 1<sup>er</sup> rapport sexuel</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Abus sexuel	48	6,7
Recherche de quelque chose (argent ou autre bien de valeur)	43	6,0
Désir de grossesse	27	3,8
Circonstance festive ou veillée de prière	73	10,2
Non prévu	317	44,0
Plaire au copain et/ou Pression des pairs	124	17,2
Vérification de la maturité (cupidité)	88	12,2
Total	720	100,0
<i>Ce rapport sexuel était pratiqué en échange avec quelque chose de valeur</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Oui	668	92,8
Non	52	7,2
<i>Avait utilisé le préservatif au 1<sup>er</sup> rapport sexuel</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Oui	66	9,2
Non	654	90,8
Total	720	100,0
<i>Raison de non utilisation du préservatif au 1<sup>er</sup> rapport sexuel</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Ignorance	353	54,0
Non permis dans son église (conviction religieuse)	38	5,8
Non permis dans sa famille (us et coutumes)	17	2,6
Non adapté aux jeunes	186	28,5
Refus du partenaire	60	9,1
Total	654	100,0

La majorité des enquêtées (65,1%) avaient été rendues mères par leurs amis du quartier, les partenaires sexuels fidélisés ou fiancés ont été cités dans 22,5% des cas, les rencontres occasionnelles incriminées dans 10,0% des cas et les bourreaux (violeurs) dans 2,4% des cas.

Le 1<sup>er</sup> rapport sexuel était pratiqué en échange avec quelque chose de valeur en faveur du partenaire féminin dans 92,8% des cas.

Quant aux circonstances d'apparition des 1ers rapports sexuels, il a été noté la non prévision dans 44,0% des cas, 17,2% des celles qui cherchaient à plaire à leurs copains, 12,2% de celles qui cherchaient à vérifier leurs maturités sexuelles, 10,2% des celles qui l'avait pratiqué en des circonstances des fêtes, 5,9% de celles qui recherchaient quelques choses (argent ou bien de valeur) et 3,8% des désirs de grossesse.

Tableau XXXII. Distribution des enquêtés selon le lieu d'accouchement des mères et qualité de l'accoucheuse.

Lieu d'accouchement	ni	%
Centre de santé ou hôpital	613	85,2
Domicile	98	13,6
En route/ambulance	9	1,2
Total	720	100,0

Qualité de l'Accoucheuse	ni	%
Infirmière	429	59,6
Matrone	100	13,9
Médecin	95	13,2
Sage-femme	88	12,2
Autre	8	1,1
Total	720	100,0

La majorité a accouché dans une institution de santé dans 85,2% des cas 13,6% se ont accouché à domicile et 1,2% en cours de route soit dans une ambulance vers une structure de santé.

Les accoucheuses étaient en majorité des infirmiers dans 59,6 % des cas, les matrones dans 13,9 %, les médecins (13,2%) les sages-femmes (12,2 %), et autres catégories dans 1,1% des cas.

Tableau XXXIII. Distribution des enquêtés selon le changement d'occupation avant et après survenue de la grossesse et leur devenir après accouchement.

Occupation principale	<i>avant grossesse ni (%)</i>	<i>au jour de l'enquête (%)</i>
Autre	24 (3,4)	6 (0,9)
Etude	461 (64,0)	148 (20,6)
Ménage	43 (6,0)	208 (28,9)
Rien	36 (5,0)	109 (15,2)
Vendeuse	156 (21,6)	248 (34,4)
Total	720 (100,0)	720 (100,0)

Avant la survenue des grossesses précoces, la majorité des enquêtées étudiaient dans 64% des cas suivie de celles qui vendaient dans 21,6% des cas.

Après l'accouchement, la majorité est devenue vendeuse dans 34,4% puis celles qui se sont occupé des ménages et des études dans respectivement 28,9% et 20,6% des cas.

Tableau XXXIV. Distribution des enquêtés selon la contraction de mariage après accouchement.

A été prise en mariage par auteur de son 1 <sup>er</sup> enfant	<i>ni</i>	%
Non	466	64,7
Oui	254	35,3
Total	720	100,0
A été prise en mariage par un autre partenaire que l'auteur de sa grossesse	<i>ni</i>	%
Non	619	86,0
Oui	101	14,0
Total	720	100,0
A fondé son propre foyer	<i>ni</i>	%
Non	661	91,8
Oui	59	8,2
Total	720	100,0

La majorité d'entre elles, après accouchement, n'ont pas été prises en mariage par leur partenaire sexuel qui les ont rendu mère dans 64,7% des cas. Seule une minorité l'a été dans 35,3% des cas. Une autre proportion, a été prise en mariage par un autre partenaire que l'auteur de sa grossesse (14,0%). Une autre minorité avait fondé son propre foyer (8,2%).

Tableau XXXIV. Distribution des enquêtés selon le projet planifié après accouchement.

<i>Projet actuel</i>	<i>ni</i>	<i>%</i>
Etudier (envisager rentrer à l'école)	259	36,0
Souhaite rester à la maison pour garder son enfant	168	23,4
Souhaite rester à la maison pour attendre le mariage	148	20,6
Entreprendre (vendeuse)	132	18,4
Aucun projet	11	1,6
Total	720	100,0
A vécu une quelconque conséquence à la 1 <sup>ère</sup> naissance	ni	%
Oui	504	70,0
Non	216	30,0
Conséquences vécues au cours de ce 1 <sup>er</sup> accouchement	<i>ni</i>	<i>%</i>
Déchirure des parties molles	305	60,5
Séjour allongé à l'hôpital	128	25,3
Invalidité	43	8,6
Rejet	28	5,6
Total	504	100,0

Face aux projets envisagés, une proportion importante (45,3%) a concrétisé son mariage soit avec l'auteur de la grossesse (35,3%) soit avec une tierce personne (14,0%) contre 8,2% de celles qui ont fondé leur propre foyer (Monoparental).

Une autre bonne partie attendait retourner étudier (36,0%), les autres sont en attente du mariage (20,6%), d'autres encore (18,4%) pensent entreprendre (vendre), et, 23,4% se disent déterminées à garder leurs enfants et 1,6% n'avaient rien comme vision. La majorité des enquêtées (70,0%) ont vécu une conséquence à leur 1<sup>er</sup> accouchement dont 60,5% des déchirures des parties molles, 25,3% des séjours allongés à l'hôpital, 8,6% d'invalidité et 5,6% des rejets.

### 4.3. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE MENE E AUPRES DE 62 JEUNES MERES VICTIMES DE MATERNITE PRECOCE AU LUALABA.

#### 4.3.1. Résultats quantitatifs issus de nos entretiens avec nos interrogées

Tableau XXXVI. : Représentation des caractéristiques socio- démographiques :

	Etat civil	ni	%
Célibataire		45	72,5
Marié		17	27,5
Total		62	100,0
	Scolarité		
N'a pas poursuivi les études après accouchement		48	77,5
A poursuivi les études après accouchement		14	22,5
Total		62	100,0
	Lieu de résidence		
Urbain		37	60
Rural		25	40
Total		62	100
	Profession		
Ménagère		33	52,5
Vendeuse		16	26,3
Couturière		6	10,0
Etude		4	6,2
Autre		3	5,0
Total		62	100,0

La majorité de nos enquêtées étaient des célibataires dans 72,5% des cas, n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas, vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas.

Tableau XXXVII. Distribution des interviewées selon l'âge

Age (en année)	ni	%
20-21	36	58,1
18-19	26	41,9
Total	62	100,0
Age des interviewées à la naissance de leurs 1 <sup>ers</sup> nés.		
13	3	4,6
14	4	5,9
15	6	9,3
16	19	30,2
17	18	29,5
18	13	20,5
Total	62	100,0

Nos entretiens ont été constitués de personnes dont l'âge était compris entre 18 et 20 ans dans 58,2% des cas suivies de celles âgées de 20-22 ans dans 41,8% des cas. La moyenne d'âge était de 19,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos enquêtées était de 16,35±1,32an. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées avaient déjà accouché pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

## *Résultats qualitatifs issus de nos entretiens avec les enquêtées selon les thèmes émergents.*

### Les caractéristiques sociodémographiques

La majorité de nos enquêtées étaient des célibataires dans 72,5% des cas. Les enquêtées n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas. Elles vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas.

Au moment de l'enquête, nos entretiens ont été constitués des personnes dont l'âge était compris entre 18-20 ans dans 58,2% des cas, suivies de celles âgées de 20-22 ans dans 41,8% des cas. La moyenne d'âge était de 18,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos enquêtées était de 16,35±1,32an. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées s'étaient déjà accouchées pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

Quant à l'atteinte de nos résultats selon les thèmes émergents ci-haut présentés, nous avons noté ce qui suit :

Considérant les raisons et circonstances de survenue des maternités précoces chez nos interviewées, les facteurs suivants ont été avancés :

*L'ignorance* : nos enquêtées n'avaient pas de notions claires sur la survenue de grossesse chez une adolescente. Quand elles reprennent par exemple (je ne savais pas qu'il existait des moyens pour prévenir les grossesses chez une adolescente ; soit ; j'ai obtempéré à ses ordres de faire le rapport sexuel avec lui pour lui prouver que je l'aimais aussi ; soit encore ; je lui avais offert ma virginité pour confirmer que j'étais prête à l'épouser et lui aussi prêt à m'épouser).

Quant à l'utilisation des méthodes contraceptives, les jeunes mères interrogées nous ont parlé de quatre méthodes contraceptives qu'elles connaissaient, dont, l'abstinence sexuelle, le coït interrompu ou le retrait, la pilule du lendemain et le préservatif. Toutes connaissaient le préservatif. Une minorité d'entre elles affirmaient n'avoir jamais utilisé le préservatif dans leur vie. Mais leur utilisation n'était pas effective pour diverses raisons (elles ne savaient pas s'en procurer, elles avaient confiance en leurs partenaires, leurs partenaires n'en voulaient pas, leurs religions ne les y autorisaient pas...).

*La curiosité* : certaines pratiquaient le rapport sexuel car elles appartenait à des clubs d'amies séductrices des enseignants et des autres personnalités qui cherchaient les mineures d'âge comme copines. D'autres encore voulaient paraître comme ayant des moyens financiers auprès des autres en se tapant des copains devant leur offrir régulièrement ces quelques choses de valeur.

Exemple d'un récit : je suis *Braze*, « j'étais âgée de 14 ans quand j'appartenais à un club d'amies séductrices de nos enseignants et autres personnalités qui avaient besoin des mineures d'âge pour la satisfaction de leur appétit sexuel. Dans ce club on utilisait la pilule du lendemain. Un week end j'en avais manqué et il n'y en avait pas dans notre stock. Je n'avais pas d'autre solution que de porter la grossesse de l'enseignant avec qui j'étais sortie ce jour-là. Puis, je fus chassée de cette école cette année-là. C'est comme cela que je m'étais retrouvée mère à cet âge et l'accouchement s'était passé par césarienne pour cause d'immaturation de mon bassin. Heureusement mes parents m'ont retournée pour parachever mes études. Jusque-là je n'éprouve pas de satisfaction car j'ai raté mon mariage et je suis sans emploi décent. Même au Quartier je ne jouis pas de la première considération de suite de cette maternité ».

*La recherche d'un positionnement* : pour certaines, les parents qui n'avaient pas de moyen pour subvenir aux besoins de leurs enfants, incitaient ces derniers à aller sur la rue pour leur apporter quelque moyen de survie. Ceci se complète au laisser-aller de certains autres parents qui ne savaient pas reprocher leurs filles.

Voici un extrait de *Dedisa*. Issue d'une famille de 12 enfants dont la situation familiale était déplorable. Chaque fois que nous les filles âgées d'au moins 12 ans, nous étions à la maison, la maman ne cessait de nous demander de nous débrouiller comme les filles du voisin qui apportaient à manger à leurs parents pour les épauler. Mes sœurs qui venaient avant moi, toutes ont été engrossées sans être prises en mariage. Moi, j'étais obligé de m'offrir à un garçon de mon école qui appartenait à une famille avec un peu d'avoir sur le plan financier. C'est, celui-là, qui me payait chaque fois du jus et du LOLY à la récréation ainsi que quelque chose comme transport avec multiples cadeaux. J'avais jugé de me faire toujours aimer et gentille envers lui. Cette habitude le séduit et il devint mon copain avec qui je sortais toujours et répondais vite à chaque sollicitation qu'il me faisait. La grâce de Dieu m'avait sourie et j'étais tombé enceinte de lui. Ma prière était que le garçon me prenne en mariage et, ce fut ainsi. C'est comme cela que jusqu'à ce jour on m'avait laissée dans leur

famille et c'est cette famille qui me prend en charge en attendant que leur fils termine ses études pour s'occuper maintenant de moi. Pour moi j'ai su me positionner au lieu de sortir avec plusieurs copains comme mes sœurs. Les études pour moi ne sont pas une préoccupation majeure mais si le Monsieur finit ses études et qu'il me demande de continuer je le ferai sans problème.

*Kikid* originaire d'une province autre que celle-ci. Par l'effet de déplacement, mes parents avaient perdu tous les biens de valeur qu'ils avaient et c'était notre tour, nous les enfants de leur apporter quelques subsides à la maison pour notre subsistance. C'est comme cela que nous avons tenté de nous débrouiller. Nos copains pouvaient nous offrir quelque somme d'argent en échange des rapports intimes. La situation a assombri les reproches des parents qui étaient dépourvus et, ne pouvaient qu'attendre de nous les enfants. C'est par cette voie que je suis tombée enceinte d'un monsieur qui me dépasse de presque 20 ans d'âge et moi âgée de 17 ans. Mes études s'arrêtèrent là et la famille l'obligea de me prendre en mariage (3<sup>ème</sup> femme), l'essentiel était d'avoir quelque chose pour aider les parents.

*La recherche ou le désir d'avoir les enfants* : certaines autres avaient besoin de tomber enceinte d'un garçon pour que ce dernier les épouse ou qu'il les prenne en charge avant de trouver une autre façon de pouvoir survivre.

Lisons le récit suivant : « je suis *Odede* : âgée de 14 ans, je fus engrossée par un garçon de mon quartier. Je n'avais rien comme occupation, si ce n'est qu'attendre que je grandisse pour avoir les enfants qui pourront m'aider un jour dans ma vie. Je n'avais pas étudié et je ne sais ni écrire ni lire. C'est à peine que je commence à comprendre qu'il me fallait étudier mais je crois que c'est trop tard pour moi comme j'ai déjà trois enfants avec cette vie qui coûte cher ».

*La confiance dans le partenaire et les fausses promesses des partenaires* : certaines qui semblaient savoir prévenir les grossesses avaient plus confiance dans leurs partenaires croyant que l'utilisation des moyens contraceptifs diminuerait la confiance de leurs partenaires et qu'elles perdraient le mariage que ces derniers leur promettaient.

Exemple du récit suivant : *Tatuna* raconte ce qui suit : Je suis orpheline de père dès le bas-âge et j'évoluais avec ma mère qui me quitta aussi quand je n'avais que 13 ans. En ce moment, ma grand-mère m'avait prise pour que je vive sous son toit. Bien que menant une vie de prière, j'évoluais bien à l'école et je gardais encore ma virginité. C'est à l'âge de 16

ans qu'un ami voisin de quartier qui me rendait régulièrement visite me demandera d'aller le voir pour m'expliquer une leçon de mathématique. Il a commencé à pleuvoir quelque temps après que je sois arrivée chez lui. Nous n'étions qu'à deux dans son appartement où il m'avait reçue. Après m'avoir expliqué la leçon, il me persuada d'entretenir des rapports intimes avec lui, comme je comptais sur sa délicatesse et qu'il me faisait autant de promesses de m'épouser, j'avais obéi à ses ordres pour confirmer que je l'aimais aussi. Je me suis retrouvée enceinte de lui à ce seul rapport sexuel. Quand il avait su que j'étais tombée enceinte de lui, il vint pour me voir et se rassurer que réellement j'étais enceinte de lui, il me laissa deux cents dollars américains (200\$). Il me promit qu'il allait acheter quelque marchandise en Angola pour revenir dans moins d'un mois. C'était donc la dernière fois que j'avais vu le Monsieur jusqu'à mon accouchement. Par la suite, je recevrais un appel inconnu dont je découvrirai pendant les échanges que c'était lui qui voulait se rassurer que son fils est en vie et qu'il n'y a plus rien comme contentieux dans ma famille. Jusqu'à ce jour, je ne l'ai plus revu ni obtenu de lui le mariage qu'il me promettait. Dès lors mes études furent interrompues car ma grand-mère me dira que je l'avais déçue. Ce que je regrette davantage, c'est le fait de perdre ma virginité que je gardais comme un cadeau précieux pour mon mari, l'absence de mariage, l'interruption des études. Je viens de rater à trois reprises le mariage car la condition que mes partenaires me posent est celle de n'avoir jamais mis au monde un enfant hors mariage, moi j'en souffre mais lui est à l'aise là où il est.

*Le harcèlement sexuel* : d'autres encore se trouvant en position de faiblesse, elles ne savaient pas dire non aux rapports sexuels. Tel est le cas de la jeune sœur de la vendeuse de boissons alcoolisées avec le mari de sa sœur.

Suivons ce qu'elle a dit : *Yadada*. Je restais chez ma grande sœur dans une carrière d'exploitation minière artisanale de la ville de Kolwezi. Des fois, ma sœur me demandait de servir les clients qui venaient chercher de la boisson alcoolisée et que l'on vendait chez nous. Ma corpulence était comme celle d'une femme mature pendant que je n'avais que 12 ans. Pour ne pas me sentir diminuée, je disais aux clients que j'étais déjà une majeure d'âge. Un jour ma sœur étant partie pour Lubumbashi chercher de la marchandise, moi j'étais restée à la maison avec son mari (union de fait). C'est à cette occasion que son mari me demandera de coucher avec lui après m'avoir dit que la masse que j'avais était un acquis pour moi et que je ne pouvais être exposée à aucun danger lié à la sexualité. Comme je n'en savais rien, le mari de ma sœur continuait à m'utiliser comme sa deuxième épouse au lieu de le laisser aller chercher d'autre femme et ma sœur n'en savait rien. Peu après j'accuserai des

nausées et des fatigues intenses. Quand ma sœur me mettra plus de pression pour que j'avoue de quoi il s'agissait, son mari prenait ma défense et décida de m'amener lui-même à Kolwezi pour des soins appropriés. Arrivés à l'hôpital, on diagnostiqua ma grossesse et ce fut l'occasion pour ce monsieur de m'y abandonner en me laissant 300 dollars américains soit disant pour les soins. Dès lors, le téléphone du Monsieur ne passait jamais. La famille sera informée en retard pendant que le mari de la sœur avait déjà fui. Je me retrouverai mère à 12 ans avec abandon scolaire, haine de ma grande sœur, conflit familial. Dès lors, j'avais décidé de fonder mon propre foyer dans une carrière d'exploitation artisanale autre que celle où je vivais avec ma sœur.

*L'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents* (proxénétisme et divorce des parents) : les parents en position de manquement pour subvenir aux besoins familiaux ignorent l'éducation de leurs enfants en les laissant aller rechercher les subsides de n'importe quelle manière. Cela revient aussi aux parents en divorce qui ne savent pas contrôler les mouvements de leur enfant et ces derniers sont abandonnés à leur triste sort.

Tel est le cas de *Tetete quand elle raconte* : j'avais 13 ans et je n'avais aucun interdit sur la sexualité car je pratiquais déjà la sexualité dès l'âge de 12 ans et c'est sans aucun problème. On nous appréciait. D'aucuns considéraient que nous étions gentilles et serviables mes amies et moi. Mes parents savaient et aucun ne m'interdisait de faire cela. C'est alors qu'un jour, je sentirai un mouvement inhabituel dans mon ventre avec des tendances de nausée et de vomissement. Ma sœur avec qui je vivais m'amènera à l'hôpital et c'est là qu'on me diagnostiquera que j'avais une grossesse de 4 mois. Moi-même ayant été sujette de fréquentation de plusieurs garçons, je ne savais même pas qui était au juste l'auteur de cette grossesse, imaginez la suite.... Après, j'avais accouché normalement d'une fille à 13 ans. Là aucun moyen financier ni avancée en étude sauf honte et humiliation au quartier que je continuais à vivre. C'est comme cela que mes parents avaient jugé de me changer de milieu de vie. Les sollicitations que je reçois des garçons sont juste pour des rapports sexuels occasionnels et non de mariage car les garçons croient que j'ai une très forte expérience de la sexualité qu'eux parce que je m'étais accouchée très tôt.

*La non accessibilité aux moyens de contraception* : une adolescente a déclaré qu'elle utilisait la *pilule du lendemain* lors de chaque rapport sexuel occasionnel, malheureusement ce jour-là il n'y en avait pas dans leur stock.

*Les moeurs et coutumes dégradantes* : pour les parents qui continuent encore à imposer le mariage à leurs enfants mineurs d'âge.

Suivons le récit de *Betrodode*. Je n'avais que 13 ans quand j'ai eu mon fiancé qui m'avait promis le mariage et tout se négociait avec mes parents. A 14 ans, j'ai été donnée en mariage et c'est là que j'ai pu embrasser la vie de mariage. On n'avait aucune connaissance sur l'interdiction de mariage chez les mineures d'âge. A 15 ans, j'ai eu mon premier-né et là je suis mère de trois enfants à 20 ans. Jusqu'ici, je ne sais ni écrire ni lire et c'est comme cela que je suis en train d'évoluer. Si la chance pourra me sourire, ce sont mes enfants qui apprendront car nous au village notre richesse, ce sont les enfants.

*Et Rolloollo* : j'avais 13 ans en 6<sup>ème</sup> année primaire quand je me suis mariée avec mon partenaire qui n'avait que 16 ans aussi sous l'initiative de nos parents. Comme le père de mon partenaire était déjà avancé en âge et moi j'ai été donnée en mariage à son fils comme un cadeau, qui risquerait de se retrouver orphelin de père sans quelqu'un qui pourrait prendre bien soins de lui. A 14 ans, j'ai eu mon premier-né avec des complications intenses d'accouchement. C'est à ce moment que j'ai subi une déchirure du périnée. Conséquence : sortie parfois des matières fécales au travers de ma cavité vaginale (fistule). Comme au village les soins n'étaient pas de qualité, mes parents avaient décidé de m'y arracher pour m'amener à l'hôpital. Malgré ces efforts, je suis restée quelque peu invalide sans espoir de continuer convenablement ma vie sexuelle avec un niveau d'études qui n'a pas changé.

### ***Les conséquences vécues à la maternité précoce***

Concernant les conséquences vécues, il sied de signaler les conséquences suivantes qui ont été vécues par nos interviewées, citées lors de nos entretiens :

*Conséquences sanitaires* : elles ont été liées à l'immaturation des organes génitaux dont celles qui suivent :

*Accouchement dystocique* : plusieurs d'entre elles nous ont dit qu'elles avaient connu des difficultés énormes lors de l'accouchement à savoir la césarienne, la déchirure des parties molles, le séjour allongé à l'hôpital, la rupture utérine. D'autres complications comme les graves infections ont été signalées, l'hystérectomie totale, les fistules vaginales, l'invalidité physique ... Le non suivi de la CPN au cours de cette grossesse, les cas d'hémorragie du postpartum ont aussi été signalés.

Exemple d'un extrait de *Kokola* : après divorce de mes parents, nous les enfants on était resté éparpillés. Ni papa ni maman, personne ne pouvait bien maîtriser où étaient réellement les enfants. C'est du fait de cette situation que je sortais avec un garçon de mon quartier qui m'avait rendu enceinte à 13 ans. J'étais encore en 1<sup>ère</sup> année du secondaire. On me renvoya de l'école et le garçon alla continuer dans une autre école. Je m'accoucherai alors par césarienne étant donné que je n'avais pas fréquenté la CPN pendant cette grossesse. Je faillis même mourir. C'est là que cette césarienne finira par des constats des médecins qui décideront de m'enlever l'utérus (hystérectomie totale) pour me sauver la vie. Heureusement, ma fille qui était née de cet accouchement est en vie et vient de fêter son 3<sup>ème</sup> anniversaire. Après, c'était de véritables tiraillements entre les deux familles. On imposa à la famille du garçon de prendre en charge ma scolarité, chose qui avait été faite. Malheureusement, le garçon a continué sa vie avec quelqu'un d'autre et moi sans un mariage heureux car je ne peux plus encore procréer vu que dans nos communautés le mariage est fondé sur le premier objectif de procréation.

*Les conséquences psycho-sociales* ont été aussi vécues à savoir :

L'abandon scolaire sans reprise après accouchement, l'interruption des études avec retour aux études après accouchement, l'analphabétisme...

Tel est le cas de *Yakoko* qui dit : J'avais 15 ans quand je courtais un ami de ma promotion qui ne cessait de me rassurer que j'étais la seule fille au monde qui lui plaisait et sur qui il comptait pour un mariage heureux. Comme on se fréquentait, il m'est arrivé un jour de céder à ses sollicitations, moi, croyant que c'était ça la signature de notre mariage. Cela était devenu presque une habitude sans utiliser un quelconque moyen de prévention de grossesse car je n'en connaissais même pas. Quand j'étais tombée enceinte de lui, au su de mes parents, ils avaient refusé de m'autoriser d'aller poursuivre mes études à l'étranger car je les avais complètement déçus ajoutant que j'avais sapé la réputation de la famille. Après mon accouchement, mes parents m'avaient retournée à l'école et j'ai décroché mon diplôme. Mes frères et sœurs avaient été envoyés tous à l'étranger parachever leurs études universitaires excepté moi car j'étais déjà mère. J'ai dû rater d'aller poursuivre mes études à l'étranger comme mes frères et même le partenaire ne m'avait jamais rappelé de me prendre en mariage comme il me le disait avant. Lui s'est déjà marié à une autre femme mais moi je suis encore à la recherche de mari. Même le boulot, je n'ai pas un boulot comme ceux de mes frères et sœurs qui sont allés parachever leurs études à l'étranger.

La maternité précoce, le mariage forcé, la stérilité secondaire (non espoir d'avoir des enfants dans l'avenir), l'humiliation et la honte au quartier, l'absence du mariage avec le père de l'enfant, la perte de chance de mariage heureux, la multiparité au jeune âge (mère de deux ou trois enfants déjà à 20 ans), des tiraillements entre familles, la non maîtrise du vrai auteur de la grossesse, la fuite du partenaire (famille monoparentale), la baisse de valeur de la jeune mère après perte de ses fonctions physiques et économiques.

Tel est l'exemple de *Katokoko* quand elle dit : J'avais de très bonnes relations avec un ami qui me fréquentait régulièrement surtout qu'on était tous de la même église. L'ami comptait plus sur moi et moi aussi sur lui. A 15 ans, l'ami me rendit enceinte. Accablée par la peur des conséquences de la grossesse chez une mineure, l'ami avait pris le large quand il avait appris que j'étais enceinte. Je restais sous l'encadrement de sa famille. A mon accouchement, les choses s'étaient compliquées puis j'avais connu la déchirure du col utérin qui s'était compliquée en des graves infections. Comme le malheur ne vient jamais seul, même l'enfant que j'avais mis au monde était décédé avant ma sortie de l'hôpital. Ces infections avaient été mal prises en charge et la situation était vraiment pire pour moi. Ces complications finirent par la pratique de l'hystérectomie totale. Là, je me retrouve dans la peau d'une victime qui ne sait trouver un mariage, car aucun homme jusqu'à ce jour n'accepte de m'épouser avec cette invalidité et sans que je ne lui fasse des enfants. Bien que j'aie récupéré du côté scolarité mais du point de vue social et sanitaire, je suis restée perdante.

Selon certaines enquêtes, il y a de l'avantage à tirer de cet accouchement dont :

*Le positionnement* pour celle avec désir préconçu du mariage, la *compétition avec son enfant* pour celles qui désiraient avoir un enfant et qui prétendaient que l'enfant était une richesse. Elles ont ajouté que « *procréer tôt c'est « envoyer » au jeune âge et se reposer au vieil âge* ».

Quant aux conséquences sanitaires liées aux enfants, nombreuses de nos enquêtées, nous ont dit avoir mis au monde des enfants prématurés, de faible poids de naissance et d'autres enfants avec des souffrances fœtales à la naissance... d'autres encore nous ont parlé de leurs enfants qui étaient décédés peu de jour à l'hôpital...

Sommes toutes, le regret a été enregistré dans la grande proportion des jeunes mères qui ont accouché tôt en émettant le vœu d'attendre que ces accouchements adviennent plus tard qu'au moment de leurs survenues.

# CHAPITRE CINQUIEME : DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

Ce chapitre est subdivisé en trois sections, à savoir :

La discussion des résultats de l'enquête menée dans les structures de santé de la province du Lualaba, auprès de 3550 cas d'accouchements précoces ; la discussion des résultats de l'enquête menée dans la communauté, auprès de 720 jeunes mères victimes de maternité précoce interrogées et la discussion des résultats des focus groups menés auprès de 62 jeunes mères victimes de la maternité précoce.

## *Section 1. Discussions des résultats de l'enquête menée dans les structures de santé de la province du Lualaba*

La première partie de notre étude a consisté à déterminer la prévalence et les risques des maternités précoces dans la province du Lualaba de 2012 à 2014. Pour y arriver, une étude transversale a été mise en place dans 10 maternités dont 5 des Centres de Santé et 5 des HGRs, Soit 10 structures de santé au total, qui ont été enquêtées dans la Province.

Ces structures ont été réparties en celles rurales et celles urbaines.

La comparaison de nos résultats à ceux des autres chercheurs nous permet de faire les commentaires qui suivent :

La prévalence des maternités précoces au cours de notre période d'étude était de 13,8% IC0,95 : [13,4%-14,2%]. Un total de 3550 accouchements, survenus chez les femmes âgées de moins de 19 ans sur un total de 25815 accouchements qui ont eu lieu au cours de notre période d'études (2012, 2013 et 2014), ont été enregistrées dans dix maternités de 10 structures de 5 zones de santé de la province du Lualaba.

Au regard de ces résultats, nous avons constaté que la maternité précoce est un problème de santé présent dans la Province du Lualaba, cadre de nos investigations. Les taux évoqués ci-haut restent parmi les plus élevés de la République Démocratique du Congo. Mbungu Mwimba Roger et Nsosa M dans leur étude menée sur les maternités précoces à

l'Hôpital saint Luc de Kisantu au Congo Central, il ont ressorti la fréquence de la maternité précoce à 19,2% [41].

Au cours de notre période d'étude, les prévalences n'ont présenté que des différences très simples dont, celle légèrement élevée observée en 2013 (14,4%). 70,8% sont venues du milieu rural contre 29,1% de celles venues du milieu urbain. Les structures rurales ont eu la prévalence la plus élevée que celles urbaines dont respectivement, 16,0% [15,4 ; 16,6] et 10,2% [9,6 ; 10,8]. Comparés, ces taux donne un indice statistique de comparaison des taux  $Z = 4,0392$ . Ce  $Z$  n'appartient pas à l'intervalle de confiance au risque  $0,05 = [-1,96 ; +1,96]$ . Ce qui revient à dire que la proportion des maternités précoces dans notre milieu est élevée par rapport à celle du reste du monde trouvée par l'OMS et la différence est statistiquement significative. Bien que pour l'OMS l'on ait inclus même les femmes de 19 ans parmi les maternités précoces, le taux reste toujours élevé [13].

D'après les Nations unies, 135 millions d'enfants sont nés dans le monde en 2010, dont 16 millions (12%) d'une mère de moins de 20 ans. Rapportés à l'effectif de jeunes femmes de cet âge, cela correspond à un taux de fécondité de 54 naissances pour 1000 femmes de 15-19 ans. Il était de 64 naissances pour 1000 femmes en 2000, et a donc tendance à diminuer [6].

Il faut cependant noter que les maternités précoces connaissent des taux élevés dans notre étude parce qu'il n'y a aucune autorisation accordée à la victime de la grossesse de pouvoir s'en débarrasser si de ne mener cette dernière à terme. Les lois de notre pays ne donnent pas accès aux avortements sans cause valablement prouvée et admise par la médecine. Tandis que pour les adolescentes des pays où est autorisé l'avortement, elles peuvent concevoir et s'en débarrasser sans aucune poursuite judiciaire car leur loi l'autorise. Tel est le cas de la Tunisie, le Canada et autres pays du monde [63].

La fécondité précoce est en général élevée là où la fécondité d'ensemble, entre 15 et 49 ans, est elle-même élevée. Mais la corrélation n'est que partielle. Si l'on s'en tient par exemple, aux pays où la fécondité d'ensemble est basse (2 enfants en moyenne par femme, voire moins), la fécondité précoce est élevée dans certains pays industrialisés (Royaume-Uni, États-Unis, Russie) et encore faible dans d'autres (Japon, Pays-Bas); elle est élevée dans certains pays en développement (Brésil, République dominicaine) et faible dans d'autres (Libye, Tunisie, Chine). Mises à part, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, la

séparation entre pays à forte fécondité précoce et pays à faible fécondité précoce ne correspond donc pas au découpage entre pays développés et pays en développement [133], [147].

Selon l’OMS, on dénombrait en 2008, 16 millions de naissances chez des mères âgées de 15 à 19 ans, soit 11 % du nombre total de naissances dans le monde. Près de 95 % de ces naissances sont survenues dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [7].

Néanmoins, le taux mondial de natalité chez les adolescentes a baissé, passant de 60 pour 1000 en 1990 à 48 pour 1000 en 2007, les taux étant compris entre 5 pour 1000 en Asie orientale et 121 pour 1000 en Afrique subsaharienne en 2007. Bien que les taux de natalité chez les adolescentes soient en baisse, le nombre absolu de naissances a diminué moins vite, en raison de l’augmentation de la population adolescente. De plus, dans de nombreux pays, la proportion de naissances chez les femmes de tous âges qui surviennent pendant l’adolescence a augmenté en raison de la baisse de la fécondité chez les femmes plus âgées [7], [100].

Les femmes des milieux ruraux, prises comme exposées quant à la survenue des maternités précoces ont connu un risque estimé à  $RC=2,653$  d’accoucher précocement par rapport à celles vivant dans le milieu urbain.

L’âge moyen à la maternité précoce était de  $17,1\pm 1,03$  ans, et, les extrêmes étaient de 13 ans et de 18 ans.

Les grossesses et les naissances chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans sont relativement rares dans la plupart des pays ; néanmoins, dans certains pays d’Afrique subsaharienne, la proportion de femmes qui enfantent avant l’âge de 15 ans était comprise entre 0,3 % et 12 % depuis 2000, selon diverses sources. En Amérique latine, les naissances dans ce groupe d’âge représentaient moins de 3 % du total des naissances chez les adolescentes [50], [55]. Comparativement aux résultats de nos recherches, le taux de maternité précoce chez les moins de 15 ans (13 et 14 ans) reste reparti de manière quasi équitable. Mis ensemble pour le cas de notre étude, 2,5% est le taux de maternité précoce retrouvé dans notre étude. Ce taux est presque le même que celui trouvé aux USA et celui des autres recherches. En rapport avec l’âge des accouchées, l’enquête retrouve une limite inférieure de 13 ans, la fréquence augmente au fur et à mesure que l’âge aussi augmente jusqu’à 18 ans. Même sans l’avoir démontré, nous pouvons évoquer l’influence de

l'éducation sexuelle précoce en milieu rural par rapport au milieu urbain, la précocité du mariage, la recrudescence du mariage forcé dans ces milieux pour la jeune fille analphabète surtout. A ceci s'ajoute, l'initiation rapide à la sexualité par les grands parents, sans tabou ni barrière culturelle envers leurs petits fils et filles[48], [50], [56], [145].

Quant à savoir où ces naissances précoces ont lieu ? Quels en sont les facteurs favorisant ? Pourquoi la tendance est-elle à la baisse ? Les quelques résultats de l'ONU montrent que le taux de fécondité à 15-19 ans varie de presque 1 à 100 selon les pays. Il est le plus bas en Libye (3 naissances par an pour 1000 femmes de 15-19 ans en 2005-2010) et le plus élevé en République démocratique du Congo (201 naissances pour 1000 femmes de 15-19 ans). De façon générale la fécondité précoce est élevée en Afrique subsaharienne. Elle est élevée également, quoiqu'à un niveau moindre, en Amérique latine, en Asie du Sud (Inde, Bangladesh, Pakistan, Afghanistan), dans une partie du Moyen-Orient, en Russie, et en Europe de l'Est. Elle est faible en comparaison en Chine, en Australie, en Europe (sauf en Europe de l'Est), en Amérique du Nord (sauf aux États-Unis) et en Afrique du Nord (sauf en Égypte). Comparativement à ces effectifs, nous remarquons que dans notre étude, le taux spécifique de maternité (précoce) chez les moins de 19 ans est très élevé face à celui du reste du monde. Celui de 201 naissances est le taux ressorti sur l'ensemble des femmes de moins de 19 ans. Dans la présente étude, nous avons exclu tous les cas de 19ans et plus, mais, plutôt nous avons ressorti le nombre de naissance générale parmi toutes les femmes qui se sont accouchées [6], [54], [147].

Quant au taux de maternité précoce, il sied de signaler que ce problème ne touche pas seulement la Province du Lualaba, mais, aussi les pays les plus industrialisés avec une répartition non équitable. Tel est le cas des États-Unis qui affichent le taux de fécondité des adolescentes le plus élevé parmi l'ensemble des pays économiquement développés à l'exception de la Bulgarie. Près d'un demi-million de femmes âgées de moins de 20 ans mettent un enfant au monde chaque année sur un total de quelque douze millions, soit environ 3,5 % (contre 0,7 % en France). 42 naissances pour mille femmes de moins de 20 ans en 2005-2010 est le taux de fécondité des adolescentes aux États-Unis, taux encore plus élevé que dans tous les autres pays développés à l'exception de la Bulgarie. L'analyse des variables intermédiaires de la fécondité a permis de mieux comprendre la position exceptionnelle des États-Unis par rapport aux autres pays développés en général. Ces variables se distinguent des facteurs socio-économiques, culturels ou politiques en ce

qu'elles influencent directement le niveau de la fécondité. Elles représentent les facteurs physiologiques et comportementaux de la reproduction à travers lesquels les autres facteurs doivent nécessairement opérer pour influencer le niveau de la fécondité. Les plus importantes variables incriminées en la matière ont été la fréquence des mariages (ou plus généralement des unions), l'activité sexuelle, l'utilisation de la contraception et le recours à l'avortement [148].

Le problème de maternité précoce est courant dans toutes les sociétés du monde sans exception. Les causes étant bien connues entre autre le manque de dialogue, la pauvreté, le manque d'occupation pour les adolescentes,... telle est l'observation faite par l'OMS qui dit : Le nombre élevé de grossesses non désirées et d'avortements dangereux ainsi que la forte augmentation de la contamination par le VIH sont autant d'éléments qui montrent que, malgré les tabous ou la désapprobation culturelle, l'activité sexuelle chez les adolescents est bien plus commune que ne veulent bien l'admettre les études ou les sources officielles. Les adolescents sont affectés de manière disproportionnée par les risques associés aux relations sexuelles précoces et non protégées. De nombreux jeunes deviennent sexuellement actifs sans planifier leurs relations sexuelles ni réfléchir aux conséquences. Dans de nombreux cas, l'expérience sexuelle précoce n'est pas désirée mais est le résultat de la force subie ou de la pression exercée [7, p. 20].

Cependant, la présence des grossesses et accouchements auprès de cette catégorie reste favorisée par la faible communication entre parents et leurs enfants.

Le problème de maternité précoce est courant dans toutes les sociétés du monde sans exception. Les causes étant bien connues entre autre, le manque de dialogue, la pauvreté, le manque d'occupation pour les adolescentes. Le nombre élevé de grossesses non désirées et d'avortements dangereux ainsi que la forte augmentation de la contamination par le VIH sont autant d'éléments qui montrent que, malgré les tabous ou la désapprobation culturelle, l'activité sexuelle chez les adolescents est bien plus commune que ne veulent bien l'admettre les études ou les sources officielles [30].

Pour Arash Ziapour et ses collaborateurs, environ 77% des enquêtées de leur étude n'avaient pas accès aux ressources éducatives et aux cours requis, qui étaient l'un des principaux catalyseurs de la formation des comportements responsables. Une proportion de 88% des familles n'ont pas parlé des pratiques d'hygiène sexuelles à leurs enfants, bien que la source d'information la plus courante sur les pratiques liées à la santé maternelle provenait

des mères (64,8%). Un test de corrélation entre le comportement et la sensibilisation des adolescents à la santé ( $r = 0,12$   $p < 0,007$ ) et entre l'auto-efficacité et les comportements de santé ( $r = 0,14$ ,  $p < 0,001$ ) a révélé des relations significatives et positives [105].

Les données sur l'état civil, avec la prédominance des célibataires, sont en phase avec un rapport antérieur à l'hôpital IME/ Kimpese au Bas-Congo [6], [97], [147]. Elles concordent également avec les observations de plusieurs auteurs dont Haldre et son équipe, ainsi que d'autres chercheurs ayant observé que, les mères adolescentes, particulièrement, celles qui avaient entre 15 et 17 ans, étaient en majorité célibataires[99], [109], [126].

Les structures de santé avec des proportions élevées ont été celles rurales Dilolo avec 16,17%, Kanzenze avec 14,7%, Walemba avec 15,7% et KATOKA avec 15,48%. Ceci montre que, plus on s'éloigne de la ville, plus on enregistre un taux élevé de maternité précoce. Les structures rurales étant celles qui enregistrent des adolescentes qui n'ont presque pas d'occupation rémunératrices, ce qui vient justifier le taux élevé des maternités en milieu très précaires. Ces résultats ressemblent à ceux des chercheurs de l'Angleterre qui ont trouvé que, les jeunes femmes des quartiers pauvres sont plus enclines à tomber enceintes que celles des quartiers plus riches [11], [62], [63]. En Belgique, les naissances chez les adolescentes sont également associées à des indicateurs de précarité sociale. Il est remarqué que le phénomène de grossesse d'adolescentes est une réalité plus marquée en Région wallonne (et plus dans le Hainaut que dans les autres provinces) qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et surtout qu'en Région flamande[57], [149].

Les dystocies ont été vécues dans 36,3%. Les causes maternelles ont été majoritaires (62,7%). Les déchirures des parties molles ont été en tête avec 43,5%, suivies des hémorragies du post partum (21,9%). Les dystocies ont été les grandes conséquences vécues chez les mères dans 62,7% des cas dont la majorité a été faite des déchirures des parties molles dans 42,4% des cas, il s'en est suivi les conséquences fœtales dont la majorité faite des souffrances fœtales dans 24,3% des cas, enfin les conséquences mixtes dont les dystocies dues aux annexes dans 6,2% des cas.

La majorité des enquêtées ont accouché dans une institution sanitaire (99,4%) contre une minorité des mères (0,6%) qui ont accouché en cours de route vers une institution sanitaire.

Une des conséquences des relations sexuelles non protégées et à risque se voit également dans le nombre d'adolescentes qui subissent des avortements à la fois dans le cadre du mariage et en dehors de celui-ci. De nombreuses grossesses sont interrompues avec de grands risques pour les jeunes femmes, dont entre autres l'infection du pelvis, l'infertilité voire la mort. De nombreuses adolescentes n'ont jamais eu l'occasion de discuter de ces problèmes de la sexualité avec un adulte responsable du domaine de la santé, tandis que les services qui pourraient les protéger ne sont pas suffisamment disponibles [44], [77], [110], [149], [150].

Les conséquences physiques que nous avons dénombrées dans notre étude se rapprochent à celles de Mbungu Mwimba Roger et Nsosa M. qui notent la fréquence de la maternité précoce à 19,2%. Elle concernait plus la célibataire, avec en âge gestationnel de 39+/-0,3 semaines. La césarienne a été indiquée chez 29,6% des sujets, surtout pour disproportion foeto-pelvienne. Les complications maternelles ont été dominées par la déchirure de parties molles (68,2%) et l'hémorragie (17,4%) et celles fœtales, par la souffrance néonatale et l'hypotrophie. Ce taux est élevé par rapport au nôtre du fait que ces derniers n'ont pris qu'un seul milieu (rural) en incluant aussi dans l'étude les mères de 19 ans. Les dystocies vécues dans 36,3%. Les causes maternelles ont été majoritaires (62,7%). Les déchirures des parties molles ont été en tête avec 43,5% des dystocies suivies des hémorragies du post partum (16,1%) [41].

C'est à ce titre que l'UNICEF ajoute les risques qui accompagnent la sexualité et qui sont nombreux, parmi lesquels, on cite :

- Les grossesses non désirées dont la plupart finissent par des avortements clandestins accompagnés des complications multiples ;
- Les mariages précoces et parfois forcés ;
- Les IST-VIH/SIDA qui finissent par des complications graves et autres formes des conséquences allant jusqu'au décès[135].

Et l'OMS ajoute que le taux de complications dues aux conséquences des pratiques sexuelles observées chez les moins de 20 ans était de 60% plus que celui observé chez l'ensemble des femmes, et 2,5 fois plus élevé que celui des femmes de 20 à 24 ans. La mort peut survenir à la suite des complications dues à un avortement mal dirigé chez les femmes ayant connu une grossesse précoce [2, p. 9].

Pour Kakudji L. et ses alliés, La fréquence d'accouchement chez les adolescentes était de 7,7%. Nous avons observé que la césarienne (ORa=1,9 (1,1-3,1)), l'épisiotomie (ORa=4,2 (2,9-5,9)), la délivrance pathologique (ORa= 2,7 (1,1-6,5)), l'éclampsie (ORa= 4,4 (1,3-14,5)) et le faible poids de naissance (ORa=2,0 (1,3-3,0)) ont été significativement plus élevés chez les adolescentes que chez les adultes. Les auteurs estiment que l'accouchement chez les adolescentes, comparativement à celui de femmes âgées de 20-34 ans, reste associé à un mauvais pronostic [151].

La Convention sur les Droits de l'Enfant qui est la convention la plus largement adoptée dans le monde est claire sur ce point. L'Article 24 qui donne aux enfants et aux adolescents un droit aux soins de santé stipule dans la Clause 3 : « Les Etats membres prendront des mesures efficaces et appropriées afin d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants » [103].

Les complications néonatales ont été dominées par le décès néonatal précoce (12,2%), la prématurité (11,7%) et le faible poids à la naissance (1,4%), sont en concordance avec des données françaises par Uzan et ses alliés même si ces dernières n'ont décrit que 8,8% de prématurité, taux néanmoins supérieur aux 6% dans la littérature. Les complications fœtales pourraient s'expliquer entre autres, par le conflit psychologique du vécu de la grossesse par l'adolescente, le contexte de rejet et d'abandon par l'entourage, la précarité, ainsi que le recours tardif parfois, à la surveillance prénatale comme trouvé par d'autres chercheurs [75], [152].

La maternité précoce peut augmenter les risques pour les nouveau-nés ainsi que pour les jeunes mères. Les nourrissons nés de mères âgées de moins de 20 ans sont plus exposés au risque de faible poids de naissance, de naissance prématurée et d'affections néonatales graves. Dans certains milieux, les grossesses répétées et rapprochées constituent une préoccupation pour les jeunes mères, car elles présentent davantage de risques pour la mère comme pour l'enfant [15].

Les enfants nés avec un faible poids ont représenté 1,4% des cas contre 80,3% des poids normaux contre 6,6% des poids supérieurs à la normal selon le seuil en RDC. La moyenne du poids à la naissance était de  $2932,8 \pm 497,8$  grammes.

Abordant l'âge des mères et le poids de naissance des enfants, les résultats indiquent que, les mères de 13 à 15 ans ont connu un risque estimé à OR= 4,1449 [1,9854 ;

8,6534] Khi2 MH=16,83  $p=0,00004079 < 0,05$  d'accoucher des faibles poids de naissances. Celles du milieu rural/villages ont connu un risque estimé à OR= 1,97 [1,13 ; 3,42] Khi2 = 5,9549  $p=0,014676 < 0,05$  d'accoucher des faibles poids de naissances.

Mises en strates, les mères venues des villages comprises dans la tranche d'âge de 13-15 ans ont connu, le risque de faible poids de naissance estimé à OR= 7,15 [2,32 ; 22,03] Khi2 MH=15,83  $p = 0,000069 < 0,05$  par rapport à celles âgées de 16 à 18 ans. Celles des bidon villes et villes ont connu un risque estimé à OR= 3,78 [1,25; 9,78] de s'accoucher des enfants de faible poids à la naissance, ORa MH=2,19.

Il a été enregistré un taux de mortalité néonatale précoce dans 12,2% (433/3550) des cas contre 87,8% (3177/3550) des survivants au 7<sup>ème</sup> jour de vie. Ces décès ont été répartis de la manière suivante: 48,8% des enfants nés vivants et qui sont décédés par la suite, 44,2% des morti-naissance et 7,0% de mort in utéro.

Les mères âgées de 13 à 15ans ont connu un risque élevé de décès néonatal précoce estimé à OR=1,717 [1,655; 2,529] Khi2 = 7,645  $p = 0,0057 < 0,05$ . Les nouveau-nés de faible poids de naissance ont connu un risque estimé à OR=32,4967[16,15 ; 65,39] Khi2 MH = 224,63  $p= 0,00000000 < 0,05$  de décéder avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie.

Pour Harir Nori et ses collaborateurs ; sur un total de 1209 cas de mortalité néonatale ont été enregistrés durant les deux années (2011-2012), soit une fréquence de 5,3% a été observé. Il s'agissait dans 96,85% des cas de mortalité précoce. La mortalité néonatale étant multifactorielle, l'analyse statistique avait pu incriminer de façon majoritaire: l'âge maternel avancé (>35) (OR = 3,1; IC 95% (2,30 -4,40);  $p = 0,001$ ); la multiparité (OR = 8,15; IC 95% (2,85-10,05);  $p = 0,001$ ); l'infection génitale(OR = 5,3; IC 95% (2,5-6,7);  $p = 0,001$ ) ; la prématurité (OR = 10,08; IC 95% (3,45-12,02);  $p = 0,001$ ); le faible poids de naissance (OR = 4,5; IC 95% (1,6-10,5);  $p = 0,001$ ); l'ictère (OR = 4,8; IC 95% (1,26-6,02;  $p = 0,001$ ) et la souffrance fœtale aigue (OR = 3,4; IC 95% (0,89-5,14);  $p = 0,001$ ) ; les auteurs ont ajouté qu'une prise en charge efficace de la grossesse et du nouveau-né dans sa première semaine de vie, devraient améliorer le pronostic néonatal [153].

Pour l'OMS, Les grossesses précoces chez les adolescentes ont de graves conséquences sur la santé des mères adolescentes et de leurs enfants. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès pour les jeunes filles

âgées de 15 à 19 ans dans le monde, et les pays à revenu faible ou intermédiaire enregistrent 99 % des décès maternels dans le monde chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans font face à des risques plus élevés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans. En outre, quelques 3,9 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués chaque année, chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Ceci contribue à la mortalité maternelle et entraîne des problèmes de santé durables. Elle ajoute que, 11% du total des naissances dans le monde sont imputables à des jeunes femmes de 15 à 19 ans, dont la grande majorité vit dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les statistiques mondiales de la santé 2014 établissent à 49‰, le taux de natalité mondiale pour les adolescentes, étant entendu que, selon les pays, ce taux s'échelonne de 1 à 229 naissances pour 1000 jeunes femmes [15, p. 201].

Quant à l'accouchement par voie haute, 5,2% des enquêtées se sont accouchées par césarienne. Les différences décrites pourraient traduire les disparités dans la pertinence des indications de celle-ci, les écarts dans l'expertise des praticiens, et dans la disponibilité du plateau technique adéquat. L'enquête française, par Uzan et ses collaborateurs a retrouvé une fréquence de presque 10% des césariennes réalisées [140].

Selon la littérature, l'immaturation des organes génitaux reste à la base de la survenue des césariennes chez les primipares. Il a été observé que les valeurs de 10ème percentile des trois mesures anthropométriques maternelles étaient prédictives de la dystocie mécanique. Lorsqu'elles étaient utilisées ensemble, ces trois valeurs permettaient de développer un score de dépistage à faible coût pour une utilisation dans les milieux à faible revenu [154]. Cette observation remet en cause la conception selon laquelle, l'immaturation du bassin exposerait à un plus grand risque de disproportions, et partant de césariennes. Les complications recensées ont mis au premier plan chez l'adolescente de l'étude, la déchirure des parties molles (68,2%) et l'hémorragie (17,4%). Ces données rencontrent de nombreuses observations dans plusieurs pays en voie de développement [86], [106], [134], [135].

Un total de 29 décès maternels enregistrés sur 3550 accouchements qui ont eu lieu dans cette catégorie d'âge. Ce qui a donné un taux de 817 décès maternels pour 100000 naissances vivantes a été enregistré au cours de notre période d'études. Une étude menée à Bamako sur les décès maternels du 19 février 2005 au 19 novembre 2019 pour les patientes admises dans les deux départements et décédées pendant la grossesse-puerpéralité au CHU

Point «G», a montré une fréquence de 389 décès maternels enregistrés sur 16033 admissions en 15 ans et 18060 naissances vivantes sur la même période soit un taux de 2426 décès maternels pour 100000 naissances. À la fin de leur étude, les chercheurs ont constaté que la fréquence des décès maternels était plus élevée en 2014: 12,9% (50/389). Le décès maternel avait touché principalement les femmes âgées de 20 à 24 ans avec une fréquence de 22,4% (87/389). La multiparité (166/389 soit 42,7%), l'analphabétisme (341/389 soit 87,7%), les mauvaises conditions d'évacuation (transport non médicalisé): 263/389 soit 67,6%; l'évacuation sans drap d'évacuation: 259/389 soit 66,6%), une mauvaise qualité de la CPN (consultation prénatale) (CPN défait: 191/389 faisant 49,1%) et la mauvaise surveillance des accouchements (pas d'utilisation de partogramme dans 343/389 soit 88,2%) étaient là, les facteurs favorisant les décès maternels. Les principales causes directes de décès maternels étaient incriminées dans 231/389 cas soit 59,4% avec hémorragie en première ligne: 21,1% (82/389), infection (61/389 cas en 15,68%), dystocie: 50 cas (12,85%) et l'hypertension artérielle et ses complications (38/389 soit 9,76%)[153].

La mortalité maternelle est plus élevée dans le monde chez les filles âgées de 10 à 14 ans que chez les femmes et les filles âgées de 15 à 29 ans. Les mères adolescentes âgées de 10 à 19 ans sont plus exposées au risque d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques que les femmes âgées de 20 à 24 ans [155], [156]. Quelque 3,9 millions d'avortements non sécurisés par ailleurs pratiqués chaque année dans les pays en développement chez des filles âgées de 15 à 19 ans, ce qui contribue à accroître la morbidité et la mortalité maternelle et les problèmes de santé durables [16], [86].

Pour l'OMS, Près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et quelque 1 million de jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année et la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. Chaque année, près de 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque. Les enfants de mères adolescentes ont un risque de mortalité sensiblement plus élevé que ceux de femmes âgées de 20 à 24 ans [15], [147].

Après stratification, nous avons noté que le faible poids de naissance était le facteur de risque non négligeable du décès avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie ORa MH=1,64.

Les résultats de la présente enquête sont des résultats issus d'une analyse descriptive et rétrospective. Ils sont à extrapoler à la province du Lualaba du fait du respect de la procédure de l'échantillonnage qui a pu récolter les données de façon exhaustive dans les différentes maternités où s'est déroulée notre enquête. Les fréquences rapportées peuvent donc être extrapolées au niveau communautaire, car le nombre de mères adolescentes est probablement élevé en rapport avec l'échantillonnage utilisé par notre étude hospitalière. Les principaux déterminants de la maternité précoce peuvent donc être tirés dans les résultats de notre enquête qui a intégré les aspects socio-sanitaires.

## *Section 2. Discussions des résultats de la communauté.*

Notre deuxième phase de l'enquête dans la communauté a consisté à ressortir l'état des lieux des maternités précoces dans la province du Lualaba. Cette investigation avait pour objectif de décrire le profil sociodémographique des maternités précoces au Lualaba et de déterminer les facteurs (sociaux, psychologiques, économiques, culturels, scolaires...) ayant favorisé la survenue des maternités précoces auprès de ces mères.

Après investigation, quelques discussions méritent d'être soulevées en comparaison des résultats des autres études.

La moyenne d'âge au 1<sup>er</sup> rapport sexuel complet et à la 1<sup>ère</sup> maternité précoce ( $14,6 \pm 1,7$ ans et  $16,55 \pm 1,9$  ans). Les extrêmes étaient de 10 et 18ans. L'âge moyen à la maternité précoce était de 17,1 ans avec une déviation standard de 1,03. Les extrêmes étaient de 13 ans et de 18 ans.

Landrine j. o. Laré et ses collaborateurs ; ces derniers ont trouvé qu'à 16 ans, la majorité des adolescentes ont déjà une première grossesse et que la moitié des premières grossesses chez les adolescentes de son milieu d'étude survenaient avant et après 15,03 ans [27].

Pour l'OMS, les grossesses sont plus fréquentes chez les adolescentes dans les populations pauvres, peu instruites ou rurales. Dans certains pays, les grossesses hors mariage ne sont pas rares. Inversement, les jeunes filles subissent parfois des pressions sociales pour se marier et, une fois mariées, pour avoir des enfants tôt. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, plus de 30 % des jeunes filles se marient avant l'âge de 18 ans, et près de 14 % avant l'âge de 15 ans. Les jeunes filles ne sont pas toujours en

mesure de refuser des rapports sexuels non désirés ou de résister à la contrainte, et ces rapports ne sont généralement pas protégés [2].

Une grossesse précoce peut accroître les risques pour le nouveau-né comme pour la jeune mère. L'enfant d'une mère âgée de moins de 20 ans est davantage exposé au risque d'insuffisance pondérale à la naissance, de prématurité et de maladie néonatale grave [156], [157]. Dans certaines contrées, les grossesses très rapprochées sont préoccupantes pour les jeunes mères car elles multiplient les risques pour la mère et pour l'enfant [34], [59], [143], [158]. Pour ce qui est des conséquences sociales, les adolescentes enceintes qui ne sont pas mariées peuvent être la cible d'une stigmatisation, d'un rejet ou d'actes de violence de la part de leur partenaire, de leurs parents et d'autres adolescents [104]. Les filles qui sont enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des actes de violence dans le cadre du mariage ou d'une relation avec un partenaire que celles qui diffèrent leur grossesse [158]. La grossesse chez une adolescente peut aussi compromettre ses chances futures en matière d'éducation et d'emploi [114].

En Belgique, par exemple, à Hainaut et à Bruxelles, elles comptent un nombre plus important de mères adolescentes comparé aux autres régions ; ceci attire notre attention, mais attire aussi notre curiosité. En poursuivant la lecture de sources sur la question, on comprend que les raisons avancées sont majoritairement socio-économiques pour le Hainaut et socio-culturelles pour Bruxelles. En effet, ces zones sont baignées par une grande précarité sociale ou par une importante immigration avec toute la question sous-jacente des pratiques, des traditions culturelles et donc de la reproduction trans générationnelle, de la valorisation (ou banalisation) de la maternité précoce [82].

Pour l'UFAPEC, certaines adolescentes recourent au concept de stratégie d'adaptation pour justifier la survenue d'une grossesse. Cette stratégie serait une façon d'échapper à l'école ou d'être reconnue, intégrée par la société, de s'émanciper, d'être soutenue par l'entourage... [98].

Cependant, malgré la connaissance du préservatif et de son rôle, ce n'est pas pour autant que ce dernier a été utilisé régulièrement ni systématiquement par nos enquêtées pour se protéger contre la survenue des grossesses accidentelles qui ont abouti à des maternités précoces.

Ces connaissances ne sont que l'apanage de la théorie. Nos enquêtées ont fini par contracter ces grossesses non exemptes des conséquences néfastes.

Les résultats relatifs aux variables démographiques (la connaissance sur la sexualité et fécondité, avantages et inconvénients cités de maternité précoce) sont semblables à ceux trouvés par d'autres chercheurs. Ils reprennent par exemple que, le milieu de socialisation (plus rural associé à des conditions de précarité) a influé plus sur la survenue de la maternité précoce. Les résultats des études menées en Belgique ont montré que, les naissances chez les adolescentes sont également associées à des indicateurs de précarité sociale. Le phénomène de grossesse d'adolescentes est une réalité plus marquée en Région wallonne (et plus à Hainaut que dans les autres provinces) qu'en Région de Bruxelles-Capitale, et surtout qu'en Région flamande [127], [146]. Cependant, l'étude de Hérold Mathieu de l'Université du Québec a démontré qu'en temps de précarité, les adolescentes sont plus sujettes à des grossesses non désirées qui se soldent par la maternité précoce [159]. Quant à la connaissance, il sied de noter que, nos résultats sont l'une des preuves de la faible communication entre les parents et les autres adultes expérimentés avec les adolescentes en matière de la sexualité. Parmi les déterminants évoqués de la maternité précoce en milieu précaire, on note : la détérioration des conditions de vie des populations, la désuétude du système éducatif, et la carence d'éducation et d'information de l'adolescente sur la grossesse et ses risques en cas de précocité [156], [160].

Cette expérience d'échange sur la sexualité connue de nos enquêtées reste de routine. Dans nos sociétés africaines, caractérisées par la considération de la sexualité comme un sujet tabou, livrent la jeunesse aux mains des personnes sans aucune expérience en la matière pour la former. La jeunesse est cependant exposée aux différents dangers et conséquences relatifs à la sexualité [161].

Ceci qui rejoint les résultats de l'OMS pour lesquels certaines adolescentes ne savent pas comment éviter une grossesse : l'éducation sexuelle fait défaut dans beaucoup de pays. Elles ont parfois honte ou n'osent pas avoir recours aux services de contraception. Les contraceptifs sont parfois trop chers ou ne sont pas largement ou légalement disponibles. Et même lorsque les contraceptifs sont largement disponibles, les adolescentes sexuellement actives sont moins susceptibles de les utiliser que les adultes [148].

Les adolescentes qui avaient le milieu rural comme milieu de socialisation ont connu 2,8 fois le risque d'avoir une connaissance erronée face à la survenue de grossesse précoce. Elles pensaient que le rapport sexuel moins fréquent serait un moyen de prévenir les grossesses chez une adolescente.

Les jeunes filles ne sont pas toujours en mesure de refuser des rapports sexuels non désirés ou de résister à la contrainte, et ces rapports ne sont généralement pas protégés [161].

Les événements de santé maternelle défavorables chez les adolescentes ont de sérieuses conséquences sanitaires et sociales. Pour ce qui est des conséquences sanitaires, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la cause principale de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde, 99 % des décès maternels de femmes âgées de 15 à 49 ans étant survenus en 2015 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [13], [155], [157].

Quand les victimes avaient découvert qu'elles étaient enceintes, quelques réactions négatives avaient été enregistrées. Les adolescentes, leurs partenaires sexuels ainsi que leurs parents, estimaient que cette grossesse n'est pas la bienvenue dans respectivement 74,8%, 54,6% et 82,7% des cas. Malgré que certaines estimaient que la grossesse n'est pas la bienvenue. Cependant, elles l'ont accueilli comme un « don de Dieu » dans 62,2% des cas, comme « une punition divine » dans 26,4% des cas, et, comme une erreur de la vie dont il faudra prendre des dispositions plus tard pour l'éviter dans 11,4% des cas.

Ce pourcentage si élevé d'adolescentes qui ont accueilli la grossesse comme un don de Dieu, montre à suffisance une recherche de positionnement surtout pour celles issues des familles des conditions socio-économiques défavorisées. Ce qui rejoint les résultats d'autres auteurs [29], [50], [110] qui considèrent la survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables comme une *stratégie d'adaptation*, projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative [82], [156], [162].

Une minorité d'elles (25,2 %) étaient prêtes à accueillir leurs grossesses contre 74,8% qui estimaient que cela devait venir un peu tard. Uzan a observé également l'existence d'un désir d'enfant chez des jeunes femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel. Ce désir naît en général au sein d'un très jeune couple, éventuellement marié. La grossesse est intégrée dans un schéma précis, il s'agit d'un projet de grossesse conçu autour d'un désir d'enfant identique à celui que l'on va retrouver plus tard chez les couples plus âgés [117].

Pour les études comme celle de Miller BC. et ses collaborateurs, ils identifient également d'autres facteurs en lien avec l'environnement familial qui rendent l'adolescente plus à risque d'une grossesse : habiter dans un quartier (voisinage) désorganisé ou dangereux et dans une famille à plus faible revenu socio-économique, vivre avec un parent seul, avoir des frères et sœurs plus âgés sexuellement actifs ou des sœurs adolescentes enceintes ou mamans, et avoir été victime d'abus sexuels [78], [117].

Dans de nombreux contextes, les grossesses chez les adolescentes sont courantes. En 2016, on a estimé à 21 millions le nombre des filles âgées de 15 à 19 ans qui étaient enceintes dans les pays en développement, 12 millions d'entre elles environ ayant accouché [92], [162]. Pour certaines adolescentes, la grossesse et l'accouchement sont planifiés et souhaités. Pour les autres, ce n'est pas le cas. Pour la moitié environ, des grossesses chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans les pays en développement sont non désirées [104], [149], [163]. Les facteurs favorisant des grossesses chez les adolescentes sont propres au contexte, tels le mariage d'enfants, la pauvreté, l'absence de perspectives et les valeurs sociales ou culturelles liées à la féminité et à la maternité [32], [79], [80], [149].

Concernant la survenue des grossesses chez les adolescentes, il sied de signaler cinq types de grossesses décrits par les chercheurs à savoir :

- La « grossesse rite d'initiation » : façon de reproduire ce que l'on voit (phénomène de mode), de pérenniser la descendance (mimétisme) ;
- La « grossesse SOS » : appel à l'aide, besoin d'exprimer un manque, une douleur quelconque (ex : psychologique) ;
- La « grossesse insertion » : moyen d'être reconnu dans la société, de (se sentir) exister, d'avoir un projet plus accessible ;
- La « grossesse identité » : la maternité confère une identité, revalorise l'estime de soi ;

- La « grossesse accidentelle » : résultante imprévisible et involontaire de l'acte. Penser l'hétérogénéité...[121].

Dadoorian identifie également parmi de nombreux récits d'adolescentes l'existence d'un désir d'avoir un enfant [159].

Un certain nombre d'études ont montré que la grossesse parmi les adolescentes est souvent intentionnelle. Davies et ses collaborateurs ont examiné la prévalence du désir de grossesse et les facteurs corrélés à ce désir parmi un échantillon de 462 adolescentes afro-américaines de 14 à 18 ans socio-économiquement désavantagées. Une proportion de 23,6% des adolescentes ont exprimé le désir d'être enceinte. Un certain nombre de ces adolescentes avaient d'ailleurs déjà vécu une histoire de grossesse. Comparé aux adolescentes qui n'ont aucune envie d'être enceinte, celles qui expriment une certaine envie ont plus souvent un partenaire qui désire la grossesse, un partenaire qui est âgé d'au moins 5 ans de plus, une plus faible estime de soi, perçoivent davantage de barrières à utiliser un préservatif et perçoivent un plus faible soutien familial. Contrairement aux attentes des auteurs et aux résultats d'autres recherches, la dépression, le fait d'avoir déjà eu une histoire de grossesse, la cohabitation (le fait d'habiter ou pas avec ses parents ou sa mère), et la perception du rôle de la femme dans la société n'étaient pas corrélés avec le désir de grossesse [74].

Rosengard et ses alliés ont évalué les intentions de grossesse parmi un échantillon de 354 adolescentes (14-19 ans) sexuellement actives, mettent en évidence des intentions réelles de grossesse chez ces adolescentes : 23,5% planifiaient de tomber enceinte dans les 6 prochains mois. Mais également des intentions floues chez certaines adolescentes : pour 66 % la grossesse est non planifiée mais évaluée comme *probable*. Ces intentions floues sont à prendre en considération car elles ont un impact sur le comportement contraceptif [164]. D'autres auteurs ont trouvé qu'il y a des adolescentes qui planifient de tomber enceintes et qu'elles sont prêtes à accueillir cela [156], [158].

Ces adolescentes qui indiquent des intentions floues de grossesse ont plus de chances d'avoir un test de grossesse positif 6 mois après (près d'1/3 ont eu un test de grossesse positif) que celles qui avaient indiqué clairement n'avoir aucune intention d'être enceinte (grossesse non planifiée et non probable). 40% ont rapporté ne pas utiliser de moyen de contraception lors de chaque rapport sexuel. Et plus de 75% de celles ayant un test de grossesse positif déclarent vouloir avorter ou avoir déjà avorté [149], [155], [159].

L'UNICEF a avancé les conséquences de la sexualité des jeunes non bien orientée qui va jusqu'aux maternités précoces lesquelles se soldent par des mariages précoces et parfois forcés. Ces mariages précoces voire forcés, énoncés par l'UNICEF, viennent appuyer nos résultats pour lesquels, les parents des filles victimes des maternités précoces ont fini par donner leurs filles en mariage dans 39,3% et imposer le mariage de leurs filles [61].

Une source particulière de danger pour la santé et la vie des filles et des jeunes femmes est la prévalence du mariage d'enfants dans les pays où la proportion des jeunes dans la population est élevée. Chaque jour, 39 000 filles deviennent des épouses enfants, soit environ 140 millions par décennie. (Le terme d'enfants désigne ici les jeunes de moins de 18 ans, généralement considérés comme mineurs.) De plus, cette pratique tend, non pas à se réduire mais à s'accroître, en partie pour des raisons démographiques. « Le problème menace de s'aggraver avec l'expansion de la population jeune dans le monde en développement », note l'UNFPA [146]. Le mariage d'enfants, du fait qu'il s'accompagne généralement de grossesses précoces, est lié aux décès résultant des complications de la grossesse et de l'accouchement; les filles mariées risquent également davantage que les femmes mariées de subir des violences et d'autres sévices commis à leur endroit par leur mari.

Les différentes occupations et statuts matrimoniaux acquis par ces dernières après accouchement de leurs premiers-nés, prouvent à suffisance la confirmation de leurs attentes en termes de vision de leur devenir qu'elles envisageaient avant de tomber enceintes. Ceci se rallie aux résultats d'autres chercheurs dont Johanne Charbonneau et ses alliés au Québec, quand ils observent plusieurs différences dans le vécu de la grossesse et de la maternité en fonction de l'origine ethnique des mères adolescentes. Ils ont analysé rétrospectivement 62 dossiers d'accouchements de jeunes filles de 13 à 17 ans. La majorité des patientes étaient âgées de 16 et 17 ans (92%) et 46,8% sont originaires d'Afrique subsaharienne. Par rapport aux autres filles, les adolescentes originaires d'Afrique subsaharienne vivent plus souvent en couple avec un partenaire le plus souvent âgé de plus de 25 ans. A la sortie de la maternité, les adolescentes africaines vont fréquemment vivre au domicile du père de l'enfant et la mise en place d'un suivi spécialisé s'avère moins souvent nécessaire [97], [113], [154].

Les événements comme les disputes et tiraillement entre deux familles (42,4%), la non acceptation du partenaire accompagnée ou pas de sa fuite/ évaison (21,5%),

l'humiliation au quartier dans 12,9% et la tendance à l'IVG dans 11,0% des cas ont été vécus à l'annonce de la grossesse.

Notre situation est similaire à celle du Burkina Faso où la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, se caractérise par une sexualité précoce (un adolescent sur quatre dont l'âge varie entre 15 et 19 ans a déjà enfanté ou connu une 1<sup>ère</sup> grossesse) ; des jeunes filles sont mariées à l'âge de 14 ou 15 ans ; des grossesses précoces et non désirées (14,4% en milieu urbain et 28,4% en milieu rural) sont observées. Des avortements provoqués (au CHN Sourou SANOU de Bobo-Dioulasso, 37 % des décès maternels sont dus à des avortements clandestins et plus de la moitié concernent des adolescentes) sont enregistrés chaque jour ; le multi partenariat, les rapports sexuels non protégés (20% chez les garçons et 40% chez les filles) conduisant à une prévalence élevée au VIH/SIDA dans la tranche d'âges 15-24 ans est estimée à 2,7% selon l'EDS III), sont fréquents chez les adolescents [165].

Comparés aux structures de santé, l'âge moyen à la maternité précoce était de 17,4 ans avec une déviation standard de 0,92 ce qui détermine une différence non statistiquement significative du fait de l'inclusion de ces chiffres dans les mêmes intervalles de confiance. Pendant que l'âge médian, le minimum Q3 et le maximum restent les mêmes, respectivement de 17 ans, 13 ans, 17ans et 18 ans. Ceci montre que notre enquête dans la population est venue confirmer les résultats de la clinique.

Pour KASONGO K. A., il ressort un comportement à risque dans la population enquêtée, constituée des jeunes étudiants de l'Université de Lubumbashi. La jeunesse était active sexuellement dans 71,1% des cas. Le multi partenariat sexuel, une pratique courante notée dans 90,5% des cas chez les filles et 82,4% des cas chez les garçons. Il a été un facteur à la base des cas élevés des symptômes d'IST dans 22,3% des cas. L'âge médian et moyen au premier rapport sexuel était de 17 ans avec un minimum de 11ans et un maximum de 22ans. Ces résultats viennent appuyer un comportement sexuel à risque de nos enquêtées avec une majorité qui a connu au moins deux partenaires sexuels avant de tomber enceinte. Ce comportement sexuel à risque n'est pas sans danger. Il est à la base des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles...[150].

Selon l'étude de Vodiena Gabriel et ses collaborateurs sur le mode de vie sexuelle des adolescents, il a été noté que la sexualité non bien contrôlée et maîtrisée des jeunes est à

la base de la prévalence élevée des IST dans la population des jeunes vivants dans les ménages de Lubumbashi. Elle est estimée à 16,2% [14,1% - 18,3%] pour les deux sexes soit respectivement 20,9% et 13,5% pour les filles contre 14,4% pour les garçons pour la RDC [18].

Selon l'enquête de surveillance comportementale (ESC) et de séroprévalence menée en République démocratique du Congo en 2006, il ressort qu'à l'âge de 15 ans, un jeune sur deux est sexuellement actif, mais un peu plus de garçons (54,1%) que de filles (48,1%), La multiplicité des partenaires sexuels ; une pratique courante aussi bien chez les garçons (56,7%) que chez les filles (52,4%) [18].

L'écart d'âge entre partenaire allait de 2 à 8ans en faveur des partenaires masculins (70,4%), suivie de l'écart d'âge entre 8 et 14 ans dans 27,9%. Aucune victime n'avait un âge égal ni inférieur à celui de son partenaire sexuel, auteur de sa grossesse.

Cet écart d'âge entre partenaire vient prouver à suffisance le faible pouvoir de décision des partenaires féminins à agir devant les violences sexuelles commises à leur égard par leurs partenaires, qui sont parfois, deux fois plus âgées qu'elles. 50,9% des filles n'entretennent plus des relations avec les géniteurs de leur(s) enfant(s) et 49% continuent à entretenir des relations avec les géniteurs de leurs enfants.

C'est ici que l'OMS observe que, la violence sexuelle est une autre cause de grossesse non désirée. Celle-ci est très répandue, plus d'un tiers des jeunes filles déclarant, dans certains pays, que leur premier rapport sexuel a eu lieu sous la contrainte [15].

Une proportion de 57,1% de nos enquêtées connaissaient l'inconvénient de ne pas prévenir les grossesses précoces. Parmi elles, 70,6% connaissaient prévenir les grossesses précoces et, 56,4% d'entre elles connaissaient que l'on peut tomber enceinte au cours d'un seul rapport sexuel.

Cette connaissance n'est pas du tout mise en application car même celles qui connaissaient ces inconvénients ont fini par contracter ces grossesses non exemptes des conséquences néfastes.

Devant des idées qui consistaient à considérer les rapports sexuels avant mariage comme un cadeau précieux à son partenaire, ceci reste un véritable problème et une cause de survenue des grossesses non planifiées chez les adolescentes et que les efforts doivent y être

orientés pour combattre ces intentions de grossesse précoce. Ceci montre combien l'accent doit être mis sur la lutte contre la sexualité des jeunes pour les aider à réussir leur vie.

Ces résultats sont la preuve de la faible communication en matière de la sexualité avec les adolescentes.

Face à l'utilisation des méthodes de contraception, nos résultats nous ont montré que :

Le préservatif a été le moyen de contraceptif le plus connu dans 61,9% des cas suivi de la pilule dans 42,2% puis, le collier du cycle et le calendrier dans 40,1%, le contraceptif injectable (dépo provera) citée dans 16,3%, le contraceptif d'urgence cité dans 6,4% et les autres méthodes citées dans 9,4% des cas. La majorité de nos enquêtées pensaient que, le préservatif ainsi que l'abstinence sexuelle sont les deux moyens de contraception les plus efficaces dans 67,8% contre celles qui ont évoqué la pratique des rapports sexuels occasionnels et moins fréquents dans 32,2%. La majorité de nos enquêtées n'utilisaient aucune méthode de contraception dans 68,6% des cas et, les raisons avancées ont été l'ignorance dans 39,8%, l'influence des pairs dans 21,2%, la conviction religieuse/foi/église dans 14% des cas.

Cependant, malgré la connaissance du préservatif et de son rôle, ce n'est pas pour autant que ce dernier a été utilisé régulièrement ni systématiquement par nos enquêtées pour se protéger contre la survenue des grossesses non désirées qui ont abouti à des maternités précoces.

La majorité ne préférerait pas utiliser les méthodes contraceptives modernes dans 57,4% des cas pendant que 42,6% d'entre elles préféreraient en utiliser. 12,4 % de nos enquêtées ont déclaré trouver facilement les contraceptifs qu'elles pouvaient utiliser avant de tomber enceinte contre 87,6% qui ne savaient où se les procurer. Parmi les principales raisons de non accès facile aux méthodes contraceptives avancées figuraient : l'ignorance (40,1%), la limitation de l'accès ou leur interdiction aux adolescentes et jeunes filles (37,1%). Enfin, le manque des moyens financiers évoqué dans 22,9% des cas.

Selon l'OMS, il arrive que les adolescentes qui veulent éviter une grossesse ne parviennent pas à le faire soit par manque de connaissances, soit parce qu'elles ont de fausses informations sur les endroits où se procurer des moyens de contraception soit

encore, ne savent pas comment les utiliser. Les adolescentes sont confrontées à des obstacles en matière d'accès à la contraception, notamment à l'existence de lois et de politiques restrictives concernant la fourniture de moyens de contraception fondées sur l'âge ou la situation de famille, les préjugés des agents de santé et/ou le manque de volonté de reconnaître les besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle, et l'incapacité des adolescentes à accéder aux contraceptifs en raison de contraintes liées aux connaissances, aux moyens de transport et aux ressources financières. En outre, les adolescentes ne disposent pas toujours de l'autonomie nécessaire pour garantir l'utilisation correcte et régulière d'une méthode de contraception. Au moins 10 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans sont confrontées à des grossesses non désirées chaque année dans les régions en développement [15].

Les victimes connaissaient bien les deux méthodes efficaces de prévenir les grossesses précoces. Malheureusement ce sont encore celles qui connaissaient qui sont tombées enceintes. Signalons que les 32,2% restent une proportion très élevée qui, continuent encore, malgré les différentes conséquences de maternité précoce vécues, à ignorer les moyens de prévention efficaces des grossesses non désirées. Et, c'est ce qui montre qu'elles courent encore le même risque de tomber enceinte.

Ceci rejoint les résultats des chercheurs du Burkina-Faso, qui notent la sous scolarisation surtout des jeunes filles, le manque d'informations, qui fait souvent naître des craintes injustifiées. A cela, vient s'ajouter les blocages culturels accompagnant les obstacles d'ordre structurel, comme l'insuffisance des services de planification familiale. De plus, bien souvent le coût constitue une grande difficulté. Enfin, le mari est souvent un obstacle, car certains hommes pensent que la contraception incite les femmes à être infidèles [165].

Bailey et al., dans leur étude portant sur le devenir d'adolescentes enceintes, après un an, ont observé une importante augmentation de l'estime de soi chez les jeunes mères. Cependant, ils observaient également un important abandon scolaire, une dégradation de la relation avec le partenaire, et une diminution de la perception de l'impact positif de la grossesse sur la vie (7 thèmes étaient évalués comme étant « amélioré », « inchangé » ou « dégradé » : les études, la capacité de gagner de l'argent, la vie sociale, la santé, les amitiés, les parents, le partenaire). De plus, 20% des mères dont la grossesse avait été planifiée

(n=96) et 14% des mères dont la grossesse ne l'avait pas été (n=176) étaient ou avaient été de nouveau enceintes [37].

Pour l'OMS, parmi les conséquences sociales auxquelles sont confrontées les adolescentes enceintes célibataires peuvent figurer la stigmatisation, le rejet ou la violence de la part des conjoints, des parents et des pairs. Les jeunes filles qui tombent enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des violences perpétrées par leur époux ou leur conjoint. La grossesse et la maternité poussent souvent les adolescentes à abandonner leur scolarité et bien que, dans certains endroits, des efforts soient déployés pour leur permettre de retourner à l'école après la naissance de leur enfant, il est fort possible que cela mette à mal les possibilités d'éducation et d'emploi des jeunes femmes [15].

Les mariages précoces et forcés font objet d'une des conséquences de la maternité précoce dans notre étude comparés aux énoncés de l'UNICEF de 2017 qui ajoute les mariages précoces et parfois forcés parmi les risques qui accompagnent la sexualité des adolescentes[85].

Concernant la fréquentation de la CPN, les mères adolescentes de notre étude n'avaient pas fait objet de fréquentation de la CPN dans 14,0% des cas. Parmi celles qui avaient fréquenté la CPN (86,0%), seules 40,0% d'entre elles s'y étaient inscrites dès le 1<sup>er</sup> trimestre de leur grossesse. La majorité d'elles avaient apprécié d'avoir été assez bien entourées lors de la fréquentation de cette CPN dans 58,9% des cas. De ces cas de maternités précoces enquêtées, seules 29,1% d'entre elles, avaient allaité exclusivement leurs enfants au sein.

Les études en notre possession, ont souligné l'absence de suivi de CPN qui était 2,29 fois plus élevée chez les adolescentes que chez les femmes adultes (OR=2,29 [1,54-3,41]), 4 fois plus élevée chez les femmes qui vivaient seules que chez celles qui vivaient en union (OR=4,00 [2,05-7,79]) et 4,08 fois plus élevée chez les femmes de bas niveau de scolarité (analphabète ou primaire) que chez celles ayant un niveau de scolarité élevé (OR=4,08 [3,08-5,40]). Les auteurs poursuivent que l'accouchement chez les mineures d'âge restent accompagnés de plusieurs risques : d'accouchement par césarienne (OR=1,78 [1,21-2,63]), d'éclampsie (OR=3,00 [1,09-8,70]), de rupture utérine (OR=4,76 [1,00-47,19]) et d'anémie (OR=2,33 [1,06-5,13]). Les taux de prématurité (OR=1,93 [1,33-2,80]), de post-maturité (OR=1,47 [1,00-2,30]), de faible poids de naissance (OR=2,33 [1,56-3,46]), de dépression néonatale (OR=3,89 [2,52-6,02]), de transfert en néonatalogie (OR=1,60 [1,11-

2,32]) et de mortalité périnatale (OR=2,70 [1,59-4,57]) étaient significativement plus élevés chez les nouveau-nés issus des femmes n'ayant suivi de consultations prénatales que chez ceux de celles les ayant bien suivis [166].

Une autre hypothèse émise par Corcoran et al. est le manque d'accès aux soins, le manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rendent les jeunes provenant des milieux socio-économiques précaires, très vulnérables au risque de grossesse [120].

Concernant l'adoption des interventions prénatales recommandées, elle se situe entre 11 et 43% chez les prestataires de soins prénatals, quelle que soit la fréquence de leurs visites. La mortalité périnatale était de 26‰. La fréquentation de la CPN était associée à mortalité périnatale. La mortalité des nouveau-nés de mères les moins fréquentées était deux fois plus élevée que celle des femmes n'ayant pas suivi de CPN. Les auteurs ont ajouté cependant que, la fréquentation modérée et élevée n'étaient pas statistiquement associée à la mortalité périnatale. La fréquentation de la CPN n'était pas significativement associée à une baisse de la mortalité périnatale. Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence étaient significativement associés à une réduction de la mortalité, avec une réduction de 84,4% chez les nouveau-nés à risque et une réduction globale de la mortalité de 10% pour toutes les naissances [167].

Selon l'OMS, ce sont les femmes pauvres vivant dans des zones reculées qui ont le moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés. Cela est particulièrement vrai dans les régions où les travailleurs de santé qualifiés sont peu nombreux, comme l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud. Si le niveau de soins anténatals a augmenté dans de nombreuses régions du monde au cours de la dernière décennie, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Autrement dit, des millions de naissances ont lieu sans l'assistance d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière qualifiée. Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations anténatales, de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum. Dans les pays à faible revenu, sur l'ensemble des femmes enceintes, un peu plus de 40% avaient bénéficié en 2015 des 4 consultations anténatales recommandées [70].

Dans les études de l'OMS et celle de Blencowe H. et ses collaborateurs, les autres facteurs qui empêchent les femmes de recevoir ou de solliciter des soins durant la grossesse et l'accouchement sont notamment: la pauvreté; la distance du domicile à l'égard de l'établissement de santé, le manque d'informations, l'inadéquation des services et les pratiques culturelles. Pour améliorer la santé maternelle, il convient d'identifier les obstacles qui limitent l'accès à des services de santé maternelle de qualité et de prendre des mesures pour y remédier à tous les niveaux du système de santé [70], [88].

Dans l'étude de Genest, et ses collaborateurs, il a été noté que le suivi de grossesse chez les adolescentes restait globalement inférieur en qualité aux moyennes nationales françaises, et que des différences significatives ont été observées lorsqu'on prenait en compte des éléments socio démographiques. Trois profils apparaissaient dont 66 adolescentes âgées de 12 à 15 ans (Groupe A), ont déclaré une surveillance de grossesse chaotique, avec une situation sociale, professionnelle, familiale peu renseignée. Cent-deux adolescentes âgées de 15 à 17 ans (Groupe B) ont présenté un suivi de meilleure qualité mais avec des grossesses qui étaient très souvent non désirées avec une situation sociale instable. Enfin, 52 adolescentes âgées de 17 ans (Groupe C) présentaient un suivi plutôt de bonne qualité avec un investissement de la grossesse légèrement plus affirmé. Les auteurs ont préconisé que tenir compte des conditions de vie des adolescentes était essentiel pour étudier les maternités précoces et pallier les vulnérabilités propres à cette population fragile. Ils ont ajouté qu'un repérage des facteurs favorisant, une surveillance de grossesse optimale chez ces jeunes femmes était mis en parallèle avec une réduction des risques obstétricaux et sociaux [121].

## ***SECTION 3. DISCUSSIONS DES RESULTATS DU FOCUS***

### ***GROUP***

#### ***4.3.1. Limite de l'étude et biais probables***

Les données de notre étude proviennent essentiellement de propos recueillis lors de nos entretiens. Dès lors, nous avons contrôlé quatre biais pour assurer la qualité des données de notre étude, à savoir :

- 1) Le biais de sélection qui, pour le contourner, nous avons rassemblé, analysé puis, vérifié les éléments de sélection, notamment les critères d'inclusion et d'exclusion en vue de l'homogénéité de l'échantillon et des résultats fiables.
- 2) Le biais lié à la formulation des questions : ce biais a été évité par la présentation de question d'entretien du point de vue taxonomique pour les enquêtées en évitant des verbes à multiples interprétations, pouvant amener à la confusion. Les questions étaient claires et pertinentes et posées en langue locale qui est le Kiswahili.
- 3) Le biais lié aux réponses données. A ce niveau, nous ne pouvons pas dire avec certitude que ce que les enquêtées ont dit est réellement leur point de vue et qu'ils y sont réellement engagés. Les biais ont été contrôlés en garantissant aux enquêtés l'anonymat et en leur expliquant l'importance de leurs contributions pour l'atteinte des objectifs de l'étude.
- 4) Le biais lié à l'enregistrement des données : il a été contrôlé par un bon enregistrement et une saisie intelligente des données qui incorporait une traduction logique des codes des questions. L'enregistrement comme la saisie ont été réalisés une deuxième fois pour nous rassurer de la fiabilité, de l'exactitude et de l'exhaustivité des données afin d'éviter les différents types d'erreurs.

#### *4.3.2. Evaluation de l'atteinte des résultats*

Dans la présente partie, nous nous sommes assigné l'objectif de déterminer la perception et les vécus des mères qui se sont accouchées avant d'atteindre 19 ans d'âge dans la province du Lualaba face au phénomène maternité précoce. Nous avons mené une étude qualitative phénoménologique. Les interviewées ont été mises en des groupes homogènes de 8 à 12 en forme de focus group pour arriver à atteindre l'objectif que nous nous étions fixé. C'est autour du 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> focus group que nous avons remarqué la saturation des réponses. Ceci nous a amené à clôturer avec notre étude. Les résultats présentés dans la partie précédente nous ont permis d'aborder leur discussion dans cette partie.

1. De la validité de l'étude : notre étude a été menée selon une démarche qualitative. Ces études ne peuvent rien expliquer en dehors de ce qui nous a été renseigné par les interviewées. Nous avons admis cette étude dans l'objectif de compléter certains points que les phases précédentes de l'étude (quantitatives) n'ont pas pu aborder. Cependant,

les résultats de cette phase de l'étude ne sont que des faits que les interviewées nous ont cités. Ceci nous a épargné de la subjectivité des faits attendus.

2. De la fiabilité de l'étude : dans notre étude, nous avons pris soins de traduire notre questionnaire semi-dirigé en langue locale qui était le Swahili. Cela pour arriver à standardiser la compréhension à nos interviewées à qui le questionnaire a été administré en langue locale. Les interviewées avaient été mises toutes dans de bonnes conditions et estimons que les réponses qu'elles nous ont fournies sont vraies selon leurs vécus car chacun s'exprimait librement et ouvertement sans aucune hésitation ni pression.

3. Quant à comparer nos résultats à ceux des autres chercheurs, les lignes qui suivent reprennent nos commentaires ;

Après analyse de la partie quantitative, les données qualitatives ressorties de cette interview ont été les suivantes :

Nos interviewées étaient en majorité des célibataires dans 72,5% des cas. Elles n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas et, vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas. Leur âge moyen était de 19,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an avec des extrêmes de 16 et 21 ans.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité était de 16,35ans avec un Ecart-type de 1,32 an. La médiane de 16,5 ans. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées avaient déjà accouché pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

Les facteurs en cause de la survenue des maternités précoces que nous avons ressortis auprès de nos interviewées ont été : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement, la recherche ou le désir d'un enfant, la confiance dans le partenaire et les fausses promesses des partenaires, le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents, la non accessibilité aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes pour ne citer que ceci. Ces facteurs ressemblent à ceux trouvés par d'autres chercheurs que nous énumérons dans les lignes qui suivent.

La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait que la pauvreté matérielle, la précarité des conditions de vie, les faibles revenus, bref le statut socio-économique défavorisé constituent les principaux facteurs environnementaux qui favorisent les grossesses précoces. A ces principaux facteurs environnementaux s'ajoutent d'autres

facteurs socioéconomiques et sociodémographiques non négligeables, d'après les recherches focalisées sur ce sujet [126], [168], [169].

Cependant, l'influence de la culture d'origine (ex : mariage précoce fait penser au trait culturel), l'origine ethnique (Afrique subsaharienne, latino-américaine, ...), la région, la communauté ou le quartier pauvre, le contexte de voisinage, la mauvaise intégration sociale, l'échec scolaire : faible niveau d'étude, scolarité peu valorisante ; les faibles perspectives d'avenir, manque d'opportunités, valorisation sociale de la maternité (même à l'adolescence), acquisition et reconnaissance d'un statut social - la religion ou religiosité [73], [99], [168].

Pour d'autres chercheurs comme Roy S. et ses collaborateurs, Uzan et Arai, la survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables pourrait être considérée comme une stratégie d'adaptation : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé, projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative [63], [73], [152].

L'Enquête nationale périnatale de 2010 menée en France, a montré que les femmes immigrées de l'Afrique subsaharienne et de nationalité étrangère représentent la population à plus haut risque périnatal : ce sont des femmes plus âgées, avec un plus grand nombre d'enfants, un niveau d'étude plus faible et des ressources issues d'une activité professionnelle plus basses. En plus de ces variables sociodémographiques défavorables, elles présentent des particularités sur le plan obstétrical : un moins bon suivi prénatal en dépit de pathologies plus nombreuses, un risque beaucoup plus élevé de césariennes (35 % VS 19,9 % pour les Françaises), et de mortalité, de prématurité et de faible poids de naissance chez leurs nouveau-nés [170].

En d'autres termes, d'après plusieurs observations et études scientifiques, il ressort de manière générale que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est observée plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés, dans les quartiers plus pauvres, dans lesquels les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leurs perspectives

d'avenir sur le plan scolaire et professionnel. On peut lire à ce sujet les études de quelques chercheurs [73], [99], [120], [126].

Avant la survenue des maternités précoces, la majorité de nos enquêtées étudiaient dans 62% des cas suivies de celles qui réalisaient le petit commerce dans 15,0% des cas. Après la survenue des maternités, la majorité d'entre elles sont lancées dans le petit commerce dans 35,0% puis celles qui se sont occupé des ménages et des études dans respectivement 28,8% et 20,0% des cas.

Jewell et ses collaborateurs ont constaté l'impact du statut socioéconomique sur les comportements de contraception. Ils ont observé entre autre que les jeunes femmes issues de milieux plus défavorisés étaient moins enclines à utiliser une contraception d'urgence [125]. Selon le groupe de Pereira, la survenue d'une grossesse à l'adolescence est associée significativement à un plus grand nombre d'échecs scolaires. Parmi le groupe d'adolescentes enceintes, seulement 12,3% suivaient encore les cours, 52,6% avaient déjà « décroché un diplôme d'Etat » avant d'être enceinte [126].

Quant aux conséquences sanitaires liées aux enfants, la majorité d'elles ont reconnu avoir mis au monde des enfants prématurés, de faible poids de naissance et d'autres avec souffrance fœtales à la naissance... d'autres encore nous ont parlé de leurs enfants qui étaient décédé peu de jour après la naissance à l'hôpital, d'autres encore ont vécu des cas de fistules vaginales...

Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude menée au Katanga par Bulanda Nsambi Joseph et ses alliés dans laquelle, les femmes qui ont accouché par la voie basse ont vécu des cas de fistules. Sur les 242 cas de fistules étudiés, les primipares ont été incriminés dans 42,6% des cas [151]. Les résultats de l'étude de Tebeu, ramène la proportion des primipares à 31 à 66,7% parmi les ayant été prises en charge pour des problèmes de fistules [140]. Ceci confirme la littérature dont, pour plusieurs auteurs, la majorité des fistules et complications obstétricales surviennent chez les adolescentes primipares du fait d'une disproportion céphalo-pelvienne et d'un travail d'accouchement prolongé [149], [163], [169], [171], [172]. Ces résultats rejoignent les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui vont à plus de 2 millions de jeunes femmes à travers le monde qui vivent avec une fistule non traitée et que 50000 à 100000 nouvelles femmes sont touchées chaque année. La grande majorité des cas est recensée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-

Est [75], [173]. En RDC, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2007 indique que 0,3% des femmes déclarent avoir déjà présenté des symptômes de la fistule [3].

Le regret a été enregistré dans la grande proportion des jeunes mères qui ont accouché tôt et qui souhaitaient à ce que ces accouchements soient retardés et non avoir lieu à cette période-là. Ceci a pu partager leur perception dont celle de désir d'enfant, celle d'attendre la venue tardive de cet accouchement voire, celle de créer des manques à gagner aux victimes. Sans oublier celles qui croyaient qu'elles étaient restées sans utilité pour le futur mariage du fait de l'invalidité causée par le problème de déchirures des parties molles. Ceci reste d'application en RDC et surtout en Afrique où beaucoup de séries de cas montrent des taux élevés de divorce ou de séparation conjugale, l'absence de rapports sexuels, la perte de fertilité, l'aménorrhée et la dépression chez les femmes fistuleuses [74], [91], [149].

## CONCLUSION

La maternité précoce reste présente dans tous les pays du monde quelle que soit sa fréquence faible ou élevée et demeure un problème de santé publique. Elle entraîne nombreuses complications fœto-maternelles et constitue une préoccupation sociale et sanitaire majeure dans certains pays du monde. Pour lutter contre ce fléau, plusieurs stratégies sont prises, allant de la protection des adolescentes contre la pratique des rapports sexuels occasionnels, la promotion des méthodes contraceptives, l'éducation pour les pratiques sexuelles responsables etc...

Nous avons mené une double étude transversale à visée analytique et une étude qualitative phénoménologique dans 5 zones de santé de la Province du Lualaba (2 urbaines et 3 rurales). L'objectif de cette étude était de déterminer le profil épidémiologique et sociodémographiques des victimes des maternités précoces, les risques et les perspectives de solutions contre la maternité précoce dans la province du Lualaba de 2012 à 2017. Pour y arriver ; le pronostic foeto-maternel, l'analyse situationnelle et la perception, ainsi que les vécus des mères victimes de maternité précoce, adolescentes âgées de moins de 19 ans ont été analysés.

Sur le plan descriptif, après investigation, les résultats nous ont montré que la maternité précoce est une réalité au Lualaba avec un taux de 13,8% (IC 0,95 = [13,4 ; 14,2]). Les structures rurales connaissent des taux plus élevés que celles urbaines dans respectivement 16,0% [15,4 ; 16,6] contre 10,2% [9,6 ; 10,8]. L'âge moyen à la maternité précoce était de  $17,1 \pm 0,82$  ans. Les extrêmes étaient de 13 ans et de 18 ans pour le milieu clinique et de  $16,55 \pm 1,9$  ans dans la communauté. Et l'âge moyen au 1<sup>er</sup> rapport sexuel complet était de  $14,6 \pm 1,7$  ans. Cependant, toutes nos enquêtées étaient moins âgées face à leurs partenaires sexuels. La majorité de nos enquêtées échangeaient librement au sujet de la sexualité avec leurs amies et copains.

Les enquêtées étaient toutes croyantes dans 100% des cas. La majorité d'entre elles ont passé leur petite enfance en milieu urbain dans 63,5% des cas, contre 24,1 % qui l'ont passée au village (milieu rural). La majorité des victimes des maternités précoces avaient comme groupe social (amies) les élèves (49,9%), suivies des vendeuses (18,8%), les jeunes

fiancées (16,0%), les amies d'une chorale (10,2%) les femmes libres (4,0%) et les exploitants minières artisanales (1,0%).

Le 1<sup>er</sup> rapport sexuel était pratiqué en vue de vérifier la maturité sexuelle, soit lors des circonstances festives, soit encore pour chercher à plaire à leurs partenaires sexuels, soit à la recherche de quelque bien de valeur. La majorité des enquêtées (65,1%) avaient été rendues mères par leurs amis du quartier, les partenaires sexuels fidélisés et les fiancés ont été cités dans 22,5% des cas, les rencontres occasionnelles citées aussi dans 10,0% des cas et les bourreaux (violeurs) dans 2,4% des cas.

Les connaissances erronées étaient enregistrées. Les enquêtées des milieux ruraux croyaient que l'on ne peut pas tomber enceinte lors d'un seul rapport sexuel non protégé et, que le rapport sexuel moins fréquent pouvait prévenir la grossesse.

Les enquêtées avaient une bonne connaissance dans la prévention des grossesses mais non mise en pratique. Peu d'entre elles, utilisaient les moyens de contraception et de façon irrégulière (17,5%). Celles qui n'utilisaient pas les contraceptifs avaient avancé comme raisons : l'ignorance (31,5%), l'influence négative des pairs (29,0%), l'accès limité aux contraceptifs pour les adolescentes (17,3%) et les convictions religieuses (11,6%) ainsi que les us et coutumes (10,6%). Globalement, 57,5% souhaitaient la contraception pour prévenir la grossesse précoce.

Avant la survenue des grossesses précoces, toutes nos enquêtées étaient célibataires. Elles étaient en majorité des élèves et peu d'entre elles vendaient ou s'occupaient des ménages. Après l'accouchement, un grand changement de rôle a été observé. La majorité s'est occupée des ménages, suivie de celles qui ont commencé à entreprendre le petit commerce. Seule une minorité est retournée à l'école pour étudier.

Les facteurs de risque cités dans la survenue de la maternité précoce auprès de nos interrogées ont été : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement ou d'un soutien, la recherche ou désir d'enfant, la confiance dans le partenaire, les fausses promesses des partenaires, le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents dû à la précarité, la non accessibilité des adolescentes aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes... par ailleurs, la prise des boissons alcoolisées a favorisé la pratique des rapports sexuels.

L'espoir de remplacement après la mort (48,4%) et la complicité avec son enfant (46,7%) ont été cités comme avantages de maternité vécue par les adolescentes. Les adolescentes croyaient que le rapport sexuel avant le mariage était un cadeau précieux à son partenaire (58,9%). Le multi partenariat sexuel vécu par 51,9% de nos enquêtées en est une illustration. Une proportion des enquêtées attendaient cette grossesse (39,7 %). Ce qui explique une attitude positive à la survenue de cette maternité.

Les conséquences observées dans le milieu clinique étaient multiples dont le décès des enfants avant 8 jours de vie (12,2%), la déchirure des parties molles, l'accouchement des faibles poids à la naissance (1,4 %), un effectif de 29 décès maternels avaient été enregistrés, soit un taux de mortalité maternel équivalent à 817 décès maternels pour 100000 naissances vivantes), les hémorragies du post partum, les césariennes...

Dans la communauté, les conséquences ont été vécues par 70,0% de nos enquêtées dont, 60,5% des déchirures périnéales, 25,3% des séjours prolongés à l'hôpital, 8,6% d'invalidité et 5,6% de rejet. Les femmes appartenant à la tranche d'âge comprise entre 13-15 ans avaient connu ces risques à des taux supérieurs par rapport à celles de 16-18 ans. Tel est le cas des fortes proportions de faibles poids à la naissance et de prématurité, un risque de décès des enfants avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie, les déchirures des parties molles et les hémorragies du post partum.

Les mères habitant le milieu rural et dont la tranche d'âge est comprise entre 13 et 15 ans ont connu un risque d'accoucher des faibles poids à la naissance, contre celles de la ville et Bidon ville de la même tranche d'âge.

Les nouveau-nés de faible poids de naissance ont connu un risque élevé de décéder avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie. Ce risque était élevé pour les nouveau-nés des mères âgées de 13 à 15ans. Pour le décès des enfants avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie, les faibles poids de naissance ont connu un risque deux fois élevé de décéder avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie.

Les conséquences psychosociales étaient caractérisées par l'abandon scolaire après accouchement, les mariages forcés et/ou précoces (50,7%) dont 35,3% contractés avec les auteurs de leurs 1<sup>ers</sup> nés contre 14,0% des mariages contractés avec d'autres partenaires. Le changement de rôle, la diminution des chances de mariage ont été enregistrés aussi comme conséquences de cette maternité.

La maternité précoce entraîne des effets néfastes en matière de la santé reproductive. Ces effets aboutissent aux graves complications et décès fœto-maternels. Cependant, les maternités précoces sont évitables lorsque l'on renforce l'éducation pour les pratiques sexuelles responsables, la promotion des contraceptifs et la responsabilisation des parties prenantes. Par ailleurs, l'encadrement spécifique des adolescentes mérite d'être organisé afin de les aider à éviter ces conséquences documentées par notre étude.

## SUGGESTIONS

Au vu de ce qui précède, nous suggérons ce qui suit:

✓ *Au Gouvernement*

- Légiférer l'utilisation des moyens de contraception et les rendre disponibles pour les adolescentes ;
- Recruter et former les pairs éducateurs en matière d'éducation sexuelle des adolescentes ;
- Fortifier la sécurité des adolescentes en matière de violence sexuelle.

✓ *Aux structures de santé*

- Promouvoir l'usage et l'utilité des moyens de contraception,
- Accompagner les écoles et d'autres structures éducationnelles dans l'amélioration des connaissances relatives à la santé de la reproduction pour les filles-mères ;
- Plaidoyer pour l'accessibilité et la disponibilité des moyens de contraception pour les adolescents (es) ;
- Prendre soigneusement en charge les victimes des maternités précoces en respectant le code de déontologie médicale;

✓ *Aux parents*

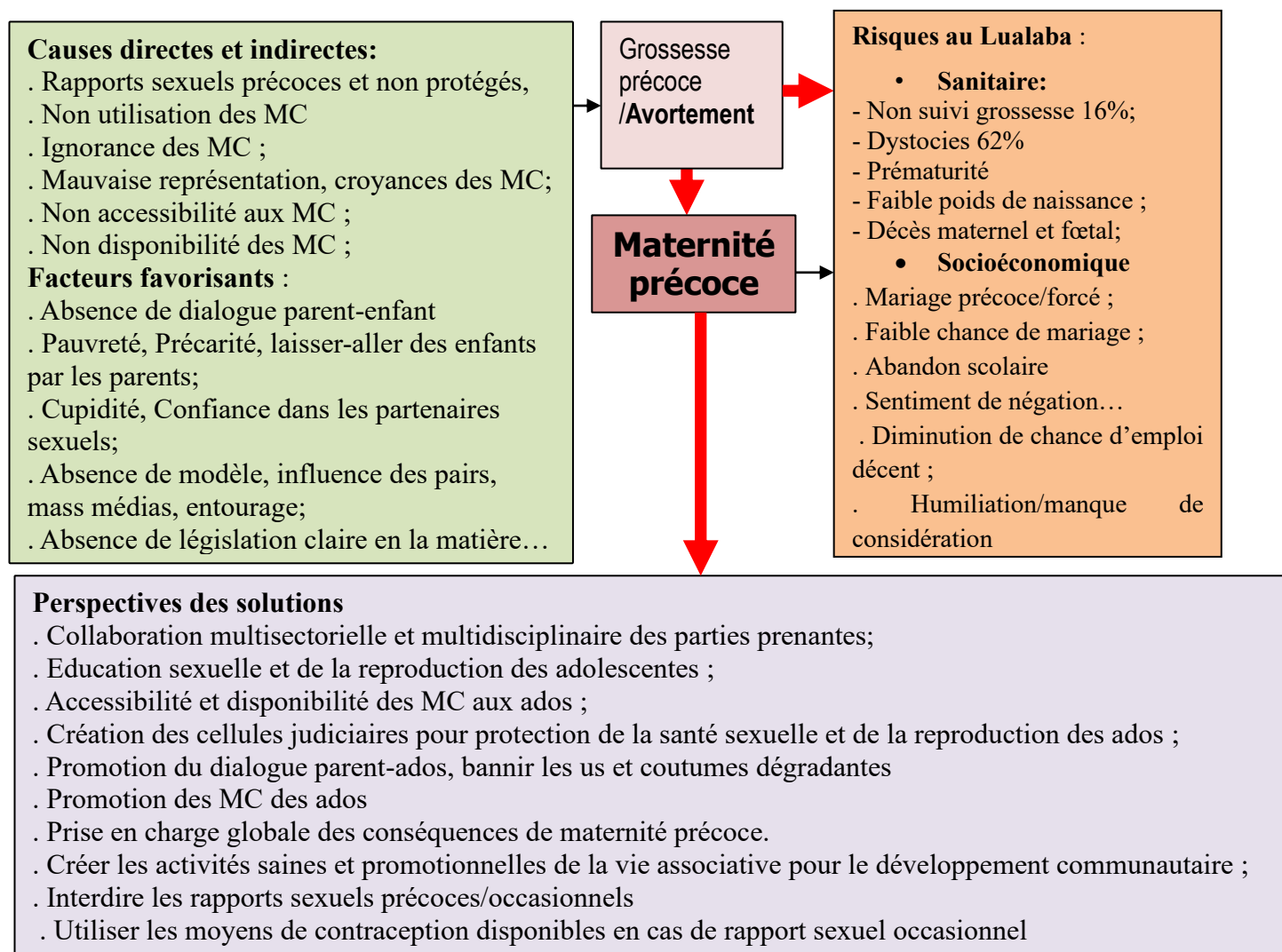
- Accompagner le gouvernement dans la lutte contre les grossesses précoces ;
- Apporter soutien et encadrement aux adolescentes en matière des pratiques sexuelles responsables,
- Bannir les us et coutumes dégradantes en matière de sexualité et de mariage précoce des adolescentes en privilégiant la scolarité sans discrimination ;
- Développer le dialogue avec leurs fils et filles sur les pratiques sexuelles et leurs conséquences.

✓ *Aux Adolescents (es)*

- Poursuivre et aimer les études ;
- Se donner à des activités saines et promotionnelles de la vie associative pour le développement communautaire ;
- Eviter les rapports sexuels précoces et occasionnels ;
- Utiliser les moyens de contraception disponibles en cas de rapport sexuel occasionnel ;

## VI. PERSPECTIVES DES SOLUTIONS CONTRE LA MATERNITE PRECOCE DANS LA PROVINCE DU LUALABA.

Ce modèle conceptuel, est issu des analyses faites des causes, fréquence ainsi que des facteurs ayant favorisé la survenue de la maternité précoce au Lualaba. Outre les éléments susmentionnés, ce modèle ressort aussi les perspectives des solutions contre la maternité précoce à travers les facteurs qui déterminent sa survenue auprès des jeunes mères d'âge inférieur ou égal à 18 ans dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba.



**Figure 6. Cadre conceptuel pratique relatif à la maternité précoce dans les zones urbano-rurales de la province du Lualaba**

Après analyse et investigation, nous sommes arrivé aux conclusions selon lesquelles, la maternité précoce est une réalité au Lualaba comme dans certaines contrées du monde. Cependant, les résultats trouvés nous invitent à proposer un plan de solutions aux problèmes causés par la maternité précoce dans la province du Lualaba. Ces problèmes étant d'ordre sanitaire, psychosocial, scolaire, économique, culturel...Quant aux pistes de solutions envisagées en ce qui concerne la résolution du problème, nous proposons les suivantes :

- Interdire les mariages et tous ses processus aux jeunes âgés de moins de 18 ans et appuyer la praticabilité du récent code de famille en matière de mariage ;
- Sensibiliser toutes les couches de la communauté pour l'obtention du soutien à la réduction des grossesses qui surviennent avant 18 ans;
- Sensibiliser les adolescentes et adolescents sur l'utilisation de la contraception et les avantages qu'elle offre et rendre accessibles et disponibles les méthodes de contraception (modernes et traditionnelles) aux adolescentes exposées à des grossesses précoces et non désirées ;
- Equiper les structures d'accouchement en kit des soins obstétricaux d'urgence et de base et en personnel accoucheur qualifié ;
- Prévenir les conséquences négatives en matière de santé reproductive, accroître l'utilisation de soins qualifiés durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale ;
- Former et informer les adolescentes sur la santé sexuelle et la sexualité responsable ;
- Interdire forcément les mariages avant l'âge de 18 ans ;
- Interdire forcément les rapports sexuels chez les adolescentes en punissant sévèrement les violences sexuelles et celles basées sur le genre ;

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation mondiale de la Santé, Orientations sur les aspects éthiques à prendre en considération pour planifier et examiner des recherches sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Genève Suisse, 2019.
- [2] World Health Organization, WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health. 2018.
- [3] Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2007., Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International. Kinshasa RDC, 2007.
- [4] Kasongo Kayembe Aimé, Makan Mawaw Paul, Mundongo Tshamba Henri, et Malonga Kaj Françoise, « Use of Preventive Methods against HIV-STIs by New Registrants Students at the University of Lubumbashi in the Democratic Republic of the Congo », Int. J. Sci. Res. IJSR ISSN 2319-7064 Res. Impact Factor 2018 028 SJIF 2019 7583, vol. 9, n° 4, p. 6, 2018, doi: 10.21275/ART20198274.
- [5] Yvonne Clémence Bambara, « Les facteurs de risque de la prostitution des jeunes filles mineures à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso », Serv. Soc., vol. 58, n° 1, p. 110-124, juill. 2012, doi: 10.7202/1010445ar.
- [6] ONU, « World Population Prospects: the 2010 Revision. », Division de la Population, 2011.
- [7] OMS, « Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes », Abidjan Côte d'Ivoire, Rapport du Secrétariat Générale de la Santé soixante-cinquième Assemblée mondiale de la santé A65/13 Point 13.4 de l'ordre du jour provisoire, mars 2012. Consulté le: févr. 20, 2017. [En ligne].
- [8] Organisation Mondiale de la Santé, « Mortalité maternelle », OMS, Genève Suisse, Communiqué de presse du 19 septembre 2019, oct. 2019.
- [9] Sarah Neal, Zoë Matthews, Melanie Frost, Helga Fogstad, Alma V Camacho, et Laura Laski, « Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries: Childbearing in adolescents aged 12-15 years », Acta Obstet. Gynecol. Scand., vol. 91, n° 9, p. 1114-1118, sept. 2012, doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x.
- [10] OMS, « 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année », GENÈVE, Communiqué de presse conjoint OMS/Institut Guttmacher, sept. 2017.
- [11] Timar gbaguidi, « Grossesses en milieu scolaire dans l'arrondissement de Tchaourou (bénin) : niveau, profil des femmes concernées et conséquences en matière de scolarisation », Ed. Sci. Bien Commun ESBC, 2017.
- [12] Leontine Alkema et al., « Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group », The Lancet, vol. 387, n° 10017, p. 462-474, janv. 2016, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.
- [13] OMS, UNICEF, UNFPA, Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, « Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies », Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies WHO/RHR/15.23, 2016.
- [14] Michael Weitzman et Lily Lee, « L'impact du faible revenu sur le développement psychosocial des enfants », vol. 2e éd. rév, p. 8, févr. 2017.
- [15] OMS, « la grossesse chez les adolescentes, principaux faits des grossesses chez les adolescentes », Genève Suisse, p. 3, 2018.
- [16] Organisation Mondiale de la Santé, Espacement des naissances et choix en matière de méthodes de planification familiale du post-partum Outil de counseling. Genève Suisse, 2018.
- [17] Maud JERBER Anne SARA, Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA), Accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle: Éducation à la sexualité et prévention des violences sexuelles, 1ère édition. 2019.

- [18] Gabriel Nsakala Vodiena, Yves Coppieters, Bruno Dimonfu Lapika, Patrick Kayembe Kalambayi, Dominique Gomis, et Danielle Piette, « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », *Santé Publique*, vol. 24, n° 5, p. 403, 2012, doi: 10.3917/spub.125.0403.
- [19] Isabelle Aujoulat, France Libion, et Brigitte Rose, « Les grossesses chez les adolescentes : Analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue », vol. TOME 2, p. 33, 2007.
- [20] World Health Organization, *guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries* : WHO. Geneve, 2011.
- [21] Bela Ganatra et al., « Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model », *The Lancet*, vol. 390, n° 10110, p. 2372-2381, nov. 2017, doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- [22] Lale Say et al., « Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis », *Lancet Glob. Health*, vol. 2, n° 6, p. e323-e333, juin 2014, doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
- [23] Singh S et Maddow-Zimet I, « Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 123, n° 9, p. 1489-1498, août 2016, doi: 10.1111/1471-0528.13552.
- [24] Henry Lucas., Shearer, J., Walker, D., et Vlassoff M, « Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality: Evidence and estimation Challenges », *IDS Research Summary Issue 59*, janv. 2009.
- [25] KASONGO KAYEMBE Aimé et MAKONGA MWIKA Toto, « Hygiène sexuelle et avortement clandestin à Kolwezi, in Kapyra Lubamba Beryl », Press. Univ. Lubumbashi PUL, 2013.
- [26] H. Gérardin, Éd., OMD, ODD: quels indicateurs pour le développement? Liège: De Boeck, 2016.
- [27] LANDRINE J. O. LARÉ ET MOUFTAOU AMADOU SANNI, « Primo grossesse chez les adolescentes dans l'arrondissement de Tchaourou: Intensité, calendrier et conséquences. », Ed. Sci. Bien Commun, 2017.
- [28] Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans PJ., Tafforeau J., Van der Heyden J., « Enquête de santé par interview 2004. », Livre III Styles Vie Inst. Sci. Santé Publique, n° 2006-034, 2006.
- [29] Joëlle Berrewaerts et Florence Noirhomme-Renard, « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? », p. 43, juin 2006.
- [30] Elisabeth Ahman et Iqbal H. Shah, « New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality », *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 115, n° 2, p. 121-126, nov. 2011, doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.027.
- [31] H. Hamada et al., « Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 33, n° 7, p. 607-614, nov. 2004, doi: 10.1016/S0368-2315(04)96601-X.
- [32] M. Norton, V. Chandra-Mouli, et C. Lane, « Interventions for Preventing Unintended, Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents: A Review of the Evidence and Lessons From High-Quality Evaluations », *Glob. Health Sci. Pract.*, vol. 5, n° 4, p. 547-570, déc. 2017, doi: 10.9745/GHSP-D-17-00131.
- [33] P. Faucher, S. Dappe, et P. Madelenat, « Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie Obstétrique Fertil.*, vol. 30, n° 12, p. 944-952, déc. 2002, doi: 10.1016/S1297-9589(02)00497-6.
- [34] C. Sellenet et F. Portier-Le Cocq, « Maternités adolescentes : le temps bousculé », *Rev. Int. L'éducation Fam.*, vol. 33, n° 1, p. 17, 2013, doi: 10.3917/rief.033.0017.
- [35] J. Kabwe, E. Kayiba, et P. Madungu, « Parcours de vie des adolescents en RDCongo à partir de l'EDS 2017 », XXVIème Congr. Gen. Popul. MARRAKECH MAROC 26 Sept. Au 02 Octobre 2009, p. 18, 2009.
- [36] Monnier J-C., et Prolongeau J-F., *Les raisons pour lesquelles la grossesse n'est pas recommandée chez l'adolescente*. 1994.

- [37] F. Dedecker et al., « Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 34, n° 7, p. 694-701, nov. 2005, doi: 10.1016/S0368-2315(05)82903-5.
- [38] OMS et UNFPA, *Adolescentes enceintes: apporter une promesse d'espoir dans le monde entier*. Genève: Oms, 2007.
- [39] C. Brousseau, « Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social, Compte rendu de Charbonneau, Johanne », *Reflets Rev. D'intervention Soc. Communaut.*, vol. 10, n° 1-2, p. 148, 2004, doi: 10.7202/011848ar.
- [40] L. Steinberg et A. S. Morris, « Adolescent Development », *Annu. Rev. Psychol.*, vol. 52, n° 1, p. 83-110, févr. 2001, doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83.
- [41] Nsosa Mbungu MR., « Maternité précoce à l'Hôpital saint Luc de Kisantu/RD Congo. », *Ann. Afr. Médecine*, vol. 6, n° 1, 2012.
- [42] Steinberg, L., & Morris, A. S., « Adolescent development. *Journal of Cognitive Education and Psychology* », *J. Cogn. Educ. Psychol.*, vol. 2, n° 1, p. 55-87, 2001.
- [43] Ministère du Développement, de l'Analyse Économique et de la Prospective et Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), « Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012 Bénin », Bénin Cotonou, oct. 2013.
- [44] C. Rosengard, Phipps M, Adler N, et Ellen J, « Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: A longitudinal examination », *J. Adolesc. Health*, vol. 35, n° 6, p. 453-461, déc. 2004, doi: 10.1016/S1054-139X(04)00096-5.
- [45] Fall, A.S., Cissé R., « La co - construction des changements dans l'offre de santé au Sénégal, » *Glob. Health Promot.*, vol. 21, n° 1, p. 21-32, mars 2014.
- [46] Rodriguez-Tomé, H., Jackson, S., Bariaud, F., « Regards actuels sur l'adolescence », PUF, 1997.
- [47] Dehne, K. L., et Riedner, G., « Adolescence – a dynamic concept. *Reproductive Health Matters*, vol. 9, n° 17, p. 11-15, 2001.
- [48] Judacaël Alladatin, « Entre perpétuation et rupture des transmissions entre générations : la dynamique des parcours d'entrée dans la vie adulte dans la ville de Cotonou au Bénin », *Rev. Jeunes Société*, vol. 1, n° 1, p. 25-39, 2016.
- [49] Doumkel Ngaba, « Fécondité des adolescentes au Tchad : recherche des facteurs explicatifs », Master Prof. En Démographie IFORD Inst. Form. Rech. Démographiques, p. 116, oct. 2012.
- [50] Faucher P, Dappe S, Madelenat P, « Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers Gynécologie Obstétrique & Fertilité », *Serv. Gynécologie-Obstétrique Hôp. Bichat-Claude-Bernard 46 Rue Henri-Huchard 75018Paris Fr.*, vol. Volume 30, n° 12, p. 944-952, déc. 2002.
- [51] Kunnuji Michael O N, Eshiet Idongesit, et Nnorom Chinyere C P, « A survival analysis of the timing of onset of childbearing among young females in Nigeria: are predictors the same across regions? », *Reprod. Health*, vol. 15, n° 1, p. 173, déc. 2018, doi: 10.1186/s12978-018-0623-3.
- [52] Hillis S. D., Anda R. F., Dube S. R., Felitti V. J., Marchbanks P. A., et Marks J. S., « The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death », *Pediatrics*, vol. 113, n° 2, p. 320-327, févr. 2004, doi: 10.1542/peds.113.2.320.
- [53] Fraser Alison M., Brockert John E., et Ward R.H., « Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes », *N. Engl. J. Med.*, vol. 332, n° 17, p. 1113-1118, avr. 1995, doi: 10.1056/NEJM199504273321701.
- [54] Organisation Mondiale de la Santé et UNFPA, « Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits », p. 8, 2012.
- [55] Ribar David C., « Teenage Fertility and High School Completion », *Rev. Econ. Stat.*, vol. 76, n° 3, p. 413, août 1994, doi: 10.2307/2109967.
- [56] Salihu Hamisu M., Duan Jingyi, Nabukera Sarah K., Mbah Alfred K., et Alio Amina P., « Younger maternal age (at initiation of childbearing) and recurrent perinatal mortality », *Eur.*

- J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., vol. 154, n° 1, p. 31-36, janv. 2011, doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.08.006.
- [57] United Nations Population Fund, *Marrying too young: end child marriage*. New York, NY: United Nations Population Fund, 2012.
- [58] Fédération Internationale pour la et Planification Familiale (IPPF), *Le sexe, la santé et les jeunes au XXIème siècle: Agir et militer*, Par l'International Planned Parenthood Federation. 2009.
- [59] Mumbi Chola, Khumbulani Hlongwana, et Themba Ginindza G., « Mapping evidence on decision-making on contraceptive use among adolescents: a scoping review protocol », *Syst. Rev.*, vol. 7, n° 1, p. 201, déc. 2018, doi: 10.1186/s13643-018-0881-8.
- [60] Conde-Agudelo Agustin, Belizán José M., et Lammers Cristina, « Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 192, n° 2, p. 342-349, févr. 2005, doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.593.
- [61] UNICEF, *Progrès pour les enfants: mortalité maternelle, bilan statistique*. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2008.
- [62] Cissé Rokhaya, Fall Abdou Salam, Adjamagbo Agnes, et Attané Anne, « La parentalité en Afrique de l'Ouest et du Centre », p. 25, 2017.
- [63] Arai Lisa, « Low Expectations, Sexual Attitudes and Knowledge: Explaining Teenage Pregnancy and Fertility in English Communities. Insights from Qualitative Research », *Sociol. Rev.*, vol. 51, n° 2, p. 199-217, mai 2003, doi: 10.1111/1467-954X.00415.
- [64] Luboya Numbi Oscar, « Planification et évaluation sanitaire, Cours inédit, VIème Promotion du Diplôme d'Etudes Approfondies », Ecole de Santé Publique - Université de Lubumbashi, Lubumbashi -RDCongo, 2011 2010.
- [65] World Health Organization and UNICEF, « Disparities in Coverage Joint Monitoring Programme. », 2004.
- [66] Dollfus Hélène et Mandel Jean-Louis, « 5èmes Assises de Génétique Humaine et Médicale STRASBOURG – PALAIS DES CONGRÈS 28-30 janvier 2010 Message des deux présidents », vol. 26, n° 1, p. 277, 2010.
- [67] N. Kozuki et al., « The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 13, n° Suppl 3, p. S3, 2013, doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S3.
- [68] Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Forum mondial sur l'éducation 2015 RAPPORT FINAL*, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la Science et Culture place de Fontenoy,. Paris France, 2016.
- [69] Haines Geneviève, « Un seul programme : Guide et Activités pour une approche pédagogique unifiée de la sexualité, du genre, du VIH et des droits humains », *Réd. Int. Sex. HIV Curric. Work. Group* Édition Nicole Haberland Deborah Rogow, p. 296, 2011.
- [70] World Health Organization, « Global health estimates 2015; death by cause, age, sex, by country and region, 2000-2015. », Genève Suisse, Health report, 2016. Consulté le: janv. 12, 2019. [En ligne].
- [71] Kadhel P., Deloumeaux J., et Janky E., « Évolution transgénérationnelle de l'âge des principales étapes de la vie reproductive en Guadeloupe », *Gynécologie Obstétrique Fertil.*, vol. 41, n° 4, p. 255-259, avr. 2013, doi: 10.1016/j.gyobfe.2013.02.003.
- [72] Kozuki Naoko et al., « The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis », *BMC Public Health Child Health Epidemiol. Ref. Group Small--Gestation.-Age-Preterm Birth Work. Group*, vol. 13, n° Suppl 3, p. S3, 2013, doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S3.
- [73] Charest Diane et Ministère de l'éducation, *Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique*. Province du Québec: Ministère de l'éducation, 2002.
- [74] Davies Susan L., DiClemente Ralph J., Wingood Gina M., Harrington Kathleen F., Crosby Richard A., et Sionean Catlaine, « Pregnancy Desire Among Disadvantaged African American Adolescent Females », *Am. J. Health Behav.*, vol. 27, n° 1, p. 55-62, janv. 2003, doi: 10.5993/AJHB.27.1.6.

- [75] World Health Organization, UNICEF, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, et World Bank, Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 : estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.
- [76] Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, « Être mère avant 21 ans : comment soutenir l'accès à la parentalité et l'insertion sociale ? », Montp. Sn 2011 Parc Euro Médecine 209 Rue Apothicaires 34196Montpellier, 2011.
- [77] Claire Aubin Danièle Jourdain Menninger et Laurent Chambaud/ Inspection générale des affaires sociales, « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication », Paris France, Rapport IGAS IGAS, Rapport N°RM2009-118A, oct. 2009.
- [78] Agbaje AA, Agbaje AOO., « Early marriage, Child Spouses: What roles for counselling psychology in Lagos, Nigeria », *Asian J. Soc. Sci. Humanit.*, vol. 2, n° 4, p. 50, nov. 2013.
- [79] Thompson Richard et Neilson Elizabeth C., « Early parenting: The roles of maltreatment, trauma symptoms, and future expectations », *J. Adolesc.*, vol. 37, n° 7, p. 1099-1108, oct. 2014, doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.003.
- [80] UNFPA Edilberto Loaiza Mengjia Liang, Adolescent pregnancy : A Review of the Evidence. New York, 2013.
- [81] James Gribble et Joan Haffey, « La santé reproductive en Afrique subsaharienne », p. 4, 2008.
- [82] M. Lontie, « L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) : Quels enjeux et perspectives ? », p. 41, 2017.
- [83] A. Anne Daguerre, Corinne Nativve (eds) Salles, « When Children Become Parents : Welfare State Responses to Teenage PregnancyBristol, Policy Press, 2006, 254 pages. », *Crit. Int.*, vol. n° 39, n° 2, p. 205, 2008, doi: 10.3917/crit.039.0205.
- [84] Kitoto Ohandjo Onoloke Marie-Louise et Annie Robert, « La précocité des grossesses en milieu rural Cas des adolescentes du territoire de Lomela en RD Congo », *Mém. Présenté Défendu En Vue L'obtention Grade Spéc. Ou Master En Sci. Santé Publique, Année académique -2018 2017.*
- [85] United Nations Children's Fund UNICEF, Child marriage, adolescent pregnancy and family formation in West and Central Africa Patterns, trends and drivers of change. Senegal, 2015.
- [86] Koulimaya-Gombet Cyr Espérance et al., « Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar: aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostiques », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 27, 2017, doi: 10.11604/pamj.2017.27.135.11924.
- [87] Assani Aliou, « Etude sur les mariages précoces et grossesses précoces au Burkina-Faso, Cameroun, Gambie, Liberia, Niger et Tchad, Abidjan; Roumanie: Women's Rights in Romania », UNICEF WCAROCenter Reprod. Law Policy Soc. Fem. Anal. AnA, 2000.
- [88] Blencowe Hannah et al., « National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis », *Lancet Glob. Health*, vol. 4, n° 2, p. e98-e108, févr. 2016, doi: 10.1016/S2214-109X(15)00275-2.
- [89] Haut Commissariat pour le Droit de l'Homme HCDH., « Rapport sur les droits de l'homme et la pratique des mutilations génitales féminines et de l'excision en Guinée. », Guinée, Rapport de travail, 2016.
- [90] S. L. Sarah L. Goff, Yara Youssef, Penelope S. Pekow, Katharine O. White, Haley GuhnKnight, Tara Lagu, Kathleen M. Mazor, and Peter K. Lindenauer, « Successful Strategies for Practice-Based Recruitment of Racial and Ethnic Minority Pregnant Women in a Randomized Controlled Trial: the IDEAS for a Healthy Baby Study », *J. Racial Ethn. Health Disparities*, vol. 3, n° 4, p. 731-737, déc. 2016, doi: 10.1007/s40615-015-0192-x.
- [91] Stockman, Lorne et Catherine Barnes and Mohamed Hamus Sheikh Mohamed., « Minority Children of Somalia, in War: The Impact on Minority and Indigenous Children », *Minor. Rights Group RU*, 1997.
- [92] S. K. Garwood, L. Gerassi, M. Jonson-Reid, K. Plax, et B. Drake, « More Than Poverty: The Effect of Child Abuse and Neglect on Teen Pregnancy Risk », *J. Adolesc. Health*, vol. 57, n° 2, p. 164-168, août 2015, doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.05.004.
- [93] Stephen H. Umamoto, Acting Director UNICEF United Nations Children's Fund UNICEF, « Innocenti Digest n°7 Early marriage child spouses », *Innocenti Res. Cent. Florence*, mars 2001.

- [94] J. Shendure, « Life after genetics », *Genome Med.*, vol. 6, n° 10, p. 86, s13073-014-0086-2, déc. 2014, doi: 10.1186/s13073-014-0086-2.
- [95] IPPF, International Planned Parenthood Federation., « Ending Child Marriage: A Guide for Global Policy Action, Health consequences of child marriage in Africa, Emerging Infectious Diseases. », Londres, Work report Vol. 12 N° 11, 2006.
- [96] Maguire S. A. et al., « A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse: Systematic review of school-aged neglect/emotional abuse », *Child Care Health Dev.*, vol. 41, n° 5, p. 641-653, sept. 2015, doi: 10.1111/cch.12227.
- [97] B. Maswikwa et L. Richter, « Lois sur l'âge minimum du mariage et prévalence du mariage précoce et de la maternité à l'adolescence: données d'Afrique subsaharienne », *Perspect. Int. Sur Santé Sex. Génésique*, n° numéro spécial de 2016, p. 11, 2016, doi: doi: 10.1363/FR02916.
- [98] Population Fund, Éd., *Motherhood in childhood: facing the adolescent pregnancy*. New York, NY: UNFPA, 2013.
- [99] K. Haldre, H. Karro, M. Rahu, et A. Tellmann, « Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001 », *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 84, n° 5, p. 425-431, mai 2005, doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00672.x.
- [100] Direction des statistiques Socio-démographiques du Québec, « Le bilan démographique du Québec. Édition 2018 », Ed. 2018, p. 174, 2018.
- [101] Direction des statistiques Socio-démographiques du Québec, « Le bilan démographique du Québec. Édition 2016 », *Inst. Stat. Socio-Démographiques Qué.*, p. 172, déc. 2016.
- [102] D. Godha, D. R. Hotchkiss, et A. J. Gage, « Association Between Child Marriage and Reproductive Health Outcomes and Service Utilization: A Multi-Country Study From South Asia », *J. Adolesc. Health*, vol. 52, n° 5, p. 552-558, mai 2013, doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.01.021.
- [103] UNICEF France, « Convention relative aux droits de l'enfant de 1989 », A.G. res. 44/25., 2009. , U.N. Doc. A/44/49, ., 2009.
- [104] Umar Daraz, Arab Naz and Waseem Khan, « Early Marriage: A Developmental Challenge to Women in Pakhtun », *J. Soc. Sci. FWU*, vol. Vol.8, , n° No.1, p. 91-96, 2014.
- [105] A. Ziapour, M. Sharma, N. NeJhaddadgar, A. Mardi, et S. S. Tavafian, « Educational needs assessment among 10–14-year-old girls about puberty adolescent health of Ardebil », *Arch. Public Health*, vol. 78, n° 1, p. 5, déc. 2020, doi: 10.1186/s13690-019-0388-3.
- [106] N. Kumar, « Global Facts about Wed and Unwed Adolescent Pregnancies and Their Psychosocial Effects: A Review of Literature », *Obstet. Gynecol. Int. J.*, vol. 5, n° 5, déc. 2016, doi: 10.15406/ogij.2016.05.00174.
- [107] L. Desrochers, Étudiante et mère: un double défi - les conditions de vie et les besoins des mères étudiantes. Quebec: Conseil du statut de la femme, 2004.
- [108] E. Putnam-Hornstein et B. King, « Cumulative teen birth rates among girls in foster care at age 17: An analysis of linked birth and child protection records from California », *Child Abuse Negl.*, vol. 38, n° 4, p. 698-705, avr. 2014, doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.021.
- [109] Z. Ouadah-Bedidi et J. Vallin, « La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise », p. 4, 2012.
- [110] Kouakou Bah Jean-Pierre, Konan Amoumé Thérèse Epse Kouadio, « Facteurs déterminants et répercussions des grossesses précoces en milieu scolaire ivoirien », *Int. J. Adv. Educ. Res.*, vol. 3, n° 1, p. 47-53, janv. 2018.
- [111] Ministère de la et Santé Publique (MSP) et ICF International, *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Kinshasa RDC, 2014.
- [112] R. M. Kaplan, Éd., *Population health: behavioral and social science insights*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
- [113] Johanne Charbonneau, « Compte rendu de : Adolescence et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social, par , Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003, 273 p. », *Serv. Soc.*, vol. 51, n° 1, p. 4, 2004, doi: 10.7202/012716ar.
- [114] T. Merrick, « Making the Case for Investing in Adolescent Reproductive Health », p. 830856 Bytes, 2016, doi: 10.6084/M9.FIGSHARE.3468545.V1.

- [115] H. Gérardin, S. Dos Santos, et B. Gastineau, « Présentation. Des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux Objectifs de développement durable (ODD) : la problématique des indicateurs », *Mondes En Dév.*, vol. n° 174, n° 2, p. 7, 2016, doi: 10.3917/med.174.0007.
- [116] B. C. Miller, B. Benson, et K. A. Galbraith, « Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis », *Dev. Rev.*, vol. 21, n° 1, p. 1-38, mars 2001, doi: 10.1006/drev.2000.0513.
- [117] V. Millner, M. Mulekar, et J. Turrens, « Parents' Beliefs Regarding Sex Education for Their Children in Southern Alabama Public Schools », *Sex. Res. Soc. Policy*, vol. 12, n° 2, p. 101-109, juin 2015, doi: 10.1007/s13178-015-0180-2.
- [118] B. Gastineau, L. Rakotoson, et F. Andriamaro, « L'indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement : "besoins non satisfaits en matière de planification familiale". Quelle pertinence au Bénin et à Madagascar ? », *Mondes En Dév.*, vol. n° 174, n° 2, p. 79, 2016, doi: 10.3917/med.174.0079.
- [119] F. Jacinthe, M. Julie, et S. Danielle, « Mère adolescente à Genève : quel parcours, quels soutiens? », p. 112, juin 2012.
- [120] J. Corcoran, C. Franklin, et P. Bennett, « Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting », *Soc. Work Res.*, vol. 24, n° 1, p. 29-39, mars 2000, doi: 10.1093/swr/24.1.29.
- [121] L. Genest, H. Decroix, D. Rotten, et L. Simmat-Durand, « Maternités précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 43, n° 5, p. 351-360, mai 2014, doi: 10.1016/j.jgyn.2013.03.009.
- [122] Stéphanie DUPAYS Catherine HESSE Bruno VINCENT Membres de l'inspection générale des affaires sociales, « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures Établi par RAPPORT », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales RAPPORT N°2014-167, avr. 2015.
- [123] G. C. Patton et al., « Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data », *The Lancet*, vol. 374, n° 9693, p. 881-892, sept. 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60741-8.
- [124] J. Owen, G. M. A. Higginbottom, M. Kirkham, N. Mathers, et P. Marsh, « Ethnicity, Policy and Teenage Parenthood in England: Findings from a Qualitative Study », *Soc. Policy Soc.*, vol. 7, n° 3, p. 293-305, juill. 2008, doi: 10.1017/S1474746408004272.
- [125] David. Jewell, T. Jo, et Donovan Jenny., « Teenage pregnancy: whose problem is it? », *Fam. Pract.*, vol. 17, n° 6, p. 522-528, déc. 2000, doi: 10.1093/fampra/17.6.522.
- [126] Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Mendonça, D. V., & Cardoso, M. F., « Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study between Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. », *Adolescence*, vol. 40, n° 159., p. 655-671, 2005.
- [127] Douchan Beghin Claudine Cueppens, Catherine Lucet, Samuel Ndamè, Godelieve Masuy-Stroobant, André Sasse et Danielle Piette, *Adolescentes: sexualité & santé de la reproduction: Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles, Adolescentes : sexualité & Santé de la reproduction. Bruxelles, 2006.*
- [128] E. Méndez-Espinosa et al., « Family Functioning in Families with Pregnant Adolescents », *Arch. Community Fam. Med.*, vol. 2, n° 1, p. 43-47, 2019.
- [129] A. E. Chambers et al., « The utility of circulating LHCGR as a predictor of Down's syndrome in early pregnancy », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 14, n° 1, p. 197, déc. 2014, doi: 10.1186/1471-2393-14-197.
- [130] D. Elisa, « La prévention des grossesses précoces non désirées en milieu scolaire et le rôle de l'Infirmière de l'Education Nationale. », p. 58, 2013.
- [131] M. Prévost-Lemire, « Les symptômes traumatiques comme facteurs influençant la maternité précoce chez les jeunes femmes ayant été desservies par les centres de protection de la jeunesse », *En Vue L'obtention Grade Maître Ès Sci. M Sc Maîtrise En Psychoéducation*, p. 114.
- [132] A. C. C. Yélian et al., « Connaissances et pratiques contraceptives chez les jeunes burkinabè de 15 à 24 ans », vol. 1, p. 26, 2016.

- [133] L. M. Williamson, A. Parkes, D. Wight, M. Petticrew, et G. J. Hart, « Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research », *Reprod. Health*, vol. 6, n° 1, p. 3, déc. 2009, doi: 10.1186/1742-4755-6-3.
- [134] J. Sundby, J. Svanemyr, et T. Mæhre, « Avoiding unwanted pregnancy — the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women », *Patient Educ. Couns.*, vol. 38, n° 1, p. 11-19, sept. 1999, doi: 10.1016/S0738-3991(98)00113-X.
- [135] E. Ketting et C. Winkelmann, « New approaches to sexuality education and underlying paradigms », *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, vol. 56, n° 2, p. 250-255, févr. 2013, doi: 10.1007/s00103-012-1599-8.
- [136] Marzena Zarzeczna-Baran, « Teenage pregnancy: Whose problem is it? », *Fam. Pract.*, vol. Vol. 19, n° No. 2, mai 2002.
- [137] O. Guiot, T. Foucan, E. Janky, et P. Kadhel, « Grossesses évolutives chez les mineures en Guadeloupe : nouvel état des lieux », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 42, n° 4, p. 372-382, juin 2013, doi: 10.1016/j.jgyn.2013.02.007.
- [138] F. Essiben, E. Ngo Um Meka, P. Foumane, C. D. Epoupa Mpacko, S. Ojong, et E. T. Mboudou, « Factors preventing the use of modern contraceptive methods in sexually active adolescents in Yaounde », *Obstet. Gynecol. Rep.*, vol. 2, n° 1, 2018, doi: 10.15761/OGR.1000121.
- [139] P. M. Tebeu, E. Mboudou, G. Halle, E. Kongnyuy, E. Nkwabong, et J. N. Fomulu, « Risk Factors of Delivery by Caesarean Section in Cameroon (2003-2004): A Regional Hospital Report », *ISRN Obstet. Gynecol.*, vol. 2011, p. 1-5, 2011, doi: 10.5402/2011/791319.
- [140] P. M. Tebeu, P. Ngassa, E. Mboudou, E. Kongnyuy, F. Binam, et M. T. O. Abena, « Neonatal survival following cesarean delivery in northern Cameroon », *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 103, n° 3, p. 259-260, déc. 2008, doi: 10.1016/j.ijgo.2008.07.001.
- [141] A. Daguerre et C. Nativel, Éd., *When children become parents: welfare state responses to teenage pregnancy*. Bristol, UK: Policy Press, 2006.
- [142] Sarah Arnoulx de Pirey, Alain Domercq, Stéphanie Fayeulle, Anca Birsan, Servane Di Bernardo, « Grossesses précoces à La Réunion : étude menée en 2009 auprès de 145 jeunes filles mineures », *BEH-Bull.-Epidemiol.-Hebd.*, vol. 11, n° 9, avr. 2013.
- [143] Richard Kollodge, Robert Puchalik, Mirey Chaljub, Jayesh Gulrajani UNFPA Fonds des Nations Unies pour la population UNFPA, « La mère-enfant face aux défis de la grossesse chez l'adolescente », 2013.
- [144] Ministère de justice et des droits humains de la République Démocratique du Congo, « LOI N° 16/008 DU 15 JUILLET 2016 modifiant et complétant la loi n°87-010 du 1er août 1987 portant code de la famille Code de famille. », Kinshasa RD Congo, 2016.
- [145] Ministère de la justice et des droits humains de la République du Zaïre, « Loi n°87-010 du 1er août 1987 portant Code de la Famille en République du Zaïre », Ministère de la justice, 1987, Kinshasa -Zaïre, 1987.
- [146] UNFPA, OMS, « Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits », Genève 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse. (Tél +4122 791 3281 • Fax +4122 791 4853, 2012.
- [147] Natacha Stevanovic, Fenn Jeffrey, Edmeades Hannah, Lantos Odinaka Onovo., « La maternité précoce en Afrique de l'Ouest et du Centre -Mariages d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre) », Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du centre de Dakar Senegal., 2015.
- [148] M. Barbieri et N. Ouellette, « La démographie du Canada et des États-Unis des années 1980 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique », *Population*, vol. 67, n° 2, p. 221, 2012, doi: 10.3917/popu.1202.0221.
- [149] Chandra-Mouli Venkatraman et al., « A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it », *Reprod. Health*, vol. 14, n° 1, p. 85, déc. 2017, doi: 10.1186/s12978-017-0347-9.
- [150] KASONGO KAYEMBE Aimé Aimé, MAKAN MAWAW Paul, et MALONGA KAJ Françoise, « Utilisation des méthodes préventives contre les IST-VIH par les nouvelles

- recrues de l'Université de Lubumbashi-RDCongo », Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du grade de Master en Santé Publique Option: Epidémiologie et Médecine préventive, Management des services de santé et Santé de la reproduction, Lubumbashi, Lubumbashi-RDC, 2011.
- [151] J. B. Nsambi et al., « Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 29, 2018, doi: 10.11604/pamj.2018.29.34.14576.
- [152] Michèle Uzan, « Rapport de Michèle Uzan sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », hôpital Jean Verdier à Bondy (93) Université Paris XIII, Paris, ARCHIVES 1ER FÉVRIER 1999 Chef du service de gynécologie-obstétrique, 1999.
- [153] H. Noria, O. Sarah, et O. Asmaa, « Facteurs de risques de mortalité néonatale dans l'hôpital de gynécologie-obstétrique de la wilaya de Sidi Bel Abbes, Algérie », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 20, 2015, doi: 10.11604/pamj.2015.20.387.5032.
- [154] F. K. Malonga, O. Mukuku, M. T. Ngalula, P. K. Luhete, et J.-B. Kakoma, « Étude anthropométrique et pelvimétrique externe chez les nullipares de Lubumbashi: facteurs de risque et score prédictif de la dystocie mécanique », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 31, 2018, doi: 10.11604/pamj.2018.31.69.16014.
- [155] Sodegadji R., « Analyse différentielle de la fécondité dans la commune de Tchaourou », Mémoire de licence non publié, École Nationale de Statistique, de Planification et de Démographie de l'Université de Parakou, Bénin, 2015.
- [156] T. Ganchimeg et al., « Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 121, p. 40-48, mars 2014, doi: 10.1111/1471-0528.12630.
- [157] Deitch Julianne et Stark Lindsay, « Adolescent demand for contraception and family planning services in low- and middle-income countries: A systematic review », *Glob. Public Health*, vol. 14, n° 9, p. 1316-1334, sept. 2019, doi: 10.1080/17441692.2019.1583264.
- [158] Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), « Les raisons d'investir sur les jeunes dans le cadre de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté New York », Étude commanditée par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 2010.
- [159] H. Mathieu, « La grossesse survenue à l'adolescence chez les jeunes femmes vivant dans un camp d'hébergement suite au séisme du 12 janvier 2010 en Haïti », *Univ. Qué. À Montr. Serv. Bibl.*, p. 138, mai 2014.
- [160] Mohamadou Salifou et Judicaël Alladatin, « Profil et facteurs explicatifs de la maternité des adolescentes dans la commune de tchaourou: une approche basée sur les variables intermédiaires », Ed. Bien Etre Société ESBE, 2018.
- [161] UNESCO, « Renforcer l'éducation en Afrique de l'Ouest et du Centre en améliorant la santé sexuelle et reproductive des apprenants », *Educ. 2030 NOTE D'ORIENTATION*, vol. 3, nov. 2016.
- [162] Organisation mondiale de la Santé, Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève Suisse, 2017.
- [163] B. Allen-Leigh et al., « Prevalence of functioning difficulties and disability in Mexican adolescent women and their populational characteristics », *Salud Pública México*, vol. 59, n° 4, jul-ago, p. 389, juill. 2017, doi: 10.21149/8486.
- [164] Rodriguez-Tomé, H., Jackson, S., Bariaud, F., « Regards actuels sur l'adolescence. », Eds., 1997.
- [165] Mariam Marie Gisèle Guigma - Diasso, « La problématique des grossesses non-désirées et situation des filles mères en Afrique et dans le monde Projet de rapport », juill. 2013.
- [166] Amani Maleya et al., « Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 33, 2019, doi: 10.11604/pamj.2019.33.66.18528.
- [167] A. M. Ntambue, F. K. Malonga, M. Dramaix-Wilmet, R. N. Ngatu, et P. Donnen, « Better than nothing? maternal, newborn, and child health services and perinatal mortality, Lubumbashi, democratic republic of the Congo: a cohort study », *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 16, n° 1, p. 89, déc. 2016, doi: 10.1186/s12884-016-0879-y.

- [168] Ould El Joud D., Bouvier-Colle M. H et le Groupe MOMA., « Etude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest », *Santé Matern. En Afr. Francoph.*, vol. 31, p. 51-62., 2002.
- [169] L. Meyer et al., « Commonalities among women who experienced vesicovaginal fistulae as a result of obstetric trauma in Niger: results from a survey given at the National Hospital Fistula Center, Niamey, Niger », *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 197, n° 1, p. 90.e1-90.e4, juill. 2007, doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.071.
- [170] M.-J. Saurel-Cubizolles, « Santé périnatale des femmes étrangères en France », *Inserm Unité 953 Rech. Épidémiologique En Santé Périnatale Santé Femmes Enfants Hôp. St.-Vincent Paul Paris Fr.*, p. 30-34, janv. 2012.
- [171] A. Holme, M. Breen, et C. MacArthur, « Obstetric fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 114, n° 8, p. 1010-1017, août 2007, doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01353.x.
- [172] M. S. Dias et al., « Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates », *JAMA Pediatr.*, vol. 171, n° 3, p. 223, mars 2017, doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4218.
- [173] M. S. Martine, « Fécondité des adolescentes et changement de comportement entre 1991 et 2004 au Cameroun », p. 140, 1991.

## TABLE DES MATIERES

EPIGRAPHE.....	II
<i>DEDICACE</i> .....	IV
REMERCIEMENTS.....	VI
LISTE DES ABREVIATIONS.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES TABLEAUX.....	XI
<i>RESUME</i> .....	1
CHAPITRE PREMIER : INTRODUCTION.....	3
1.1.    Etat de la question.....	3
1.2.    CHOIX ET INTERET DU SUJET.....	14
1.3.    PROBLEMATIQUE.....	15
1.3.1.    QUESTION PRINCIPALE DE RECHERCHE :.....	18
1.3.2.    QUESTIONS SECONDAIRES DE RECHERCHE.....	19
1.4.    HYPOTHESE.....	19
1.5.    OBJECTIFS.....	22
1.6.    DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE.....	23
1.7.    DEFINITIONS DES TERMES CLES.....	23
CHAPITRE DEUXIEME : LES GENERALITES SUR LA MATERNITE PRECOCE.....	29
2.1.    CONTEXTE.....	29
2.2.    LA MATERNITE PRECOCE.....	30
2.2.1.    CAUSES ET FACTEURS FAVORISANT.....	30
2.2.2.    EVOLUTION DES MATERNITES PRECOCES DANS LE MONDE.....	42
2.2.3.    EPIDEMIOLOGIE DES MATERNITES PRECOCES.....	44
2.2.4.    CONSEQUENCES DES MATERNITES PRECOCES.....	45
2.3.    CADRE CONCEPTUEL DE LA MATERNITE PRECOCE.....	53
2.3.1.    Modèle explicatif de la maternité précoce.....	53
2.3.2.    LES FACTEURS LIES A L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE, SOCIODEMOGRAPHIQUE, ET CULTUREL DES ADOLESCENTES.....	54
2.3.3.    FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHO-SOCIAUX LIES AUX ADOLESCENTES :.....	57
2.3.4.    FACTEURS COGNITIFS (CONNAISSANCES, REPRESENTATIONS, CROYANCES) LIES AUX ADOLESCENTES :.....	60
2.3.5.    FACTEURS LIES A L'ENTOURAGE DES ADOLESCENTES (FAMILLE, PARENTS, PARTENAIRE, AMIS, PAIRS).....	65
2.3.6.    FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET POLITIQUES GENERAUX.....	68
2.3.7.    FACTEURS LIES A L'ALTERNATIVE D'UNE IVG.....	70

2.4. QUE DISENT LA LEGISLATION CONGOLAISE ET LES DIFFERENTS ARTICLES DU CODE DE FAMILLE CONGOLAIS EN MATIERE DE MARIAGE D'ENFANT ? .....	71
CHAPITRE TROISIEME : CADRE METHODOLOGIQUE ET DE LA RECHERCHE SUR LES MATERNITES PRECOCES .....	74
CADRE DE L'ETUDE.....	74
3.1.1. HISTORIQUE DE LA PROVINCE DU LUALABA. ....	74
3.1.2. SITUATION ADMINISTRATIVE DE LA PROVINCE.....	75
3.1.3. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	75
3.1.4. SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA PROVINCE.....	76
3.1.5. SITUATION ECONOMIQUE DE LA PROVINCE.....	77
3.1.6. SITUATION SANITAIRE ET EPIDEMIOLOGIQUE .....	79
3.1.6.1. SITUATION SANITAIRE.....	79
3.1.6.3. Situation épidémiologique.....	82
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	84
3.1.7. TYPES D'ETUDE .....	84
PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE.....	85
POPULATION D'ETUDE.....	86
3.1.7.1. CRITERES D'INCLUSION.....	86
3.1.7.2. TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE .....	86
Trois types d'échantillonnages ont été utilisés à tour de rôle pour chaque phase de l'étude menée.	
.....	86
3.1.7.3. TAILLE DE L'ECHANTILLON : .....	88
3.1.8. PLAN DE COLLECTE DES DONNEES .....	90
3.1.9. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES.....	90
GESTION ET ANALYSE DES DONNEES.....	90
VARIABLES D'ETUDE DE LA MATERNITE PRECOCE .....	91
Les variables relatives à la mère .....	91
Les variables relatives à l'accouchement.....	91
Les variables relatives à l'enfant.....	91
CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	92
FORCES ET LIMITES. ....	92
DIFFICULTES RENCONTREES .....	93
CHAPITRE QUATRIEME : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	94
4.1. RESULTATS DE L'ENQUETE CLINIQUE .....	94

4.1.1. RESULTATS DESCRIPTIFS ISSUS DES STRUCTURES DE SANTE DE LA PROVINCE DU LUALABA. ....	94
4.1.2. RESULTATS ANALYTIQUES ISSUS DE 10 STRUCTURES DE SANTE ENQUETEES .....	100
4.1.2. RESULTATS DE L'ENQUETE COMMUNAUTAIRE AUPRES DE 720 JEUNES MERES VICTIMES DES MATERNITES PRECOCES. ....	107
4.3. RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE MENEES AUPRES DE 62 JEUNES MERES VICTIMES DE MATERNITE PRECOCE AU LUALABA. ....	126
4.3.1. Résultats quantitatifs issus de nos entretiens avec nos interrogées.....	126
Résultats qualitatifs issus de nos entretiens avec les enquêtées selon les thèmes émergents...	128
Les conséquences vécues à la maternité précoce .....	133
CHAPITRE CINQUIEME : DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES.....	137
Section 1. Discussions des résultats de l'enquête menée dans les structures de santé de la province du Lualaba.....	137
Section 2. Discussions des résultats de la communauté. ....	148
SECTION 3. DISCUSSIONS DES RESULTATS DU FOCUS GROUP .....	161
4.3.1. Limite de l'étude et biais probables.....	161
4.3.2. Evaluation de l'atteinte des résultats .....	162
CONCLUSION.....	167
SUGGESTIONS .....	171
✓ <i>Au Gouvernement</i> .....	171
VI. PERSPECTIVES DES SOLUTIONS CONTRE LA MATERNITE PRECOCE DANS LA PROVINCE DU LUALABA. ....	172
BIBLIOGRAPHIE .....	174
ANNEXES QUESTIONNAIRE D'ENQUETE SUR LES MATERNITES PRECOCES DANS LA COMMUNAUTE N°.....	187
Annexes 3. Publications relatives à la présente thèse.....	192
Article 1 : Inventory of early maternity in Lualaba from 2012 to 2014. ....	192
article 2 : Prévalence et risque foeto maternel de la maternité précoce dans la province du Lualaba en République Démocratique du Congo. ....	193
Article 3. en voie de publication : Perception et vécus de la maternité précoce par les femmes victimes dans la province du Lualaba .....	194

# ANNEXES QUESTIONNAIRE D'ENQUETE SUR LES MATERNITES PRECOCES DANS LA COMMUNAUTE

N°.....

**Bonjour Madame,**

je réponds au nom de : ....., Suis un étudiant inscrit en Médecine, à l'Université de Kolwezi. C'est pour bientôt que je vais décrocher mon diplôme de Docteur en Médecine.

Dans le but d'améliorer nos prestations en matière de santé de la reproduction, nous avons souhaité vous rencontrer pour échanger avec vous à ce sujet.

Les éléments de réponse que vous nous fournirez, resteront un plus devant nous aider à améliorer les prestations de santé en matière de santé sexuelle et de la reproduction des adolescentes. Nous vous garantissons que les réponses que vous nous fournirez ne seront pas divulguées individuellement mais selon la garantie de l'anonymat. Veuillez donc être à l'aise en nous fournissant les éléments de réponse que nous attendons de vous.

Avant de passer à l'enquête, nous vous demandons de nous poser des questions d'éclaircissement pour ce qui peut vous empêcher de ne pas nous répondre.

Si vous êtes d'accord de passer au questionnement, nous pouvons donc y aller.

Merci de votre franche collaboration.

Signature du répondant avant le démarrage de

l'enquête.....

Questionnaire

## 1. Identités de l'enquêtée :

Quartier/village d'interview	.....	Cité / ville	.....
Date de l'enquête	Le...../...../.....	Date de naissance de son 1 <sup>er</sup> fils	...../...../.....
Date de naissance mère	Le...../...../.....	Age au jour de cette naissance	.....
Province d'origine (enquêtée)	.....	Territoire d'origine (enquêtée)	.....
District d'origine (enquêtée)	.....	Eglise fréquentée (enquêtée)	.....
Tribu (enquêtée)	.....	Votre rang de naissance en famille	.....ème fille/....enfants
Dernier niveau d'étude avant grossesse	.....		Niveau d'étude atteint aujourd'hui
Occupation avant grossesse	Etude : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Vendeuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ménage : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Travailleuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Autres (préciser)..... .....	Occupation aujourd'hui	Etude : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Vendeuse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Ménage oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Travailleuse : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/> Autres (préciser) ..... .....
Profession parent (père)	.....	Profession parent (mère)	.....
Mode de vie des parents	Ensemble (en couple) <input type="checkbox"/> Séparé (divorcé) <input type="checkbox"/> Séparé (un décédé) <input type="checkbox"/>	Avec qui viviez-vous avant la survenue de votre grossesse ?	Vivait avec ses parents <input type="checkbox"/> Vivait seule <input type="checkbox"/> Avec ses amies <input type="checkbox"/> Avec son copain <input type="checkbox"/> Avec ses frères de l'église <input type="checkbox"/>
Avec qui viviez-vous à la survenue de votre grossesse ?	Vivait avec ses parents <input type="checkbox"/> Vivait seule <input type="checkbox"/> Avec ses amies <input type="checkbox"/> Avec son copain <input type="checkbox"/> Avec ses frères de l'église <input type="checkbox"/>	Avec qui vivez-vous actuellement ?	Vit avec son partenaire <input type="checkbox"/> Vit chez parents partenaire <input type="checkbox"/> Vit chez ses parents <input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit avec frères de l'église <input type="checkbox"/>

Votre statut matrimonial après accouchement	Mariée du père de l'enfant	<input type="checkbox"/>	Projet actuel	Retour aux études	<input type="checkbox"/>
	Mariée de quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>		Entreprendre (vendeuse)	<input type="checkbox"/>
	Célibataire	<input type="checkbox"/>		Attente mariage	<input type="checkbox"/>
	Retournée aux études	<input type="checkbox"/>		S'occupe de son enfant	<input type="checkbox"/>
	Se débrouille autrement	<input type="checkbox"/>			
Nombre d'enfants à charge des parents au moment de la survenue de la grossesse	<input type="text"/>		Où avez-vous passé votre petite enfance et enfance (6-12ans) ?	Village <input type="checkbox"/>	Cité de - de 5.000hab <input type="checkbox"/>
				Cité de - de 1.0000hab <input type="checkbox"/>	Plus de 10.000hab <input type="checkbox"/>
Date de naissance de son partenaire (Auteur de la grossesse)	Le...../...../.....	Lien avec son partenaire	Collègue de classe <input type="checkbox"/>	Frère de l'église <input type="checkbox"/>	
			Ami du quartier <input type="checkbox"/>		
			Cousin de famille <input type="checkbox"/>		
			Fiancé <input type="checkbox"/>		
Qui était l'auteur de votre grossesse ?	Mariage <input type="checkbox"/>		A quel âge avez-vous eu votre 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Mois de .....	Année .....
	Fiançaille <input type="checkbox"/>				
	Rencontre occasionnel <input type="checkbox"/>				
Connaissances survenue de la grossesse					
Est-il vrai qu'on peut tomber enceinte au 1 <sup>er</sup> rapport sexuel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous utilisé le préservatif à votre 1 <sup>er</sup> rapport sexuel ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous et vos amies, aviez-vous accès facile aux contraceptifs lors de la survenue de votre grossesse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec quelles personnes échangez-vous librement sur les questions de sexualité (cocher)	Parents <input type="checkbox"/>	Copains <input type="checkbox"/>
				Enseignant <input type="checkbox"/>	Personnel de santé <input type="checkbox"/>
				Amies <input type="checkbox"/>	Membres de l'église <input type="checkbox"/>
Connait si l'on peut prévenir la survenue d'une grossesse chez une adolescente	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Connait inconvénients de non prévention des grossesses	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cocher quelques produits connus qu'on peut utiliser pour prévenir une grossesse	Pilule <input type="checkbox"/>		Calendrier <input type="checkbox"/>	Utilisez-vous l'une de ces méthodes avant la survenue de votre grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Pilule d'urgence <input type="checkbox"/>		Ceinture traditionnelle <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
	Dépo provera <input type="checkbox"/>		Racine d'arbre <input type="checkbox"/>		
	Collier du cycl <input type="checkbox"/>		Préservatif <input type="checkbox"/>		
Si non raison	Non autorisé en famille <input type="checkbox"/>	Non permis à l'église <input type="checkbox"/>	Si oui le coût était-il abordable ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Non permis par mon partenaire <input type="checkbox"/>	Non autorisé aux jeunes <input type="checkbox"/>			
	Autres.....				
Connait où les adolescentes pouvaient se procurer les contraceptifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Connait si les contraceptifs étaient facilement distribués aux adolescentes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Connait si le préservatif prévient les grossesses non désirables	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Connait si le préservatif prévient les IST et VIH	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Encerclez les 2 méthodes de prévention de grossesse efficaces chez les adolescentes	Abstinence <input type="checkbox"/>		Rapport sexuel occasionnel <input type="checkbox"/>		
	Préservatif <input type="checkbox"/>		Rapport sexuel moins fréquents <input type="checkbox"/>		
	Pillule <input type="checkbox"/>		Rapport sexuel avec son fiancé <input type="checkbox"/>		
Cocher les inconvénients liés aux grossesses qui surviennent avant 18 ans	Instabilité des jeunes parents <input type="checkbox"/>		Risque d'emprisonnement <input type="checkbox"/>		
	Difficulté financière des jeunes parents <input type="checkbox"/>		Dispute et querelles entre les deux familles <input type="checkbox"/>		
	Irresponsabilité parentale <input type="checkbox"/>		Maternité et paternité précoces <input type="checkbox"/>		
	Education et instruction non assurée des enfants <input type="checkbox"/>		Risque d'accouchement dystocique <input type="checkbox"/>		
	Abandon scolaire des jeunes parents <input type="checkbox"/>		Risque de décès maternel <input type="checkbox"/>		
	Risque d'avortement non médicalisé <input type="checkbox"/>		Risque d'invalidité liée à la grossesse et/ ou accouchement <input type="checkbox"/>		
	Mariage précoce <input type="checkbox"/>		Isolement social <input type="checkbox"/>		
Cocher les avantages liés à l'accouchement d'une grossesse avant 18 ans d'âge	Joie de d'être mère <input type="checkbox"/>		Complicité avec votre enfant <input type="checkbox"/>		
	Espoir de remplacement après la mort <input type="checkbox"/>		Bien soutenue par le père de l'enfant <input type="checkbox"/>		
	L'enfant est une richesse plus précieuse <input type="checkbox"/>		Bon soutien de ma famille <input type="checkbox"/>		
	Preuve de mon existence <input type="checkbox"/>		Fiéreté de donner la vie <input type="checkbox"/>		
	Privilège accordé à ceux qui ont des enfants <input type="checkbox"/>		Vie d'indépendance <input type="checkbox"/>		
Connaissance sur période de survenue de la grossesse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Maîtrise cycle menstruel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Milieu de survenue de la grossesse	Village <input type="checkbox"/>		Quelle était votre attitude à la survenue de votre grossesse ?	Très joyeuse <input type="checkbox"/>	Joyeuse <input type="checkbox"/>
	Cité <input type="checkbox"/>			Moins joyeuse <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>
	ville <input type="checkbox"/>			Très triste <input type="checkbox"/>	
Après annonce de votre grossesse aviez-vous suivi la CPN ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui combien de fois ?	<input type="text"/>	

A quel âge de la grossesse avait eu lieu votre inscription à la CPN ?		1 <sup>er</sup> trimestre <input type="checkbox"/> Au 2 <sup>ème</sup> trimestre <input type="checkbox"/> Au 3 <sup>ème</sup> trimestre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comment appréciez-vous votre suivi à la CPN	Très bien entourée <input type="checkbox"/> Bien entourée <input type="checkbox"/> Mal entourée <input type="checkbox"/>
Avez-vous été préparée psychologiquement pour l'accouchement de votre bébé ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous été préparée médicalement pour l'accouchement de votre bébé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Quel a été votre mode d'accouchement		Voie basse <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Autres..... <input type="checkbox"/>	Quelle conséquence aviez-vous vécue à votre 1 <sup>ere</sup> naissance ?	Déchirure périnéale <input type="checkbox"/> Césarienne, <input type="checkbox"/> Séjour prolongé à l'hôpital <input type="checkbox"/> Invalidité corporel <input type="checkbox"/> Rejet par ses proches, <input type="checkbox"/>
Au cours de votre grossesse avez-vous été victime d'une forme de violence ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui préciser	Physique (traumatisme) Ménace (morale injure) Autres préciser ..... ..... .....
Si oui qui en était l'auteur ?	Mon partenaire <input type="checkbox"/> Frère ou sœur de mon partenaire <input type="checkbox"/> Ma rivale <input type="checkbox"/>	Père ou mère de mon partenaire <input type="checkbox"/> Mon frère <input type="checkbox"/> Mon père ou ma mère <input type="checkbox"/>	Fils ou fille du partenaire <input type="checkbox"/> Ami de mon partenaire <input type="checkbox"/>	
Si oui aviez-vous subi des soins appropriés pour ces formes de violences ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Après accouchement aviez-vous déjà subi une quelconque forme de violence de la part de votre partenaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Où vous étiez-vous accouchée	A la maison <input type="checkbox"/> Dans un centre de santé <input type="checkbox"/> Dans un hôpital <input type="checkbox"/>	Quel a été le poids de naissance de votre bébé ?	1500 à 2400gr <input type="checkbox"/> 2450 à 3000gr <input type="checkbox"/> + de 3000gr <input type="checkbox"/>	
Quelle est la qualité du personnel qui vous avait assistée à l'accouchement ?	Sage femme <input type="checkbox"/> Matrone <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....	Avez-vous allaité votre bébé exclusivement au sein	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Quelle aide aviez-vous manqué lors de votre grossesse qui sous semblait très importante ?		Risque de mourir en couche plus élevé	Avortement clandestin <input type="checkbox"/> Décès maternel, <input type="checkbox"/>	
Evènements à l'annonce de la grossesse (encercler)	Dispute et tiraillement avec famille du partenaire <input type="checkbox"/> Non acception du partenaire <input type="checkbox"/>	Tendance à l'IVG <input type="checkbox"/> Humiliation au quartier <input type="checkbox"/> Plaintes au tribunal <input type="checkbox"/>	Position du partenaire <input type="checkbox"/> Accepatation <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/>	
<b>Attitudes</b>				
Quelles ont été vos réactions à l'annonce de votre grossesse ou quand vous avez su que vous étiez enceinte ?				
1) de vous-même	Heureuse de sa venue à ce moment <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard <input type="checkbox"/> Vous auriez préférée ne pas être enceinte ce moment <input type="checkbox"/>	2) votre partenaire	Heureux de sa venue à ce moment <input type="checkbox"/> Il aurait aimé qu'elle arrive plus tôt <input type="checkbox"/> Il aurait aimé qu'elle arrive plus tard <input type="checkbox"/> Il aurait préféré que je ne sois pas enceinte ce moment <input type="checkbox"/> Je ne sais pas ce qu'il pensait <input type="checkbox"/>	
3) de votre maman	Heureuse de sa venue à ce moment <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard <input type="checkbox"/> Vous auriez préférée ne pas être enceinte ce moment <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas su ce qu'elle pensait <input type="checkbox"/>	4) votre père	Heureux de sa venue à ce moment <input type="checkbox"/> Il aurait aimé qu'elle arrive plus tôt <input type="checkbox"/> Il aurait aimé qu'elle arrive plus tard <input type="checkbox"/> Il aurait préféré que je ne sois pas enceinte ce moment <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas su ce qu'il pensait <input type="checkbox"/>	
5) votre belle famille	Heureuse de sa venue à ce moment <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt <input type="checkbox"/> Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard <input type="checkbox"/> Vous auriez préférée ne pas être enceinte ce moment <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas su ce qu'elle pensait <input type="checkbox"/>	Comment vous sentiez-vous quand vous étiez enceinte ?	Très bien entourée <input type="checkbox"/> Bien entourée <input type="checkbox"/> Peu entourée <input type="checkbox"/> Pas bien entourée <input type="checkbox"/>	
Après annonce de votre grossesse où avez-vous passé le reste de temps de	Avec mon partenaire <input type="checkbox"/> Seule chez moi <input type="checkbox"/> Chez mes parents <input type="checkbox"/> Chez les parents de mon partenaire <input type="checkbox"/>	Quelle a été la décision de votre famille face à votre partenaire ?	Vous prendre obligatoirement en mariage <input type="checkbox"/> Prendre en charge votre scolarité et mariage <input type="checkbox"/>	

vosre grossesse ?	Sans abri (ici et là) <input type="checkbox"/>		Vous payez une somme en forme d'amende <input type="checkbox"/>
Quelles précautions étaient prises face à cette grossesse ?	a) Tentative d'avortement <input type="checkbox"/> b) Avortement <input type="checkbox"/> c) acceptation <input type="checkbox"/>	Etiez-vous prête à accueillir cette grossesse ?	Oui je l'attendais <input type="checkbox"/> Non je ne m'y attendais pas <input type="checkbox"/>
<b>Pratiques dangereuses</b>			
Prise des boissons alcoolisées avant la survenue de votre grossesse ? <input type="checkbox"/>	Usage de la cigarette <input type="checkbox"/>	Usage d'autres drogues <input type="checkbox"/>	
A quel groupe d'amies apparteniez-vous ?	Elèves <input type="checkbox"/> Jeunes femmes fiancées <input type="checkbox"/>	Exploitants artisanaux Jeunes femmes libres <input type="checkbox"/>	Amies d'une chorale <input type="checkbox"/> Amies vendeuses <input type="checkbox"/>
Vos considérations de la sexualité avant mariage (cocher les bonnes réponses)	Normale pour distraction <input type="checkbox"/> Test de maturité sexuelle <input type="checkbox"/> Signe l'amour entre garçon et fille <input type="checkbox"/> Signe l'amour du partenaire <input type="checkbox"/>	Moyen de résolution de conflit <input type="checkbox"/> Moyen de plaidoyer <input type="checkbox"/> signe de capacité de féminité <input type="checkbox"/> Moyen réconciliation avec son partenaire <input type="checkbox"/>	cadeau précieux au copain <input type="checkbox"/> Signe d'amour du copain <input type="checkbox"/> Autres (spécifier) ..... .....
<b>Aspects pratiques</b>			
Age au 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Le ...../...../.....	Ecart entre 1 <sup>er</sup> rapport sexuel et survenue de grossesse	En mois=.....mois
A continué avec l'activité sexuelle après ce 1 <sup>er</sup> RS	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nombre de partenaires atteints avant la survenue de la grossesse	<input type="text"/>
A connu des rapports sexuels sous effet de stimulants sexuels (drogue, alcool, aphrodisiaque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Accueil de la situation de grossesse	Don de Dieu <input type="checkbox"/> Punition divine <input type="checkbox"/> Aide de Dieu... <input type="checkbox"/>
Circonstance d'apparition du 1 <sup>er</sup> rapport sexuel	Fête <input type="checkbox"/> Veiller de prière <input type="checkbox"/> Besoin d'argent (bier) <input type="checkbox"/> Non prévu <input type="checkbox"/>	Besoin de vérifier l'intégrité corporelle <input type="checkbox"/> Abus sexuel <input type="checkbox"/>	Désir de grossesse (enfant) <input type="checkbox"/> Souci de plaire au fiancé <input type="checkbox"/> Pression des pairs <input type="checkbox"/>
Existence d'une école dans son milieu de socialisation	Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Professionnelle <input type="checkbox"/> Supérieure-universitaire <input type="checkbox"/>	Existence d'un marché commun	De chaque jour <input type="checkbox"/> De deux jours/semaine <input type="checkbox"/> Un jour par semaine <input type="checkbox"/>
Existence centre de santé en milieu de socialisation (cocher ce qui existe)	Poste de santé <input type="checkbox"/> Centre de santé <input type="checkbox"/> HGR <input type="checkbox"/>	Foyer social <input type="checkbox"/> Cercle récréatif <input type="checkbox"/> Hôtel et maison d'accueil <input type="checkbox"/>	Centre d'éducation des jeunes <input type="checkbox"/> Informations sur contraception <input type="checkbox"/>
Existence activité divertissement/touristique	Stade de foot ball <input type="checkbox"/> Gare de train <input type="checkbox"/> Parking véhicule <input type="checkbox"/> Club des danseurs <input type="checkbox"/> Milieu de transit des passagers <input type="checkbox"/>	Carrière d'exploitation artisanale <input type="checkbox"/> Cinéma vidéo <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Milieu de négoce <input type="checkbox"/>	Centre d'éducation sexuelle <input type="checkbox"/> Pair éducateur <input type="checkbox"/> Education sexuelle en famille <input type="checkbox"/>
<b>Pratique d'usage de contraceptif</b>			
Préférerait utiliser la contraception	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ne Préférerait pas utiliser la contraception	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Utilisait le contraceptif moderne <input type="checkbox"/>	Utilisait le contraceptif traditionnel <input type="checkbox"/>	Utilisait autres moyens de contraception <input type="checkbox"/>	N'utilisait pas le contraceptif <input type="checkbox"/>
Utilisait et avait rompu <input type="checkbox"/>	Utilisait irrégulièrement		
Raison de non utilisation (non autorisé par)	Eglise <input type="checkbox"/> Culturelle et coutume <input type="checkbox"/> Milieu de socialisation <input type="checkbox"/> Partenaire sexuel <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/>	Accès limité aux filles <input type="checkbox"/> Accès limité à l'adolescente <input type="checkbox"/> Accès limité aux pauvres <input type="checkbox"/> Non autorisé aux célibataires <input type="checkbox"/> Ignorance des méthodes <input type="checkbox"/>	Peur de grossir <input type="checkbox"/> Peur: stérilité secondaire <input type="checkbox"/> Méthodes non disponibles <input type="checkbox"/> Accès limité aux jeunes <input type="checkbox"/> Faible pouvoir d'achat <input type="checkbox"/>
Après cet accouchement :	A repris l'école <input type="checkbox"/> A repris le service <input type="checkbox"/> A regagné chez ses parents <input type="checkbox"/>	A été prise en mariage par auteur 1 <sup>er</sup> de la grossesse <input type="checkbox"/> A été prise en mariage (autre qu'auteur de grossesse) <input type="checkbox"/> A fondé son propre foyer <input type="checkbox"/>	
La grossesse a-t-elle freiné votre évolution scientifique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Comparaison de soi face à celle qui a attendu finir ses études avant de tomber enceinte	

Signature de l'enquêtée à la fin de l'entretien

La partie concernant le focus group avait consisté à :

1. Se rendre compte des faits regrettés par nos interviewées qui avaient accouché avant 18 ans d'âge face aux différentes conséquences vécues de cette maternité, les causes qui les avaient poussées à tomber enceinte pendant cette période, les stratégies qu'elles ont pu développer pour s'adapter devant ce phénomène qu'elles ont vécu.
2. Ce sont les résultats du questionnaire, des focus groups et de l'enquête dans le milieu clinique qui nous ont amenés à proposer les pistes sûres de solutions à mettre en place face aux risques de la maternité précoce au Lualaba.

## Annexes 3. Publications relatives à la présente thèse

### Article 1 : Inventory of early maternity in Lualaba from 2012 to 2014.

International Journal of Science and Research (IJSR)

ISSN: 2319-7064

ResearchGate Impact Factor (2018): 0.28 | SJIF (2019): 7.583

## Inventory of Early Maternity in Lualaba from 2012 to 2014

Kasongo Kayembe Aimé<sup>1</sup>, Mundongo Tshamba Henri<sup>2</sup>, Ntambue Mukengeshay Abel<sup>3</sup>, Kakoma Sakatolo Zambèze Jean Baptiste<sup>4</sup>, Malonga Kaj Françoise<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Université de Kolwezi, Faculté de Médecine- Ecole de Santé Publique

<sup>2,3,4,5</sup> Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine et Ecole de Santé Publique

**Abstract:** Early motherhood involves risks of all kinds. Pregnancy and childbirth are the leading cause of death for teenage mothers. Our study pursued the objective of highlighting the state of play of early maternity in Lualaba. We conducted the cross-sectional study in Lualaba province in the Democratic Republic of Congo (DRC) in 2015. Random sampling at several stages. We administered a questionnaire to 720 adolescent mothers who gave birth before their 19th birthday. The average age at first maternity ( $16.55 \pm 1.9$  years). The respondents had good knowledge in preventing pregnancies, but not put into practice. Few (17.5%) of them used contraception improperly while most (57.5%) wanted to use contraception. Teenage mothers in rural areas were respectively at high risk of having incorrect knowledge about the occurrence of pregnancy (OR = 1.2 and 2.8). Hope for replacement (48.4%), complicity with one's child (46.7%) cited as advantages. The dropout rate after childbirth (67.8%). Early marriages (50.7%). The health consequences (70.0%), 60.5% of perineal tears, vesico and / or vaginal fistulas (8.6%) ... have been experienced. Early motherhood has several consequences and requires multidisciplinary involvement to reduce risks.

**Keywords:** Early motherhood, inventory, Lualaba Province

### 1. Introduction

Early motherhood is defined as the occurrence of pregnancy in a woman whose age is less than 19 years for some and less than 21 years for others at the time of the birth of her baby [1]. However, the occurrence of maternity during this period and especially in adolescence is considered by many obstetrician gynecologists as not recommendable [1] and to be prevented [2-3]. The authors are based on the results of studies, some of which highlight the increased risk of obstetric complications and others insist on the poor socio-economic prognosis of the mother and pediatric complications [4].

For some young mothers, early motherhood is the fruit of their wish, while for others it happened unplanned [5]. Families from adolescent motherhood are often more prone to child abuse and more likely to threaten personal and social development themselves. They often have characteristics that are considered to be predisposing to these situations, including family disruption in the childhood of young parents, problems of self-esteem, depression and lack of parenting skills, marital pathways and very disturbed professionals, poverty, social isolation... [2-3].

According to international and non-governmental health agencies [6], more than 140 million girls will have married between 2011 and 2020. According to this same source, if the current trend continues, 14.2 million girls per year, or 39 000 a day will be married too young. In addition, of the 140 million girls who will have married before the age of 18, 50 million will be under the age of 15. [7] According to the WHO worldwide, there have been 49 births per 1,000 girls aged 15 to 19, according to data from 2010 [8].

The approach to this theme is justified by the results of the various studies carried out by the WHO, which prove that

pregnancy and childbirth in adolescents carry a very high risk of morbidity and mortality. This would be linked to the physiological and sociological characteristics of adolescent girls. They account for 23% of the overall burden of disease (in disability-adjusted life years) due to pregnancy and childbirth [8]. Adolescent pregnancies present increased risks not only for the mother's health such as anemia, hypertension, eclampsia and depressive disorders [9], but also for that of the child in terms of concerns low birth weight, prematurity, depression at birth and, consequently, exposure to higher morbidity and mortality during childhood [10]. In low- and middle-income countries, complications of pregnancy and childbirth are one of the leading causes of death for girls aged 15 to 19. In addition, births and neonatal deaths are 50% more prevalent among children of adolescent mothers than among those of women aged 20 to 29 years [10,11]. This clearly shows how the phenomenon of early motherhood is a significant health problem that will have to be addressed in order to deduce possible solutions.

Not only does early motherhood expose to the above-mentioned dangers, it also involves physiological risks linked to the immaturity of the adolescent mother's genitals, which is thus exposed to situations such as perineal tearing during childbirth. Early motherhood also increases the tendency to resort to clandestine abortions, following humiliations on the part of neighbors and relatives and to present infections due to the lack of hygiene standards [10].

Complications of pregnancy and childbirth, however, remain the second leading cause of death for adolescent girls aged 15 to 19, and the risk of death increases as the proportion of young people in the population increases while the leading cause remains suicide [12]. Complications of pregnancy and childbirth, however, remain the second leading cause of death for adolescent girls aged 15 to 19, and the risk of death increases as the proportion of young people in the

Volume 9 Issue 4, April 2020

[www.ijsr.net](http://www.ijsr.net)

Licensed Under Creative Commons Attribution CC BY

Paper ID: SR20305141847

DOI: 10.21275/SR20305141847

518

## article 2 : Prévalence et risque foeto maternel de la maternité précoce dans la province du Lualaba en République Démocratique du Congo.

### Prévalence et risque foeto-maternel de la maternité précoce dans la province du Lualaba en République Démocratique du Congo

Prevalence and risk fetal-maternal of early motherhood in Lualaba Province, Democratic Republic of Congo

Kasongo Kayembe Aimé<sup>1</sup>, Mujinga Kashala<sup>3</sup>, Mundongo Tshamba Henri<sup>2\*</sup>, Ntambue Mukengeshayi Abel<sup>2</sup>, Kakoma Sakatolo Z<sup>2</sup> and Malonga Kaj Françoise<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université de Kolwezi, Faculté de médecine- école de santé publique, RDC

<sup>2</sup>Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine et école de santé publique, RDC

<sup>3</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kolwezi, RDC

Received 05 April 2019, Accepted 07 June 2019, Available online 08 June 2019, Vol.7 (May/June 2019 issue)

#### Résumé

**Contexte :** La maternité précoce est la survenue d'une grossesse chez une femme dont l'âge est inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres au moment de la naissance de son bébé. Elle présente de nombreuses complications foeto-maternelles et demeure une préoccupation sociale et sanitaire majeure. Cependant, la survenue d'une maternité pendant cette période et surtout à l'adolescence est considérée par nombre de gynécologues obstétriciens comme non recommandable et devant être prévenue.

**Méthodologie :** Nous avons mené une étude transversale à visée analytique. Notre milieu d'étude a été fait de 5 zones de santé de la Province du Lualaba (2 urbaines et 3 rurales). Les registres de maternité ont été consultés dans ces structures. 25815 accouchements ont été enregistrés dont 3550 étaient de survenue précoce.

**Résultats :** La prévalence des maternités précoces était de 13,8% (IC 95% : 13,4 ; 14,2). Les prévalences élevées ont été enregistrées dans les structures rurales que celles urbaines (65,2% Vs 34,8%). L'âge moyen aux maternités précoces était de 17,1 ans avec une déviation standard de 0,82. Les extrêmes étaient de 13 ans et de 18 ans. Les mères des villages ont présenté un risque OR=5,65 de ne pas suivre la CPN face à celles de la ville et Bidonville. Comparée à la tranche d'âge de 15-18 ans, la tranche de 13 à 15 ans a présenté un risque élevé des conséquences d'accouchement dont : 3,41 [2,42 ; 4,79] pour les déchirures des parties molles et de 6,57 [4,38 ; 9,82] pour les hémorragies du post partum. Sur les 1,4 % de nouveaux nés de faible poids de naissance, le risque était élevé chez les mères de 13-15 ans OR= 3,96 [1,68 ; 9,0]. Celles du milieu rural comprises dans la tranche d'âge de 13-15 ans ont présenté le risque de faible poids de naissance estimé à OR= 5,39 [1,21 ; 20,58], contre celles de la ville et Bidon ville OR= 3,983 de s'accoucher des enfants de faible poids à la naissance. Le décès avant 8 jours a été vécu dans 12,2% chez les victimes de maternités précoces. Le risque était élevé chez celles de 13 à 15ans. OR=1,61 [1,10; 2,56] pour le décès des enfants avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie. Les faibles poids de naissance ont couru un risque 33,45 fois plus élevé de décéder avant le 8<sup>ème</sup> jour de vie OR=33,45 [15,41 ; 74,91].

**Conclusion :** Les maternités précoces dans la province du Lualaba sont présentes avec des conséquences semblables à celles du reste du monde. Ces conséquences entraînent les risques pathologiques liés à l'immaturation des organes génitaux de la jeune mère (déchirure périnéale), césarienne, séjours prolongés dans les hôpitaux. L'étude permet d'appuyer les stratégies internationales décourageant les maternités précoces à cause des effets néfastes en matière de santé reproductive aboutissant aux graves complications et décès maternels.

**Mots clés :** Maternité précoce, pronostic foeto-maternel, Lualaba

#### Summary

**Context:** Early motherhood is the occurrence of a pregnancy in a woman whose age is less than 19 years for some and less than 21 years for others at the time of birth of her baby. It presents numerous foeto-maternal complications and remains a major social and health concern. However, the occurrence of maternity during this period and especially in adolescence is considered by many gynecologists obstetricians as not recommendable and to be prevented.

***Article 3. en voie de publication : Perception et vécus de la maternité précoce par les femmes victimes dans la province du Lualaba***

Malonga Kaj Françoise<sup>1</sup>, Kasongo Kayembe Aimé<sup>2</sup>, Mundongo Tshamba Henri<sup>3</sup>, Ntambue Mukengeshay Abel<sup>4</sup>, Kakoma Sakatolo Zambèze Jean Baptiste<sup>5</sup>,

***1,3-4. Université de Lubumbashi, Faculté de Médecine et Ecole de Santé Publique***

***2. Université de Kolwezi, Faculté de Médecine- Ecole de Santé Publique***

***Résumé***

***Contexte***

Selon l’OMS, chaque année, près de 16 millions d’adolescentes âgées entre 15 et 19 ans, mettent des enfants au monde. Parmi ces naissances, 95 % ont lieu dans des pays à revenu faible ou moyen, plus précisément au sein des populations pauvres, peu instruites ou rurales. La grossesse et l’accouchement chez l’adolescente portent un risque élevé de morbidité et de mortalité. La survenue d’une maternité à cette tranche d’âge est considérée par beaucoup de gynécologues obstétriciens comme non recommandable et qu’elle doit être prévenue. La RDC n’est pas exemptée de ce phénomène. Le taux des maternités précoces au Lualaba reste élevé parmi tant d’autres de la RDC. En RDC, l’ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (en moyenne, 7,3 enfants par femme) qu’en milieu urbain (5,4 enfants). On observe également qu’à tous les âges, les taux de fécondité sont plus élevés en milieu rural qu’urbain. Les taux de fécondité par âge sont élevés dès l’âge de 15-19 ans (138 ‰) et augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 25-29 ans (307 ‰) avant de baisser de façon régulière avec l’âge.

***Objectif***

L’objectif de cette étude est de déterminer la perception et les vécus de la maternité précoce par les femmes victimes des maternités précoces dans la province du Lualaba en 2015.

***Méthodes***

Notre étude s’est passée dans la Province du Lualaba. Celle-ci est une des nouvelles provinces issues du démembrement de 2015 et rendu effectif en 2016. Elle est le fruit de la fusion de deux anciens Districts (Lualaba et Kolwezi) de l’ancienne province du Katanga. Pour réaliser cette recherche, nous avons mené une étude qualitative phénoménologique. Nous avons organisé 9 Focus Group ayant inclus chacun 6-10 mères.

Dans laquelle nous avons interviewé 62 mères victimes de maternité précoce dans la province du Lualaba. C'est au huitième focus group que la saturation des réponses a été manifeste. Une interview semi-dirigée a été menée accompagnée d'un questionnaire semi-dirigé.

### ***Résultats***

La moyenne d'âge à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos interrogées était de 16,35±1,32ans.

Les facteurs en cause de la survenue des maternités précoces cités par nos interrogées ont été : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement ou d'un soutien, la recherche ou désir d'enfant, la confiance dans le partenaire, les fausses promesses des partenaires. Le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents, la non accessibilité aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes ont aussi été évoqués par ces dernières.

Des conséquences sociales et scolaires vécues des maternités précoces par nos interviewées, nous avons noté les suivantes : l'abandon ou l'interruption scolaire, le mariage forcé, la perte des chances de mariage idéal.

### ***Conclusion***

La maternité précoce dans la province du Lualaba y est présente avec des conséquences semblables à celles du reste du monde. Les causes citées par nos interviewées sont semblables à celles du reste du monde. Cependant, la RDC en tant que pays en voie de développement, reste dominée par des causes fortement liées à la précarité dont la recherche de positionnement et de soutien. Les efforts restent à fournir en la matière en vue de combattre et décourager ce fléau mais surtout l'accompagnement des victimes pour les aider à contourner le défi y relatif.

***Mots clés : Perception, Vécus, Maternité précoce, Causes et facteurs favorisant, Lualaba RDC***

## ***I. INTRODUCTION***

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque année, près de 16 millions d'adolescentes dont l'âge varie entre 15 et 19 ans, mettent des enfants au monde. Parmi ces naissances, 95 % de ces naissances ont lieu dans des pays à revenu faible ou moyen, plus précisément au sein des populations pauvres, peu instruites ou rurales. Ces naissances sont réparties pour environ 2% en Chine, 18% en Amérique latine et dans les Caraïbes, et plus de

50% se trouvent en Afrique subsaharienne [1]. Elle ajoute qu'au plan mondial, on a recensé 49 naissances pour 1000 jeunes filles de 15 à 19 ans, d'après les données de 2010[2].

Les études consacrées à ce phénomène des grossesses précoces montrent qu'il y a plusieurs facteurs favorisant et dont les conséquences demeurent très fâcheuses aussi bien pour la mère adolescente que pour l'enfant, y compris pour le développement de toute la société.

La maternité précoce est la survenue d'une grossesse chez une femme dont l'âge est inférieur à 19 ans pour les uns et inférieur à 21 ans pour les autres au moment de la naissance de son bébé [3]. Selon les résultats des différentes enquêtes démographiques et de santé menées en RDC [4-5], les femmes en âge de procréer sont réparties selon les tranches d'âge quinquennales dans lesquelles la tranche d'âge comprenant les femmes de 15 à 19 ans est celle considérée comme tranche à haut risque. Cependant, lors des CPN, les femmes ayant 18 ans et moins sont considérées comme des femmes à haut risque dont la CPN de référence reste l'indication majeure pour celles-ci. Dans le cadre de notre étude, seules les femmes qui ont accouché avant d'atteindre 19 ans d'âge seront considérées comme victimes de la maternité précoce. Les femmes à risque des maternités précoces présentent des nombreuses complications fœto-maternelles et demeure une préoccupation sociale et sanitaire majeure. Elle entraîne les risques physiologiques liés à l'immaturité des organes génitaux de la mère adolescente. Celle-ci l'expose à des situations telles la déchirure périnéale lors de l'accouchement, tendance à provoquer des avortements clandestins de suite d'humiliations de ses voisines et de ses proches, infections dues à la non maîtrise des normes d'hygiène [6].

Ceci est justifié par les résultats de différentes études menées par l'OMS [1-2]; La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente portent un très haut risque de morbidité et de mortalité. Ceci serait lié aux caractéristiques physiologiques et sociologiques des adolescentes. Elles totalisent 23% de la charge globale de morbidité (en années de vie ajustées sur l'incapacité) du fait de la grossesse et de l'accouchement [7]. Les grossesses chez l'adolescente présentent des risques accrus pour la santé de la mère tels que l'anémie, l'hypertension, l'éclampsie et les troubles dépressifs [8-9] mais aussi pour celle de l'enfant dont un risque accru pour celui-ci d'avoir un faible poids à la naissance, d'être prématuré, de naître déprimé et, par conséquent, d'être exposé à une morbi-mortalité plus importante pendant l'enfance [7,10]. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. En plus, les morti-naissances et les décès néonataux sont 50%

plus nombreux chez les enfants de mères adolescentes que parmi ceux de femmes âgées de 20 à 29 ans [6, 11].

Bien que non dépourvues de risques très évidents, les maternités précoces restent un sujet d'actualité dans les pays en développement.

L'OMS et l'UNFPA ajoutent qu'une adolescente mariée qui tombe enceinte revêt un nouveau statut, en tant que future mère, mais fait également face à de nouveaux dangers. La grossesse et l'accouchement impliquent des risques importants pour les adolescentes, mères pour la première fois, qui peuvent n'être prêtes ni physiquement ni psychologiquement à accoucher. Dans le cas de très jeunes mères, le fait de tomber enceinte avant que le corps n'ait atteint sa taille adulte et ne soit pleinement arrivé à maturité peut engendrer des risques. La jeune mère sait peu de choses à propos de son propre corps ou des signaux d'alerte. Elle manque d'argent dans son nouveau foyer pour avoir accès aux soins prénataux ou à une aide qualifiée au moment de la naissance. Il est peu probable qu'il existe pour elle un dispositif lui permettant de recevoir des soins obstétricaux d'urgence. Ces circonstances conduisent à la mort en couche de trop de jeunes mères, tandis que pour chaque jeune fille qui meurt, 30 autres souffrent de maladies, de lésions ou de handicaps liés à la grossesse. Certaines lésions conduisent à l'abandon de la jeune fille mariée par son mari et sa nouvelle famille : elle est ainsi laissée sans aucune aide ou soutien [12].

Ces différentes observations nous ont poussé d'en analyser les raisons qui poussent les jeunes mères mineures d'âge à être plus sujettes aux maternités précoces.

Une étude qualitative phénoménologique sera abordée pour nous aider à atteindre l'objectif nous assigné à travers cette recherche.

Les études antérieures à celles-ci ont été consacrées au même sujet et ont eu pour cadre de recherche la province du Lualaba. Dans ces études, nous avons ressorti 13,8% des naissances parmi les accouchements qui ont eu lieu de 2013 à 2015 auprès des femmes de moins de 19 ans d'âge. Les constats nous ont amené à ressortir plusieurs facteurs favorisant dont les conséquences étaient plus fâcheuses allant des déchirures périnéales jusqu'au décès maternel. Les facteurs favorisant la survenue des maternités précoces n'ayant pas tous été donnés dans nos études quantitatives antérieures, cela nous a poussé à mener une étude qualitative afin de déterminer les différentes causes de survenue des maternités précoces dans la province du Lualaba. Telle est la raison d'être de cette étude. Elle étalera donc les raisons de la survenue des maternités précoces avancées par les victimes de maternité précoce dans la province du Lualaba ainsi que la perception de leur survenue.

## ***OBJECTIFS.***

L'objectif de cette étude est de déterminer la perception et les vécus des mères victimes des maternités précoces (ayant accouché avant d'atteindre 19 ans d'âge) dans la province du Lualaba face à ce phénomène.

Pour atteindre notre objectif général ci-haut repris, les objectifs spécifiques sont repris un peu loin en forme des termes émergents.

## ***II. MATERIELS ET METHODE***

### Description du milieu d'étude

Notre étude s'est passée dans la Province du Lualaba. Quant à l'échantillonnage, nous avons mené l'échantillonnage à plusieurs degrés dans lequel cinq zones de santé avaient été retenues dont la Zone de santé de Dilala, Dilolo, Kanzenze, Kasaji et Manika. Notre étude étant complémentaire à celles qui ont été menées avant, celle-ci sera une étude qualitative phénoménologique pour l'atteinte de l'objectif nous déterminé ici.

### *POPULATION D'ETUDE ET ECHANTILLON*

Les femmes qui ont accouché leur premier-né avant d'atteindre 19 ans d'âge ont constitué notre population d'étude.

Nous avons choisi comme cible de recherche les mères mineures d'âge comprises dans la tranche d'âge de 16 - 21 ans victimes de la maternité précoce d'il y a un à trois ans d'écart. La tranche d'âge ainsi jugée pour nous ressortir facilement les risques que ces dernières ont encourus depuis qu'elles ont accouché leurs 1<sup>ers</sup> nés au lieu de prendre seulement celles qui venaient de s'accoucher fraîchement sans pour autant passer encore un certain temps depuis l'accouchement jusqu'au jour de l'entretien.

L'étude qualitative est une étude qui évolue en circulaire. La taille de l'échantillon devra donc dépendre de la saturation des réponses que les interrogés nous fourniront.

Notre échantillon a été constitué des personnes qui étaient précocement mères à leur première maternité. Ces dernières ont été réunies en groupe de 6 à 12 en raison de la taille de focus group. La saturation des réponses s'est remarquée à partir du 8<sup>ème</sup> focus group. Ceci nous a fait au total 62 interviewées réunies en neuf (9) focus group.

### *CRITERES D'INCLUSION*

Les critères retenus pour inclure les répondantes dans la recherche étaient la combinaison des critères suivants :

- Avoir entre 16 et 21 ans,
- Avoir accouché de son 1<sup>er</sup>-né avant d'avoir 19 ans d'âge ;
- avoir passé entre 1-3 ans depuis le 1<sup>er</sup> accouchement

#### *Analyse des données*

Les données que nous présentons dans cette étude ont été enregistrées puis retranscrites intégralement et des prénoms fictifs ont été attribués aux personnes qui ont participé à notre étude. Puis, nous avons procédé à un résumé de chacun des propos recueillis de sorte que nous identifions les entrevues où les différentes dimensions de notre question de recherche sont présentes c'est-à-dire les entrevues les plus pertinentes. Comme l'ont mentionné Quivy et Campenhoudt (1988), «en recherche sociale, la méthode d'entretien est toujours associée à une méthode d'analyse de contenu» [13].

Nous avons procédé à l'analyse de contenu thématique. Elle consistait, dans un premier temps, à regrouper les thèmes apparus lors des entretiens ayant rapport aux différentes dimensions de notre question de recherche.

Les thèmes émergents suivants ont été retenus pour nous permettre de répondre à notre problématique d'étude, il s'agit de :

- évaluer la connaissance des risques des maternités précoces variables personne, lieu et temps ;
- déterminer la perception des mères victimes des maternités précoces face à ce phénomène ;
- ressortir les raisons et les circonstances associées à la survenue des maternités précoces avancées par les victimes.

Une fois ce travail effectué pour chacune des entrevues, nous avons dans un deuxième temps réalisé une analyse transversale en comparant les thèmes des différents propos recueillis.

#### Les considérations éthiques

Ce travail de recherche s'inscrit dans la droite ligne des principes directeurs de l'éthique en recherche sociale, à savoir : le respect de la dignité humaine, le consentement libre et éclairé des participantes, le respect de la confidentialité ainsi que le principe de l'anonymat.

### **III. LES RESULTATS**

#### **3.1. Résultats quantitatifs issus de nos entretiens avec nos interrogées**

Tableau I : Représentation des caractéristiques socio- démographiques :

<b>Etat civil</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>
<b>Marié</b>	17	27,5
<b>Célibataire</b>	45	72,5
<b>Total</b>	62	100

<b>Scolarité</b>		
<b>A poursuivi les études après accouchement</b>	14	22,5
<b>N'a pas poursuivi les études après accouchement</b>	48	77,5
<b>Total</b>	62	100

<b>Adresse</b>		
<b>Rural</b>	25	40
<b>Urbain</b>	37	60
<b>Total</b>	62	100

<b>Profession</b>		
<b>Ménagère</b>	33	52,5
<b>Couturière</b>	6	10,0
<b>Vendeuse</b>	16	26,3
<b>Etude</b>	4	6,2
<b>Autre</b>	3	5,0
<b>Total</b>	62	100,0

La majorité de nos enquêtées étaient des célibataires dans 72,5% des cas, n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas, vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas.

Tableau II. Distribution des interviewées selon l'âge en année

Age en année des interviewées	ni	%
18-19	26	41,9
20-21	36	58,1
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Age des interviewées à la naissance de leurs 1 <sup>ers</sup> nés.		
13	3	4,6
14	4	5,9
15	6	9,3
16	19	30,2
17	18	29,5
18	13	20,5
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Nos entretiens ont été constitués de personnes dont l'âge était compris entre 18 et 20 ans dans 58,2% des cas suivies de celles âgées de 20-22 ans dans 41,8% des cas. La moyenne d'âge était de 19,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos enquêtées était de 16,35ans avec un Ecart-type de 1,32an. La médiane de 16,5 ans. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées s'étaient déjà accouchées pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

### 3.2. *Résultats qualitatifs issus de nos entretiens avec les enquêtées selon les thèmes émergents.*

#### *LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES*

La majorité de nos enquêtées étaient des célibataires dans 72,5% des cas. Les enquêtées n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas. Elles vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas.

Au moment de l'enquête, nos entretiens ont été constitués des personnes dont l'âge était compris entre 18-20 ans dans 58,2% des cas, suivies de celles âgées de 20-22 ans dans 41,8% des cas. La moyenne d'âge était de 18,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos enquêtées était de 16,35ans avec un écart type de 1,32an. La médiane de 16,5 ans. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées s'étaient déjà accouchées pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

Quant à l'atteinte de nos résultats selon les thèmes émergents ci-haut présentés, nous avons noté ce qui suit :

Considérant les raisons et circonstances de survenue des maternités précoces chez nos interviewées, ceci se marie avec l'ignorance auprès de nos interviewées ; les facteurs suivants ont été avancés :

**L'ignorance** : nos enquêtées n'avaient pas de notions claires sur la survenue de grossesse chez une adolescente. Quand elles reprennent par exemple (je ne savais pas qu'il existait des moyens pour prévenir les grossesses chez une adolescente ; soit ; j'ai obtempéré à ses ordres de faire le rapport sexuel avec lui pour lui prouver que je l'aimais aussi ; soit encore ; je lui avais offert ma virginité pour confirmer que j'étais prête à l'épouser et lui aussi prêt à m'épouser).

Quant à l'utilisation des méthodes contraceptives, les jeunes mères interrogées nous ont parlé de quatre méthodes contraceptives qu'elles connaissaient, dont, l'abstinence, le coït interrompu ou le retrait, la pilule du lendemain et le préservatif. Toutes connaissaient le préservatif. Une minorité d'entre elles affirmaient n'avoir jamais utilisé le préservatif dans leur vie. Mais leur utilisation n'était pas effective pour diverses raisons (elles ne savaient pas s'en procurer, elles avaient confiance en leurs partenaires, leurs partenaires n'en voulaient pas, leurs religions ne les y autorisaient pas...).

**La curiosité** : certaines pratiquaient le rapport sexuel car elles appartenaient à des clubs d'amies séductrices des enseignants et des autres personnalités qui cherchaient les mineures d'âge comme copines. D'autres encore voulaient paraître comme ayant des moyens financiers au près des autres en se tapant des copains devant leur offrir régulièrement ces quelques choses de valeur.

Exemple d'un récit : je suis **Braze**, « j'étais âgée de 14 ans quand j'appartenais à un club d'amies séductrices de nos enseignants et autres personnalités qui avaient besoin des mineures d'âge pour la satisfaction de leur appétit sexuel. Dans ce club on utilisait la pilule du lendemain. Un week end j'en avais manqué et il n'y en avait pas dans notre stock. Je n'avais pas d'autre solution que de porter la grossesse de l'enseignant avec qui j'étais sortie

ce jour-là. Puis, je fus chassée de cette école cette année-là. C'est comme cela que je m'étais retrouvée mère à cet âge et l'accouchement s'était passé par césarienne pour cause d'immaturité de mon bassin. Heureusement mes parents m'ont retournée pour parachever mes études. Jusque-là je n'éprouve pas de satisfaction car j'ai raté mon mariage et je suis sans emploi décent. Même au Quartier je ne jouis pas de la première considération de suite de cette maternité ».

**La recherche d'un positionnement** : pour certaines, les parents qui n'avaient pas de moyen pour subvenir aux besoins des enfants poussaient leurs enfants à aller sur la rue pour leur apporter quelque moyen de survie. Ceci se complète au laisser-aller de certains autres parents qui ne savaient pas reprocher leurs filles.

Voici un extrait de **Dedisa**. Issue d'une famille de 12 enfants dont la situation familiale était déplorable. Chaque fois que nous les filles âgées d'au moins 12 ans nous étions à la maison, la maman ne cessait de nous demander de nous débrouiller comme les filles du voisin qui apportaient à manger à leurs parents pour les épauler. Mes sœurs qui venaient avant moi toutes ont été engrossées sans être prises en mariage. Moi j'étais obligé de m'offrir à un garçon de mon école qui appartenait à une famille avec un peu d'avoir sur le plan financier. C'est celui-là qui me payait chaque fois du jus et du LOLY à la récréation ainsi que quelque chose comme transport avec multiples cadeaux. J'avais jugé de me faire toujours aimer et gentille envers lui. Cette habitude le séduit et il devint mon copain avec qui je sortais toujours et répondais vite à chaque sollicitation qu'il me faisait. La grâce de Dieu m'avait sourie et j'étais tombé enceinte de lui. Ma prière était que le garçon me prenne en mariage et chose faite. C'est comme cela que jusqu'à ce jour on m'avait laissée dans leur famille et c'est cette famille qui me prend en charge en attendant que leur fils termine ses études pour s'occuper maintenant de moi. Pour moi j'ai su me positionner au lieu de sortir avec plusieurs copains comme mes sœurs. Les études pour moi ne sont pas une préoccupation majeure mais si le Monsieur finit ses études et qu'il me demande de continuer je le ferai sans problème.

**Kikid** originaire d'une province autre que celle-ci. Par l'effet de déplacement, mes parents avaient perdu tous les biens de valeur qu'ils avaient et c'était notre tour nous les enfants de leur apporter quelques subsides à la maison pour notre subsistance. C'est comme cela que nous avons tenté de nous débrouiller. Nos copains pouvaient nous offrir quelque somme d'argent en échange des rapports intimes. La situation a assombri les reproches des

parents qui étaient dépourvus et, ne pouvaient qu'attendre de nous les enfants. C'est par cette voie que je suis tombée enceinte d'un Monsieur qui me dépasse de presque 20 ans d'âge et moi âgée de 17 ans. Mes études s'arrêtèrent là et la famille l'obligea de me prendre en mariage (3<sup>ème</sup> femme) l'essentiel d'avoir quelque chose pour aider les parents.

***La recherche ou désir d'enfant*** : certaines autres avaient besoin de tomber enceinte d'un garçon pour que ce dernier l'épouse ou qu'il le prenne en charge avant de trouver autre façon de pouvoir survivre.

Lisons le récit suivant : je suis ***Odede*** : âgée de 14 ans je fus engrossée par un garçon de mon quartier. Je n'avais rien comme occupation si ce n'est qu'attendre que je grandisse pour avoir les enfants qui pourront m'aider un jour dans ma vie. Je n'avais pas étudié et je ne sais ni écrire ni lire. C'est à peine que je commence à comprendre qu'il me fallait étudier mais je crois que c'est trop tard pour moi comme j'ai déjà trois enfants avec cette vie qui coûte cher.

***La confiance dans le partenaire et les fausses promesses des partenaires*** : certaines qui semblaient savoir prévenir les grossesses avaient plus confiance dans leurs partenaires croyant que l'utilisation des moyens contraceptifs diminuerait la confiance de leurs partenaires et qu'elles perdraient le mariage que ces derniers leur promettaient.

Exemple du récit suivant : ***Tatuna***, elle raconte ce qui suit : J'étais orpheline de père dès le bas-âge et évoluais avec ma mère qui me quitta aussi quand je n'avais que 13 ans. En ce moment ma grand-mère m'avait prise pour que je vive sous son toit. Bien que menant une vie de prière, j'évoluais bien à l'école et je gardais encore ma virginité. C'est à l'âge de 16 ans qu'un ami voisin de quartier qui me rendait régulièrement visite me demanda d'aller le voir pour m'expliquer une leçon de mathématique. Il a commencé à pleuvoir quelque temps après que je sois arrivée chez lui. Nous n'étions qu'à deux dans son appartement où il m'avait reçue. Après m'avoir expliqué la leçon, il me persuada d'entretenir des rapports intimes avec lui, comme je comptais sur sa délicatesse et qu'il me faisait autant de promesses de m'épouser, j'avais obéi à ses ordres pour confirmer que je l'aimais aussi. Je me suis retrouvée enceinte de lui à ce seul rapport sexuel. Quand il avait su que j'étais tombée enceinte de lui, il vint pour me voir et se rassurer que réellement j'étais enceinte de lui, il me laissa deux cents dollars américains (200\$). Il me promit qu'il allait acheter quelque marchandise en Angola pour revenir dans moins d'un mois. C'était donc la dernière fois que j'avais vu le Monsieur jusqu'à mon accouchement. Par la suite, je recevrais

un appel inconnu dont je découvrirai pendant les échanges que c'était lui qui voulait se rassurer que son fils est en vie et qu'il n'y a plus rien comme contentieux dans ma famille. Jusqu'à ce jour je ne l'ai plus revu ni obtenu de lui le mariage qu'il me promettait. Dès lors mes études furent rompues car ma grand-mère me dira que je l'avais déçue. Ce que je regrette plus c'est le fait de perdre ma virginité que je gardais comme un cadeau précieux pour mon mari, l'absence du mariage, l'interruption des études. Je viens de rater à trois reprises le mariage car la condition que mes partenaires me posent est celle de n'avoir jamais mis au monde un enfant hors mariage, moi j'en souffre mais lui est à l'aise là où il est.

*Le harcèlement sexuel* : d'autres encore se trouvant en position de faiblesse, elles ne savaient pas dire non aux rapports sexuels. Tel est le cas de la jeune sœur de la vendeuse de boissons alcoolisées avec le mari de sa sœur.

Suivons ce qu'elle a dit : *Yadada*. Je restais chez ma grande sœur dans une carrière d'exploitation minière artisanale de la ville de Kolwezi. De fois ma sœur me demandait de servir les clients qui venaient chercher de la boisson alcoolisée et que l'on vendait chez nous. Ma corpulence était comme celle d'une femme mature pendant que je n'avais que 12 ans. Pour ne pas me sentir diminuée, je disais aux clients que j'étais déjà une majeure d'âge. Un jour ma sœur étant partie pour Lubumbashi chercher de la marchandise, moi j'étais restée à la maison avec son mari (mariage de fait). C'est à cette occasion que son mari me demandera de coucher avec lui après m'avoir dit que la masse que j'avais était un acquis pour moi et que je ne pouvais être exposée à aucun danger lié à la sexualité. Comme je n'en savais rien, le mari de ma sœur continuait à m'utiliser comme sa deuxième épouse au lieu de le laisser aller chercher d'autre femme et ma sœur n'en savait rien. Peu après j'accuserai des nausées et des fatigues intenses. Quand ma sœur me mettra plus de pression pour que j'avoue de quoi il s'agissait, son mari prenait ma défense et décida de m'amener lui-même à Kolwezi pour des soins appropriés. Arrivés à l'hôpital on diagnostiqua ma grossesse et c'est fut l'occasion de ce Monsieur de m'y abandonner en me laissant 300 dollars américains soit disant pour les soins. Dès lors le téléphone du Monsieur ne passait jamais. La famille sera informée en retard pendant que le mari de la sœur avait déjà fui. Je me retrouverai mère à 12 ans avec abandon scolaire, haine envers ma grande sœur, conflit familial. Dès lors j'avais décidé de fonder mon propre foyer dans une carrière d'exploitation artisanale autre que celle où je vivais avec ma sœur et ...

***L'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents*** (proxénétisme et divorce des parents) : les parents en position de manquement pour subvenir aux besoins familiaux ignorent l'éducation de leurs enfants en les laissant aller rechercher les subsides de n'importe quelle manière. Cela revient aussi aux parents en divorce qui ne savent pas contrôler le mouvement de leur enfant et ces derniers sont abandonnés à leur triste sort.

Tel est le cas de ***Tetete quand elle raconte*** : j'avais 13 ans et je n'avais aucun interdit sur la sexualité car je pratiquais déjà la sexualité dès l'âge de 12 ans et c'est sans aucun problème. On nous appréciait. D'aucuns considéraient que nous étions gentilles et serviables mes amies et moi. Mes parents savaient et aucun ne m'interdisait de faire cela. C'est alors qu'un jour je sentirai un mouvement inhabituel dans mon ventre avec des tendances de nausée et de vomissement. Ma sœur avec qui je vivais m'amènera à l'hôpital et c'est là qu'on me diagnostiquera que j'avais une grossesse de 4 mois. Moi-même ayant été sujette de fréquentation de plusieurs garçons, je ne savais même pas qui était au juste l'auteur de cette grossesse, imaginez la suite.... Après, j'avais accouché normalement une fille à 13 ans. Là aucun moyen financier ni avancée en étude sauf honte et humiliation au quartier que je continuais à vivre. C'est comme cela que mes parents avaient jugé de me changer de milieu de vie. Les sollicitations que je reçois des garçons sont juste pour des rapports sexuels occasionnels et non de mariage car les garçons croient que j'ai une très forte expérience de la sexualité qu'eux parce que je m'étais accouchée très tôt.

***Le non accessibilité aux moyens de contraception*** : une adolescente a déclaré qu'elle utilisait la pilule du lendemain lors de chaque rapport sexuel occasionnel, malheureusement ce jour-là il n'y en avait pas dans leur stock.

***Les us et coutumes dégradantes*** : pour les parents qui continuent encore à imposer le mariage à leurs enfants mineurs d'âge.

Suivons le récit de ***Betrodode***. Je n'avais que 13 ans quand j'ai eu mon fiancé qui m'avait promis le mariage et tout se négociait avec mes parents. A 14 ans j'ai été donnée en mariage et c'est là que j'ai pu embrasser la vie de mariage. On n'avait aucune interdiction sur le mariage d'enfant. A 15 ans j'ai eu mon premier-né et là je suis mère de trois enfants à 20 ans. Jusqu'ici je ne sais ni écrire ni lire et c'est comme cela que je suis en train d'évoluer. Si la chance pourra me sourire ce sont mes enfants qui apprendront car nous au village notre richesse ce sont les enfants.

**Et Rolloollo** : j'avais 13 ans en 6<sup>ème</sup> année primaire quand je me suis mariée avec mon partenaire qui n'avait que 16 ans aussi sous l'initiative de nos parents. Comme le père de mon partenaire avait déjà avancé en âge et moi j'ai été donnée en mariage à son fils comme un cadeau à son fils qui risquerait de se retrouver orphelin de père sans quelqu'un qui pourrait prendre bien soins de lui. A 14 ans j'ai eu mon premier-né avec des complications intenses d'accouchement. C'est à ce moment que j'ai subi une déchirure du périnée. Conséquence : sortie parfois des matières fécales au travers de ma cavité vaginale (fistule). Comme au village les soins n'étaient pas de qualité, mes parents avaient décidé de m'y arracher pour m'amener à l'hôpital. Malgré ces efforts, je suis restée quelque peu invalide sans espoir de continuer convenablement ma vie sexuelle avec un niveau d'études qui n'a pas changé.

### *LES CONSEQUENCES DE LA MATERNITE PRECOCE*

Concernant les conséquences vécues, il sied de signaler les conséquences suivantes qui ont été vécues par nos interviewées lors de nos entretiens :

**Conséquences sanitaires** : elles ont été liées à l'immaturation des organes génitaux dont celles qui suivent :

**Accouchement dystocique** : plusieurs d'entre elles nous ont dit qu'elles avaient connu des difficultés énormes lors de l'accouchement à savoir la césarienne, la déchirure des parties molles, le séjour allongé à l'hôpital, la rupture utérine. D'autres complications comme les graves infections ont été signalées, l'hystérectomie totale, les fistules vaginales, invalidité physique ... Le non suivi de la CPN au cours de cette grossesse, les cas d'hémorragie du postpartum ont aussi été signalés.

Exemple d'un extrait de **Kokola** : après divorce de mes parents, nous les enfants on était resté éparpillés. Ni papa ni maman, personne ne pouvait bien maîtriser où étaient réellement les enfants. C'est du fait de cette situation que je sortais avec un garçon de mon quartier qui m'avait rendu grosse à 13 ans. J'étais encore en 1<sup>ère</sup> année du secondaire. On me renvoya de l'école et le garçon alla continuer dans une autre école. Je m'accoucherai alors par césarienne étant donné que je n'avais pas fréquenté la CPN pendant cette grossesse. Je faillis même mourir. C'est là que cette césarienne finira par des constats des médecins qui décideront de m'enlever l'utérus (hystérectomie totale) pour me sauver la vie. Après c'était de véritables tiraillements entre les deux familles. On imposa à la famille du garçon de

prendre en charge ma scolarité, chose qui avait été faite. Malheureusement, le garçon a continué sa vie avec quelqu'un d'autre et moi sans un mariage heureux car moi je ne peux plus encore procréer or dans nos communautés le mariage ce sont les enfants.

*Les conséquences psycho-sociales* ont été aussi vécues à savoir :

L'abandon scolaire sans reprise après accouchement, l'interruption des études avec retour aux études après accouchement, l'analphabétisme...

Tel est le cas de *Yakoko* qui dit : J'avais 15 ans quand je courtais un ami de ma promotion qui ne cessait de me rassurer que j'étais la seule fille au monde qui lui plaisait et sur qui il comptait pour un mariage heureux. Comme on se fréquentait, il m'est arrivé un jour de céder à ses sollicitations, moi, croyant que c'était ça la signature de notre mariage. Cela était devenu presque une habitude sans utiliser un quelconque moyen de prévention de grossesse car je n'en connaissais même pas. Quand j'étais tombée enceinte de lui, au su de mes parents, ils avaient refusé de m'autoriser d'aller poursuivre mes études à l'étranger car je les avais complètement déçus ajoutant que j'avais sapé la réputation de la famille. Après mon accouchement, mes parents m'avaient retournée à l'école et j'ai décroché mon diplôme. Mes frères et sœurs avaient été envoyés tous à l'étranger parachever leurs études universitaires excepté moi car j'étais déjà mère. J'ai dû rater d'aller poursuivre mes études à l'étranger comme mes frères et même le partenaire ne m'avait jamais rappelé de me prendre en mariage comme il me le disait avant. Lui s'est déjà marié à une autre femme mais moi je suis encore à la recherche du mari. Même le boulot, je n'ai pas un boulot comme ceux de mes frères et sœurs qui sont allés parachever leurs études à l'étranger.

La maternité précoce, le mariage forcé, la stérilité secondaire (non espoir d'avoir des enfants dans l'avenir), l'humiliation et la honte au quartier, l'absence du mariage avec le père de l'enfant, la perte de chance de mariage heureux, la multiparité au jeune âge (mère de deux ou trois enfants déjà à 20 ans), des tiraillements entre familles, la non maîtrise du vrai auteur de la grossesse, la fuite du partenaire (famille monoparentale), la baisse de valeur de la jeune mère après perte de ses fonctions physiques et économiques.

Tel est l'exemple de *Katokoko* quand elle dit : J'avais de très bonnes relations avec un ami qui me fréquentait régulièrement surtout qu'on était tous de la même église. L'ami comptait plus sur moi et moi aussi sur lui. A 15 ans, l'ami me rendit grosse. Accablée par la peur des conséquences de la grossesse chez une mineure, l'ami m'avait pris le large quand il

avait appris que j'étais enceinte. Je restais sous l'encadrement de sa famille. A mon accouchement, les choses s'étaient compliquées puis j'avais connu la déchirure du col utérin qui s'était compliquée en des graves infections. Ces infections avaient été mal prises en charge et la situation était vraiment pire pour moi. Ces complications finirent par la pratique de l'hystérectomie totale. Là je me retrouve dans la peau d'une victime qui ne sait trouver un mariage, car aucun homme jusqu'à ce jour n'accepte de m'épouser avec cette invalidité et sans que je ne lui fasse des enfants. Bien que j'avais récupéré du côté scolarité mais du point de vue social et sanitaire je suis restée perdante.

Selon certaines, il y a de l'avantage à tirer de cet accouchement dont :

*Le positionnement* pour celle avec désir préconçu du mariage, la *compétition avec son enfant* pour celles qui désiraient avoir un enfant et qui prétendaient que l'enfant était une richesse. Elles ont ajouté que « *procréer tôt c'est envoyer au jeune âge et se reposer au vieil âge* ».

Quant aux conséquences sanitaires liées aux enfants, nombreuses nous ont dit avoir mis au monde des enfants prématurés, de faible poids de naissance et d'autres avec souffrance fœtales à la naissance... d'autres encore nous ont parlé de leurs enfants qui étaient décédé peu de jour à l'hôpital...

Sommes toutes, le regret a été enregistré dans la grande proportion des jeunes mères qui se sont accouchées tôt en émettant le vœu d'attendre que ces accouchements adviennent plus tard qu'au moment de leurs survenues.

#### **IV. DISCUSSION**

##### **4.1. LIMITE DE L'ETUDE ET BIAIS**

Les données de notre étude proviennent essentiellement de propos recueillis lors de nos entretiens. Dès lors, quatre biais nous ont servi de contrôle pour assurer la qualité des données de cette étude, à savoir :

- 1) Le biais de sélection qui nous a permis de rassembler, d'analyser et de vérifier les éléments de sélection, notamment les critères d'inclusion et d'exclusion en vue de l'homogénéité de l'échantillon et des résultats fiables.
- 2) Le biais lié à la formulation des questions : ce biais nous a permis de répondre aux niveaux taxonomiques des enquêtées en évitant des verbes à multiples interprétations

pouvant amener à la confusion. Les questions étaient claires et pertinentes et posées en langue locale qui est le Kiswahili.

3) Le biais lié aux réponses données. A ce niveau, nous ne pouvons pas dire avec certitude que ce que les enquêtées ont dit est réellement leur point de vue et qu'ils y sont réellement engagés. Les biais seront contrôlés en garantissant aux enquêtés l'anonymat et en leur expliquant l'importance de leurs contributions pour l'atteinte des objectifs de l'étude.

4) Le biais lié à l'enregistrement des données : il a été contrôlé par un bon enregistrement et une saisie intelligente des données qui incorporait une traduction logique des codes des questions. L'enregistrement comme la saisie ont été réalisés une deuxième fois pour nous rassurer de la fiabilité, de l'exactitude et de l'exhaustivité des données afin d'éviter les différents types d'erreurs.

#### *4.2. EVALUATION DE L'ATTEINTE DES RESULTATS*

Dans la présente partie, nous nous sommes assigné l'objectif de déterminer la perception et les vécus des mères qui se sont accouchées avant d'atteindre 19 ans d'âge dans la province du Lualaba face au phénomène maternité précoce. Nous avons mené une étude qualitative phénoménologique. Les interviewées ont été mises en des groupes homogènes de 8 à 12 en formes de focus group pour arriver à atteindre l'objectif que nous nous étions fixé. C'est autour du 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> focus group que nous avons remarqué la saturation des réponses. Ceci nous a amené à conclure avec notre étude. Les résultats présentés dans la partie précédente nous ont permis d'aborder leur discussion dans cette partie.

4. De la validité de l'étude : notre étude a été menée selon une démarche qualitative. Ces études ne peuvent rien expliquer que ce que les interviewées nous ont raconté. Nous avons admis cette étude dans l'objectif de compléter certains points que l'étude quantitative menée en la matière n'a pas pu aborder. Cependant, les résultats de cette étude ne sont que des faits que les interviewées nous ont cités. Ceci nous a épargné de la subjectivité des faits attendu que tout nous est venu des entretiens avec nos interviewées.

5. De la fiabilité de l'étude : dans notre étude, nous avons pris soins de traduire notre questionnaire semi-dirigé en langue locale qui était le Swahili. Cela pour arriver à standardiser la compréhension à nos interviewées à qui le questionnaire a été administré en langue locale. Les interviewées avaient été mises toutes dans des bonnes conditions et

estimons que les réponses qu'elles nous ont fournies sont vraies selon leurs vécus car chacun s'exprimait librement et ouvertement sans aucune hésitation.

6. Quant à comparer nos résultats à ceux des autres chercheurs, les lignes qui suivent reprennent nos résultats

Nos interviewées étaient en majorité des célibataires dans 72,5% des cas. Elles n'ont pas poursuivi leurs études après accouchement dans 77,5% des cas et, vivaient dans le milieu urbain dans 60% des cas et étaient ménagères dans 52,5% des cas. Leur âge moyen était de 19,84 ans avec une déviation standard de 1,2 an avec des extrêmes de 16 et 21 ans.

La moyenne d'âge en année à la 1<sup>ère</sup> maternité était de 16,35ans avec un Ecart-type de 1,32 an. La médiane de 16,5 ans. A 16 ans d'âge, 25 % de nos enquêtées avaient déjà accouché pour leur 1<sup>ère</sup> fois et 75% à 17 ans. Le minimum d'âge était de 13 ans avec un maximum de 18 ans.

#### **4.2. Discussions des données qualitatives :**

Après analyse de la partie quantitative, les données qualitatives ressorties de cette interview ont été les suivantes :

Les facteurs en cause de la survenue des maternités précoces que nous avons ressortis auprès de nos interviewées ont été : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement, la recherche ou désir d'enfant, la confiance dans le partenaire et les fausses promesses des partenaires, le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents, la non accessibilité aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes pour ne citer que ceci. Ces facteurs ressemblent à ceux trouvés par d'autres chercheurs que nous énumérons dans les lignes qui suivent : La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait que la pauvreté matérielle, la précarité des conditions de vie, les faibles revenus, bref le statut socio-économique défavorisé constituent les principaux facteurs environnementaux qui favorisent les grossesses précoces. A ces principaux facteurs environnementaux s'ajoutent d'autres socioéconomiques et sociodémographiques non négligeables, d'après les recherches d'Haldre [14], Peirera [15], Roy et Charest D. [16] et Ould et al [17], à savoir : l'influence de la culture d'origine (ex : mariage précoce = trait culturel), l'origine ethnique (Afrique subsaharienne, latino-américaine, ...), la région, la communauté ou le quartier pauvre, le contexte de voisinage, la mauvaise intégration sociale, l'échec scolaire : faible niveau d'étude, scolarité peu valorisante ; les faibles perspectives d'avenir, manque d'opportunités -

valorisation sociale de la maternité (même à l'adolescence), acquisition et reconnaissance d'un statut social - la religion ou religiosité.

Pour d'autres chercheurs comme Roy, S. et Charest, D. [16], Uzan [18], Le Van [19], Arai [20], la survenue d'une grossesse dans ces conditions socio-économiques défavorables pourrait être considérée comme une stratégie d'adaptation : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé, projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les adolescentes des classes ouvrières, la maternité précoce représente alors une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative [20].

En d'autres termes, d'après plusieurs observations et études scientifiques, il ressort de manière générale que la survenue d'une grossesse à l'adolescence est observée plus fréquemment dans les milieux socio-économiques défavorisés, dans les quartiers plus pauvres, dans lesquels les jeunes filles ont de faibles attentes concernant leurs perspectives d'avenir sur le plan scolaire et professionnel. On peut lire à ce sujet les études fort intéressantes de Haldre, Karro, Rahu et Tellmann, [14], Pereira, Canavarro, Cardoso et Endonça, [15], Roy et Charest [16], Corcoran, Franklin et Bennett ainsi que Faucher, Jo Anni Joncas and Bernard Roy [21]

Avant la survenue des maternités précoces la majorité de nos enquêtées étudiaient dans 62% des cas suivies de celles qui vendaient dans 15,0% des cas. Après la survenue des maternités, la majorité d'elles sont devenues vendeuses dans 35,0% puis celles qui se sont occupé des ménages et des études dans respectivement 28,8% et 20,0% des cas.

Dans son étude qualitative, Arai [20] observe que cette explication en termes de faibles attentes quant à l'avenir scolaire et professionnel des adolescentes est relevée, directement ou indirectement, par les 12 jeunes mères et les 9 coordinateurs de centres locaux interviewés. Jewell et ses collaborateurs [22] ont constaté l'impact du statut socioéconomique sur les comportements de contraception. Ils observent entre autres que les jeunes femmes issues de milieux plus défavorisés étaient moins enclines à utiliser une contraception d'urgence. Selon le groupe de Pereira [15], la survenue d'une grossesse à l'adolescence est associée significativement à un plus grand nombre d'échecs scolaires.

Parmi le groupe d'adolescentes enceintes, seulement 12,3% suivaient encore les cours, 52,6% avaient déjà « décroché » avant d'être enceinte.

Quant aux conséquences sanitaires liées aux enfants, la majorité d'elles ont reconnu d'avoir mis au monde des enfants prématurés, de faible poids de naissance et d'autres avec souffrance fœtales à la naissance... d'autres encore nous ont parlé de leurs enfants qui étaient décédés peu de jours à l'hôpital, d'autres encore ont vécu des cas de fistules vaginales...

Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude menée au Katanga par Joseph Bulanda Nsambi et al. [23], pour laquelle des femmes qui se sont accouchées par voie basse ont vécu des cas de fistules dont 242 cas de fistules étudiées, ces cas de fistules ont été rapportés dans 42,6% des cas aux primipares. Tebeu a trouvé entre 31 à 66,7% des cas des fistuleuses qui étaient primipares lors de leur prise en charge [24]. Ceci se confirme avec la littérature dont pour plusieurs auteurs, la majorité des fistules et complications obstétricales surviennent chez les adolescentes primipares du fait d'une disproportion céphalo-pelvienne et d'un travail d'accouchement prolongé Holme et al. [25], Jokhio AH, Kelly J., [26]. et Meyer L. [27]. Ces résultats rejoignent les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui vont à plus de 2 millions de jeunes femmes à travers le monde vivent avec une fistule non traitée et que 50.000 à 100.000 nouvelles femmes sont touchées chaque année. La grande majorité des cas est recensée en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est [28, 29]. En RDC, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2007 indique que 0,3% des femmes déclarent avoir déjà présenté des symptômes de la fistule [5].

Sommes toutes, le regret a été enregistré dans la grande proportion des jeunes mères qui se sont accouchées tôt en émettant le vœu d'attendre que ces accouchements adviendraient tard qu'au moment de leurs survenues. Ceci a pu partager leur perception dont celle de désir d'enfant, celle d'attendre la venue tardive de cet accouchement voire celle de créer des manques à gagner aux victimes. Sans oublier celles qui croient qu'elles restent non utiles pour le futur mariage du fait de l'invalidité causée par le problème de déchirures des parties molles. Ceci reste d'application en RDC et surtout en Afrique où beaucoup de séries de cas montrent des taux élevés de divorce ou de séparation conjugale, l'absence de rapports sexuels, la perte de fertilité, l'aménorrhée et la dépression chez les femmes fistuleuses [30, 25 et 31].

## **CONCLUSION**

Nous avons mené une étude qualitative phénoménologique dans laquelle nous avons interviewé 62 mères victimes de maternité précoce dans la province du Lualaba. Une interview structurée a été menée accompagnée d'un questionnaire semi dirigé.

Après investigations, nous sommes arrivés aux résultats suivants : La moyenne d'âge à la 1<sup>ère</sup> maternité de nos interrogées était de  $16,35 \pm 1,32$ ans. Les facteurs en cause de la survenue des maternités précoces auprès de nos interrogées ont été : l'ignorance, la curiosité, la recherche d'un positionnement ou d'un soutien, la recherche ou désir d'enfant, la confiance dans le partenaire, les fausses promesses des partenaires. Le harcèlement sexuel, l'irresponsabilité ou le laisser-aller des parents, la non accessibilité aux moyens de contraception, les us et coutumes dégradantes ont aussi été évoqués par ces dernières. Des conséquences de la maternité précoce vécues par nos interviewées, nous avons noté les suivantes : l'abandon ou l'interruption scolaire, le mariage forcé, le changement de rôle, la perte des chances de mariage idéal.

Ces résultats ont prouvé que les maternités précoces dans la province du Lualaba sont présentes avec des conséquences, des causes et facteurs favorisant semblables aussi à ceux du reste du monde. La RDC entant que pays en voie de développement, reste dominée par des causes fortement liées à la précarité dont la recherche de positionnement et de soutien, la curiosité, le test de maturité... Les efforts restent à fournir dans la matière pour combattre et décourager ce fléau mais surtout l'encadrement des victimes pour les aider à contourner le défi y relatif.

#### *SUGGESTIONS :*

##### *Au Gouvernement*

- Légiférer en matière d'usage de contraceptif par les adolescentes ;
- Accompagner l'éducation de la jeunesse sur l'usage et l'utilité des moyens de contraception,
- Accompagner les parents à assumer leur responsabilité vis-à-vis de leurs enfants,
- Accompagner les écoles et d'autres structures éducationnelles dans la formation professionnelle des filles-mères ;
- Poursuivre en justice les parents déserteurs et ceux qui imposent le mariage à leurs enfants mineures d'âge ;

##### *Aux Structures de santé*

- Assurer l'éducation sexuelle des jeunes filles et garçons (adolescents(es) ;

- Plaidoyer pour accessibilité et disponibilité des moyens de contraception pour les adolescents (es) ;

*Aux Parents*

- Prendre conscience pour une prise en charge globale de leur famille

*Aux Adolescents (es)*

- Poursuivre et aimer les études ;
- Se donner à des bonnes formes de distraction ;
- Eviter les rapports sexuels précoces ;
- Utiliser les moyens de contraception disponibles en cas de rapport sexuel occasionnel ;

**RÉFÉRENCES**

- 1 OMS (2017) Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [consulté le 12 janvier 2018], disponible à l'adresse : [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/)
- 2 OMS (2010) Renforcer l'action du secteur sanitaire en faveur de la santé et du développement des adolescents.
- 3 Monnier JC, Prolongeau JF (1994) Les raisons pour lesquelles la grossesse n'est pas recommandée chez l'adolescente *Quotidien du médecin*, 29 Avril 1994.
- 4 Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 200 Calverton, Maryland, U.S.A. Ministère du Plan et Macro International.
- 5 Ministère du Plan et Macro International (2014) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 200 Calverton, Maryland, U.S.A. Ministère du Plan et Macro International.
- 6 CHARBONNEAU, J. (2001) La maternité adolescente : l'expression dramatique d'un besoin d'affection et de reconnaissance", *Possibles*, Hiver, 22, 1, p. 43-55.
- 7 Daguerre A, Native C. La maternité précoce au sein des pays de l'OCOE, l'essentiel, n° 22, Février 224, pp. 1-4
- 8 Rotsart de Hertaing I et Courtejoie J. (2000) Maternité et santé, manuel de l'obstétrique, bureau d'étude et de recherche pour la promotion de la santé, pp. 96-97, 233-237.
- 9 Johnnec. Problématique de la maternité précoce, p. 278.
- 10 Bah. MD, Diadhiouf, Dotou CHR, et al. (1994) Maternité précoce au CHU de Dakar, à propos de 1360 cas, [www.penelope.org](http://www.penelope.org).

- 11 Heba B, Akottonga M, Ovattara T, Ouedraogo A, C Ankoandens, Kone B. (2002) Adolescence et urgences gynécologiques à Ouagadougou, journal de la SAGO, Vol 1, n°1, 7-11
- 12 OMS et UNFPA (2007) Les adolescentes mariées : toujours soumises au risque, Pub. en collaboration. avec: Fonds des Nations Unies pour la population ISBN 978 92 4 259377 8 (LC/NLM Classification : HQ799.2.M3).
- 13 Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, Dunod.
- 14 Haldre, K., Karro, H. et ali. (2005). Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. *Acta Obstetrica Gynecolo Scand*, 2005 (84), pp. 425-431.
- 15 Pereira, A., Canavarro, MC. et al. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: a cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socio-economic status. *Adolescence*, N°40 (159) pp. 655-671.
- 16 Roy, S. et Charest, D. (2002). Jeunes filles enceintes et mères adolescentes: un portrait statistique. Gouvernement du Québec, (Ministère de l'éducation). Québec : Bibliothèque nationale.
- 17 Ould El Joud D., Bouvier-Colle M. H et le Groupe MOMA (2002) étude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest Santé maternelle en Afrique francophone, *Journal Gynecol Obster Biol Reprod* 2002 ; 31 :51-62
- 18 Uzan M. La grossesse et l'accouchement des adolescentes. Communication aux JTA ; Hôpital Jean Verdier Bondy. 2004. Paris, France.
- 19 Le Van, C. (1998). Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan, p. 206.
- 20 Arai, L. (2003). Low expectations, sexual attitudes and knowledge : explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. The Editorial Board of *The Sociological Review*, pp. 119-216.
- 21 Corcoran, J – C. Franklin, C. et al. (2000). Ecological factors associated with adolescent pregnancy and parenting, (*Social Work Research*), vol. 24, n° 1, pp. 29-39.
- 22 Jewell, D. Tacchi, J. et al. (2000). Teenage pregnancy : whose problem is it ? *Family Practice* . vol. 17, n° 6, pp 522-528.
- 23 Bulanda Nsambi Joseph, Mukuku Olivier, Foma Yunga Jean-de-Dieu, Kinenkinda Xavier, Kakudji Prosper, Kizonde Justin, Kakoma Jean-Baptiste (2018) *Fistules*

obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas Pan African Medical Journal – ISSN: 1937- 8688 ([www.panafrican-med-journal.com](http://www.panafrican-med-journal.com)).

24 Tebue PM, Kuami L, Obana ANT et coll. Quel serait l'âge de la parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? Médecine d'Afrique noire, Tome 49, octobre 2002, pp. 439-442.

25 Holme A, Breen M, MacArthur C. Obstetric fistulae: a study of women managed at the Monze Mission Hospital, Zambia. BJOG. 2007 Aug;114(8):1010-7. Epub 2007 May 16. PubMed Google Scholar

26 Jokhio AH, Kelly J. Obstetric fistulas in rural Pakistan. Int J Gynaecol Obstet. 2006 Dec;95(3):288-9. Epub 2006 Oct 23. PubMed | Google Scholar

27 Meyer L. (2007) Commonalities among women who experienced vesico-vaginal fistula as a result of obstetric trauma in Niger: results from a survey given at the National Hospital Fistula Centre, Niamey Niger. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(1):90.e1-90.e4. Google Scholar

28 OMS (2011) Conseil Exécutif EB130/12 Cent trentième session 1er décembre 2011 Point 6.4 de l'ordre du jour provisoire Mariages précoces, grossesses chez les adolescentes et les jeunes femmes Rapport du Secrétariat

29 UNFPA (2003) Health E. Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries. New York, UNFPA.

30 Muleta M, Hamlin EC, Fantahun M, Kennedy RC, Tafesse B. Health and social problems encountered by treated and untreated obstetric fistula patients in rural Ethiopia. J Obstet Gynaecol Can. 2008 Jan;30 (1):44-50. PubMed Google Scholar

31 Goh JT, Sloane KM, Krause HG, Browning A, Akhter S. Mental health screening in women with genital tract fistulae. BJOG. 2005 Sep;112(9):1328-30. PubMed Google Scholar