

La précocité des grossesses en milieu rural

Cas des adolescentes du territoire de Lomela en RD Congo

Mémoire réalisé par

Marie-Louise Kitoto Ohandjo Onoloke

Promoteur(s)

Professeur Annie Robert

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

La précocité des grossesses en milieu rural

Cas des adolescentes du territoire de Lomela en RD Congo

Mémoire réalisé par

Marie-Louise Kitoto Ohandjo Onoloke

Promoteur(s)

Professeur Annie Robert

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
AVANT-PROPOS.....	II
DECLARATION SUR LE PLAGIAT.....	III
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	V
TABLE DES MATIERES.....	1
0. INTRODUCTION.....	3
Première partie	6
APPROCHE THEORIQUE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA GROSSESSE PRECOCE.....	6
Chapitre I : LES FACTEURS FAVORISANTS ET LES CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE PRECOCE.....	6
I.1. DEFINITION ET TYPES DE GROSSESSES PRECOCES.....	6
I.2. LES FACTEURS FAVORISANT LES GROSSESSES PRECOCES	7
I.3. LES CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE PRECOCE.....	11
Deuxième partie	15
APPROCHE PRATIQUE : ENQUETES SUR LE PHENOMENE DE LA GROSSESSE PRECOCE.....	15
Chapitre II : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	15
II.1. LES OBJECTIFS.....	15
II.2. LE CADRE DE L'ETUDE.....	15
II.3. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET COLLECTE DES DONNEES	20
Chapitre III : ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS.....	27
III.1. POPULATION D'ETUDE	27
III.2. LIMITE DE L'ETUDE ET BIAIS.....	28
III.3. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS	29

<i>III.3.1. Les caractères socio-démographiques</i>	29
<i>III.3.2. Facteurs favorisants des grossesses précoces</i>	31
<i>III.3.3. Conséquences de la grossesse précoce</i>	33
<i>III.3.4. Implication des femmes</i>	35
Chapitre IV : ANALYSE INTERPRETATIVE DES RESULTATS	37
IV.1. LES FACTEURS FAVORISANTS DES GROSSESSES PRECOCES	37
IV.2. LES CONSEQUENCES DES GROSSESSES PRECOCES	38
IV.3. L'APPORT DES FEMMES.....	39
IV.4. LES CATEGORIES EMERGENTES	40
IV.5. QUELQUES RECOMMANDATIONS	40
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	41
BIBLIOGRAPHIE	42
Annexe I : Questionnaire d'enquête.....	47
Annexe II : Exemple de 2 entretiens.....	51
Annexe III : Considérations éthiques.....	58

0. INTRODUCTION

De nos jours, la grossesse de l'adolescente est un véritable problème de santé. Le phénomène se vérifie surtout en Afrique subsaharienne, en général, et en République Démocratique du Congo, en particulier. Il faut entendre par grossesse précoce celle qui survient en bas âge, entre 10 et 19 ans. Les causes en sont multiples et les conséquences très fâcheuses non seulement dans le devenir de la jeune fille, mais aussi et surtout dans tout son processus de socialisation, c'est-à-dire dans ses rapports à soi-même et aux autres membres de la communauté. On peut citer entre autres le complexe d'infériorité et la discrimination. D'où l'urgence d'endiguer ce mal social.

En effet, selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (2012), présenté lors de la 65^e Assemblée Mondiale de la Santé, « *près de 16 millions d'adolescentes dans le monde, âgées entre 15 et 19 ans, mettent des enfants au monde chaque année. Statistiquement, on estime qu'une adolescente sur cinq a déjà eu un enfant à l'âge de 18 ans. En d'autres termes, 2 millions de jeunes filles âgées de moins de 15 ans accouchent chaque année* ». Ces grossesses précoces ne sont malheureusement pas sans conséquences aussi bien pour la santé de la mère que celle du bébé. 95 % des naissances ont lieu dans des pays à revenu faible ou moyen, plus précisément au sein des populations pauvres, peu instruites et rurales. Dans ces régions, les complications liées à la grossesse ou à l'accouchement sont l'une des principales causes de décès pour les adolescentes.

En fait, le taux de natalité moyen chez les adolescentes des pays à revenu faible ou moyen est plus de deux fois supérieur à celui des adolescentes des pays à revenu élevé. La proportion de naissances qui ont lieu au cours de l'adolescence est d'environ 2% en Chine, 18% en Amérique latine et dans les Caraïbes, et de plus de 50% en Afrique subsaharienne. La moitié de toutes les naissances chez des adolescentes survient dans sept pays seulement : le Bangladesh, le Brésil, les États-Unis d'Amérique, l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria et la République Démocratique du Congo. (Cf. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/), (visité le 25/06/2017). Toutefois, la proportion des jeunes filles qui sont enceintes avant l'âge de 15 ans varie énormément même, au sein de la région – en Afrique subsaharienne, par exemple, le taux est de 0,3% au Rwanda contre 12,2% au Mozambique (OMS, 2017).

Pour nous en rendre compte, il a été démontré en République Démocratique du Congo, lors d'une journée de réflexion sur les grossesses non désirées chez les adolescentes

et les jeunes, tenue le jeudi 01 octobre 2015 à Kinshasa, sur la base des rapports des deux études récentes (publiés en 2013-2014) réalisées respectivement par Médecins du Monde (MDM) et le Programme national de la santé des adolescents (PNSA) et Pathfinder international sur la question de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes, que 27% de filles de 15 à 19 ans ont eu une grossesse (mwasi.com/conference-debat-sur-la-problematique-des-grossesses-non-desirees-chez-l...).

S'il est vrai que les grossesses précoces constituent une vive préoccupation dans le monde entier, l'état des lieux de la question montre par ailleurs qu'il n'existe pas de statistiques dans plusieurs pays pour cerner de façon exhaustive l'ampleur du phénomène. Cette situation est due en l'absence d'un système d'information sur les cas de grossesses intervenues chez les adolescentes, entraînant des conséquences graves sur leurs performances scolaires. C'est ainsi que l'on observe chaque année des redoublements et des décrochages scolaires dans les rangs des jeunes filles.

Il va sans dire qu'une grossesse précoce a des conséquences dévastatrices non seulement pour la mère, mais aussi pour l'enfant et le développement de leur communauté et d'un pays tout entier. Vu ces multiples menaces sur la vie de la femme et des bébés, nous voulons à travers cette étude nous entretenir avec les mères adolescentes en milieu rural congolais, où les interventions sont très limitées, afin de savoir comment elles appréhendent globalement ce phénomène récurrent de grossesses précoces, d'en identifier les causes, les conséquences et d'en proposer des mesures préventives.

A Lomela, particulièrement, en République Démocratique du Congo, le phénomène des grossesses précoces constitue un véritable problème de société, pour ne pas dire tout simplement un problème de santé publique. Force est de constater malheureusement que les données ne sont pas fort documentées jusqu'à ce jour. Voilà pourquoi ce phénomène a retenu particulièrement notre attention.

Au regard de cette problématique, nous nous posons les questions suivantes : quels sont les facteurs favorisant la survenue des grossesses précoces chez les adolescentes et quels en sont les impacts ? Qu'en est-il particulièrement des jeunes mères de Lomela ?

Concernant le champ exploratoire du sujet et la délimitation de l'objet de notre étude, notre travail abordera la question des grossesses précoces chez les adolescentes. Nos enquêtes se limiteront aux populations féminines rurales regroupées au sein de la *Zone de santé rurale*

de Lomela, à savoir les 6 aires de santé d'Odila, Lomela Pilote, Shaie, Inera, Vango et Alanga.

Du point de vue méthodologique, notre approche consistera d'abord à décrire les caractéristiques de notre échantillon. En d'autres termes, nous présenterons la perception des mères adolescentes sur les grossesses précoces partant de cela, nous décrirons les facteurs favorisant et les conséquences des grossesses chez les adolescentes. Ensuite, notre approche sera analytique. Les outils propres à cette méthodologie seront entre autres les revues documentaires qui nous permettront de comprendre et de mieux présenter les aspects généraux concernant les grossesses précoces, les enquêtes basées sur les entretiens personnels semi-dirigés pour collecter les données.

Schématiquement, le présent travail sera constitué de deux parties principales : une approche théorique portant sur la revue de la littérature concernant la grossesse précoce, d'une part, et une approche pratique relative aux enquêtes sur terrain en rapport avec le phénomène des grossesses précoces. Dans la première partie, théorique, nous traiterons des facteurs qui favorisent les grossesses précoces ainsi que les conséquences qui en découlent (1^{er} chapitre). Dans la deuxième partie, pratique, trois chapitres nous aideront à mieux comprendre globalement quand et comment adviennent les grossesses précoces dans la population des adolescentes en général, et de celle de la zone de santé rurale de Lomela, en RD Congo, en particulier. Le deuxième chapitre tracera le cadre de l'étude et la méthodologie de recherche. Au troisième chapitre, nous ferons une analyse descriptive des résultats obtenus après enquête et entretiens avec les adolescentes de Lomela. Il nous restera, enfin, au quatrième chapitre, de faire l'analyse des données obtenues et proposer quelques perspectives d'avenir.

Première partie

APPROCHE THEORIQUE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA GROSSESSE PRECOCE

Chapitre I : LES FACTEURS FAVORISANTS ET LES CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE PRECOCE

Ce premier chapitre comportera trois points principaux. D'abord, nous donnerons la définition et les différents types de grossesses précoces. Ensuite, nous parlerons des facteurs favorisant ces grossesses précoces. Enfin, nous examinerons les conséquences principales de la grossesse précoce.

1.1. DEFINITION ET TYPES DE LA GROSSESSE PRECOCE

On définit la grossesse ou la gestation comme étant l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon ou un fœtus humain. C'est l'état de la femme entre la fécondation et l'accouchement. Ou encore, l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel (Selon le *Dictionnaire Larousse*). Mais lorsqu'elle est portée par une jeune fille, à son adolescence (avant son 18^{ème} anniversaire), on dit que la grossesse est précoce (OMS, 2012). Selon l'OMS, l'« adolescence » est définie comme la période située entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire environ entre 10 et 20 ans (Ponse de Léone, 2012).

D'après C. Le Van (1998), il y a lieu de distinguer cinq types de situations donnant lieu à des grossesses précoces :

- 1) La « grossesse rite d'initiation : moyen de solliciter l'attention des parents ou de poser un acte important dans le déroulement de la relation amoureuse » ;
- 2) La « grossesse SOS : acte purement symptomatique destiné à exprimer malaise et mal de vivre » ;
- 3) La « grossesse insertion : décision murement réfléchie, la maternité apparaissant alors comme la meilleure solution pour pallier le vide de l'existence et acquérir un statut social » ;

4) La « grossesse identité : envie non explicite d'être mère» (Vaton, M., 2011);

5) La grossesse accidentelle : événement réellement imprévu ».

Seule la dernière situation, c'est-à-dire la grossesse accidentelle correspond à un véritable échec, les autres étant voulues pour des raisons diverses.

1.2. LES FACTEURS FAVORISANT LES GROSSESSES PRECOCES

Dans le cas des grossesses précoces, plusieurs facteurs peuvent être pris en considération, notamment les facteurs environnementaux (a), liés à la situation socio-économique, sociodémographique et culturelle de la jeune fille, mineure ou adolescente, les facteurs psychologiques (b), ainsi que les facteurs socioculturels et politiques (c).

a) Les facteurs environnementaux

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 (2005), Peirera (2005), Roy et Charest (2002) et Vikat (2002), 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.

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, (2005), Pereira, Canavarro, Cardoso et endonça, (2005), Roy et Charest (2002), Corcoran, Franklin et Bennett ainsi que Faucher, Jo-Anni Joncas and Bernard Roy (2015)

Dans son étude qualitative, Arai (2003) 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 (2000) ont constaté l'impact du statut socio-économique 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 (2005), 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.

Les variations géographiques observées au sein d'un même pays dans les taux de grossesses précoces rejoignent directement ces facteurs socio-économiques. En Angleterre, par exemple, les jeunes femmes des quartiers pauvres sont plus enclines à tomber enceintes que celles des quartiers plus riches (Cf. Griffiths and Kirby, 2000, Smith, 1993 et Arai, 2003).

On associe également la grossesse chez les adolescentes à des indicateurs de précarité sociale. Parallèlement, le recours à des soins pour interruption de grossesse est plus marqué parmi les jeunes femmes à faible revenu économique (Beghin et al. 2006). En Belgique, par exemple, 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 (Beghin et al., 2006), cela veut montrer que la variation géographique n'est pas forcément liée au niveau socio-économique.

A en croire des chercheurs comme Stevens-Simon et Lowy (1995), et d'autres collaborateurs (2002), Uzan (1998), Le Van (1998), Arai (2003), 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 (Arai, 2003).

En somme, des études épidémiologiques et sociologiques ont confirmé cette vision en montrant une corrélation entre la mauvaise intégration sociale et la parentalité précoce (C.

Le Van, 1998 ; Singh et al., 2001). Toutefois, cette explication est surtout valable pour les adolescentes qui décident de garder leur enfant. Une autre hypothèse émise par les recherches de Corcoran (2000) est le manque d'accès aux soins : le manque de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes de milieu socio-économique bas plus vulnérables au risque de grossesse.

Miller et ses collaborateurs (2001) 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 socioéconomique, 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.

b) *Les facteurs psychologiques*

D'un point de vue psychologique, on peut noter que le besoin de vérifier son intégrité corporelle à l'adolescence fait partie des facteurs majeurs favorisant les grossesses précoces (cf. Herrenkohl, cité par P. Faucher – S. Dappe, 2002). A ce besoin de vérifier son intégrité corporelle correspond la recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance - expériences hostiles durant l'enfance (violences physiques, carences, négligence éducative), abus sexuel - conduite de prise de risque propre à l'adolescence - risque perçu de tomber enceinte - bien-être psychologique (dépression ?), stress (plus élevé ?) - moindre acceptation de la sexualité (culpabilité) - manque d'affirmation de soi (peur du rejet, manque d'assurance, manque d'estime de soi et de confiance en soi) - inexpérience (gêne, appréhension, difficulté d'en parler) - incapacité à prévoir les rapports sexuels - absence de motivation (pas de rigueur pour la pilule, pas envie, ennuyant) - recherche d'un statut social, valorisation - lieu de contrôle externe (fatalisme) - peur d'oublier la pilule - insouciance, immaturité, refus des responsabilités - peur des maladies, peur d'une grossesse, envie de sécurité, envie de vivre pleinement sa jeunesse - désir de grossesse, désir d'enfant, désir flou (grossesse non planifiée mais perçue comme probable).

Le besoin de vérifier son intégrité corporelle est un problème psychologique lié à des facteurs cognitifs, c'est-à-dire aux connaissances, représentations et croyances liées à la précocité des grossesses. On pourrait évoquer la perception du préservatif (désagréable, non romantique, embêtant) et les barrières perçues à l'utilisation des préservatifs ou de la pilule ; la perception du rôle de la femme dans la société, dans le couple ; les représentations liées à la maternité précoce (vision positive ou négative) ; le manque de connaissances et

d'informations sur les contraceptifs (sur l'existence de la pilule du lendemain, le fonctionnement, l'utilisation, les lieux où s'en procurer) ; l'importance perçue de la contraception, la perception du risque lié à la non-utilisation, les fausses croyances (peur de grossir, peur des hormones) ; la pensée magique, la pensée écologique ; la représentation de la sexualité (l'amour romantique) et les valeurs sexuelles (Herrenkohl, cité par P. Faucher – S. Dappe, 2002).

Selon Sundby et ses pairs (1999), l'utilisation ou non des contraceptions semble dépendre de la communication entre les partenaires. La timidité et les difficultés à discuter de sujets sensibles tels que la sexualité ou la contraception sont des facteurs qui peuvent influencer l'échec de la contraception. D'après ces auteurs, la période la plus critique aux relations sexuelles non protégées semble être la période de transition entre le moment où les deux jeunes partenaires font connaissance et le moment où ils deviennent un couple stable

D'un côté, lorsque les partenaires ne se connaissent pas encore très bien, beaucoup utilisent un préservatif à cause de leur peur des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA. Après un certain temps, quand les deux partenaires commencent à mieux se connaître, ils ont davantage confiance l'un dans l'autre, et cette peur diminue. Pour beaucoup de jeunes filles, il est trop tôt pour utiliser une contraception orale car elles ne savent pas encore si la relation va durer dans le temps ou non. D'un autre côté, l'utilisation de préservatifs est difficile à négocier car cela réduit les aspects romantiques. La conséquence en est que certains couples prennent des risques et utilisent des méthodes moins efficaces comme le retrait.

c) Les facteurs socioculturels et politiques

La vision qu'a une société de la sexualité et de la maternité va également avoir une influence sur le comportement sexuel et contraceptif des jeunes. Loignon (1996) note de manière générale le changement des valeurs associées au couple et à la famille dans notre société. La grossesse hors mariage ou la maternité sans engagement amoureux sont banalisés, ce qui peut influencer les représentations des grossesses chez les adolescents.

Il convient aussi de noter que le réseau social d'amis de l'adolescente peut jouer un rôle positif ou au contraire négatif dans l'utilisation des moyens de contraception et la survenue d'une grossesse. Dans une enquête menée par Herbigniaux et Thai (2005), 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. Il y a également l'impact des médias, que ce soit le cinéma, la télévision ou la publicité. Ces médias véhiculent des valeurs telles que la

séduction et l'agressivité sexuelle. Un spectateur moyen voit environ 9 000 scènes à caractère sexuel. Selon les deux auteurs cités ci-dessus, parmi les freins liés à l'utilisation du préservatif, 15,2% des jeunes (filles et garçons) mentionnent l'imitation des films pornographiques. On note enfin l'échec de l'éducation sexuelle à l'école : l'information n'est pas l'éducation. L'enseignement de la sexualité est souvent déficient en milieu scolaire parce que trop de nature informative.

Sur le plan socio-culturel, les facteurs de la grossesse précoce concernent l'entourage (parents, amis, pairs, famille). Comme évoqué par Coleman (1998) par M. Yode et T. Legrand, (2007), ainsi que E. Kibali – Mabika et J. Mangalu, (2000). On notera particulièrement la présence et la disponibilité d'un interlocuteur privilégié pour parler sexualité (se confier, demander conseil), dont le partenaire : plus âgé, attachement émotionnel, confiance, communication, stabilité, relation, implication dans la contraception ; la structure familiale : habiter ou pas avec ses parents ; la fréquentation de pairs à risque élevé, proximité avec les pairs (réseau d'amis), soutien social des amis - liens parents-enfants (soutien, proximité, chaleur), soutien familial perçu, dysfonctionnement familial, stress familial ; la régulation parentale, contrôle du comportement (contrôle, supervision). A propos du contrôle psychologique parental (intrusivité) : - communication parent-enfant ? (peur vis-à-vis des parents, interdiction parentale, pas de communication directe et honnête). L'étude de Corcoran et ses pairs suggère 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 : - attitudes et valeurs parentales (parents désapprouvent la sexualité des ados ou les relations non protégées) J. Corcoran, C. Franklin, e.a. (2000).

Par rapport à l'environnement socio-politique, on peut noter les facteurs généraux ci-après : accessibilité et disponibilité des moyens de contraception - prix des moyens de contraception - distribution de produits gratuits - éducation sexuelle à l'école (fréquence, pertinence) - valeurs véhiculées par les médias - changement des valeurs associées au couple et à la famille (banalisation des grossesses hors mariage) - campagnes de sensibilisation - accessibilité des centres de planning familial, accès à des conseils sur la contraception.

1.3. LES CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE PRECOCE

En général, la maternité précoce comporte des conséquences négatives, même si la survenue d'une grossesse peut avoir un effet positif comme l'abandon d'une toxicomanie jugée nocive pour l'enfant à venir (Flanagan et Kokotailo, 1999.). Cependant, la littérature

insiste sur le risque des complications liées à la grossesse que courent les femmes âgées de moins de 20 ans, comparativement aux autres femmes de plus de 20 ans.

Dans la mesure où les complications liées à la grossesse précoce peuvent être doublement considérées sous l'angle maternel et infantile, en raison des risques qu'encourent aussi bien la mère que le bébé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1992) recommande que la fécondité en-dessous de l'âge de 18 ans fasse l'objet d'une attention particulière. On peut considérer sous deux axes principaux de tels risques : les risques médicaux ayant trait à la complication et à la survie aussi bien de l'enfant que de la mère d'une part, et les risques psycho-sociaux et économiques comme la perpétuation du statut inférieur des femmes, la réduction à la pauvreté économique, la déscolarisation et la marginalisation, d'autre part (cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*).

a) Les risques médicaux :

Du point de vue de la santé, les grossesses précoces sont très dangereuses aussi bien pour la mère que pour l'enfant : chaque jour, 194 filles meurent des suites d'une grossesse précoce. Pourtant, 90 % des causes liées à ces décès pourraient être évités. Les grossesses précoces sont la première cause de mortalité chez les 15 à 19 ans, et la première cause de mortalité infantile. Ces décès sont généralement causés par le manque de centres de santé pour suivre ces grossesses à risque, ou d'argent pour y accéder.

1) Chez l'enfant :

Les enfants nés de mères très jeunes ont des risques élevés de morbidité et de mortalité. En effet, les adolescentes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de donner naissance à des bébés prématurés ou de petits poids (moins de 2500 grammes), voire de très petits poids (moins de 1500 grammes), ce qui est un très grand risque pour la vie du bébé. Les bébés nés prématurément ont des risques supplémentaires de mortalité néonatale ou périnatale (morts intervenant durant ou juste après la naissance) (OMS/UNFPA, 2007). L'insuffisance pondérale, les complications à la naissance, les maladies, le décès maternel, le mauvais entretien sanitaire et alimentaire, prématurité, tous les comportements à risque exposant le fœtus à des toxiques (tabac, alcool, drogue) peuvent entraîner des malformations chez le bébé.

2) Chez la mère

Les mères adolescentes sont plus exposées aux complications durant la grossesse. L'hypertension gravidique, les dystocies qui sont à la base des fistules obstétricales et les

avortements dangereux, se produisent très souvent chez les jeunes femmes qui attendent leur premier enfant. « *Plutôt que des facteurs intrinsèques au corps de la jeune fille, les éventuelles complications sont davantage liées aux conduites à risque propres à leur âge : tabagisme, consommation de drogue et d'alcool chez les adolescentes, alimentation déséquilibrée* », explique le docteur Dr Jean-François.

Parce qu'elles ignorent (inconsciemment ou non) qu'elles sont enceintes, ou qu'elles souhaitent le cacher, ces mamans ados sont souvent mal suivies, et ne prennent pas les précautions habituelles (en matière d'alimentation, d'activité physique) de la grossesse. Les adolescentes (<20 ans) ont le pourcentage de dystocie le plus élevé (22,7 %). Au-delà de 20 ans, le pourcentage de dystocie diminue régulièrement pour atteindre 13 % chez les femmes de 40 ans et plus (www.em-consulte.com/en/article/114373).

Dans les pays en développement, la précocité des grossesses chez des femmes, associée à une malnutrition, est bien souvent la cause première des accouchements difficiles. Le bassin de ces jeunes filles n'est pas assez développé et ne permet donc pas un passage aisé de la tête du nouveau-né. L'accouchement devrait alors être assisté par césarienne ou extraction instrumentale (forceps, ventouse), mais cette assistance médicale ne peut être réalisée partout en temps utile et de manière correcte, surtout dans des lieux isolés ou pauvres. L'accouchement est souvent fait à domicile et peut alors durer plusieurs jours sans prise en charge médicale adaptée (www.msf.fr/activites/fistules-vesico-vaginales).

3) Les risques psycho-sociaux et économiques

Si être pauvre et défavorisée constitue un facteur favorisant la plupart de grossesses précoces, les conséquences qui en résultent ne sont pas seulement d'ordre biologique, mais aussi psycho-social et économique. C'est ce qu'explique J. Benoit lorsqu'il dit que l'entrée précoce dans la vie reproductive réduit considérablement leurs opportunités scolaires et donc professionnelles des adolescentes. (Cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*).

1) Chez la mère :

Du côté de la fille adolescente qui devient très tôt mère, on peut noter la perpétuation du statut inférieur des femmes et leur réduction à la pauvreté. Comme le martèle J. Benoît, les mariages et les grossesses précoces maintiennent les filles dans leur statut inférieur à l'homme et ne leur permettent pas de sortir de la pauvreté. Malheureusement, il s'agit là d'une

situation injuste et d'un énorme potentiel perdu pour le développement des communautés et des pays (Cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*). En un mot, les situations de jeunes mères les placent dans l'incapacité de répondre aux besoins matériels de leur enfant, d'assumer les coûts liés à leur éducation (Daguerre, 2010). D'où les risques suivants.

- *Les risques de déscolarisation* : 58 % des filles ne retournent jamais ou rarement à l'école après avoir eu un enfant. Ce chiffre augmente lorsque les filles sont aussi mariées.

- *Les risques de marginalisation* : Dans beaucoup de sociétés, l'honneur de la famille repose sur la virginité des filles. Celles qui sont enceintes hors mariage sont donc victimes de discrimination et de marginalisation. Elles peuvent être rejetées par leur famille et deviennent ainsi vulnérables aux violences et abus, à l'esclavage domestique et à l'exploitation sexuelle (cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*). Seules les femmes mariées étaient autorisées à enfanter et les mères célibataires étaient alors extrêmement stigmatisées. (Le Den, 2014).

2) *Chez l'enfant* :

Les grossesses précoces entraînent chez l'enfant des carences affectives : sévices, abandon, avenir difficile, traumatismes (cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*).

3) *Chez le jeune homme*

Observons d'entrée de jeu que lorsqu'on parle de la grossesse adolescente, on exclut pratiquement toujours le père encore mineur (Rufo, 2011)

Bien que notre travail ne concerne pas les garçons, on remarque aussi que le phénomène de la grossesse précoce entraîne des conséquences non moins redoutables dans la vie des jeunes garçons. Il s'agit entre autres de la paternité non désirée et le rôle parental non assumé, mariage forcé, problèmes psychologiques, difficultés économiques, pauvreté (cf. J. Benoit, *Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel*).

Deuxième partie

APPROCHE PRATIQUE : ENQUETES SUR LE PHENOMENE DE LA GROSSESSE PRECOCE

Chapitre II : CADRE DE L'ETUDE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Après avoir précisé dans un premier temps les objectifs poursuivis de notre recherche, nous en délimiterons ensuite le cadre. Enfin, le troisième et dernier point concernera la méthodologie et la collecte des données.

II.1. LES OBJECTIFS

II.1.1. Objectif général

L'objectif général de notre recherche est double. Le premier consiste à prévenir l'occurrence de grossesses précoces chez les adolescentes du territoire de Lomela, dans la province du Sankuru, en RDC. Le second consistera à définir les actions visant à réduire l'impact pour le couple mère-enfant.

II.1.2. Objectifs spécifiques

- Identifier les facteurs liés à l'occurrence des grossesses chez les adolescentes.
- Mesurer l'impact sur la santé des mères adolescentes et de leurs enfants.

II.2. LE CADRE DE L'ETUDE

Description du terrain

La situation géographique et socio-économique de la Zone de santé de Lomela

La Zone de santé de Lomela se trouve dans le territoire administratif de Lomela, au nord de la nouvelle province du Sankuru, en République Démocratique du Congo. L'agriculture y est l'activité principale et la source des revenus pour plus de 80 % de la population. Au niveau de la santé, beaucoup de centres de santé et quelques hôpitaux ont été pillés et leur équipement médical et roulant emporté.

Au niveau de la population elle-même, cette situation de carence généralisée a engendré l'exode rural des jeunes, surtout des filles qui fuient la crise, le chômage et d'autres calamités. Outre le défaut de scolarisation, de soins médicaux, d'habitat, la pauvreté accentuée du territoire de Lomela constitue un des facteurs majeurs de la prostitution.

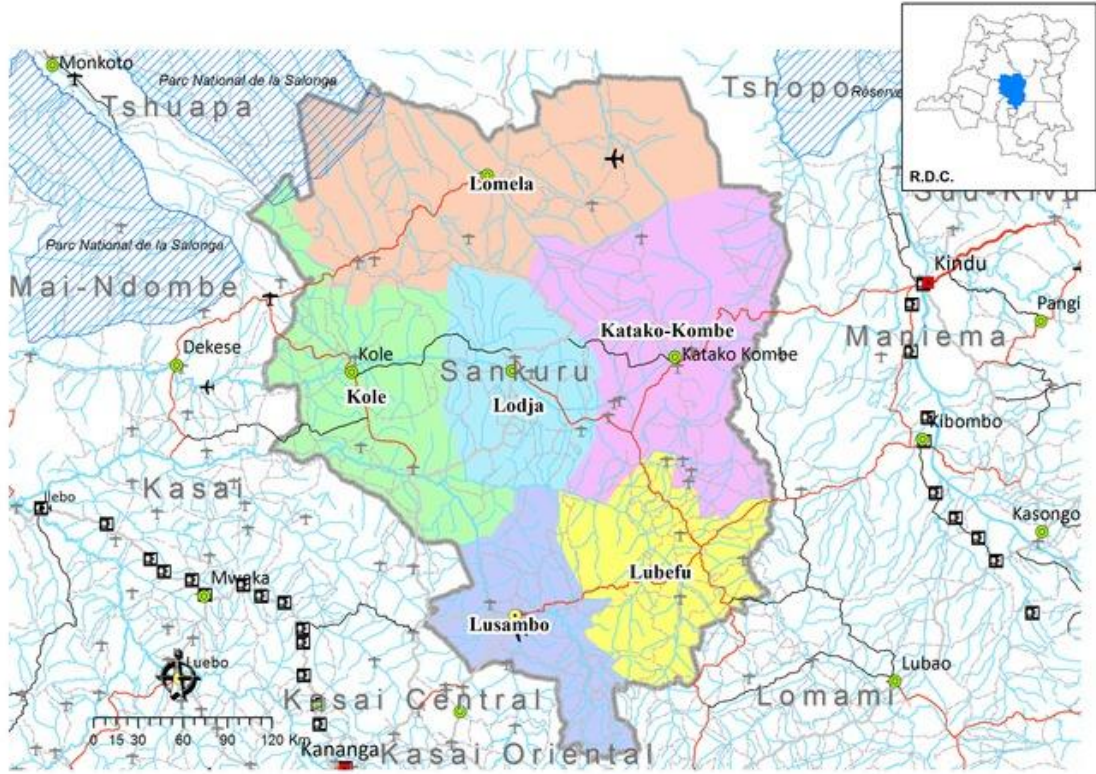
La majorité de la population est pauvre et s'adonne à l'agriculture, à l'élevage, à la pêche artisanale. Pour l'année 2015, La zone de santé de Lomela couvrait une population estimée à 326.676 habitants (Rapport annuel 2016 de l'Administration du Territoire, mise à jour le 31 mars 2017).

Carte administrative de la RD Congo



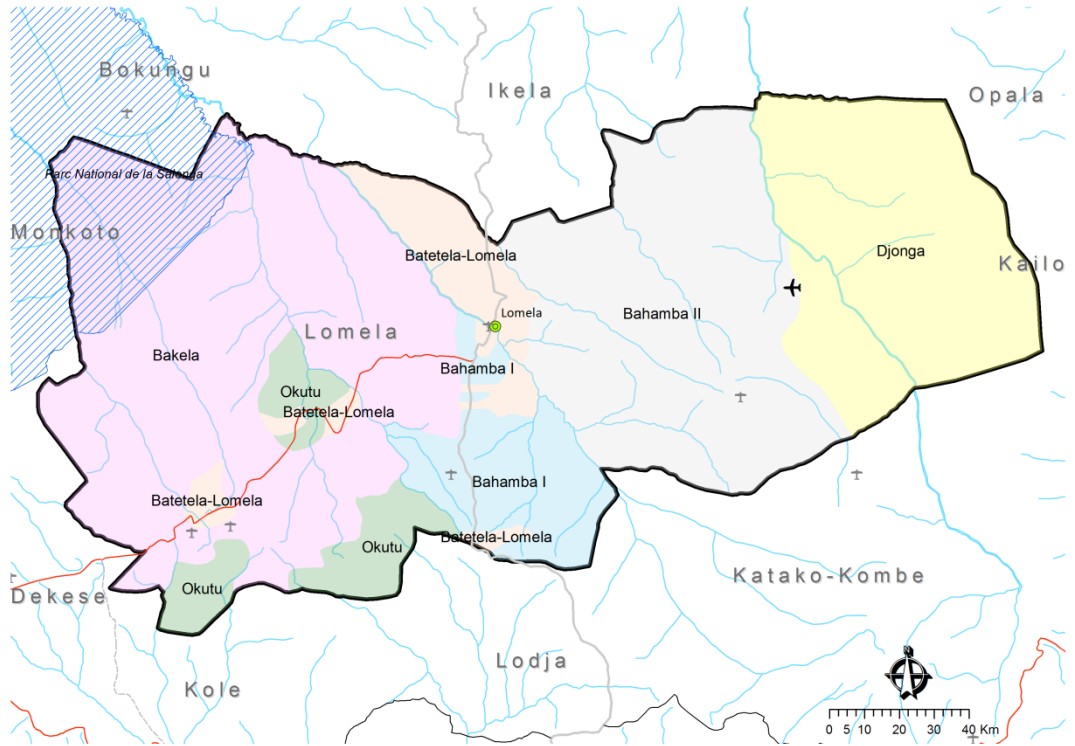
Source : BUMI asbl (Organisme d'action humanitaire pour le développement)

Carte administrative de la province du Sankuru



Source : BUMI asbl (Organisme d'action humanitaire pour le developpement)

Carte géographique du territoire de Lomela, province du Sankuru



Source: Rapport annuel 2016 de l'Administration du Territoire) Mise à jour le 31 mars 2017

Tableau I

Le tableau ci-après présente les aires de santé et leur population dans la *Zone de santé* de Lomela.

<i>Aires de santé dans la zone de santé de Lomela : n=19</i>	<i>Population (estimée en 2015)</i>
ALANGA	6122
BAYAYA	6398
DIAMAMBA	5738
EDJOLA	5921
EKOMAKOKO	5829
ELINGAPANGO	7117
IKOTO	5447
IMPEMBE	5187
LOKALA	9802
LOMELA PILOTE	16181
MUKUMARI	7212
POKAONGO	5364
ODILA	5765
ONYANGONDO	7058
SHAIE	6534
SHAMBI	5953
VANGO	5920
YANGUNDA	5228
YOMBO	6368
Total	129144

II.3. APPROCHE METHODOLOGIQUE ET COLLECTE DES DONNEES

II.3.1. Méthodologie

MODELE CONCEPTUEL

Etude sur les facteurs explicatifs de la grossesse précoce chez les adolescents dans la zone de santé de Lomela.

Niveau populationnel :

Facteurs liés à l'environnement socio-économiques, socio-démographiques et culturels

- Culture d'origine
- Faible niveau d'étude
- Mauvaise intégration sociale
- Modernisme

Niveau communautaire :

Facteurs liés à l'entourage (aux parents, aux amis, aux pairs, à la famille) et facteurs comportementaux

- Pression des paires pour avoir les rapports sexuels précoces
- Manque de dialogue parent- enfant (manque d'éducation)
- Promiscuité
- viol

Niveau individuel :

Facteurs psychologiques et psycho-sociaux - besoin de vérifier l'intégrité corporelle

- Manque d'éducation, abus sexuel,
- recherche d'un statut social,
- désir de grossesse (désir d'enfant),
- Manque de loisir,
- Mauvaise perception des méthodes contraceptives
- Perception des rôles de la femme dans le mariage

Stratégie d'échantillonnage

Pour la réalisation de ce travail, nous avons opté pour une méthode qualitative exploratoire. Nous avons mené une enquête sur les 6 aires de santé de la *Zone de santé* de Lomela. L'approche qualitative exploratoire permet d'explorer une situation afin d'en améliorer la compréhension et d'envisager des pistes de réflexion (cf. Stordeur, 2012). Pour sa part, Aujoulat (2013) considère que la méthode qualitative permet de récolter des vécus,

des perceptions, des représentations et offre ainsi une vision plus précise et globale de la situation. Cette méthode est donc la plus adaptée à notre démarche, car nous voulons explorer les facteurs favorisant et les conséquences des grossesses précoces en milieu rural.

Population d'étude

Concernant le champ exploratoire du sujet et la délimitation de l'objet de notre étude, notre travail abordera la question des grossesses précoces chez les adolescentes. Nos enquêtes se sont limitées aux mères adolescentes en milieu rural regroupées au sein de la *Zone de santé rurale* de Lomela, à savoir les aires de santé d'Odila, Lomela Pilote, Shaie, Mukumari, Vango et Alanga. Il s'agit précisément des adolescentes ayant eu des grossesses dans la zone de santé de Lomela.

Echantillonnage : raisonné, sélectif et occasionnel

Notre échantillon est d'abord raisonné, dans la mesure où le choix des éléments est basé sur le jugement du chercheur par rapport à leur caractère typique ou atypique (e.g. cas extrêmes ou déviants). Ce genre d'échantillon permet d'étudier des phénomènes rares ou inusités, peu de représentativité de l'ensemble de la population (Christine DUFOUR & Vincent LARIVIÈRE 2012). Il est ensuite sélectif ou intentionnel dans la mesure où la sélection se fait suivant certains critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis en fonction des objectifs de recherche (Aujoulat, 2012-2013). Enfin, notre échantillon est occasionnel, c'est-à-dire, comme l'indiquent Polit et Hungler, il inclut des sujets à l'étude au fur et à mesure qu'ils se présentent jusqu'à atteindre la taille désirée de l'échantillon.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon désiré pour une étude qualitative est liée à la saturation des données recueillies, ce qui revient à dire que l'échantillon est considéré complet lorsque le chercheur a atteint le seuil de saturation théorique (Aujoulat, 2012-2013; on arrête les entretiens lorsque les répondants ne fournissent plus de nouvelles informations sur le sujet de recherche (V. Lorant, 2011-2012).

Nous espérons un minimum de 15 entretiens, nous en avons réalisé 13 avant d'arriver à la saturation.

Collecte, enregistrement et traitement des données

Nous avons interviewé un groupe d'adolescentes sur les facteurs favorisant, les conséquences et leur implication dans le processus de lutte contre ce phénomène sociologique. La technique de l'échantillonnage, axée sur une population d'adolescentes ayant eu des grossesses dans la zone de santé de Lomela, a été qualitative dans ce sens qu'elle a procédé à l'observation et l'enregistrement des cas, de l'entretien et de l'interview avec les adolescentes concernées.

Dans la mesure où notre démarche vise essentiellement les facteurs favorisant, les conséquences et l'implication des femmes dans la lutte contre les grossesses précoces, les critères généraux devant nous guider dans la sélection des échantillons de nos enquêtes ont été l'inclusion et l'exclusion.

a) L'inclusion

Pour faire partie de notre enquête, il faudrait :

- Etre femme habitant dans la Zone de Santé de Lomela et ayant eu une grossesse ou portant une grossesse précoce.
- Faire partie de structure ayant intégré les activités de santé de la reproduction, dans la Zone de Santé de Lomela
- Etre âgée de 10-19 ans
- Etre présente au moment de l'entrevue
- Accepter volontairement de répondre à notre questionnaire.

b) L'exclusion :

Les critères pour ne pas faire partie de notre enquête ont été les suivants :

- Les visiteurs et nouveaux ménages pendant la période de l'enquête,
- Ne pas accepter de répondre à notre questionnaire,
- Les malades inconscients et le handicapé mental.
- Signalons également que tout sujet n'ayant pas répondu aux critères d'inclusion précités a été d'office exclu de cette étude.

II.3.2. La collecte des données

L'instrument utilisé pour notre enquête est le guide d'entretien composé des questions réparties en trois sections suivantes :

- *Section 1* : Facteurs favorisant des grossesses précoces ;
- *Section 2* : Conséquences liées à la grossesse précoce ;
- *Section 3* : Implication des femmes dans la lutte contre les grossesses précoces

Sur le plan technique, nous avons utilisé la méthode d'entretien semi-dirigé, par un guide d'entretien.

Concrètement, pour pouvoir bien conduire notre démarche et répondre à nos préoccupations, nous avons opté pour l'interview semi structuré. Nous sommes passés maison par maison pour interviewer les adolescentes mères ou enceintes. Nous sommes passés aussi dans les centres de santé et hôpitaux pour prendre rendez-vous avec les concernées afin de réaliser une interview à la maison dans un cadre évitant des regards indiscrets.

II.3.3. Test du dispositif du recueil des données

Il s'agit d'une étape préliminaire au terme de laquelle le chercheur peut être amené à modifier, à affiner ou à changer le dispositif de collecte de données s'il se rend compte que celui-ci ne lui apporte pas exactement le matériel dont il a besoin.

Pour accroître la qualité de l'instrument de collecte des données, nous avons réalisé un pré-test. Le but de celui-ci était de lutter contre les imperfections et les contradictions de notre guide d'entretien. Ce pré-test nous a permis également de détecter les ambiguïtés et les problèmes éventuels dans son contenu avant l'enquête proprement dite.

Notre test a été réalisé auprès de 3 enquêtées de l'aire de santé de Diengenga dans la Zone de Santé de Lodja qui présente les mêmes caractéristiques que la ZS de Lomela. Les réponses des participantes ainsi obtenues nous ont permis de bien réajuster notre instrument de mesure pour obtenir la version finale. Le résultat de notre pré-test nous a obligés de traduire les questions en langue locale qu'est le Tetela, pour une meilleure compréhension des répondantes.

II.3.4. Déroulement des entretiens

S'étant rendus sur place à Lomela, nous avons abordé individuellement les femmes dont quelques-unes ont accepté de nous accorder un peu de leur temps. Avec leur accord, nous prenions un rendez-vous pour l'entretien.

Concrètement, pour chaque entretien, nous procédions par une petite introduction justifiant notre présence et sollicitons la collaboration et la participation de la personne à notre étude. Nous la rassurons sur la nature confidentielle de la recherche et l'anonymat des participantes. Avec leur accord, nous amorçons l'entrevue tout en sollicitant son accord pour l'enregistrement de l'entretien. A ce sujet, nous leur promettons d'effacer l'enregistrement après la phase d'analyse des données.

Ensuite, nous passons en revue les questions retenues dans nos sous-catégories en commençant par les caractéristiques sociodémographiques. Certains répondants n'ont pas voulu enregistrer l'entrevue, dans ce cas, nous étions obligés de prendre note et à la fin de l'entrevue nous procédions à la lecture pour qu'il atteste la fidélité des propos recueillis. Il arrivait que le répondant rectifie ou ajoute des informations supplémentaires.

Notons que le lieu et le temps étaient choisis en fonction des préférences de l'interviewée (maison, centre de santé et même la rue). La durée de l'entretien était de 15 à 45 minutes. Ainsi donc, les 13 adolescentes interviewées nous ont permis d'avoir des éléments essentiels pour l'analyse des données.

II.3.5. Considérations d'ordre éthique

Dans la mesure où notre étude aborde un sujet sensible, elle se doit de répondre par conséquent aux exigences relevant de l'éthique. Dans ce cadre, dans un premier temps, nous avons obtenu l'approbation du Comité d'Ethique de la santé (CES) du Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo (annexé). Ensuite, nous avons noué des contacts sur terrain avec les autorités politico-administratives et les infirmiers titulaires des aires de santé sélectionnées ainsi que le Médecin chef de Zone de santé de Lomela.

Par ailleurs, les enquêtés étaient informés de notre démarche et leur adhésion était volontaire sur base de leur consentement à participer à notre recherche. Au cours de cette étude, le consentement libre et éclairé des enquêtés et le traitement confidentiel des données recueillies étaient pris en compte. L'anonymat a été aussi garanti.

II.3.6. Analyse des données

Du point de vue des outils utilisés, nous avons élaboré un tableau de correspondance *a priori* sur base des concepts du cadre problématique restreint. Ce tableau nous a permis de rédiger les questions d'entretiens (sans question de relance) en fonction de l'objectif de la recherche, de classer celles-ci par catégories prédéfinies et puis sous-catégories à aborder dans le guide d'entretien. Le guide d'entretien doit contenir un certain nombre limité de questions qui doivent être courtes et ouvertes (Aujoulat, 2013).

Tableau II : tableau de correspondances

Catégories prédéfinies	Sous-catégories prédéfinies
Caractéristiques sociodémographiques	-Age (en année révolue) -Etat civil (statut marital) -Nombre d'enfants -Scolarité (niveau d'études), -occupation
Facteurs favorisant les grossesses précoces	-Connaissance sur l'âge normal de la grossesse -Age du premier rapport sexuel -Ce qui peut influencer la survenue des grossesses précoces
Conséquences des grossesses précoces	-Vécue avec la grossesse -Difficultés -Comportement de l'entourage -Retour ou pas à l'école
Implication des femmes dans la prévention des grossesses précoces	En parler entre femmes

Ainsi, à partir de ce tableau, nous avons réalisé le guide d'entretien qui nous a permis de récolter des informations sur terrain. Dans cette recherche, nous visions à recueillir des données, tout en laissant une certaine liberté aux répondants. « Le chercheur doit laisser beaucoup de liberté au répondant... ; le chercheur ne doit jamais perdre de vue l'objet de sa recherche et saisir toute opportunité de rebondir sur ce que dit le répondant pour lui poser les questions qui l'intéressent » (Aujoulat, 2013). De ce fait, nous avons élaboré des questions principales avec quelques questions de relance, ordonnées du général au particulier. Le guide

d'entretien peut faire l'objet de modifications (ajout ou reformulation des questions) sans remettre en question la qualité des résultats (Aujoulat, 2013).

Notre guide d'entretien comprend quatre grandes parties, à savoir les caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées, les facteurs favorisant les grossesses précoces, les conséquences des grossesses précoces, l'implication des femmes dans la prévention des grossesses précoces.

Chapitre III : ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

Comme l'indique le titre, le chapitre suivant nous conduira à la présentation des résultats de nos enquêtes. Pour ce faire, nous avons choisi de découper d'abord le contenu de chaque entretien retranscrit en unités de sens qui correspondent à des thèmes prédéfinis. Ensuite, les associer aux catégories prédéfinies dans notre tableau de correspondance. Les catégories qui ne se réfèrent pas à celles prédéfinies seront classées sous « catégories émergentes » parce qu'elles restent néanmoins importantes du fait d'émerger dans cette recherche, même si elles apparaissent dans une minorité d'entretien.

Pour illustrer notre analyse, les citations des enquêtés, fournies comme réponses, seront reprises en italique et mises entre guillemets. Une présentation des caractéristiques sociodémographiques de nos enquêtées sera réalisée avant l'analyse descriptive des résultats proprement dits.

Trois points principaux constitueront chapitre. Dans un premier temps, nous allons présenter la population d'étude. En suite, nous parlerons des limites et des biais de notre étude. Enfin, nous donnerons un bref résumé de nos principaux résultats.

III.1. POPULATION D'ETUDE

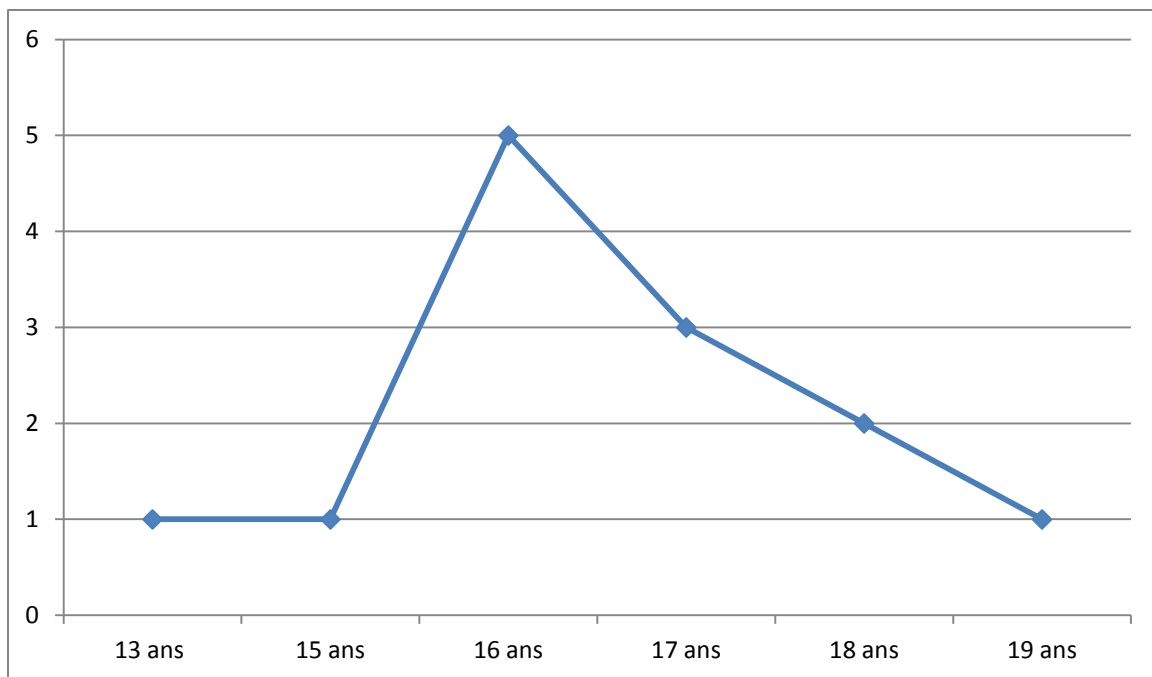
Tableau III : Représentation des caractéristiques socio- démographiques :

Age	Etat civil	Nbre d'enfants	Scolarité	Age de la mère grossesse
19 ans	célibataire	3	N'a jamais été à l'école	14 ans
15 ans	célibataire	1	N'a jamais été à l'école	14 ans
18 ans	Mariée	1	4 ^{ème} secondaire	16 ans
17 ans	célibataire	1	4 ^{ème} primaire	15 ans
16 ans	Union libre	1	4 ^{ème} secondaire	15 ans
17 ans	Union libre	1	3 ^{ème} secondaire	15 ans
16 ans	Union libre	1	3 ^{ème} secondaire	15 ans
16 ans	célibataire	2	Primaire	12 ans
16 ans	célibataire	0	Primaire	14 ans
18 ans	célibataire	0	3 ^{ème} secondaire	15 ans
17 ans	Mariée	2	Secondaire	13 ans
16 ans	célibataire	0	Secondaire	14 ans
13 ans	célibataire	0	Primaire	13 ans

Interprétation du tableau III: Représentation des Caractéristiques socio-démographiques :

Comme le montre la figure ci-dessous, l'âge des adolescentes interrogées variait entre 13 - 19 ans avec une moyenne d'âge de 16,5 ans environ et d'une médiane d'environ 16,5 ans. Ainsi une adolescente a moins de 15 ans, tandis que 12 adolescentes se situent entre 15 et 19 ans.

Fig. 1. La population d'étude



III.2. 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 servis de contrôle pour assurer la qualité des données de cette étude, à savoir :

1) **Le biais de sélection qui** nous permet 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 permet de** répondre aux niveaux taxonomiques des enquêtées en évitant des verbes à multiples interprétations pouvant amener à la confusion. Les questions seront claires et pertinentes.

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 sera contrôlé par un bon enregistrement et une saisie intelligente des données qui incorporent une traduction logique des codes des questions. L'enregistrement comme la saisie seront réalisés une deuxième fois pour se rassurer de la fiabilité, de l'exactitude et de l'exhaustivité des données afin d'éviter les différents types d'erreurs à savoir :

- ✓ Transposition: 23 (32), faute de frappe
- ✓ Erreurs de copiage: 1 (7) ou 0 (O)
- ✓ Erreurs de routage: placement d'un chiffre à un endroit ou dans un ordre incorrect
- ✓ Erreurs de consistance: 2 ou plusieurs réponses sur le même questionnaire sont contradictoires.

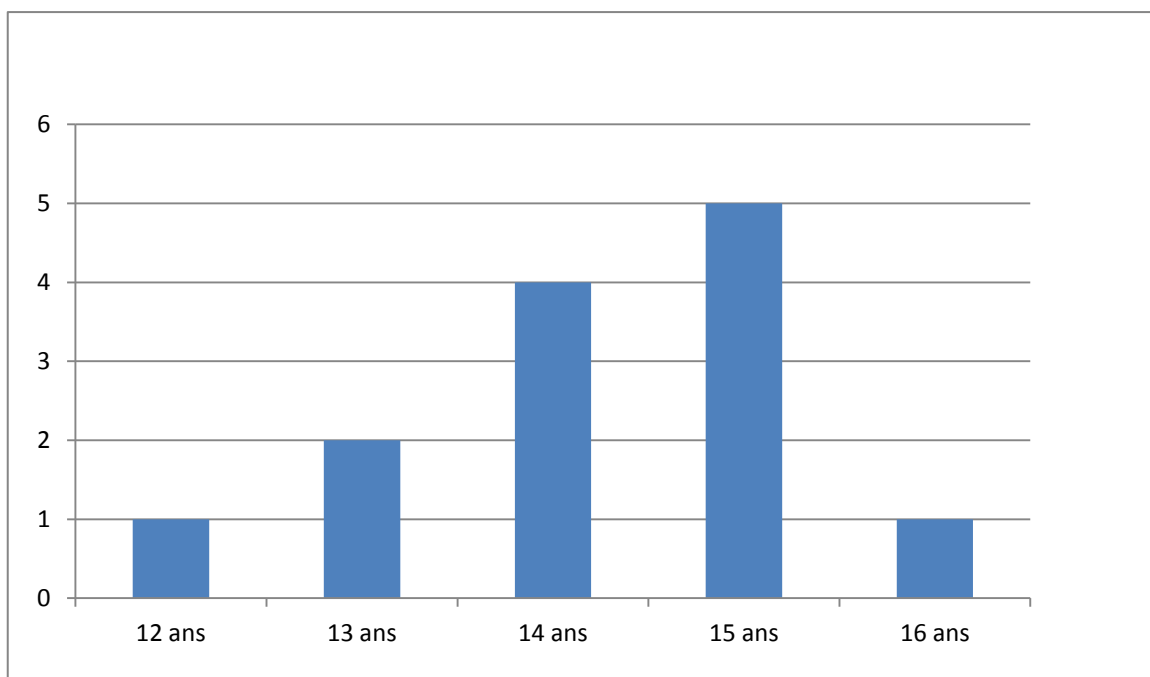
III.3. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS

III.3.1. Les caractères socio-démographiques

Age moyen de la survenue des grossesses précoces dans la zone de santé de Lomela

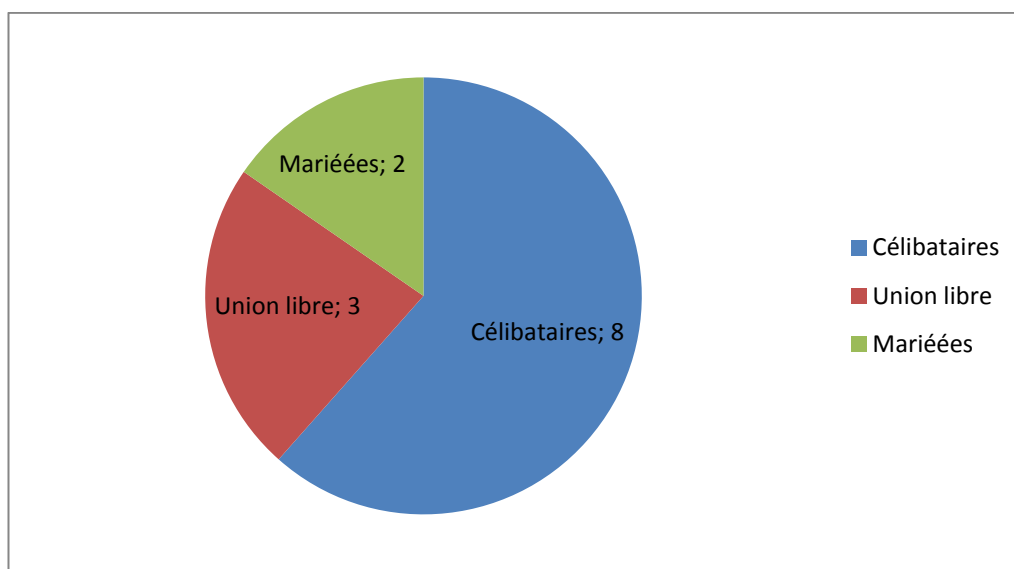
L'âge moyen de la première grossesse des participantes à notre étude est de 14 ans. Nous avons interrogé les adolescentes sur l'âge de la survenue de la première grossesse :

- 1 adolescente a eu sa première grossesse à l'âge de 12 ans, 2 adolescentes l'ont eue à 13 ans, 4 à 14 ans, 5 à 15 ans, et 1 à 16 ans. La moyenne d'âge de la survenue de la première grossesse est de 14 ans.

Fig. 2 L'âge de la première grossesse

État civil

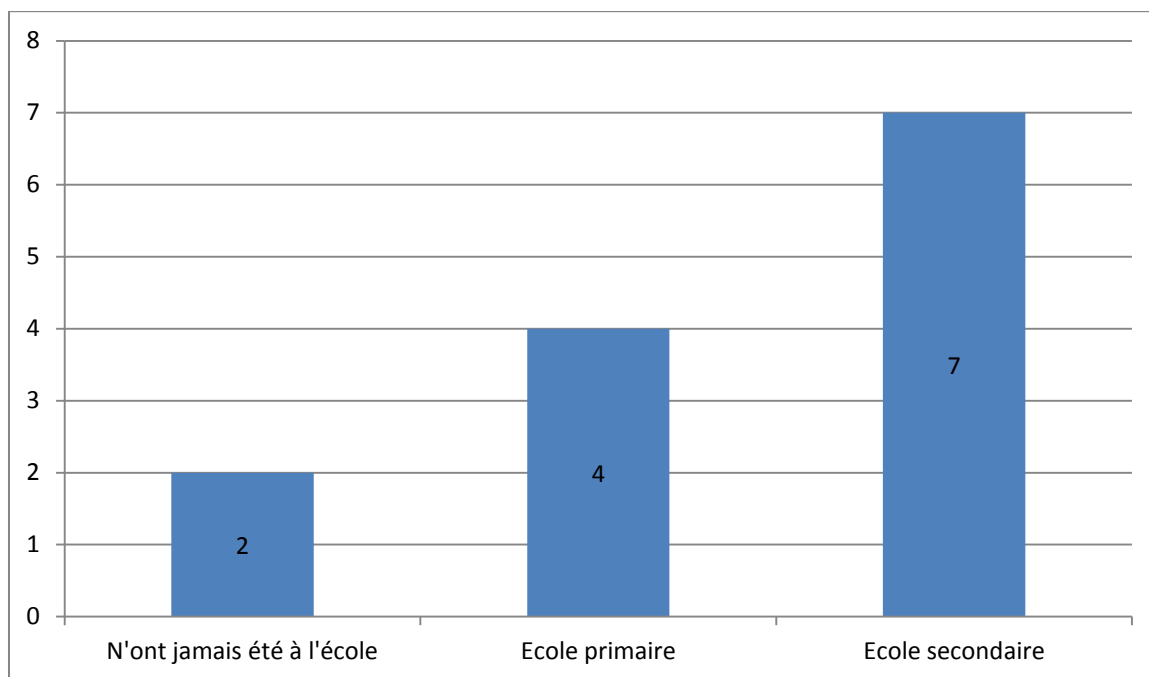
Les sujets ayant pris part à l'étude étaient d'état civil varié, dominé par les célibataires (8), suivis d'union libre (3) et enfin des mariées (2), dont 9 avaient au moins un enfant, et 4 n'en avaient pas.

Fig. 3. Etat civil

Scolarité

Les participantes à notre étude ont, dans l'ensemble, un niveau d'instruction bas : 7 enquêtées ont déclaré être arrivées à l'école secondaire, dont 2 se sont arrêtées au niveau secondaire inférieur et 5 au niveau secondaire moyen. 4 participantes n'ont pas dépassé le niveau primaire et 2 n'ont jamais été à l'école.

Fig. 4. Scolarité



III.3.2. Facteurs favorisant des grossesses précoces

- **Connaissance sur l'âge normal de la grossesse**

Interrogées sur la connaissance de l'âge normal de la grossesse, les mères adolescentes nous ont donné différentes réponses. Les âges les plus cités ont été pour certaines, à partir de 20 ans (1 enquêtée), pour d'autres à partir de 18 ans (5 enquêtées). D'autres pensent encore qu'à partir de 14 ans, la fille est assez grande et peut porter une grossesse (4 enquêtées). Une autre enquêtée estime qu'à 12 ans la fille est déjà grande et peut avoir une grossesse. Deux enquêtées n'en avaient aucune idée.

- **L'âge du premier rapport sexuel**

6 enquêtées ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 12 ans (les numéros 2, 3, 8, 10, 12, 13), 3 enquêtées à l'âge de 13 ans (les numéros 6, 9, 11) ; 1 enquêtée à l'âge de 14 ans (7) ; 2 enquêtées à l'âge de 15 ans (les numéros 1, 4) ; 1 enquêtée à l'âge de 16 ans (5). Soit l'âge moyen pour le premier rapport sexuel est de 13 ans.

- **Ce qui peut influencer la survenue des grossesses précoces**

Nous avons demandé aux adolescentes si elles connaissaient les facteurs qui influencent une grossesse précoce. Elles ont évoqué plusieurs facteurs, dont entre autres : l'irresponsabilité des parents (les numéros 2, 6,), la recherche d'argent à cause des parents qui sont pauvres et irresponsables (les numéros 2, 6,), et la recherche de plaisir (les numéros 1, 12, 13), échange sexe-points à l'école (11), l'ignorance du cycle menstruel (8), l'imitation des adultes (les numéros 3, 5, 6), les films pornographiques (les numéros 4, 9), la mauvaise compagnie (les numéros 4, 6, 8, 9, 10), la volonté de devenir mère (les numéros 5, 13), influence des parents (les numéros 8, 11), la maltraitance par la belle mère (1), le viol (10), le rapport sexuel précoce, promiscuité (9), manque d'encadrement par les parents (8), l'impolitesse (4), les adolescentes qui veulent se sentir responsables (2).

Les facteurs les plus cités sont la recherche d'argent à cause de l'irresponsabilité des parents qui sont pauvres. C'est ce que nous pouvons lire dans les témoignages suivants :

« C'est la recherche de l'argent : manque de nourriture à la maison, pas d'argent pour payer le minerval à l'école, les parents n'ont pas de travaux, les jeunes filles manquent des vêtements, familles nombreuses et parfois sur 8 enfants, 4 seulement vont à l'école ». (12)

« C'est à cause de la misère des parents, ils n'ont rien et nous disent qu'à 14 ans nous sommes assez grandes et on ne va pas continuer à nous acheter des vêtements et chaussures. A ce moment-là si un homme nous propose de l'argent, nous ne savons pas refuser » (2) ;

« Je me suis décidée de tomber enceinte pour avoir quelqu'un pour s'occuper de moi car mes parents sont comme des étiquettes, ils me donnent des conseils mais ne savent pas satisfaire mes besoins » (13).

« Ce qui peut influencer la survenue d'une grossesse précoce, c'est l'entourage et l'irresponsabilité des parents. Quand les parents n'ont pas assez de moyen pour subvenir aux besoins des enfants, les enfants vont chercher à se débrouiller pour survivre. C'est vraiment le monde à l'envers, les parents n'ont rien et c'est la jeune fille qui doit nourrir la famille.

L'entourage aussi : il y a des amis qui donnent des mauvais conseils qu'il faut se débrouiller auprès des hommes au lieu de continuer à souffrir » (6).

- **L'utilisation des méthodes contraceptives**

Les adolescentes interrogées parlent de deux méthodes contraceptives connues par elles, l'abstinence et le préservatif. Toutes connaissent le préservatif : 2 affirment qu'elles n'ont jamais utilisé le préservatif dans leur vie (les numéros 1, 5), car elles ne savent pas s'en

procurer ; 8 utilisent le préservatif mais pas toujours ; pour certaines parce qu'elles n'ont pas peur d'une deuxième grossesse, pour d'autres parce qu'elles surveillent désormais leur cycle menstruel, et pour d'autres encore, parce qu'elles n'ont pas de plaisir en utilisant le préservatif et 2 disent qu'elles utilisent le préservatif pour éviter une deuxième grossesse (les numéros 4, 9, 10).

« Moi j'utilise le préservatif car je ne veux pas avoir une deuxième grossesse et un deuxième enfant à mon âge ». (4)

« Moi j'utilise le préservatif pour éviter de tomber de nouveau enceinte ». (9)

« Depuis que j'ai eu une grossesse, j'utilise le préservatif car ça me protège contre les grossesses et les maladies sexuellement transmissibles ». (10).

III.3.3. Conséquences de la grossesse précoce

Les études bien documentées montrent que les conséquences des grossesses précoces sont plusieurs et qu'on peut les résumer en deux grandes catégories, aussi bien pour l'enfant que pour la mère : les risques médicaux et les risques psycho-économiques.

a) RISQUES MEDICAUX

Concernant les risques médicaux, on a les risques pour la mère et risques pour l'enfant.

a.1. Risques pour l'enfant

En interrogeant les adolescentes, nous avons noté 2 cas de mortalité néonatale et infantile (les numéros 8, 9), 3 cas de petit poids à la naissance (les numéros 4, 8, 12) et la prématurité (6).

a.2. Risques pour la mère

Parmi les adolescentes interrogées, 4 ont mentionné des accouchements difficiles à cause de leurs petits bassins (les numéros 1, 8, 9, 10) et 1 cas d'hémorragie du postpartum suite à un accouchement à domicile (12).

b) RISQUES PSYCHO-ECONOMIQUES

b.1. Risques pour la mère

* *Risque de déscolarisation* : Sur les 13 adolescentes interrogées, 2 n'ont jamais été à l'école (les numéros 2, 3). Parmi les 11 qui étaient à l'école avant d'avoir une grossesse, aucune n'est retournée à l'école pour diverses raisons : 2 disent qu'elles avaient honte de retourner à l'école pour se présenter comme filles-mères (les numéros 1, 8), et 9 autres n'y

sont pas retournées, car les parents n'ont plus accepté de soutenir leurs études (les numéros 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13).

* **Risque de rejet et marginalisation** : Parmi les adolescentes interrogées, 5 affirment avoir été objet de rejet et de marginalisation (les numéros 3, 4, 8, 9, 12, 13) et elles ont toutes essuyé des insultes et des moqueries.

* **Risque de difficultés financières** : Elles ont noté presque toutes des difficultés financières mais 3 parmi elles ont avoué que cela ne leur permettait pas d'aller suivre les consultations prénatales et manquaient même à manger (les numéros 2, 4, 6). Voici reportés ci-dessous leurs propos :

« J'ai beaucoup souffert, j'étais mal nourrie, j'étais toujours malade et anémique. Je n'avais ni nourriture, ni médicament ». (2)

« J'avais beaucoup de difficultés : manque d'argent pour aller à l'hôpital et pour trouver la nourriture, les conditions de vie très difficiles, même la place pour dormir devenait trop petite car je partageais un petit lit avec ma sœur ». (4)

« La grossesse est arrivée à terme et j'ai bien accouché, mais j'ai fait plusieurs semaines à la maternité, je ne pouvais pas sortir sans avoir payé l'argent des soins. Et comme je n'en avais pas, on m'a gardée longtemps à l'hôpital. J'ai fait presque 2 mois et ce sont les voisines de chambre qui partageaient avec moi leurs repas. On m'a fait sortir quand il y a eu épidémie de rougeole, par peur que l'enfant ne soit contaminé ». (4)

* **Catégories émergentes : Risque de divorce des parentes et risque d'émigration**

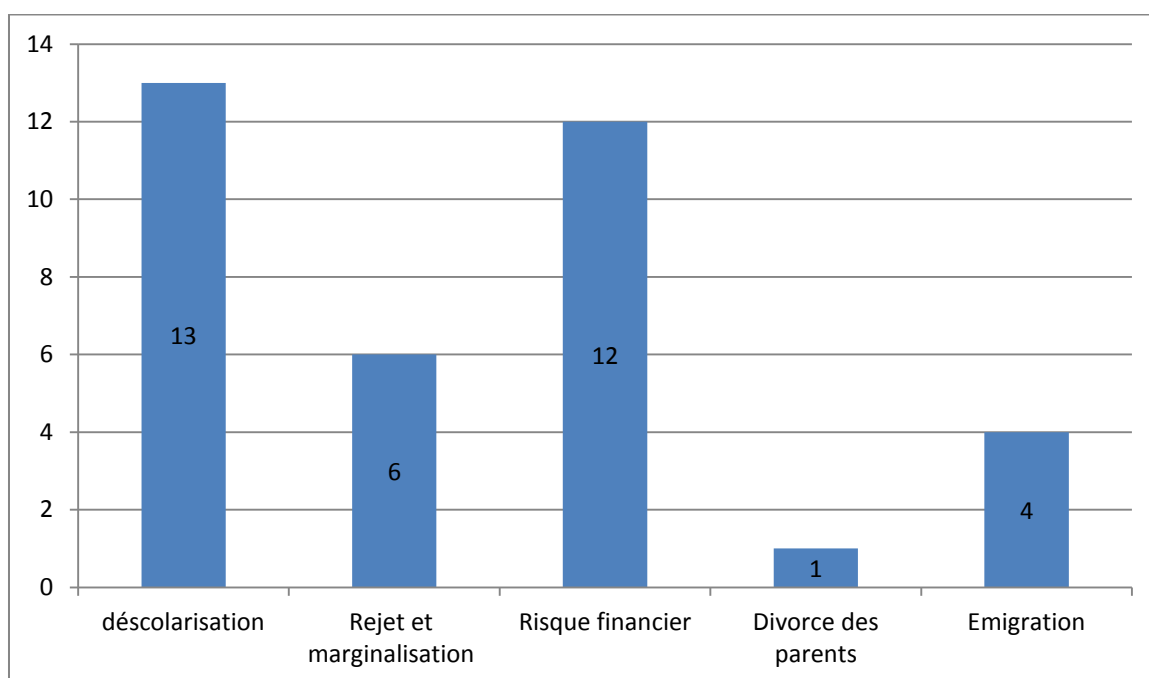
a) Risque de divorce des parents : Une adolescente dit avoir été chassée avec sa mère de la maison familiale par son père (11).

« Il y a eu conflit entre ma mère et mon père, nous étions répudiés avec ma mère par mon père. Mon père a dit que ma mère était complice, qu'elle ne m'a pas donné des bons conseils, qu'elle ne sait pas me surveiller, que l'enfant hérite 25% du comportement de son père, les 75% restants c'est de sa mère et son entourage ». (11)

b) Risque d'émigration : Certaines pères des enfants ont décidé de quitter le village pour fuir les responsabilités par peur des conséquences liées à l'accouchement de ces jeunes mamans ou par manque de moyens financiers. (les numéros 1, 2, 8, 12) ou niant la grossesse (9).

La figure 5 ci-après résume les principales conséquences des grossesses précoces pour la mère.

Fig. 5. Principales conséquences



b.2) Risques pour l'enfant

Concernant les conséquences sur l'enfant, sur 13 adolescentes interrogées, 11 parlent de conséquences négatives sur l'enfant qui doit naître, entre autres la malnutrition (les numéros 2, 8, 9), la non scolarisation (les numéros 3, 7), le décès des nourrissons (les numéros 8, 12), des infections et diverses maladies de l'enfance par des conditions de vie défavorables et manque d'hygiène (les numéros 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13). Deux d'entre elles ne pensent pas qu'il peut y avoir des conséquences pour l'enfant (les numéros 1, 5) : « *En tout cas, je n'ai aucune idée sur les conséquences pour le bébé qui doit naître ni pour la maman, je n'y ai même pas pensé pendant que j'étais enceinte* ». (1)

« *Non, je ne pense pas qu'une grossesse à l'adolescence peut avoir des conséquences négatives pour la maman et pour son bébé. En tout cas, je ne pense pas* ». (5)

III.3.4. Implication des femmes

Nous avons interrogé les adolescentes pour savoir si elles parlent entre elles du phénomène des grossesses précoces et de leurs conséquences dans leur vie, afin de tenter d'en diminuer la survenue. Sur les 13 enquêtées, 7 disent qu'elles n'en parlent pas avec d'autres femmes, soit qu'elles n'en trouvent pas nécessaire, soit qu'elles n'ont plus d'amies femmes,

soit qu'elles laissent à chaque fille de faire son choix, soit encore qu'elles encouragent les jeunes filles à vérifier si leurs organes fonctionnent normalement. Elles s'expriment de la manière suivante :

« Non, moi je n'en parle pas avec d'autres femmes, car c'est à chaque personne de faire son choix ». (5)

« Non, au contraire, les autres femmes, plus âgées que nous, nous poussent à aimer les garçons pour vérifier si nos organes fonctionnent bien ». (8)

« Non, moi je ne parle de ce problème avec personne car je n'ai plus d'amies femmes ». (9)

« Non, je n'en parle avec personne ». (11)

« Non, ça ne sert à rien d'en parler ». (13)

« Non, je ne veux plus en parler, je veux juste oublier le mauvais souvenir ». (10)

« Non, je n'en parle avec personne mais je pense que c'est nécessaire d'en parler dans les réunions des mamans et réunions de familles ». (12)

Par contre, 6 enquêtées, affirment qu'elles en parlent entre elles parce qu'elles ne veulent pas laisser leurs filles et leurs petites sœurs répéter les mêmes erreurs ; ça détruit l'avenir de la jeune fille.

Etant donné les risques et les conséquences de la grossesse précoce en milieu rural, nous avons trouvé utile d'axer nos recherches sur les questions suivantes : 1) Quel est l'âge moyen de la survenue des grossesses précoces dans la zone de santé de Lomela ? 2) Quels en sont les facteurs favorisants ? 3) Y a-t-il des méthodes contraceptives jusqu'alors connues et utilisées ? 4) Quelles sont les conséquences réelles de la grossesse précoce ? 5) Quelles sont les catégories émergentes des risques liés aux grossesses précoces ?

Chapitre IV : ANALYSE INTERPRETATIVE DES RESULTATS

Dans cette partie de l'étude, les résultats obtenus seront confrontés à la littérature utilisée pour construire le cadre théorique. Comme l'explique Aujoulat (2013), il sera donc question de soumettre les résultats obtenus à la critique et donner un sens au matériel constitué. Notre démarche reste essentiellement qualitative.

Notre analyse interprétative tournera autour de trois questions principales : les facteurs favorisant des grossesses précoces, les conséquences, l'implication des femmes et les catégories émergentes.

IV.1. LES FACTEURS FAVORISANTS DES GROSSESSES PRECOCES

D'après la littérature telle qu'étayée par nos enquêtes auprès des adolescentes de la zone de santé rurale de Lomela, il ressort qu'il existe plusieurs facteurs qui favorisent les grossesses précoces, dont notamment les facteurs environnementaux, psychologiques, socioculturels et politiques.

a) Les facteurs environnementaux : le statut socio-économique défavorisé (la pauvreté matérielle, la précarité des conditions de vie, les faibles revenus). La plupart des mères adolescentes interrogées affirment que c'est la misère qui est à l'origine de ce phénomène. Si, parmi elles, il y en a qui n'ont jamais été à l'école parce que leurs parents n'ont pas d'argent, il se fait paradoxalement que celles qui vont quand même à l'école doivent se débrouiller pour payer leurs études. D'autres encore doivent non seulement payer leurs études, mais aussi subvenir à leurs besoins et nourrir des familles entières.

b) Les facteurs psychologiques, tels que le besoin de vérifier son intégrité corporelle à l'adolescence, la recherche d'un objet de comblement des carences de l'enfance, les expériences hostiles durant l'enfance (violences physiques, carences, négligence éducative), l'abus sexuel, la conduite prise de risque propre à l'adolescence. Certaines adolescentes parlent de leur volonté de vouloir vérifier si leurs organes fonctionnent bien ou de leur désir d'avoir un enfant, de divorce de leurs parents ou la mort de leurs mamans, étant maltraitées par leurs belles-mères, elles veulent chercher consolation ailleurs. D'autres encore sont victimes d'abus sexuel quand elles évoquent l'échange sexe-points à l'école.

c) **Les facteurs socioculturels** : le réseau social d'amis, les parents, la famille de l'adolescente. Il y a également l'impact des médias, que ce soit le cinéma, la télévision ou la publicité. Les adolescentes évoquent entre autres raisons : l'imitation de ce qu'elles voient dans les films pornographiques et les séries amoureuses ; la pression des parents qui les interpellent en leur disant qu'elles sont assez grandes et qu'on ne va pas continuer à s'occuper de leurs besoins, y compris les amies qui les encouragent à pouvoir se débrouiller.

d) **Les facteurs politiques** : Nous parlons ici de la politique de santé, manque d'accessibilité et disponibilité des moyens de contraception, d'éducation sexuelle à l'école. Toutes les adolescentes interrogées ne parlent que du préservatif comme moyen de contraception connue et la plupart sont incapables de s'en procurer, faute de moyens financiers. Pas d'éducation sexuelle, la sexualité étant considérée comme sujet tabou, les parents n'en parlent pas avec leurs filles et celles-ci font leurs découvertes ailleurs auprès de leurs amies qui sont parfois elles aussi mal informées.

IV.2. LES CONSEQUENCES DES GROSSESSES PRECOCES

Du point de vue des résultats obtenus à l'issue de nos enquêtes, force est de constater que les conséquences reconnues par les enquêtées rejoignent la littérature que nous avons consultée, tant au niveau des risques médicaux que des risques psycho-sociaux et économiques.

- Les risques médicaux chez la mère et chez l'enfant

Chez la mère, les mamans ados sont souvent mal suivies et ne prennent pas les précautions habituelles (en matière d'alimentation, d'activité physique). Aucune de ces adolescentes de notre enquête n'a fait l'échographie. En conséquence, il y a souvent des complications à la naissance à cause de leur bassin non encore développé. On note également des cas d'anémie, de malaria et de tuberculose pendant la grossesse.

Chez l'enfant, on note que les principaux risques médicaux de la grossesse précoce sont l'insuffisance pondérale et les complications à la naissance, les maladies, le décès éventuel, le mauvais entretien sanitaire et alimentaire.

- Les risques psycho-sociaux et économiques

Chez la mère, on peut noter la perpétuation du statut inférieur des femmes et leur réduction à la pauvreté, la déscolarisation, la discrimination et la marginalisation. Beaucoup d'entre elles ont été rejetées par leur famille, insultées dans leur quartier. Toutes les

adolescentes interrogées ne sont plus retournées à l'école et sont donc condamnées à ne faire que les travaux des champs et vendeuses des rues pour la plupart.

Chez l'enfant, selon la littérature, les grossesses précoces entraînent des carences affectives, des sévices, l'abandon, un avenir difficile, des traumatismes. Mais notre enquête ne s'est pas étendue sur l'avenir des enfants nés des mères adolescentes. Au cours de notre étude, nous avons constaté qu'effectivement, très souvent ce sont les parents de ces adolescentes qui s'occupent de leurs petits-enfants qui, parfois considèrent leurs mamans comme leurs grandes sœurs. Pour la plupart de ces enfants, leur avenir est sombre et ils ne sont pas scolarisés étant donné que leurs parents sont souvent irresponsables et pauvres.

IV.3. L'APPORT DES FEMMES

Les grossesses précoces sont souvent présentées comme l'« affaire des femmes ». De ce fait, on ne peut trouver une solution qu'avec l'intervention des personnes concernées.

Nous voulons savoir d'abord ce que les femmes pensent de ce phénomène et ce qu'elles comptent faire pour réduire la survenue des grossesses précoces au sein de leurs communautés. La discussion qui découle de l'analyse de nos résultats sur l'implication des femmes dans le processus de lutte contre les grossesses précoces tourne autour du terme " *en parler*".

En parler pour sensibiliser les jeunes filles

L'idée d'aborder le sujet des grossesses précoces entre mères et filles reste encourageante. Cela permet de briser le tabou qui empêche de parler de la sexualité. Les parents, les enseignants et les responsables des Eglises doivent parler clairement avec les adolescentes du sujet.

En parler aux gouvernants et aux responsables communautaires dans les régions, ou les zones de santé en vue d'une accessibilité et une disponibilité des moyens de contraception.

En parler aux responsables religieux en vue d'une grande adhésion à la lutte. Ainsi, avec la compréhension des faits et l'utilisation de résolutions dans son vécu, cela permettra à la jeune fille d'éviter des grossesses précoces.

IV.4. LES CATEGORIES EMERGENTES

Il ressort de nos enquêtes et entretiens avec les jeunes mères que le divorce des parents et l'émigration d'une part, et l'abus sexuel des élèves par leurs enseignants pour échange sexe contre points, communément appelé « Points sexuellement transmissibles », constituent des catégories émergentes que nous n'avons pas pu trouver dans la plupart des textes en la matière.

IV.5. QUELQUES RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, et dans le but de lutter contre les grossesses précoces, les mères adolescentes ont formulé quelques recommandations suivantes.

- Les parents doivent avoir les moyens nécessaires pour faire étudier leurs enfants ou leur apprendre un métier. (3)
- Encourager le dialogue sans tabou entre parents et enfants afin de bien planifier la vie future. (les numéros 1, 3, 9, 10, 11).
- Dans les écoles primaires, les enseignants aussi doivent expliquer aux adolescentes comment éviter les grossesses précoces ; la sensibilisation est aussi nécessaire dans les Eglises pour les enfants qui ne vont pas à l'école. (les numéros 2, 9, 10, 11)
- L'Etat doit récupérer les orphelins abandonnés, les placer dans des orphelinats et leur donner l'opportunité de retourner à l'école. (7)
- La communauté doit aider les parents à trouver du travail afin de bien s'occuper de leurs enfants, les envoyer à l'école et que les jeunes filles arrêtent de suivre les mauvais exemples. (les numéros 2, 3).
- Il faut des campagnes de sensibilisation dans les écoles et les églises, l'éducation sexuelle sans tabou des jeunes filles sur l'abstinence et la contraception et les conséquences négatives des grossesses précoces. (les numéros 4, 6, 7, 8, 9, 13)
- La population de mères précoces ne peut continuer à être assimilée à l'ensemble des élèves, en leur offrant des parcours de formation identiques. Ce groupe d'élèves est spécifique dans ses besoins, et ses aspirations. La temporalité des études doit pouvoir être adaptée en tenant compte des situations individuelles. De plus, la recherche-intervention porterait sur les programmes d'éducation à la sexualité à mettre en œuvre en milieu scolaire. (Dadoorian, 2012)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La grossesse précoce, véritable problème de santé publique, entraîne plusieurs conséquences négatives non seulement pour la jeune fille, mais aussi pour la vie de l'enfant et pour les parents de la jeune fille. Selon l'OMS, près de 16 millions d'adolescentes dans le monde, âgées entre 15 et 19 ans, mettent des enfants au monde chaque année. Statistiquement, on estime qu'une adolescente sur cinq a déjà eu un enfant à l'âge de 18 ans. En d'autres termes, 2 millions de jeunes filles âgées de moins de 15 ans accouchent chaque année.

Ces statistiques semblent se confirmer dans l'étude que nous avons menée dans la zone de santé de Lomela, en République Démocratique du Congo, où nous avons remarqué que l'âge moyen de la survenue de la première grossesse est de 14 ans et qu'en général, après avoir enquêté les jeunes filles âgées de 13 à 19 ans, nous avons estimé qu'on pourrait situer cet âge à 16 ans.

Du point de vue qualitatif, nous avons remarqué que les facteurs favorisant la grossesse précoce sont nombreux, c'est-à-dire d'ordre environnemental, psychologique, socio-culturel et politique, entraînant des conséquences dramatiques aussi bien pour la vie de l'enfant que pour celle de la mère. Il s'agit entre autres des risques médicaux, psycho-sociaux et économiques. D'où l'invitation à ce que tous les acteurs sociaux de l'éducation soient impliqués dans la connaissance et la prévention des grossesses précoces. Il s'agit notamment des jeunes filles elles-mêmes, des parents, des autorités de l'Etat, des responsables des zones de santé, des églises et des écoles. Car, si tous ces acteurs sociaux s'accordaient à mettre en place tous les moyens qui sont à leur portée afin de diminuer la prévalence des grossesses précoces, on pourrait espérer à quelques changements notables.

Sur le plan méthodologique, nous avons opté pour une démarche qualitative, axée sur l'enquête comme méthode conduite par des entretiens semi-directifs. Les entretiens menés auprès des 13 mères adolescentes habitant la zone de santé de Lomela, sans que ces dernières ne soient représentatives des adolescentes de la zone de santé de Lomela, nous ont permis de montrer à quel point l'éducation sexuelle est négligée et qu'il faille en prendre conscience, autrement dit *en parler publiquement*, à tous les niveaux des structures sociales. Afin d'illustrer ces propos, nous avons sélectionné deux entretiens réalisés avec les adolescentes concernées [Annexe III].

BIBLIOGRAPHIE

1. Aujoulat, I., Nicaïsse P., Roussel S. (2013-2014), *Méthodologie : approches qualitatives*, WESP2253, Documents de cours non publiés, Université catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique, Woluwe-Saint-Lambert.
2. Aral, 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.
3. Beghin – C. Ct al. (2006). *Adolescentes : sexualité et santé de la reproduction. Etat des lieux en Wallonie et à Bruxelles* ». Bruxelles.
4. Benoit, J. « Grossesse précoce : les risques de complications. Le point avec le Dr Jean-François Le Digabel, gynécologue-obstétricien ». 2009 [consulté le 03 mars 2017], disponible à l'adresse : <http://www.gyneco-ledigabel.fr/>
5. Beucher, G., Grossetti, E., Simonet, T. (2011). *Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.*
6. Birraux, A. (1998). *La violence du corps à l'adolescence.* In : LESOURD S. (éd.), *Violente adolescence pulsion du corps et contrainte sociale.* Ramonville Saint Agne : Eres, 186 p.
7. 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.
8. Deccache, A. (1994). *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques. Approche éducative globale.* (Thèse de doctorat en Santé Publique), Université Catholique de Louvain
9. De la mare, J. *Dictionnaire Maloine de l'infirmière.* Paris, 3^e édition, p.167.

10. Dadoorian, D. (2012). *Grossesses adolescentes*. Ramonville Saint-Agne : Erès, réédition, 120p.
11. Davis et Blake (2006). 1956, *Social structure and fertility an analytical framework*, *Economic Development and cultural change*, IV,3, p. 211-235, cité par WAKAM (2006), p. 16.
12. De Ketele J-M. et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines*. 3^e édition, Paris : De Boeck Université, 1996.
13. Denise, F. et Polit, B. (1995). *Nursing research: principles and methods Lippincott*, p. 694.
14. Étude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes de l'Afrique de l'ouest. 2002 [consulté le 12 mars 2017], disponible à l'adresse : www.em-consulte.com/en/article/114373)
15. Faucher, Ph. *Interruption volontaire de grossesse à l'adolescence*. 2003 [consulté le 03 mars 2017], disponible à l'adresse : www.ancic.asso.fr/documents/gm035faucher.pdf.
16. Faucher, P., Dapp, S. et al. (2002). *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*. pp. 944-952.
17. Fistules vésico-vaginales - Activités | Médecins Sans Frontières. 2018 [consulté le 12 mai 2018], disponible à l'adresse : www.msf.fr/activites/fistules-vesico-vaginales.
18. Herbigniaux, F. et THAI, Y. (2005). *Les méthodes contraceptives chez les jeunes. Enquête menée auprès des 13-21 ans par la fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes*, Bruxelles, p.44.

19. Haldre, K., Karro, H. et al. (2005). *Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001*. Acta Obstetrica Gynecologica Scand, 2005 (84), pp. 425-431.
20. Jewell, D. Tacchi, J. et al. (2000). *Teenage pregnancy : whose problem is it ? Family Practice* . vol. 17, n° 6, pp 522-528.
21. Jo-Anni Joncas and Bernard Roy (2005). *Les grossesses chez les adolescentes autochtones au Canada : Un portrait critique de la littérature*. Mexique, Canada, Québec, Volume 45, Number 1.
22. Kibali, E., Mabika et Mangalu, J. (2004). *Les niveaux de déterminants des grossesses des adolescents en RDC*, chaire quetelet, Louvain-la neuve, p. 13.
23. Le Den, M. (2014). *Grossesse et maternité à l'adolescence : socio-histoire d'un problème public*. Paris : L'Harmattan, 244 p.
24. Le Van, C. (1998). *Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalités vécues*. Paris : L'Harmattan, p. 206.
25. Loignon, C. (1996). *Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence. Etat de la situation pour la région de Montréal* . Rapport de recherche menée dans le cadre du programme projet placement carrière. Août 1996.
26. Lorant, V., (2011-2012). *Démarche en santé publique : méthodes qualitatives*, WESP2119, Documents de cours non publiés, Université Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique, Woluwe-Saint-Lambert.
27. Miller, BC., Benson, B. & Galbraith, K.A (2001). *Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis*. *Developmental Review*, n°21, pp. 1-38.
28. OMS, Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. 2017 [consulté le 12 mai 2018], disponible à l'adresse : www.who.int/maternal_child_adolescent/fr/

29. 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.
30. Pison, G. (2012). *Les maternités précoces en recul dans le monde. Population et sociétés*, n° 490, p. 4.
31. Ponce de Leon, E. (2012). *La maternité adolescente : au carrefour de la subjectivité et du social. Bulletin national santé mentale et précarité, Les cahiers du Rhizome*, 2012, n°43, pp. 34-40.
32. Portier-le Cocq, F. (2009). *Sexualité et maternité des adolescents. Voix anglaises et écossaises. Rennes : PU Rennes, coll. Des Sociétés*, 329 p.
33. Pourchez, L., Dupe, S. (2011). *Les grossesses précoces chez les mineures à la Réunion. Infos Réunion, ARS Océan Indien*, n°21, pp. 1-7.
34. Poss, LR. (2011). *Observatoire Régional de la santé Languedoc Rousillon. Comment soutenir l'accès à la parentalité et l'insertion sociale ?* 140 p.
35. Quivy, R. et Van, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales. 4e édition Broché*.
36. Roudinesco, E. (2009). *Les mères et les enfants d'abord*, in : *Le Monde*, p.11.
37. 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*.
38. Rufo, M. (2011). *En cas de grossesse d'adolescente, il ne faut pas exclure le père, souvent mineur. Le Pèlerin*, n°6692.
39. Ryckelynck, N. *La France*. (2011). In : Govindama, y. (éd.), *Temps et rites de passage. Naissance, enfance, culture et religion*. Paris : Editions Karthala, pp. 115-138.

40. SCI6060 – Cours 4 (27 janvier 2012), cf. Christine DUFOUR & Vincent LARIVIÈRE
reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J3BCT9WW-NJP6NT.../sci6060_fiche_echant.pd...)
41. Stordeur, S. (2011-2012). *Introduction à la recherche scientifique en santé publique*, WESP1011, Documents de cours non publiés, Université Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique, Woluwé-Saint-Lambert.
42. Sundby, J., Svanemyr, J., et al. (1999). *Voiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. Patient Education and Counseling*, n° 38, pp. 11-19.
43. Tarabulsky, G., Robitaille, J., Lacharite, C. (1998). *L'intervention auprès des jeunes mères et de leur enfant : Perspectives de la théorie de l'attachement. Criminologie*, n° XXXI, pp. 7-23.
44. Uzan, M. (2008). *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris : Secrétariat d'État à la santé, 68 p.
45. Vaton, M. (2011). *Enquête : 16 ans et elles rêvent d'un enfant. Nouvel Observateur*.

