

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi



U.S.T.T-B

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FMOS

MEMOIRE

**PROBLEMATIQUE DES GROSSESSES
PRECOCES AU DEUXIEME TRIMESTRE DE
2018 AU CSCOM UNIVERSITAIRE DE
SANOUBOUGOU II**

**Présenté et soutenu le/...../2018 devant le jury de la
faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
Par**

Dr BERTHE Drissa

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en MF/MC
(D.ES)**

Jury

Président : Pr Moustapha TOURE
Membre : Dr Kafougo Bréhima COULIBALY
Co-directeur : Dr Mamadou SIMA
Directeur : Pr Maadou DEMBELE

Année Universitaire 2017-2018

Sigles et Abréviations :

APE : Association des Parents d'élèves

ASACO : Association de Santé Communautaire

CCISD : Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement

CFU : Comité des femmes utilisatrices des services de santé

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire Universitaire

DECLIC : Développement de l'Enseignement Clinique et Communautaire

DTC : Directeur Technique du Centre

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

INFSS : Institut National de Formation des techniciens Supérieurs de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVD : Pays en Voie de développement

UNFPA: United Nations Fund of Population

Table de matière

Introduction.....	10
Causes profondes.....	3
Problématique.....	4
Hypothèses de recherche.....	12
Objectifs.....	12
Généralités.....	14
Définition de l'adolescence.....	14
Taux de grossesse chez les adolescentes.....	14
Les enjeux psycho-sociaux d'une grossesse pour une adolescente.....	14
Méthodologie.....	18
Cadre d'étude.....	18
Type de l'étude.....	18
Période de l'étude.....	18
Population de l'étude (critères).....	18
Critères d'inclusions.....	18
Critères de non inclusion.....	18
Méthode d'échantillonnage.....	19
Techniques et outils de collecte.....	19
 Considérations éthiques et administratives.....	19
Saisie et analyse des données.....	19
Variables.....	19
Analyse des données.....	19
Les étapes de la recherche action.....	19
Résultats.....	22
Commentaires et discussion.....	42
Critique.....	42
Etudes extérieures.....	45

Dédicaces et remerciements :

ALLAH (DIEU UNIQUE)

Louange à DIEU, Seigneur des cieux et de la terre, Seigneur des mondes

Et A LUI, la Grandeur dans les cieux et sur la terre

Et C'est LUI, Le PUISSANT, Le SAGE.

Gloire à ALLAH, louange à ALLAH, L'Existant, Le Vivant, L'Eternel, Le Promoteur de la création, Le Connaisseur, L'Entendant, Le Voyant, Le Parlant, L'Unique, L'Indépendant, Le Transcendant, Le Possesseur, Le Puissant, Le Voulant, Le Savant des savants. Celui Qui est au début et à la fin de la Vie, Qui Voit et Entend tout, Qui a la Volonté et QUI EST UN ETRE sans besoin, Qui n'Est pas Soumis à une obligation ou à une coutume.

O Seigneur

O Miséricorde de ce monde et de l'Au-delà,

Accorde-moi une miséricorde émanant de TOI-MEME et qui me dispensera de toute autre miséricorde que la Tienne. Amine

Seigneur, pardonne-moi

Accorde-moi une autorité que personne ne puisse avoir après-moi,

En Vérité, TU es le Dispensateur Suprême. Amine

Dis « je ne suis qu'un avertisseur !

Comme Divinité, IL n'y a que DIEU L'UNIQUE, Le Contraignant, le Réducteur, Dompte pour moi tout envieux, tout querelleur (ou tapageur), tout hypocrite, tout semeur de désordre et déjoue leurs pièges contre eux-mêmes.

Certes sur toute chose, TU es L'UNIQUE, Le Tout et Très Contraignant.

Seigneur donne-moi, la foi la force inébranlables, l'intégrité et la transmission pour combattre la mécréance, la perfidie et la dissimulation. Amine

Seigneur ! C'est TOI qui l'univers et son contenu, et TU T'es Installé Istwa sur le Trône

Seigneur ! Mon Vrai MAITRE, je serai Ton vicaire sur la terre et je suivrai le chemin que TU as enseigné à Mouhammad.

Remerciements à ma mère (Mamou Koné) et à mon père (Feu Moussa Berthé) : je Vous remercie de m'avoir engendré, éduqué dans la rigueur, la sincérité et l'honnêteté, je me servirai de ces qualités jusqu'à mon dernier souffle.

Dédicaces à mes jeunes frères (Yaya, Seydou, Djibril et Hamidou) : ce travail doit être pour vous un exemple d'inspiration et d'encouragement pour atteindre l'élite intellectuel. Vive la famille, vive la fraternité et vive la solidarité entre nous et nos descendants jusqu'à la fin de notre temps et que cette soit soudée dans notre postérité.

Dédicaces à mes sœurs (Fatima, Rokia et Awa) : vous devriez prendre de ce travail pour éduquer vos enfants à faire la même chose.

Remerciements au Professeur Cissé Idrissa Ahmadou : vous m'avez accueilli dans le Service de Rhumatologie depuis août 2006 et vous m'avez appris votre savoir-faire et savoir être dans la sincérité. Vous m'avez enseigné la science, la médecine, l'honnêteté intellectuelle, la vérité qui sont sources de bienfaisance et de réussite. Voilà les qualités qui m'inspirent dans ce bas monde. Pour ces qualités, je vous prends pour un guide professionnel et maître un conseil dans la pratique médicale. J'ai confiance en Vous.

Remerciements à mes oncles (Feu Olivier, Jacques et Feu Adama Koné, Feu Bob Koné, Feu Alphonse Koné) : qui ont joué un rôle prépondérant dans la réussite de mes études. Même si ce travail vient trouver que deux parmi eux ont rendu leurs âmes, je ne les oublierai jamais dans cette vie. J'aurais toujours une pensée particulière à eux.

Remerciements au Professeur Mahamane Maiga ainsi que tout le personnel du Déclit : sans qui ce D.E.S serait un échec, merci pour les facilités et les supervisions sur le terrain dans le cadre du suivi des résidents.

Remerciements au Professeur François Couturier : qui est le maître et chef d'œuvre de ce D.E.S au Mali et la mobilisation des ressources financières nécessaires à sa mise en œuvre.

Remerciements à l'équipe de médecine interne et les autres spécialités associées à l'enseignement des cours dans le D.E.S (chirurgie, réanimation, pédiatrie, gynéco-obstétrique, pneumologie, médecine légale, gestion). Le passage dans certaines de ces services a été pour moi une expérience professionnelle dans la diversification.

Remerciements au DTC du CSCOM-U de Sanoubougou 2 ainsi que l'ASACO et le reste du personnel : vous m'avez accueilli à Sikasso comme un frère, un parent et vous m'avez accordé une bonne hospitalité. A Sikasso, je n'ai reçu ni menaces, ni hostilités de quelle que nature que ce soit. Merci pour le respect que vous m'avez accordé, je n'oublierai pas cet acte de bienfaisance. A travers le DTC de Sanoubougou 2, je remercie tous les chargés d'encadrements cliniques de l'ASACOB, de Ségué, de Konobougou et Koniakari.

Remerciements aux bienfaiteurs et de toutes les personnes de bonne volonté de l'humanité de l'univers à nos jours et jusqu'à la fin des temps.

Dado Kassé

Je dédie ce travail à la personne spéciale de ma vie affective, même s'il y a eu des malentendus qui ont rendu rapprochement difficile et qui ont entraîné des difficultés sociales et affectives, je reste disponible pour Toi et jusqu'à preuve de contraire. Ces difficultés ne sont pas insurmontables, elles m'ont permis de comprendre la souffrance, d'acquérir une expérience pratique dans la vie qui me servira dans ma vie active. Ce fut douloureux, mais aussi un bon départ pour une réussite multiforme.

Remerciements à Assan Ouologuem : pour aide et son esprit d'ouverture qu'elle a manifesté envers moi, pour me faciliter le séjour au Point G pendant mon cycle universitaire et celui du D.E.S de Médecine de Famille/Médecine Communautaire. Je prie le Bon DIEU pour qu'IL puisse t'apporter assistance et miséricorde dans ce monde bas et dans l'au-delà.

Remerciements à monsieur Mamadou Dramé, pour son accueil chaleureux et tous les services rendus à moi-même et d'autres nécessiteux. Merci pour la solidarité.

Remerciements au Dr Sagara Issiaka, épidémiologiste au MRTC, qui nous a aidés dans la méthodologie.

Hommage aux membres de jury

Président du jury

Professeur Moustapha TOURE

Maitre de conférences de gynéco-obstétrique à la FMOS

Chef de Gynéco-obstétrique à l'hôpital du Mali

Votre grandeur d'âme, savoir-faire et savoir-être font de vous un maitre admiré.

Veillez recevoir, mon amour et mon respect envers vous.

Merci de présider ce jury

Membre de jury

Dr Kafougo Bréhima Coulibaly

Chargé d'encadrement clinique dans le D.E.S de MF/MC

Directeur Technique au CSCOM-U de Sanoubougou 2

Votre leadership et le souci de la cohésion du personnel dans votre service font que vous bénéficiez de la confiance tout le personnel,

Soyez remercié pour tout ce que vous avez fait les D.E.S.

L'histoire retiendra les faits et les actions que vous avez faits pour notre bien-être.

Merci de siéger dans ce jury

Co-Directeur

Dr Mamadou Sima

Maitre-assistant en gynécologie-obstétrique à la FMOS

Praticien Hospitalier au CHU du Point G, j'ai eu l'honneur et le plaisir de vous voir codiriger cette étude.

J'ai été sensible à votre rigueur et votre amour du travail bien fait.

Merci pour la bonne collaboration dans l'élaboration de ce travail.

Directeur de mémoire

Professeur Mamadou Dembélé

Maitre de conférences agrégé de Médecine Interne à la FMOS

Praticien Hospitalier au CHU du Point G

Coordinateur du D.E.S de MF/MC

Vous êtes à la fois pour moi un maitre et un père,

Votre rigueur scientifique et votre souci de bien faire le travail sont appréciés par tous, soyez en remercier chers maitre.

Introduction

La santé sexuelle et reproductrice des jeunes est au centre des préoccupations actuelles visant à répondre aux besoins de la population. Les grossesses d'adolescentes relevées chaque année dans le monde deviennent de plus en plus importantes. En effet, on estime à près de 15 millions de femmes de 15 à 19 ans qui donnent naissance à un enfant, ce qui représente plus de 10 % des naissances à travers le monde (OMS/UNFPA, 2007). [1]

Ce phénomène de grossesse des adolescentes survient majoritairement dans les pays en voie de développement (PVD). Environ 12,8 millions d'adolescentes y accouchent chaque année, soit plus de 90 % des cas dans le monde. Mais les taux les plus élevés de grossesse d'adolescentes sont enregistrés en Afrique (OMS/UNFPA, 2007) et plus de la moitié des femmes d'Afrique Subsaharienne accouchent avant l'âge de 20 ans. Une grossesse précoce et non désirée, en particulier à un très jeune âge, reflète un échec à fournir un environnement sûr aidant les jeunes filles à atteindre l'âge adulte. [1] Quand une adolescente tombe enceinte, sa vie présente et son avenir changent radicalement et rarement pour le mieux. L'adolescente peut se voir contrainte de mettre fin à ses études, ses perspectives d'emplois s'évanouissent. Sa vulnérabilité à la pauvreté, à l'exclusion et à la dépendance se multiplie [2]. Dans toutes les régions du globe, les filles paupérisées, peu éduquées vivant en milieu rural sont susceptibles de tomber enceinte que leurs homologues urbaines plus riches et mieux éduquées. Les filles appartenant à une minorité ethnique ou à un groupe marginalisé, qui disposent de peu de choix et d'opportunités dans la vie ou qui n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment aux informations et aux services de contraception, risquent davantage de tomber enceintes. Quelque 19% des jeunes femmes des pays en développement tombent enceintes avant l'âge de 18 ans [2].

La grossesse peut avoir des conséquences immédiates et durables sur la santé, l'éducation et le potentiel de gains de l'adolescence. Elle modifie souvent le cours de toute son existence et ces modifications dépendent de l'âge précoce ou non auquel la grossesse survient. [2]

Le pronostic de ces grossesses précoces dépend souvent du suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié, d'une éducation et d'une information de ces futures mères sur les probables risques de la grossesse. [3]

Causes profondes :

Mariages d'enfants

Inégalité de sexe

Obstacles à l'exercice des droits de la personne

Violence et contrainte sexuelles

Politiques nationales limitant l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle adaptée à l'âge

Manque d'accès à l'éducation et aux services de santé reproductive

Sous-investissement dans le capital humain des filles. [2] Si les conséquences de la survenance des grossesses précoces semblent relativement bien connues, il n'en est pas de même pour les causes. Partout dans les pays développés et en voie de développement, la grossesse chez les adolescentes est plus courante chez les jeunes qui ont été défavorisées durant l'enfance et qui ont de faibles attentes au niveau de l'éducation ou du marché du travail. La documentation de la littérature indique que les jeunes qui vivent dans la pauvreté ont un taux de grossesse à l'adolescence cinq fois plus élevé que la moyenne. Les circonstances socioéconomiques semblent jouer un rôle majeur dans les taux de grossesse chez les adolescentes. Les enfants de parents adolescents sont plus susceptibles d'avoir des problèmes et de devenir à leur tour parents à l'adolescence, perpétuant ainsi le cycle de la pauvreté débuté par la naissance du bébé d'une adolescente-mère. [1]

En 1997, dans le monde, on comptait dix-sept millions d'enfants nés d'une mère âgée de 15 à 19 ans. Sur ces dix-sept millions de naissances, seize millions avaient lieu dans les pays en voie de développement. On constate en effet, que dans la plupart de ces pays, la grossesse chez l'adolescente est plutôt une situation ordinaire ; le mariage précoce et la grossesse qui suit immédiatement signifient que la transition entre l'enfance et l'âge adulte n'existe pas. En fait il n'y a pas d'adolescence. [4]

Au Mali l'activité sexuelle débute très tôt au moins 75% des adolescentes ont leurs premiers rapports sexuels à 18 ans alors qu'ils sont moins susceptibles de se protéger ou d'utiliser des moyens de contraception, ce qui augmente les I.S.T et les grossesses accidentelles avec leur cortège de conséquences. [5]

Le Mali est un pays en développement à fécondité élevée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 4,9 enfants / femme et le taux de natalité est de 5%. Il a une population à prédominance jeune : 50% de la population ont un âge compris entre 15 et 20 ans. Cette tranche d'âge correspond à une période d'immaturité physique et d'activité intense durant laquelle l'adolescente a souvent tendance à adopter un modèle adulte. C'est également une période marquant le passage de

l'enfance à la vie adulte. Elle commence avec le début de la puberté et se termine avec l'accession au rôle social de l'adulte. Ainsi prolongée, l'adolescence s'étend au moins de 12 à 18 ans et peut être de 10 à 20ans. Cela n'est plus un passage mais une période spécifique de la vie avec ses besoins culturels, éducatifs, sociaux et sanitaires propres. [6]

La dimension économique est régulièrement évoquée comme facteur de risque dans la survenue de grossesses adolescentes. Les jeunes filles issues de milieux sociaux et économiques défavorisés, de quartiers pauvres, présentent un risque accru de grossesses précoces qui sont par ailleurs peu souvent interrompues et dont la situation de précarité sera renforcée une fois l'enfant né (Aujoulat et al, 2007 ; Letendre et Doray, 1999 ; Deschamps, 1993 ; Charbonneau et al, 1989). Dans les États Américains les grossesses se produisent dans des communautés qui connaissent des conditions économiques marquées par la précarité, chez les jeunes filles hispaniques et d'origine afro-américaines. [7]

Problématique :

Au cours de nos stages de résidanat au CSCOM-U de Sanoubougou II, nous avons constaté que les femmes qui venaient faire l'échographie obstétricale, étaient majoritairement des adolescentes enceintes. Parmi elles, il y avait de nombreuses élèves des écoles fondamentales.

Au Mali, il existe des structures sanitaires de proximité qui sont les CSCOM, les Cabinets des sages-femmes et les Cabinets médicaux. Dans ces structures, des services de contraception sont fournis dans le but d'espacer les grossesses et d'éviter les grossesses non désirées. Malgré, l'existence de ces structures, les grossesses non désirées surviennent notamment chez les adolescentes.

Hypothèses de recherche :

- Les adolescentes n'ont pas accès aux structures de santé
- Les adolescentes ignorent les méthodes de contraception
- Les adolescentes ne reçoivent pas d'éducation sexuelle

Objectifs

- **Objectif général** : étudier les facteurs qui influencent la survenue de la grossesse chez les adolescentes.

- Objectifs spécifiques

Evaluer les connaissances des adolescentes sur les dangers des grossesses précoces ;

Identifier les causes des grossesses chez les adolescentes ;

Proposer des solutions de lutte contre le phénomène ;

Appliquer les stratégies de prévention des grossesses précoces ;

Evaluer l'impact de ces stratégies.

I- Généralités

1-1- Définition de l'adolescence :

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans. C'est la période qui débute avec l'apparition des premiers signes pubertaires. Sa fin est plus difficile à déterminer, elle est fonction de la maturité psychique, affective, sociale et sexuelle de chaque individu. [8]

1-2- Taux de grossesse chez les adolescentes :

Le taux de grossesses est le nombre total de grossesses (naissances, interruptions volontaires, fausses couches) survenant chez les femmes de moins de 18 ans divisé par le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge.

En France, il était de 2,4 % en 2000. [8]

1-3- Les enjeux psycho-sociaux d'une grossesse pour une adolescente :

La grossesse à l'adolescence est souvent perçue comme non désirée, comme la conséquence d'un manque de connaissances sur la contraception. Mais il serait réducteur de considérer qu'une jeune fille devient enceinte parce qu'elle est incapable d'utiliser une contraception. Il paraît également peu probable qu'elle puisse échapper aux messages de prévention sur la contraception diffusés en masse par les médias.

De plus, depuis 2001, la législation française prévoit qu'«une information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène » [8]. Par ailleurs, les Centres de Planification et d'Éducation Familiale organisent régulièrement des journées portes ouvertes (toutes les semaines au Centre Flora Tristan d'Angers), pour répondre aux questions des plus jeunes autour de la sexualité. L'accueil est peu médicalisé, individuel ou collectif.

On peut mettre en évidence 3 types de comportements [8]:

• la grossesse culturelle :

Dans les sociétés coutumières (au Maghreb, en Afrique Noire ou dans les sociétés gitanes), la grossesse est vécue comme un rite de passage vers le monde des adultes. Elle permet de vérifier l'intégrité physique du corps, elle rassure sur la capacité à procréer et à devenir mère. Les jeunes filles se marient très tôt, la venue d'un enfant est programmée, elle s'inscrit dans un projet de couple. La future mère est alors valorisée, encadrée par ses proches. Le suivi de la

grossesse est en général régulier. Après la naissance, la jeune femme est soutenue et protégée par les autres femmes de la famille, qui l'aident dans l'apprentissage de son nouveau rôle de mère. Le comportement de ces jeunes filles est comparable à celui de femmes plus âgées. [8]

• **la grossesse comme recherche d'un objet de comblement d'une carence de l'enfance** : Ce sont en général des jeunes filles souffrant d'une mauvaise estime de soi, ayant vécu une enfance difficile, dans une famille au sein de laquelle existent des rapports conflictuels. On retrouve souvent des situations d'échec scolaire, des conduites agressives ou addictives. Avec sa grossesse, l'adolescente devient adulte et signe une double provocation : elle assassine sa propre enfance, et elle attaque sa propre mère en la «poussant» d'une génération. L'enfant est conçu pour compenser les angoisses dépressives et les sensations d'abandon de la jeune mère. Celle-ci a de grandes difficultés à se projeter avec l'enfant, elle a à son égard des attentes inadaptées, elle imagine qu'il va résoudre tous ses problèmes avec le monde, par sa simple présence. [8]

• **la grossesse comme prise de risque** :

Pour l'adolescente, la grossesse est une conduite agressive impulsive dirigée contre son propre corps. C'est un passage à l'acte destiné à se mettre en danger, dans le cadre d'une sexualité non protégée, au même titre que les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire. Ces grossesses ne sont en général pas suivies, elles sont parfois découvertes très tardivement, au moment de l'accouchement. A la naissance, la jeune fille n'est pas prête à élever son enfant, et le risque de maltraitance est alors majoré.

Pour la sociologue Charlotte LE VAN, la grossesse chez une adolescente est un «acte socialement déviant». Dans son ouvrage *Les grossesses à l'adolescence*, normes sociales, réalités vécues, l'auteur a réalisé 28 entretiens avec des jeunes femmes de moins de 20 ans ayant eu une première grossesse. Elle a délibérément exclu, par souci de comparaison, les jeunes femmes de nationalité étrangère et celles dont la grossesse était issue d'un viol. Elle met en évidence 5 types de grossesses : [8]

– **la grossesse «rite d'initiation»** :

La grossesse est désirée et attendue, elle contribue à confirmer l'identité de femme de l'adolescente. Le désir d'enfant n'est par contre pas du même ordre : l'enfant réel n'est jamais envisagé. Cette grossesse traduit un besoin d'être entourée et rassurée sur la stabilité de leur couple et sur l'authenticité des sentiments de leur partenaire à leur égard [8].

– **la grossesse «SOS» :**

La grossesse est un appel, un moyen de solliciter le dialogue dans des situations de conflit familial (divorce, maltraitance). Le désir de grossesse n'est pas explicite, mais ces jeunes femmes adoptent une conduite contraceptive les exposant au risque d'une grossesse. [8]

– **la grossesse «insertion» :**

La grossesse est le résultat d'une décision mûrement réfléchie. Le désir d'enfant est clairement exprimé et partagé avec le partenaire. Ce sont souvent des adolescentes sorties du système scolaire, qui ne peuvent pas pénétrer dans le monde du travail.

Avec sa grossesse, la jeune femme acquiert le statut social de mère, reconnu et approuvé par l'entourage. [8]

– **la grossesse «identité» :**

La grossesse n'est pas consciemment programmée, mais la jeune fille adopte un comportement contraceptif l'exposant à un risque de grossesse (oublis de pilule, pas d'utilisation de préservatifs). La grossesse est mise sur le compte du hasard, de l'accident. Elles éprouvent le désir d'être mère, sans expliciter de désir d'enfant. L'enfant constitue un objectif dans la vie de la jeune mère : ce qu'elle n'a pas la volonté de faire pour elle-même, elle le fera pour son enfant. [8]

– **la grossesse «accidentelle» :**

La grossesse est involontaire, imprévue. La jeune fille adopte un comportement dont elle pense qui la protège efficacement (contraception bien utilisée), elle ne se sent pas exposée à la reproduction. La grossesse survient à l'occasion d'un oubli isolé de pilule ou d'une rupture de préservatif par exemple. Il n'y a ici ni désir de grossesse, ni désir d'enfant. [8]

En France, 24 % adolescentes âgées de 10 à 18 ans sont enceintes [9].

Facteurs favorisant la grossesse chez l'adolescente. Plusieurs facteurs sont fréquemment retrouvés chez les adolescentes enceintes, en France et à travers le monde. Il s'agit du faible niveau d'éducation, a fortiori de la déscolarisation, du mauvais statut socioéconomique, auxquels on peut rattacher le défaut d'utilisation de contraception et l'absence d'éducation sexuelle. Certaines ethnies sont également plus touchées (africaines, hispaniques). Enfin, il s'agit le plus souvent de filles célibataires (58 % dans une étude rétrospective menée à Saint-Denis). [9]

Caractéristiques de la grossesse chez l'adolescente

Il s'agit de grossesses ayant une morbidité obstétricale propre, principalement par absence de suivi. En effet, celui-ci est irrégulier voire inexistant, avec une première consultation tardive et un faible nombre de consultations pendant la grossesse. Ces grossesses sont plus à risque d'hypertension artérielle gravidique, de pré-éclampsie, de retard de croissance intra-utérin et de prématurité [5] [9].

L'âge inférieur à 17 ans est associé avec un risque accru de prématurité de 1,5 à 1,9 fois plus élevée naissance.

La naissance prématurée, définie comme un accouchement moins de 37 semaines d'âge gestationnel, affecte plus de 10% des naissances vivantes chaque année aux États-Unis et est responsable des trois quarts de la mortalité néonatale et 35% de toutes les dépenses de santé pour les nourrissons aux États-Unis. [10]

II- Méthodologie :

2-1- Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée au CSCOM-Universitaire de Sanoubougou 2 dans la ville de Sikasso. La description du CSCOM-U de Sanoubougou se présente comme suit : l'ASACO a été créée le 04 juin 2001, la date d'ouverture du CSCOM est le 27 juin 2005. L'aire de santé de l'ASACO comprend 02 (deux) quartiers (Sanoubougou 2 et Banconi), 03 (trois) villages (Sirakoro, Manabougou et Tabacoro). En 2018, la population de l'aire de santé compte environ 19160 habitants dont 16788 personnes se situent à 05 (cinq) kilomètres du CSCOM soit 88% de la population de l'aire de santé. Le CSCOM-U de Sanoubougou 2 a des partenaires à travers le projet DECLIC : la FMOS, les autres CSCOM-U du Mali, INFSS, Université de Sherbrooke, CCISD (Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement), Cegep de Saint Jérôme, Affaires étrangères commerce et développement du Canada.

2-2- Type de l'étude : nous avons réalisé une étude de Recherche Action. La première phase était une étude de cas témoins et de recherche action. La deuxième phase de l'étude était uniquement une étude de recherche action. Nous avons interrogé les gestantes et les témoins ensemble sur certaines informations que sont : l'âge, le statut matrimonial, le statut socioprofessionnel, les dangers des grossesses précoces (la déscolarisation, la marginalisation, la pauvreté, la perpétuation du statut inférieur de la femme), les complications de la grossesse (hémorragie de la délivrance, la pré-éclampsie, la mort materno-fœtale) et des questions spécifiques à la grossesse aux gestantes.

2-3- Période de l'étude : l'étude a été effectuée du 16 avril 2018 au 02 août 2018.

2-4- Population de l'étude :

La population d'étude était constituée des gestantes qui ont consulté au CSCOM-U de Sanoubougou 2 et/ou ont effectué un examen biologique au laboratoire ou une échographie dans le dit CSCOM. Pour les témoins, nous avons recensé les filles dans les écoles, dans la rue et dans quelques familles dans l'aire de santé du CSCOM-U de Sanoubougou 2.

2-5- Critères d'inclusions :

Ont été incluses dans cette étude toutes les gestantes âgées de moins de 19 ans vues en salle d'échographie, au laboratoire ou en consultations dans le CSCOM-U de Sanoubougou 2, et qui ont donné leur consentement pour l'étude. Le consentement obtenu était verbal. Pour les témoins, nous avons interrogé uniquement les filles âgées de moins de 19 ans.

2-6- Critères de non inclusion : les gestantes et témoins qui étaient âgés de plus 18 ans, ainsi que celles qui n'ont pas donné leur consentement, n'ont pas été recensés.

2-7- Méthode d'échantillonnage :

Pour faire l'échantillonnage, nous avons tiré au hasard 05 (cinq) gestantes par jour pendant un mois soit 04 (quatre) semaines. Avec ce tirage nous avons obtenu 100 (cent) gestantes qui constituaient les cas et pour comparer l'information des gestantes avec celle de la population générale, nous avons procédé à un tirage de 02 (deux) témoins pour un cas, ce qui équivaut à 200 (deux cents) témoins pour 100 (cent) cas

2-8- Techniques et outils de collecte : les données ont été enregistrées sur des fiches des questionnaires. Ces fiches seront conservées une année après la présentation du mémoire. Après ce délai, elles seront détruites.

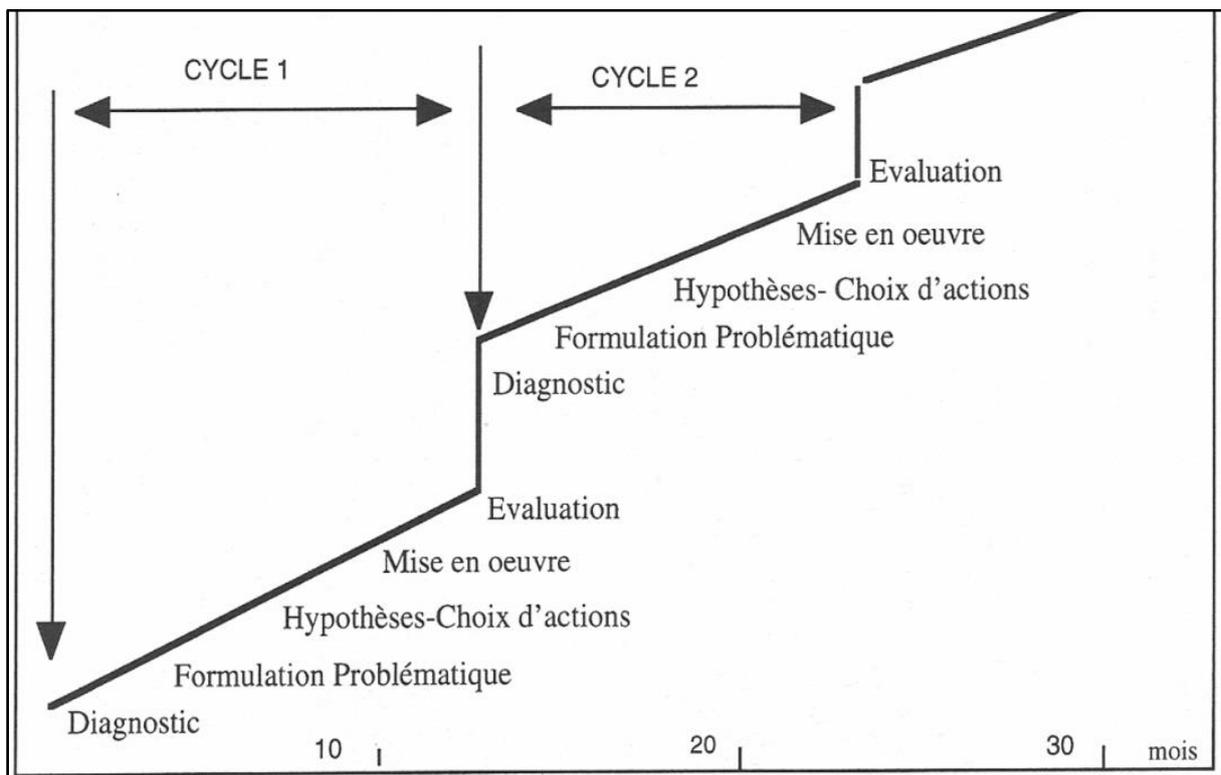
2-9- Considérations éthiques et administratives : le protocole de cette étude n'a pas été présenté au comité d'éthique, mais il a été présenté et son contenu a été expliqué au DTC et l'ASACO du CSCOM-U de Sanoubougou 2

2-10- Saisie des données : elle a été faite sur world

2-11- Variables : les variables étudiées ont été : l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le statut socio-professionnel.

2-12- Analyse des données : Les données ont été analysées sur Epi Info,

2-13- Les étapes de la recherche action : l'étude s'est déroulée en 05 étapes.



Etape I (Diagnostic) :

Nous avons pris contact avec le CSCOM-U de Sanoubougou 2, le lundi 16 avril 2018, d'abord avec le DTC, ensuite avec le président de l'ASACO pour présenter le protocole. Puis nous avons rencontré le personnel du CSCOM-U de Sanoubougou2. Après présentation et explication du contenu du protocole, nous avons commencé l'administration du premier questionnaire. Cette étape a duré 05 semaines et s'est déroulée du 16 avril 2018 au 20 mai 2018. Il s'agissait d'une étude de cas témoins pour la première phase de l'étude. Nous avons administré 100 (cent) questionnaires aux gestantes et 200 (deux cents) questionnaires aux témoins. Le recensement des gestantes a lieu exclusivement dans le CSCOM-U de Sanoubougou 2 (salle d'échographie à 90%, et 10% dans les unités de consultation de médecine, de la maternité et la vaccination. Dans la plupart des cas, ces gestantes étaient venues faire l'échographie obstétricale soit par elles-mêmes, ou sur indication d'un agent de santé. Le recensement des témoins a eu lieu dans le CSCOM-U de Sanoubougou2, les écoles (aux deuxièmes cycles des écoles fondamentales de Sanoubougou 2, Banconi de Sikasso ; aux lycées Fatoumata Coulibaly et Fadiala Coulibaly), dans la rue et dans quelques familles de Sanoubougou 2.

Nous avons interrogé les gestantes et les témoins ensemble sur certaines informations que sont : l'âge, le statut matrimonial, le statut socioprofessionnel, les dangers des grossesses précoces (la déscolarisation, la marginalisation, la pauvreté, la perpétuation du statut inférieur de la femme), les complications de la grossesse (hémorragie de la délivrance, la pré-éclampsie, la mort materno-fœtale) et des questions spécifiques à la grossesse aux gestantes.

5-4-1-Etape II (formulation de la problématique) :

La deuxième étape, dont les objectifs étaient de restituer les résultats de la première enquête et mettre en place une équipe de recherche, a eu lieu le 31 mai 2018. Elle a regroupé le DTC, le personnel, l'ASACO, Les CFU, l'APE et le directeur de l'école fondamentale de Sanoubougou 2. Après l'exposition des résultats de l'enquête, un certain nombre de problèmes ont été identifiés

- le taux élevé des échecs scolaires. Les participants ont mis l'accent sur les motivations des jeunes filles qui sont la recherche de confort et l'acquisition des habits, des chaussures et de parfum. Le but est de donner une image d'une personne aisée à l'occasion des fêtes, des cérémonies, des rencontres et des manifestations culturelles. Les principaux bailleurs de fonds sont les parents ou les partenaires (maris, copains, ou un

partenaire occasionnel) qui supportent les frais dont les risques sont des grossesses et mariages précoces.

- L'insuffisance de sensibilisation, d'information, de communication et d'éducation des enfants dans les familles et écoles contribue en grande partie au libertinage sexuel des adolescentes dont les dangers sont énormes. Selon les participants ce sujet souligne un intérêt particulier pour la famille notamment les mères d'enfant. Le danger de la grossesse chez les adolescentes se situe entre les premier et deuxième cycles de l'école fondamentale.

Une équipe de recherche action a été mise en place pour proposer des stratégies à mener pour minimiser le problème.

5-4-2-Etape III (hypothèse et choix des actions) :

- L'équipe de recherche après sa mise en place a proposé des actions suivantes. Selon les participants, seule l'éducation peut éviter ces désagréments. Les actions suivantes ont été proposées :
- L'équipe de l'ASACO va faire des messages de sensibilisation pour empêcher les adolescentes d'utiliser leur corps pour des fins matériels.
- Le personnel va renforcer la sensibilisation lors des consultations médicales, les CPN, la stratégie avancée et la vaccination. Faire la promotion de la planification familiale dans le CSCOM et les écoles de l'aire de santé de Sanoubougou 2
- Les CFU vont faire la sensibilisation de proximité dans les familles et quartiers.
- Le directeur de l'école fondamentale de Sanoubougou 2 a promis de mettre dans le programme d'éducation, une leçon sur les dangers des grossesses précoces qui serait dispensée par les enseignants eux-mêmes.

5-4-3-Etape IV (mise en œuvre des stratégies) :

C'est l'étape de la mise en œuvre des actions proposées par l'équipe de recherche. Elle a duré six (06) semaines (de la première semaine du mois de juin à la deuxième semaine du mois de juillet 2018). Il s'agissait de faire une sensibilisation par l'équipe de recherche auprès de la population de l'aire de santé du CSCOM-U de Sanoubougou 2. Les CFU étaient chargées de faire la sensibilisation de proximité dans les quartiers et familles. Les membres de l'ASACO étaient chargés de la sensibilisation de la population lors des rencontres et rassemblement avec les membres de l'ASCO et aussi lors des missions de sensibilisation dans les quartiers et écoles. Le personnel du CSCOM était chargé de sensibiliser les adolescentes sur les dangers précoces pendant les différentes consultations et lors de stratégie avancée.

5-4-4-Etape V (évaluation) : (02 août 2018)

Après, la mise en œuvre des stratégies proposées, nous avons administré le même questionnaire à 53% des gestantes. Nous avons appelé certaines gestantes par téléphone, certaines gestantes sont venues au CSCOM-U de Sanoubougou 2 à notre convocation et nous sommes partis rencontrer d'autres dans leurs familles. L'administration de la deuxième partie du questionnaire aux gestantes a commencé dans la deuxième semaine du mois de juillet et a duré deux semaines.

La restitution finale a été faite le 02 août 2018.

III- Résultats

3-1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau-I : répartition des adolescentes selon l'âge

Tranche d'âge en années	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
10-14	1/1%	58/29%
15-18	99/99%	142/71%
Total	100	200

Tableau II : répartition des adolescents selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Célibataire	15	163
Fiancée	11	22
Mariée	84	15
Total	100	200

Tableau-III : répartition des adolescentes selon leur avenir socio-professionnel

Statut socio-professionnel	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Abandon de l'école	40	3
Elève	30	195
non scolarisée	30	2
Total	100	200

3-2 Connaissances des dangers des grossesses précoces :

Tableau-IV : répartition des adolescentes selon les conseils reçus sur les dangers des grossesses précoces :

Conseils	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	60	131
Savent	40	69
Total	100	200

Tableau-V : répartition des adolescentes selon l'information que la grossesse précoce peut entraîner leur déscolarisation

Déscolarisation	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	18	36
Savent	82	164
Total	100	200

Tableau-VI : répartition des témoins selon l'information que la grossesse précoce peut entraîner une marginalisation dans la société

La grossesse précoce peut entraîner la marginalisation	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	12	29
savent	88	171
Total	100	200

Tableau-VII : répartition des adolescentes selon l'information que la grossesse précoce peut entraîner une pauvreté

La grossesse précoce peut entraîner une pauvreté	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	9	30
Savent	91	170
Total	100	200

Tableau-VIII : répartition des adolescentes selon l'information que la grossesse précoce peut maintenir un statut inférieur de la femme

La grossesse précoce peut entraîner une perpétuation du statut inférieur de la femme	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	4/4%	11/5,50%
Savent	94/94%	189/94,50%
Total	100	200

Tableau-IX : répartition des témoins qui selon l'information qu'il faut faire des bilans pour le suivi de la grossesse

La femme doit faire des examens de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	17/17%	65/32,50%
savent	83/83%	135/67,50%
Total	100	200

3-3- Connaissances sur les complications de la grossesse

Tableau-X : répartition des adolescentes selon leur niveau de connaissances sur la Pré-éclampsie

La pré-éclampsie peut survenir au cours de la grossesse	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	78/78%	115/57,50%
Savent	22/22%	85/42,50%
Total	100	200

Tableau-XI : répartition des adolescentes selon l'information sur la survenue de l'hémorragie du post-partum

L'hémorragie de la délivrance peut survenir après l'accouchement	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent	39/39%	76/38%
Savent	61/61%	124/62%
Total	100	200

Tableau-XII : répartition des adolescentes selon l'information sur le risque de survenue de la mort maternelle.

La femme peut mourir au cours de l'accouchement	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	20/20%	24/12%
Savent	80/80%	176/88%
Total	100	200

3-4- connaissances sur la contraception hormonale

Tableau-XIII : répartition des adolescentes selon leur niveau de connaissances sur la contraception

Contraception hormonale ou mécanique	Fréquence	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	50/50%	90/45%
Savent	50/50%	110/55%
Total	100	200

3-5- Connaissances des adolescentes sur l'éducation sexuelle

Tableau-XIV : répartition des témoins selon leur niveau de connaissances sur la sexualité

Education sexuelle	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
Ne savent pas	72/72%	144/72%
Savent	28/28%	56/28%
Total	100	200

Tableau-XV : répartition des adolescentes selon leur source d'éducation sur la sexualité

Source de l'éducation sexuelle	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
agent de santé	2/7,41%	4/7,14%
Amie	14/51,85%	36/64,29%
belle sœur	2/7,41%	2/3,57%
Enseignant	Xxx	2/3,57%
grande sœur	2/7,41%	3/5,36%
Maman	7/25,93%	8/14,29%
Tante	Xxx	1/1,79%
Total	27	56

Tableau-XVI : répartition des adolescentes selon leur lieu d'éducation sur la sexualité

Lieu de l'éducation sexuelle	Fréquence/pourcentage	
	Cas	Témoins
centre de santé	2/7,41%	1/1,79%
école	7/25,93	28/50%
famille	16/59,26%	21/37,50%
rue	1/3,70%	6/10,71
marché	1/3,70%	Xxx
Total	27	56

3-6- Histoire de la grossesse

Tableau-XVII : répartition des gestantes selon le contexte de survenue de la grossesse

Contexte de survenue de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Grossesse non désirée	19	19,00
Grossesse désirée	81	81,00
Total	100	100,00

Tableau-XVIII : répartition des gestantes selon les difficultés rencontrées au cours de la grossesse

Difficultés	Fréquence	Pourcentage
oui	11	11,00
non	89	89,00
Total	100	100,00

Les difficultés recensées étaient le déni et rejet de la grossesse, des difficultés financières, expulsion de la famille paternelle, des injures des parents, l'isolement social, des difficultés de concentration à l'école, la fatigue et les problèmes de santé (vertiges, insomnie, diminution de la capacité de travail).

Tableau-XIX : répartition des gestantes selon le consentement des rapports sexuels

rapport sexuel consentent	Fréquence	Pourcentage
oui	96	96,00
non (viol)	4	4,00
Total	100	100,00

Tableau-XX : répartition des gestantes selon l'impact de la grossesse sur la scolarité

Impact de la grossesse sur la scolarité	Fréquence	Pourcentage
Bonne performance scolaire	27	38,57
Echec scolaire	40	57,14
Redoublement	3	4,29
Total	70	100,00

Les échecs scolaires sont définis par les cas d'abandon à cause du mariage, de la grossesse ou volontaire, des cas d'exclusion scolaire et la pauvreté.

Tableau-XXI : répartition des gestantes selon l'effectivité de la CPN

Suivi CPN	Fréquence	Pourcentage
non	31	31,00
oui	69	69,00
Total	100	100,00

Tableau-XXII : répartition des gestantes selon le suivi de la grossesse.

Suivi insuffisant ou tardif	Fréquence	Pourcentage
oui	59	59,00
non	41	41,00
Total	100	100,00

Tableau-XXIII : répartition des gestantes selon leur avis sur la grossesse

Regretter la grossesse	Fréquence	Pourcentage
non	92	92,00
oui	8	8,00
Total	100	100,00

3-7- Etudes croisées

Une étude croisée entre l'âge et l'éducation sexuelle chez les gestantes.

$$P < 0,7258$$

Une étude croisée entre l'âge et le rapport sexuel chez les gestantes.

$$P < 0,9223$$

Une étude croisée entre la grossesse désirée et le statut socioprofessionnel chez les gestantes.

$$P < 0,1449$$

Deuxième étape : résultats de l'évaluation

Tableau-XXIV : répartition des gestantes selon l'effectivité de la CPN

CPN effective	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
non	31	6	31,00	11,32
oui	69	47	69,00	88,68
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXV : répartition des gestantes selon le suivi de la grossesse

Suivi insuffisant ou tardif	fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Suivi normal	59	38	59,00	71,70
Mal suivie	41	15	41,00	28,30
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXVI : répartition des gestantes selon l'information que la grossesse précoce peut entraîner une déscolarisation chez l'adolescente

La grossesse précoce peut entraîner une déscolarisation	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	18	16	18,00	30,19
Savent	82	37	82,00	69,81
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXVII : répartition des gestantes l'information que la grossesse précoce peut entraîner une marginalisation dans la société

La grossesse précoce peut entraîner une marginalisation	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	12	9	12,00	16,98
Savent	88	44	88,00	83,02
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXVIII : répartition des gestantes selon leur connaissance que la grossesse précoce peut entraîner une pauvreté

La grossesse précoce peut entraîner la pauvreté	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	9	12	9,00	22,64
Savent	91	41	91,00	77,36
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXIV : répartition des gestantes selon leur accord que la grossesse précoce peut maintenir le statut inférieur de la femme

La grossesse précoce peut entraîner une perpétuation du statut inférieur de la femme	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	4	5	4,00	9,43
Savent	96	48	96,00	90,57
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXV : répartition des gestantes selon leur connaissance qu'il faut faire des examens dans le cadre du suivi de la grossesse

La femme doit faire des examens de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	17	1	17,00	1,89
Savent	83	52	83,00	98,11
Total	100		100,00	100,00

tableau-XXVI : répartition des gestantes selon leur niveau de connaissance sur la Pré-éclampsie

La pré-éclampsie peut survenir au cours de la grossesse	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	78	9	78,00	16,98
Savent	22	44	22,00	83,02
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXVII : répartition des gestantes selon leur connaissance l'hémorragie de la délivrance

L'hémorragie de la délivrance peut survenir après l'accouchement	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent pas	39	4	39,00	7,55
Savent	61	49	61,00	92,45
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXVIII : répartition des gestantes selon leur connaissance que la grossesse précoce peut entraîner une mortalité maternelle

La femme peut mourir au cours de l'accouchement	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent	20	1	20,00	1,89
savent	80	52	80,00	98,11
Total	100	53	100,00	100,00

Tableau-XXIX : répartition des gestantes selon leurs connaissances sur la contraception

Contraception hormonale ou mécanique	Fréquence		Pourcentage	
	Avant sensibilisation	Après sensibilisation	Avant sensibilisation	Après sensibilisation
Ne savent	50	3	50,00	5,66
Savent	50	50	50,00	94,34
Total	100	53	100,00	100,00

IV- Commentaires et discussion :

4-1- Limites

Le recensement des cas de grossesses précoces et les adolescentes qui venaient faire vacciner leurs enfants après l'accouchement, a été fait exclusivement au CSCOM-U de Sanoubougou 2. Pendant la deuxième phase de l'enquête, certains maris ont empêché la participation de leurs femmes à l'enquête. Certaines gestantes étaient en vacances et d'autres avaient accouché. Il n'y a pas eu de recensement dans les quartiers pour les cas de grossesse précoce.

4-2- commentaires et discussion :

Age :

L'âge des gestantes était compris entre 13 et 18 ans, alors que l'âge des témoins était compris entre 10 et 18. Une étude réalisée au Cameroun en 2010 a trouvé que 41,31 % des adolescentes avaient entre 15 et 16 ans.

Statut matrimonial :

Nous avons recensé parmi les témoins, 23 adolescentes fiancées soit 11,11%, 15 adolescentes mariées soit 7,25% ; 163 témoins célibataires soient 81,52% tandis que chez les gestantes 15 célibataires soit 15,00%, 01 fiancée soit 1%, 84 mariées soit 84%. Gérôme a trouvé 64% des célibataires à Angers en France [8]

Statut socio-professionnel :

Nous avons identifié parmi les témoins, 03 abandons soit 1,50%, 02 non scolarisé soit 1% alors que les gestantes, nous avons identifié 40 cas d'abandon soit 40,00% et 30 adolescentes non scolarisées soit 30,00%. Gérôme a trouvé 31% d'arrêt scolaire à Angers en France [8] et une étude au Cameroun a trouvé que 13,05 % des adolescentes sont sans niveau d'instruction. [2]

Grossesse désirée :

Chez les gestantes 19,00% des grossesses étaient non désirées. Une étude réalisée par Adama Drabo à Bamako a montré 24,4% des adolescentes ont une fois de plus le risque de contracter une grossesse non désirée. [3]

Difficultés : dans notre étude 11,00% des gestantes ont rencontré des difficultés au cours de la grossesse. Les difficultés recensées étaient le déni et rejet de la grossesse, des difficultés financières, expulsion de la famille paternelle, des injures des parents, l'isolement social, des difficultés de concentration à l'école, la fatigue et les problèmes de santé (vertiges, insomnie, diminution de la capacité de travail). Gérôme a trouvé 6,25% de déni de grossesse en France [8]

Rapport sexuel :

Nous avons recensé 04 cas de viol soit 4,00%.

En France à Toulouse, 10 % des adolescentes ont un rapport sexuel avant 15 ans et 27 % n'utilisent toujours pas de contraception, ou l'utilisent mal (données HCPF) [5] [9]

En France métropolitaine, parmi les adolescents ayant déjà eu des rapports sexuels 15,4 % des filles et 2,3 % des garçons déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés. Dans 85 % des cas, la fille connaissait son agresseur. Dans 18 % des cas, les rapports forcés avaient eu lieu avant l'âge de 15 ans. [4]

Aux Etats Unis entre 15 à 25 % des adolescents ont été victimes de rapport sexuel forcé [4]

En Guyane, 8 % des jeunes avouent avoir subi des violences sexuelles, dont près d'un sur quatre un viol. Près de trois adolescents sur cinq connaissaient leur agresseur [4]

Impact de la grossesse sur la scolarité :

Chez les gestantes, 40 adolescentes ont fait un arrêt scolaire soit 57,14%, et 03 adolescentes ont redoublé soit 4,29%.

Suivi CPN :

A la première phase de l'enquête, 31 gestantes n'avaient pas effectué de CPN soit 31,00%. A la deuxième phase de l'étude, 11,32% des gestantes n'avaient pas encore effectué la CPN. Une étude réalisée à Toulouse en France a trouvé un faible nombre de consultations pendant la grossesse. [9]

Suivi insuffisant ou tardif :

Dans notre étude, 41 gestantes ont un suivi insuffisant de grossesse soit 41,00%. Après sensibilisation, 28,30% des gestantes ont eu un suivi insuffisant des CPN. Jérôme a trouvé 23,4% de grossesses mal suivies en France. [8]

Conseils :

Parmi les témoins, les adolescentes, 132 adolescentes n'ont pas reçu de conseils sur les dangers de la grossesse précoce soit 65,50%, alors que chez les gestantes 60 adolescentes n'avaient pas reçu d'information sur les dangers de la grossesse précoce soit 60,00%. Après sensibilisation, 11,32% des gestantes ont dit qu'elles n'ont pas reçu de conseils.

Déscolarisation :

Parmi les témoins, les adolescentes qui ont dit la grossesse précoce ne peut pas entraîner une déscolarisation sont au nombre de 38 soit 18%, alors que les gestantes sont au nombre de 18 soit 18,00%. A la deuxième phase, 30,19% des gestantes ont dit que la grossesse précoce ne peut pas entraîner une déscolarisation.

Marginalisation :

Parmi les témoins, 31 adolescentes ont affirmé la grossesse précoce ne peut entrainer une marginalisation dans la société soit 14,50% tandis que chez les gestantes sont au nombre de 12 soit 12,12%. A la deuxième phase, 16,98% des gestantes ont que la grossesse ne peut pas entrainer une marginalisation dans la société.

Pauvreté :

Parmi les témoins, 32 adolescentes ont dit que la grossesse précoce ne peut pas entrainer la pauvreté soit 15% alors que 09% des gestantes confirment. A la deuxième phase, 22,64% des gestantes ont dit que la grossesse précoce ne peut pas entrainer une pauvreté. Une étude menée au Guadeloupe par Danièle ALBERT-BOCQUET a montré que la venue d'un enfant chez une mineure renforce les situations de pauvreté et de précarité préexistantes alors que les jeunes mères vivent essentiellement dans des régions marquées par l'exclusion et le chômage (Ponce de León, 2012 ; Daguerre, Nativel, 2004) [7]

Perpétuation du statut inférieur de la femme :

Parmi les témoins, 11 adolescentes pensent que la grossesse une perpétuation du statut inférieur de la femme soit 5,50% alors que les gestantes sont au nombre de 04 soit 4,00%. Après sensibilisation, 09,43% des gestantes ont dit que la grossesse précoce ne peut pas entrainer une perpétuation du statut inférieur de la femme.

Examens de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse :

Parmi les témoins, 65 adolescentes ne savent pas qu'il faut faire des CPN et bilans au cours de la grossesse soit 32,50% alors que chez les gestantes, elles sont 17 adolescentes soit 17%. Après sensibilisation, 1,89% des gestantes ne savaient qu'on doit faire des bilans pour le suivi de la grossesse.

Pré-éclampsie :

Parmi les témoins, 118 adolescentes ne connaissent pas la pré-éclampsie soit 57,50% tandis que chez les gestantes, elles sont au nombre de 78 adolescentes soit 78%. Après sensibilisation, 16,98% des gestantes ne connaissaient pas la pré-éclampsie.

Hémorragies de la délivrance :

Parmi les témoins, 79 adolescentes ne connaissent pas le risque d'hémorragie du post-partum soit 38% tandis que chez les gestantes sont au nombre de 39 soit 39,00%. Après sensibilisation, 7,55% des gestantes ne connaissaient pas l'hémorragie de la délivrance.

Mort materno-fœtale :

Parmi les témoins, 25 adolescentes ne connaissent pas le risque de mort materno-fœtale soit 12% alors que les gestantes au nombre de 20 adolescentes soit 20,00%. Après sensibilisation, 1,89% des gestantes ne connaissaient pas le risque de mort materno-fœtale.

Une étude réalisée par l'UNFPA/OMS a montré chaque année, 70 000 adolescentes meurent des suites des complications de la grossesse et l'accouchement, [1]

Contraception hormonale ou mécanique :

Parmi les témoins, 92 adolescentes n'ont jamais été sensibilisées aux moyens de contraception soit 45% alors que 50 gestantes n'ont jamais connus la contraception soit 50,00%. Après la sensibilisation, le taux des gestantes qui n'avaient reçu d'information sur la contraception est revenu à 5,66%.

Jérôme a trouvé que 45% des adolescentes n'ont utilisé aucun moyen de contraception en France à Angers [8] et 10,44 % des adolescentes n'ont aucune connaissance des méthodes de contraception au Cameroun. [2]

En France, selon les études, 10 à 50 % des adolescents débutent leur vie sexuelle sans contraception et en Guyane, en 1994, 75 % des jeunes déclarent utiliser le préservatif lors de la première relation sexuelle, contre 50 % en 199. [4]

Les méthodes de contraception concernaient le préservatif, les DIU, les pilules contraceptives, les contraceptions injectables, l'anneau vaginal.

Education sexuelle :

Parmi les témoins, 56 adolescentes ont reçu une éducation sexuelle soit 28,00%, alors que chez les gestantes 28 adolescentes ont reçu une éducation sexuelle 28,00%.

Regret :

Seulement 8 gestantes ont regretté d'avoir contracté une grossesse.

4-3- Les études extérieures :

Grossesses chez les adolescentes par Lucille Jérôme en France, une étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers du premier janvier 2006 au 31 décembre 2008. Suivi des adolescentes de la grossesse à l'accouchement et après l'accouchement.

Pauvreté et grossesse des adolescentes au Cameroun Stage effectué du 01 février au 01 juin 2010 à l'Institut National de la Statistique, Cameroun

Mémoire professionnel rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique par : NANKIA DJOUMETIO Sandrine [2]

Une étude de l'UNFPA/OMS, état de la population mondiale 2013, la mère-enfant, face aux défis de la grossesse chez l'adolescente. [1]

Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, réalisée par Adama Drabo.

Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years, From the Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA.

Grossesse chez l'adolescente : réalités et conséquences J. CARRÉ, C. PIENKOWSKI, Toulouse dont l'objectif de cet article est d'identifier les facteurs favorisant ces grossesses chez l'adolescente, de définir leurs caractéristiques et d'orienter leur prise en charge.

NB : Il n'y a pas de conflits d'intérêts pour cette étude

Conclusion : la grossesse des adolescentes pose un problème dans la société. Il est important de prendre des mesures pour lutter contre le problème.

Références Bibliographiques

- 1- Williamson N, PhD, UNFPA : état de la population mondiale 2013, la mère-enfant face aux défis de la grossesse chez l'adolescente, Enseignante à la Gillings School of global Public Health, University of North Carolina.
- 2-Nankia Djoumetio S, Pauvreté et grossesse des adolescentes au Cameroun, Stage effectué du 01 février au 01 juin 2010 à l'Institut National de la Statistique, Cameroun, Mémoire professionnel rédigé en vue de l'obtention du diplôme d'Ingénieur d'Application de la Statistique.
- 3- Drabo A, Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako
- 4-Collin O, GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE DE MOINS DE 16 ANS EN GUYANE, thèse de médecine, 108 pages.
- 5-Diallo OH, LES URGENCES GYNECO – OBSTETRIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO, Thèse de médecine, année 2007-2008, 161p.
- 6-Traoré F, CONSEQUENCES DES GROSSESSES PRECOCES EN MILIEU URBAIN BAMAKOIS, thèse de médecine, année 2001-2002, 104 pages.
- 8-Albert-Bocquet D, LES MATERNITÉS ADOLESCENTES EN FAMILLE MATRIFOCAL EN GUADELOUPE, thèse de recherche en Sociologie – Travail social, 323 pages.
- 8- Lucile J. La grossesse chez les adolescentes. Gynécologie et obstétrique 2010, mémoire-Jérôme, HAL Archives ouvertes
- 9- Carré J., Pienkowski C., Toulouse, Grossesse chez l'adolescente : réalités et conséquences, gynecologie-pratique.com/journal/article/0012893-grossesse-chez-ladolescente-realites-et-conséquences
- 10- Katherine E. Debiec, MD; Kathleen J. Paul, MPH; Caroline M. Mitchell, MD, MPH; Jane E. Hitti, MD, MPH, Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years

Annexes

Questionnaire A : grossesse + (cas)

Consentement éclairé :

Fiche d'enquête N0.....

Nom : Prénom :

Age : Sexe :

Statut Matrimonial : mariée/...../ célibataire/...../

Numéro de contact :

Statut Socio-professionnelle : élève /...../ non scolarisée/...../

Continuité école : Oui /...../ Non /...../

Si non pourquoi.....

Histoire de la grossesse : Grossesse désirée : Oui/...../ Non/...../

Conflit autour de la grossesse /...../ Non /...../

Lien avec le partenaire : mariage/...../ copinage/...../

Fiançailles : oui /...../ Non /...../

Statut financier du procréateur :

Conception du projet de la grossesse : consentante oui/...../ Non/...../

Autres à préciser.....

Impact de la grossesse : bonne performance scolaire /...../ redoublement /...../
échec scolaire /...../ / difficultés rencontrées au cours de la grossesse
.....

Suivi CPN : Oui /...../ Non /...../

Connaissances des Dangers de la grossesse chez les adolescentes :

Suivi insuffisant ou tardif de la grossesse : oui /...../ non /...../

Conseils : oui /...../ non /...../ ; déscolarisation : oui /...../ non /...../
marginalisation : oui /...../ non /...../ ; pauvreté : oui /...../ non /...../
pérennité du statut inférieur de la femme : oui /...../ non /...../ examens
de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse : oui /...../ non /...../ ; pré-
éclampsie : oui /...../ non /...../ ; hémorragies de la délivrance : oui /...../ non
/...../ ; mort : oui /...../ non /...../

Connaissances sur la contraception : contraception hormonale ou mécanique

Oui /...../ non /...../

Méthode de contraception : pilule contraceptive, préservatif, ligaturer des trompes de Fallope, l'anneau vaginal, les dispositifs intra utérins hormonaux, les progestatifs en injection

Education sexuelle : oui /...../ non /...../ si oui avec qui ?.....

Où

Regret : oui /...../ Non /...../

Questionnaire B : grossesse – (témoin)

Consentement éclairé :.....

Fiche d'enquête N0.....

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

Statut Matrimonial : mariée/...../ célibataire/...../

Numéro de contact :.....

Statut Socio-professionnelle : élève /...../ non scolarisée/...../

Continuité école : Oui /...../ Non /...../

Si non pourquoi.....

Copain : oui/...../ Non /...../ Fiancée : oui /...../ Non /...../

Connaissances des Dangers de la grossesse chez les adolescentes :

Suivi insuffisant ou tardif de la grossesse : oui /...../ non /...../

Conseils : oui /...../ non /...../ ; déscolarisation : oui /...../ non /...../

marginalisation : oui /...../ non /...../ ; pauvreté : oui /...../ non /...../

perpétuation du statut inférieur de la femme : oui /...../ non /...../ examens

de dépistage dans le cadre du suivi de la grossesse : oui /...../ non /...../ ; pré-

éclampsie : oui /...../ non /...../ ; hémorragies de la délivrance : oui /...../ non

/...../ ; mort : oui /...../ non /...../

Connaissances sur la contraception : contraception hormonale ou mécanique

Oui /...../ non /...../

Méthode de contraception : pilule contraceptive, préservatif, ligaturer des trompes de Fallope, l'anneau vaginal, les dispositifs intra utérins hormonaux, les progestatifs en injection

Education sexuelle : oui /...../ Non/...../ si oui avec qui ?
.....

Où :

Nom : BERTHE

Prénom : Drissa

Année Universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : médecine de famille et médecine communautaire

Résumé :

Cette étude s'est déroulée du 16 avril au 02 aout 2018 au CSCOM Universitaire de Sanoubougou II dans la ville de Sikasso. Il s'agit de tester les connaissances des adolescentes sur les dangers des grossesses précoces dans un premier temps, puis évaluer leur niveau de connaissances dans un deuxième temps. Il s'agit d'une étude de recherche action qui consistait le problème, l'exposer à un groupe de personne, des proposer des stratégies puis évaluer l'efficacité des stratégies proposées. Nous avons interrogé 100 gestantes (adolescentes de moins de 19 ans) et 200 adolescentes non enceintes de la même tranche d'âge.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- 60% des gestantes ne connaissaient la pré-éclampsie
- 50% des gestantes ne connaissaient la contraception
- 92,6% des sources de l'éducation sexuelle étaient hors des structures de santé.