

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**VECU DE LA GROSSESSE ET DE
L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES
ADOLESCENTES A KATI KOKO.**

Présentée et soutenue publiquement le 03/02/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme Ramatoulaye Diallo

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

PRESIDENT: Pr Boubacar MAIGA

MEMBRES: Dr Abdrahamane DIABATE

Mme Coulibaly Hatouma SAMOURA

CO-DIRECTEUR: Dr Lalla Fatouma TRAORE

DIRECTEUR: Pr Samba DIOP

DEDICACE

Je dédie ce travail à mes parents !

REMERCIEMENTS

A mon père Mamadou Alpha Diallo

Grâce à toi, j'ai appris le sens du combat dans la vie, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la persévérance. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué, je te suis reconnaissante pour toute la confiance que tu as accordée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Mon très cher père, mon ami, mon confident, mon conseiller, je ne saurais comment t'exprimer mon profond amour et ma gratitude. Sans toi, je ne serai pas là aujourd'hui. Merci Père !

A mes très chères mères Salidjan Diallo et Kadiatou Diallo

Je ne peux et ne pourrais jamais vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi car grâce à vos innombrables efforts et bénédictions et votre attention sur moi, me voilà au porte d'une nouvelle carrière. Les mots me manquent pour vous qualifier.

A mon papa FEU Modibo Diakité

Brutalement arraché à notre affection, ton amour, ton honnêteté, ton dévouement, ton respect pour le prochain sont toujours inopinés. Les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation ont été fructueux. En témoignage de mon respect pour ton âme et en reconnaissance de ton affection qui ne m'a jamais fait défaut cette thèse t'est dédiée, tu constitues un modèle dont je m'inspirerai toujours. J'ai toujours les larmes aux yeux et un pincement du cœur en pensant à toi. Paix à ton âme !

A mon papa Djélimory Kouyaté et mes mamans Nougouma Daffé et Fatoumata Samaké : les mots me manquent pour exprimer ma gratitude à votre égard, vos conseils, vos encouragements n'ont jamais fait défaut. Cher papa, votre soutien moral, matériel et financier ne m'ont jamais fait défaut, merci pour la confiance en ma personne et je n'oublierai jamais les nuits vierges passées.

A mon époux Amadou Daye Diallo

Mon chéri, depuis que nos chemins se sont croisés, nous sommes restés soudés malgré toutes les difficultés rencontrées. En toi j'ai puisé ma force de persévérer. Je ne saurai assez te remercier pour ton amour incommensurable, tes encouragements, ta compréhension, et surtout pour ta patience durant ces moments difficiles que nous avons connus. Ton soutien et ton affection ont été cruciaux à la réussite de ce travail. Retrouve ici chéri, mon amour profond et ma profonde reconnaissance.

A mon fils Alpha Amadou Diallo

Tu as toujours été la raison de mon combat, alors ce travail est pour toi.

A mes oncles Abdoul Gadirou, Amadou Bachir, Mahmoud, Abdoulaye, Thierno Amadou, Hassimiou, Abdoul Rahmane, Abdoul haggui, Amadian, Mamadou Alimou

Votre bénédiction et encouragement ne m'ont jamais fait défaut.

A mon tonton Boubacar Télico Diallo

Ta présence à chaque étape de ma vie, ta ferme volonté de me voir réussir, ton soutien et tes infatigables conseils ont porté fruit. Merci pour tout !

A mes tantes Houssainatou, Assiatou, Salidjan, Kadiatou, Djenabou, Aissatou
Merci pour tout !

A ma petite sœur Binta et son époux Alpha Oumar

Pour votre soutien, vos encouragements et vos multiples prières. Merci beaucoup ma chérie !

A mes frères et sœurs

A mes cousins et cousines

A ma belle-famille pour votre soutien, ce travail est le vôtre !

A mes amis et collègues : Nafissatou Haidara, Bintou kouyaté, Youssouf Koné, Oumarou Mariko, Salif Mariko, Aboubacar Diakité, Abdrahamane Maiga, Tata Touré, Modi Sissoko, Kaly Tounkara, Amadou Daniogo, Jean Kamissoko, Nah Diarra, Toufado Ongoiba. Bonne chance dans vos projets !

A Sékou Bah et aux Dr Moussa Doumbia, Dr Koniba Diakité

Merci pour votre aide, bonne carrière à vous tous !

A tous le personnel du CSCOM de Koko

A la direction et au corps enseignant de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de la formation reçue ;

Aux étudiants de la 9ème promotion du Numerus Clausus,

A tous ceux de loin où de près qui n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de cette œuvre. Reconnaissance éternelle.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury,

Professeur Boubacar MAIGA

- ↳ Maître de conférences d'immunologie,
- ↳ Médecin chercheur au centre de recherche et de formation du Paludisme(MRTC), faculté de Médecine et d'Odontostomatologie,
- ↳ Modérateur de PROMED Francophone pour les maladies infectieuses.

Cher Maître,

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et Juge,

Dr Abdrahamane DIABATE

↳ Spécialiste en Gynécologie et obstétrique,

↳ Chef de service de gynécologie obstétrique du CSREF de Dioïla,

↳ Chargé de recherche.

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

A notre Maitre et Juge,

Mme Coulibaly Hatouma SAMOURA

↳ Sociologue,

↳ Chercheur associée au Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique à l'unité d'Anthropologie Ethique et Bio-Ethique,

↳ Spécialiste en engagement des parties prenantes et des communautés,

↳ Membre du composant engagement des parties prenantes du projet Target Malaria.

Cher Maitre,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait.

A notre Maitre et Codirectrice,

Dr Lalla Fatouma TRAORE

↳ Coordinatrice des activités de Recherche-Action dans la région de Mopti dans le cadre du projet Multi-projet sur ‘‘ l’approche centrée sur le patient tuberculeux ‘‘

↳ Titulaire d’un doctorat de 3^{ème} cycle en santé publique sur la SSRJ

Cher Maitre,

C’est un réel plaisir et un honneur pour nous d’être un de vos élèves.

Cette thèse est l’occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie, votre contribution à l’élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l’expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Directeur de Thèse,

Professeur Samba DIOP

- ↳ Professeur titulaire en Anthropologie médicale,
- ↳ Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER santé publique de la FMOS,
- ↳ Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthiques, SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,
- ↳ Membre du Comité d'Ethique Institutionnel et National du Mali.

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre caractère sociable fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BPN	: Bilan Prénatal
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CSREF	: Centre de Santé de Référence
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CPN	: Consultation prénatale
EFIS	: Ecole de Formation des Infirmiers de Santé
EDSM	: Enquête Démographique et de santé du Mali
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FAF	: Fer Acide Folique
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
FAPH	: Faculté de Pharmacie
HPPI	: Hémorragie du Post-Partum Immédiat
HTA	: Hypertension artérielle
MAP	: Menace d'Accouchement Prématuro
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RPM	: Rupture prématurée des membranes
SP	: Sulfadoxine Pyriméthamine
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population
VAT	: Vaccin Anti- Tétanique
g	: gramme
%	: pourcentage

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Listes des figures

Figure 1 : répartition des parturientes en fonction de l'âge.....	17
Figure 2 : répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial.	18
Figure 3 : répartition des parturientes en fonction du nombre de coépouse.	22

Listes de tableaux

Tableau I : répartition des parturientes en fonction de leur niveau d'étude.....	18
Tableau II : répartition des parturientes selon les raisons de la non scolarisation ou l'abandon des études.	19
Tableau III : répartition des parturientes selon leur profession.	19
Tableau IV : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leur conjoint .	20
Tableau V : répartition des parturientes en fonction du niveau d'étude et de la profession de leur conjoint.	20
Tableau VI : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leurs pères	21
Tableau VII : répartition des parturientes selon la profession et le niveau d'étude de leurs pères.	21
Tableau VIII : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leurs mères.	22
Tableau IX : répartition des parturientes selon la profession et le niveau d'étude de leurs mères.	23
Tableau X : répartition des parturientes selon le statut de leurs parents.....	23
Tableau XI : répartition des parturientes en fonction des antécédents médicaux.	23
Tableau XII : répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux.....	24
Tableau XIII : répartition des adolescentes selon l'âge de survenue de la ménarche.....	24
Tableau XIV : répartition des parturientes selon le nombre de frères.	24
Tableau XV : répartition des parturientes selon le nombre de sœurs.	25

Tableau XVI : répartition des parturientes selon les méthodes contraceptives utilisées.....	25
Tableau XVII : répartition des parturientes selon la connaissance des méthodes contraceptives.....	26
Tableau XVIII : répartition des parturientes selon qu'elles ont connu les méthodes contraceptives avant ou après la grossesse.	26
Tableau XIX : répartition des parturientes en fonction de l'âge du 1 ^{er} rapport sexuel.....	27
Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de la gestité.....	27
Tableau XXI : répartition des parturientes en fonction de la parité.....	27
Tableau XXII : répartition des parturientes selon le nombre d'enfant vivant. ...	28
Tableau XXIII : répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement.	28
Tableau XXIV : répartition des parturientes selon les antécédents d'enfant décédé.....	28
Tableau XXV : répartition des parturientes en fonction de l'âge du mariage. ...	29
Tableau XXVI : répartition des parturientes en fonction de l'âge de la 1 ^{ère} maternité.....	29
Tableau XXVII : répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse.....	29
Tableau XXVIII : répartition des adolescentes selon le nombre de CPN.....	30
Tableau XXIX : répartition des adolescentes selon les d'irrégularité des CPN. ...	30
Tableau XXX : répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse lors de la 1 ^{ère} CPN	30
Tableau XXXI : répartition des adolescentes selon le lieu de suivi de la grossesse.....	31
Tableau XXXII : répartition des adolescentes selon le moyen de transport utilisé lors des CPN.....	31
Tableau XXXIII : répartition des adolescentes selon l'auteur.....	31

Tableau XXXIV : répartition des adolescentes selon la réalisation des BPN	32
Tableau XXXV : répartition des adolescentes selon l'administration du VAT .	32
Tableau XXXVI : répartition des adolescentes en fonction de la prise de SP....	32
Tableau XXXVII : répartition des adolescentes en fonction de la prise du FAF.	32
Tableau XXXVIII : répartition des adolescentes selon la réalisation de l'échographie.	33
Tableau XXXIX : répartition des adolescentes en fonction de l'arrêt des études pendant la grossesse.	33
Tableau XL : répartition des adolescentes en fonction du temps d'arrêt des études pendant la grossesse.	33
Tableau XLI : répartition des adolescentes en fonction du pronostic d'accouchement.....	34
Tableau XLII : répartition des adolescentes selon le mode d'accouchement.	34
Tableau XLIII : répartition des adolescentes selon l'indication de la césarienne.	34
Tableau XLIV : répartition des parturientes selon l'état du nouveau-né à la naissance.....	35
Tableau XLV : répartition des parturientes selon la référence en néonatalogie.	35
Tableau XLVI : répartition des parturientes selon le motif de référence du nouveau-né.	35
Tableau XLVII : répartition des parturientes selon leur vision personnelle au mariage précoce et à la grossesse à cet âge de vie.	36
Tableau XLVIII : répartition des parturientes selon la réaction de l'auteur de leur grossesse.	36
Tableau XLIX : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et le poids des nouveau-nés.....	36
Tableau L : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et l'état du nouveau-né à la naissance.	37

Tableau LI : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et les complications au cours de la grossesse.	37
Tableau LII : répartition des parturientes en fonction de la gestité et les complications au cours de la grossesse.	38
Tableau LIII : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et la gestité.....	38
Tableau LIV : répartition des parturientes selon le niveau d'étude et la contraception	39
Tableau LV: portrait sociodémographique des répondantes.....	40
Tableau LVI: portrait de la situation des adolescentes au moment de la grossesse	41

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

CADRE THEORIQUE 3

1- Etat des lieux 3

1-1 Famille et fécondité en Afrique..... 3

1-2 La fécondité, la maternité et le désir d'enfants : leur importance dans la famille africaine6

1-3 L'expérience des grossesses à l'adolescence en Afrique 8

1-4 La scolarisation en Afrique 10

1-5 Suivi périnatal 11

2- Objectifs..... 13

DEMARCHE METHODOLOGIQUE..... 14

1- Type d'étude 14

2- Choix et description du site d'étude : 14

3- Population d'étude : 15

4- Echantillonnage : 15

5- Période d'étude 15

6- Saisie et Analyse des données 15

RESULTATS 17

1- Fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes 17

2- Les caractéristiques sociodémographiques..... 17

3- Etude qualitative..... 18

COMMENTAIRES ET DISCUSSION 40

1- Fréquence..... 44

2- Caractéristiques sociodémographiques..... 44

3- Profil clinique des adolescentes..... 45

4- Accouchement 47

4.1. Mode d'accouchement 47

4.2. Indications de la césarienne..... 48

4.3. Poids de naissance 48

5- L'opinion des adolescentes sur le mariage précoce et la maternité à cet âge..... 48

ANNEXES.....	56
Fiche d'enquête	56
Consentement libre et eclaire	59
Fiche signalétique.....	60
Serment d'Hippocrate	62

INTRODUCTION

L'adolescence est une période d'instabilité, de construction physique, psychologique et sociale de la personnalité. La grossesse peut avoir des conséquences immédiates et durables sur la santé, l'éducation et le potentiel de gains de l'adolescente [1].

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans [2].

Dans les pays en développement, les naissances chez des mères adolescentes sont généralement plus fréquentes parmi les populations pauvres, moins instruites et rurales. Dans ces pays, plus de 30% des filles se marient avant l'âge de 18 ans ; près de 14% avant l'âge de 15 ans. En outre, les adolescentes mariées sont susceptibles de tomber enceintes et d'avoir des enfants en raison des normes sociales. Le niveau d'études est en revanche un facteur protecteur contre les grossesses précoces [1].

Le mariage précoce est généralement plus répandu en Afrique centrale et occidentale, concernant respectivement 40% et 49% des filles de moins de 19 ans, par rapport à 27% en Afrique orientale et 20% en Afrique du Nord et du Sud [3].

Le risque de décès maternel chez les mères de moins de 15 ans dans les pays en développement est deux fois plus important que pour les mères plus âgées ; et ce groupe fait face aussi à des taux de fistules obstétricales considérablement plus élevés que les groupes d'âge supérieur. Environ 70 000 adolescentes meurent chaque année de causes liées à la grossesse et à l'accouchement dans les pays en développement. Chaque année, 3,2 millions d'adolescentes subissent des avortements clandestins [1].

Dans le monde, une jeune fille sur cinq a déjà eu un enfant à l'âge de 18 ans. Ce chiffre passe à une sur trois dans les régions pauvres [2].

Chaque jour, environ 20 000 filles de moins de 18 ans mettent un enfant au monde dans les pays en développement. Le phénomène n'est pas inconnu dans les pays développés, mais il n'a pas la même ampleur. Près de 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et 2 millions de jeunes filles de moins de 15 ans accouchent chaque année [2].

Au Mali, l'analyse de la fécondité des adolescentes revêt une grande importance pour des raisons diverses. Les jeunes qui sont la cible prioritaire de notre étude, connaissent de nombreux problèmes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Parmi ces problèmes, viennent en bonne place la grossesse et ses différentes complications. Au nombre de ceux-ci on peut citer, la non connaissance de l'utilisation des méthodes contraceptives, l'abandon des études [41].

Au Mali, il ressort que 36% des adolescentes ont commencé leur vie procréative, dont 6 % sont enceintes d'un premier enfant et 30 % ont eu, au moins un enfant. Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 21 % à 16 ans puis à 59 % parmi celles de 19 ans [4].

Au Mali, plusieurs travaux ont été consacrés à la mortalité maternelle. Son taux est de 368/100000 naissances vivantes soit en moyenne une femme qui meurt en couche toutes les 3 heures de temps [45].

Selon une étude du CHU Gabriel TOURE en 2010, les adolescentes représentaient 13 % des accouchées et 0,45 % de la mortalité maternelle [5].

Nous n'avons pas trouvé d'étude fait sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à Kati koko, d'où notre intérêt pour ce travail.

CADRE THEORIQUE

1- ETAT DES LIEUX :

Selon les Nations Unies, la population mondiale, estimée à plus de 7 milliards d'individus en 2013, augmenterait chaque année avec une proportion d'individus de plus en plus jeune (1,8 milliard de 10 à 24 ans). L'Afrique n'échappe pas à cette règle en ce sens qu'elle est, après le continent asiatique, le continent le plus peuplé. C'est aussi le continent où plus de la moitié de la population est composée de jeunes de moins de 25ans. En effet, plus de 15millions de la population jeune vivrait en Afrique. [6].

Les grossesses précoces vont de pair, quel que soit le pays, avec une sexualité elle aussi précoce, et dans certains pays en développement avec des mariages précoces. Etant donné que ces jeunes filles sont sans ressources financières propre du fait de leur âge, il est nécessaire que les parents en collaboration avec les établissements scolaires et les services sanitaires, puissent aider la jeune fille en développement à connaître sa sexualité dans l'optique de réduire le nombre de mères adolescentes. La grossesse et la maternité précoces sont donc une réalité qu'il faut mieux appréhender dans le contexte sociologique de ce 21^{ème} siècle.

1-1 Famille et fécondité en Afrique

La question des grossesses à l'adolescence ne peut être étudiée sans aborder la question de la famille en Afrique et plus particulièrement de la famille malienne. Cette mise en contexte permet d'avoir une meilleure compréhension du milieu d'étude.

Avant les indépendances des pays africains intervenues dans les années 1960, l'organisation familiale en Afrique reposait essentiellement sur la pratique d'activités agricoles, la famille constituant ainsi une unité de production [7]. Cette famille était constituée de plusieurs membres et le chef de famille, qui était

le plus souvent l'ainé ou le patriarce, avait autorité sur tous les membres. Chaque membre de la famille avait des rôles bien distincts et ainsi les femmes et les enfants servaient de main d'œuvre dans les champs et pour les corvées ménagères. Dans cette économie de subsistance, la terre était la principale source de revenus. Et c'est une des raisons pour laquelle la cellule familiale était essentiellement constituée des membres vivant sous le même toit.

Au sein de la famille africaine, même si cela est de moins en moins vrai aujourd'hui, l'homme est le garant des traditions. Il est le chef de famille et toutes les décisions familiales ne pouvaient être prises sans son consentement. Comme le mentionne [7], dans les sociétés africaines ce sont des hommes qui prennent les décisions concernant les questions féminines. Ainsi, au nom et dans l'intérêt familial, les décisions familiales sont prises par les hommes.

Le mariage, pour la majorité des peuples africains, est le fondement de la famille. Il n'est pas l'affaire d'un seul individu, mais bien l'affaire de deux familles, de deux communautés. C'est une alliance entre deux familles. A l'époque post colonial, le choix du conjoint relevait de la famille ou de la communauté. Les futurs conjoints avaient l'obligation de respecter le choix de leurs parents. La famille avait et a toujours un rôle primordial dans l'organisation sociale de la communauté et la socialisation de chaque membre de la famille continue de se faire en son sein. A cet effet, la procréation se faisait uniquement dans le cadre du mariage. Ainsi, la compensation matrimoniale ou dot (encore pratiquée de nos jours) sert non seulement à légitimer les unions, mais également les enfants issus de ces unions [31].

Comme le mentionne [9], la famille africaine a connu depuis plus de trois décennies de multiples transformations. Ainsi, la structure traditionnelle de famille (grands-parents, parents, oncles et enfants au sein d'une même résidence) est, dans les zones urbaines, de moins en moins visible.

Aujourd'hui, les jeunes se marient avec ou sans le consentement de leurs parents. Ils ont des rapports intimes avec leurs partenaires voire des enfants avant le cadre autorisé que représentait le mariage tel que définit précédemment. En d'autres termes, le fait que les jeunes se marient plus tardivement a des effets pervers sur le comportement sexuel de la jeune fille [31].

En Afrique, les femmes fécondes continuent d'être honorées et respectées, tandis que les femmes qui n'ont pas d'enfants sont relativement stigmatisées par la communauté et la société. Cet état de fait favorise le mariage polygame (auparavant source de richesse et de pouvoir). Au Mali on pratique la polygamie. Dans la société, le plus important n'est pas la relation intime entre les conjoints mais l'assurance d'une descendance [31].

Chaque société africaine a sa manière de vivre la procréation. Aujourd'hui, au sein des couples, les coépouses ne vivent plus dans la même cour ou la même maison. Cette pratique favorise la désorganisation familiale, diminue l'autorité parentale et par conséquent donne une certaine liberté qui pourrait être à l'origine des enfants de la rue et des grossesses précoces chez les jeunes filles, car dans ces ménages l'autorité parentale est presque absente [31].

La femme d'avant les indépendances avait un double rôle autant dans la subsistance de la famille que dans la perpétuation de celle-ci par le truchement de la fonction de la reproduction. C'est elle qui avait en charge la responsabilité du bien-être de la famille. Elle devait de ce fait par ses activités autour du travail de la terre, assurer la subsistance de toute la famille. Par ailleurs, elle devait être une reproductrice c'est-à-dire celle qui met au monde et qui a la charge de l'éducation des enfants et notamment de la jeune fille. La mauvaise éducation d'un enfant ayant souvent été, à tort ou à raison, principalement imputée à la mère [7].

Au sortir des indépendances et ce jusqu'à ce jour, les femmes africaines vivant en milieu urbain sont plus indépendantes. Elles vont à l'école, participent au

développement de leur pays (commerçantes, chefs d'entreprise, parlementaires, etc.) et peuvent choisir leur mari et contrôler les naissances). Malgré la persistance des inégalités de statut dans certaines régions, la femme africaine garde son rôle de transmission de valeurs culturelles et d'éducatrice.

La modernisation et l'urbanisation des sociétés africaines ont eu un impact sur le statut de la femme et les rôles au sein de la famille [11].

Parmi les différentes transformations familiales observées au sein de la société africaine, on note par exemple le fait qu'une femme dirige seule une famille [31].

Les jeunes filles qui élèvent toutes seules leurs enfants sans le soutien matériel ou financier du géniteur sont appelées mères célibataires. Peu importe leur statut, les rôles de procréatrice, de nourricière, de ménagère et d'éducatrice restent et resteront assignés à la femme. La femme africaine est aujourd'hui plus libre, plus indépendante et plus autonome qu'il y'a une cinquantaine d'années. Quant à la jeune fille, elle a au sein de la famille, les mêmes droits que son frère. Aujourd'hui, le statut de la femme africaine a évolué. Les hommes et les femmes ont les mêmes droits et participent ensemble aux prises de décision. Toutefois, ces changements ne sont perceptibles que dans les zones urbaines où les rôles de l'homme et de la femme, au sein de la famille sont plus ou moins partagés [12].

1-2 La fécondité, la maternité et le désir d'enfants : leur importance dans la famille africaine

Dans la tradition africaine, l'enfant représente le socle et la consolidation de toute union. Une femme stérile est perçue comme improductive, car elle ne peut assurer la descendance et donc pérenniser la lignée familiale. De ce fait elle n'a pas de statut au sein de sa belle-famille, la position d'épouse n'étant pas de fait considérée comme une condition humaine suffisante. Elle est donc souvent

sujette aux injures, à la marginalisation et à la stigmatisation de la part de son entourage [31].

Les valeurs traditionnelles aidaient les jeunes à se garder purs pour le mariage. Pour certains peuples africains, il est important que la jeune fille ait son premier rapport sexuel lors de son premier mariage, il en va de l'honneur de la famille et même de la communauté. De ce fait, les grossesses pré-nuptiales sont réprimandées non seulement par la famille mais également par la communauté. Cette donnée culturelle n'empêche manifestement pas un grand nombre d'adolescentes de tomber enceinte avant le mariage [31].

On ne peut aborder la question de la maternité sans nous questionner sur le désir d'enfants des femmes africaines. La fécondité a toujours été valorisée en Afrique. Cependant, soumise à une urbanisation rapide, l'Afrique comme pour l'ensemble des continents, une transition démographique depuis plus de trois décennies [14].

Cette transition se traduit dans certains pays, depuis quelques années, par une baisse de la fécondité [14 ; 15].

L'Afrique subsaharienne reste encore la région où les femmes ont une fécondité élevée car dans bien des cultures, la destinée de la femme africaine est de devenir épouse et mère. On peut dire que la fécondité a certes baissé, mais que le nombre d'enfants par femme reste cependant encore très élevé dans certaines régions [31].

Après le mariage, le désir d'enfants étant tout de suite ressenti par le couple et toute union se devait d'être suivie d'une grossesse sans délai, car c'est l'arrivée d'enfants qui est le but premier du mariage [15]. Ainsi, avoir une descendance est le projet premier de tout couple [17].

On ne pourrait par conséquent parler de désir d'enfants sans parler de fécondité ou d'infécondité. La femme qui n'enfante pas est destinée à être seule et isolée

car la maternité revêt un caractère primordial [18]. La femme stérile est hantée par le désir d'avoir un enfant et se prête à certains rites de fécondité. Ainsi, la question est de savoir si avoir des enfants hors mariage est un moyen pour la jeune fille de se prouver sa fécondité ?

En effet, en Afrique, la fécondité d'une femme renvoie à sa féminité. C'est ainsi que la femme qui enfante a un statut plus honorable que celle qui n'enfante pas. Elle est respectée et considérée. Le désir d'enfants est fonction de l'âge de la femme, du niveau d'instruction, du contexte dans lequel elles vivent, des contraintes socioéconomiques et du lieu de résidence. Plusieurs études montrent que, les conceptions pré-nuptiales prennent de l'ampleur en Afrique. La virginité n'est plus autant valorisée [31].

Toutefois, le désir d'enfants existe également au sein des couples légalement mariés. C'est à cet effet que dans les unions polygamiques, le désir d'enfants est encore plus accentué, car donner naissance servirait à cimenter la place de la femme au sein d'un tel foyer. L'enfant représente non seulement la continuité de la famille, mais permet également à la mère de bénéficier d'une part à l'héritage en cas de décès de l'époux [17].

L'enfant apparaît alors comme celui qui vient consolider les acquis successoraux et donne à ses parents un certain statut social, contribue à l'économie familiale, et leur procure un soutien dans la vieillesse.

1-3 L'expérience des grossesses à l'adolescence en Afrique

En Afrique, les jeunes filles mères n'échappent pas aux troubles généralement mentionnés dans la littérature concernant les grossesses précoces.

Les causes des grossesses précoces en Afrique sont multiples et complexes. L'une des principales chez les mineurs est la pratique précoce des rapports sexuels liée à la méconnaissance et au refus de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Paradoxalement, la sexualité est encore considérée comme un tabou. De ce fait nombreux jeunes africains ont une connaissance limitée de la sexualité. Cela serait dû au manque de communication entre plusieurs acteurs que sont en premier lieu les parents, ensuite le gouvernement à travers le corps enseignant et médical et enfin les enfants eux-mêmes qui sont les principaux concernés.

Beaucoup d'auteurs soulignent que la libéralisation des mœurs est une cause de la croissance de taux des grossesses à l'adolescence, parce que la libéralisation du sexe n'a pas été accompagnée par une information suffisante sur l'usage des méthodes contraceptives [19].

Pour sa part, [20] en analysant le contexte d'exercice du droit à l'accès aux services de planification familiale par les jeunes au Cameroun, précise que l'état des lieux de la santé reproductive des jeunes en Afrique subsaharienne montre que ces derniers représentent un groupe fortement exposé aux risques liés à l'activité sexuelle en raison de leur vulnérabilité physiologique, de leur activité sexuelle précoce, leur faible accès au service de planification familiale et de leur précarité socioéconomique.

L'âge aux premiers rapports sexuels n'est pas la seule cause de grossesse chez les adolescentes. L'accès difficile aux contraceptifs qui conduit à la pratique de rapports sexuels non protégés, les relations sexuelles non planifiées, le manque de cours d'éducation sexuelle dans les enseignements et au sein des familles où le sexe est généralement un sujet tabou, la démission des parents vis-à-vis leur rôle d'éducateurs et de protecteurs, les familles nombreuses, la séparation et le divorce des parents, les enfants confiés, les abus sexuels (viols, incestes), les violences et harcèlements sexuels dans l'enceinte des établissements d'enseignement, la cupidité et le sexe transactionnel [21].

Il faut également mentionner la pratique du mariage forcé chez les mineurs qui est à la fois une cause et une conséquence des grossesses précoces. Selon une étude onusienne, il a été constaté dans de nombreuses cultures, les parents

encouragent leurs filles à se marier jeunes car ils considèrent le mariage comme un refuge qui les protégera des dangers et de la disgrâce. Elles sont encouragées, et souvent souhaitent avoir un bébé le plus vite possible pour se donner la preuve de leur faculté à procréer, et sont donc peu enclin à utiliser un moyen de contraception [22]. Comme le mariage précoce, la grossesse et la maternité adolescentes affectent le cursus scolaire des jeunes filles en leur privant d'éducation ce qui conditionnent négativement leur parcours de vie et leur avenir.

La honte et le déshonneur associés à cet état physiologique font en sortent que certaines jeunes filles tentent de se faire avorter, pratiques souvent dangereuses et clandestines [23]. Par ailleurs les jeunes filles qui ne veulent pas écourter leur scolarité à cause d'une grossesse non désirée en arrivent souvent à abandonner leur nouveau-né dans un centre hospitalier voire dans une benne à ordures. Une autre conséquence de ce phénomène et qui n'est pas la moindre est le maintien dans les arcanes de la pauvreté.

Les conséquences des grossesses précoces tiennent particulièrement à cœur les instances politiques des pays africains. C'est fort de ce constat que c'est tenue à Libreville le 05 mars 2015, la 18^{ème} session des femmes parlementaires d'Afrique centrale sous le thème ‘‘ les femmes parlementaires face aux défis du mariage et des grossesses précoces’’. Il s'est agi lors de cette session d'analyser les mécanismes de prévention et de répression des mariages précoces, de mettre en exergue les éléments clés d'une législation efficace en matière de lutte contre les mariages précoces et leurs conséquences et enfin, d'analyser le cadre légal de chaque pays en matière de lutte contre les mariages précoces [32].

1-4 La scolarisation en Afrique

Dans chaque société, les adolescents et les jeunes représentent l'avenir. C'est pourquoi les gouvernements, les institutions (nationales et internationales) et les organismes internationaux mettent un accent particulier quant à l'éducation et à

la formation des jeunes. La littérature définit la scolarisation comme le fait de recevoir, de suivre et de poursuivre un enseignement scolaire dans un établissement de qualité apte à remplir les fonctions et les missions qui lui sont assignées.

L'éducation est la base de tout développement (politique, économique, social et culturel). Pour faire reculer la pauvreté et tous maux (mortalité infantile, sida, paludisme, guerre, etc.) qui minent le continent africain, il faut mettre un accent particulier sur l'éducation des femmes en général et de la fille plus singulièrement. Ainsi, une fille ou une femme bien formée est source de développement sûr et durable [31].

Les avantages de la scolarisation des filles sont multiples. Ils portent notamment sur la réduction de la fécondité (la maîtrise du planning familial), une meilleure utilisation des services de santé, la diminution de la mortalité infantile, la diminution des mariages précoces et une amélioration du statut socioéconomique des femmes (meilleure connaissance de ses droits) et surtout une meilleure qualité de vie. Aujourd'hui, en milieu urbain, nombreux sont les parents qui ont compris la nécessité de mettre leur fille à l'école mais les moyens financiers sont un obstacle à ce désir d'investissement scolaire. Il faut également noter que le revenu des parents n'est pas le seul facteur dans la scolarisation ou non des enfants. Mais le niveau d'instruction des parents joue un rôle important dans la scolarisation de leur progéniture [24].

1-5 Suivi périnatal

La prise en charge périnatale vise à favoriser la santé de la femme, de l'enfant et de la nouvelle famille pendant la grossesse, de l'accouchement et la période du post-partum ; de nombreux professionnels de la santé mais pas seulement, travaillent en interdisciplinarité, surtout lorsque la grossesse est définie à risque [25].

Une grossesse est définie comme telle lorsqu'elle est susceptible de ne pas se dérouler dans la norme en raison de certaines pathologies maternelles ou fœtales, d'aspects psycho-sociaux ou de comportements maternels à risque, comme le suivi tardif. Selon ces critères, les adolescentes peuvent entrer dans cette catégorie. Il sera ainsi important qu'elles comprennent l'importance de leur rôle pour leur propre bien être et celui de leur bébé, que ce soit dans les habitudes alimentaires ou également dans le suivi périnatal [26].

Il est important que ces adolescentes reçoivent un suivi adéquat lors de leur grossesse pour réduire les risques obstétricaux tels que prématurité et petit poids de naissance, ainsi que les risques psychosociaux, notamment l'isolement social et la dépression post-partum. Trop souvent, ces jeunes femmes sont isolées et n'ont pas les ressources pour faire face à cette étape [26].

Sur le plan sanitaire, sont mentionnés les risques d'hypertension, les problèmes d'anémie, de troubles urinaires, retard de croissance in-utéro, accouchement prématuré et/ou faible poids de naissance [27].

Ces complications d'ordre obstétricales sont par ailleurs dues au manque de suivi médical. Il est fréquemment mentionné que le suivi des adolescentes est insuffisant et tardif dans la grossesse [28].

Cependant, d'autres études montrent que si pendant leur grossesse elles sont bien alimentées et qu'elles suivent des soins prénatals, il y'a aucun risque ni pour la mère ni pour le bébé [31].

Quelle serait donc la prise en charge idéale pour aider ces jeunes femmes à vivre au mieux le grand défi de la grossesse à l'adolescence ? Chaque pays et chaque institution a des protocoles spécifiques pour la population prise en charge ; serait-il possible de trouver des consensus permettant d'établir les principes d'une prise en charge idéale des adolescentes ?

2- Objectifs

✓ Objectif général

Comprendre le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à Kati koko.

✓ Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à Kati Koko.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes enceintes et ayant accouché à Kati Koko.
- Recueillir l'opinion des adolescentes sur le mariage précoce et la grossesse à Kati Koko.
- Décrire les facteurs influençant l'irrégularité des consultations prénatales et la non scolarisation ou la non poursuite des études.

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale.

2- Choix et description du site d'étude :

La commune urbaine de Kati, située à 15km de Bamako, la capitale malienne, s'étire sur plus de 10km dans la vallée encaissée des rivières Farako et Dialakoroni.

Elle est limitée à l'ouest par le " Sanou koulou" (colline aurifère) et communique au nord par voie terrestre avec les villes de Kita, Kolokani, Nara, Diéma et Nioro du Sahel.

✓ Démographique :

Sa population est estimée à 114 916 habitants et est caractérisée par son cosmopolitisme et sa jeunesse. Cette population est à 42% jeune (moins de 15ans) et très dynamique, surtout dans sa frange féminine. Kati koko étant un des quartiers de la commune, a une population estimée à 19 440 habitants soit 9 616 hommes et 9 824 femmes repartit dans 1 062 ménages environ.

A côté des Bambaras autochtones, on trouve des Malinkés, Peulhs, Sarakolés, Maures, Mossis, Khassonkés, Sonrhais, Ouolofs, Dogons et Sénoufos.

Elle est musulmane dans 89%, chrétienne à 8% et animiste à 3% et est répartie à travers 10 quartiers, 3 villages et 1 hameau : Kati koko, Farada, Kati Coro, Kati-coura, Kati-mission, Malibougou, Noumorila, N'Tominikoro, Sananfara, Samakébougou, les villages de Banambani, N'Toubana et Sirakoro-Niaré et le hameau de Sébénicoro.

✓ Sociologie

A l'instar du pays en général, une des forces de notre commune réside dans sa diversité culturelle et linguistique. Cet atout sociologique est mis à profit pour

faciliter la mise en œuvre de plusieurs actions de développement (sensibilisation, communication et implication des différentes couches de la société dans la conception, la mise en œuvre et l'exécution des projets de développement répondant aux besoins des populations).

Des aspects importants de cette diversité donnent à la société tout son équilibre à travers le jatiguya et le sinankouya et bien d'autres valeurs de notre culture et favorisant la cohabitation des personnes héritières de différentes traditions et mœurs.

3- Population d'étude :

Toutes les femmes résidant à Kati koko durant la période d'étude.

4- Echantillonnage :

a) Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude :

- Toutes adolescentes résidant à Kati koko ayant eu au moins une grossesse entre le 1^{er} janvier 2018 et 30 avril 2019.
- Toutes les adolescentes résidant à Kati koko ayant accouché entre le 1^{er} janvier 2018 et 30 avril 2019.

b) Critères de non inclusion :

- Toutes les adolescentes ayant eu au moins une grossesse ou accouché entre le 1^{er} janvier 2018 et 30 avril 2019 mais ne résidant plus à Kati koko au moment de l'enquête.
- Toutes les adolescentes n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

5- Période d'étude

La période d'étude était de 3 mois allant du 1^{er} août 2019 au 31 octobre 2019.

6- Saisie et Analyse des données

La collecte des données quantitatives a été réalisée grâce à une fiche d'enquête.

La collecte des données qualitatives a été réalisée grâce à un entretien semi-dirigé (focus group) au CSCOM de Kati koko ; durée= 33 minutes ; nombre de participants= 6.

Nous avons saisi, traité et analysé ces données grâce aux logiciels Microsoft **Word version 2013 ; Excel version 2013** et le logiciel **SPSS version 25.0**.
Avec P statistiquement significatif si c'est inférieur à **0.05**.

RESULTATS

1- Fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes

Pendant la période d'étude du 1^{er} janvier 2018 au 30 avril 2019, sur 9 824 femmes résidant à Kati koko, nous avons enregistré 200 cas de grossesses chez les adolescentes, soient 2,03 % ; parmi lesquels 40 étaient absentes sur le lieu au moment de l'enquête, 38 injoignables, 10 n'ont pas accepté de participer à l'étude et 1 cas de décès maternel.

2- Les caractéristiques sociodémographiques

■ inf ou égale à 15 ■ 16-17 ans ■ 18-19 ans

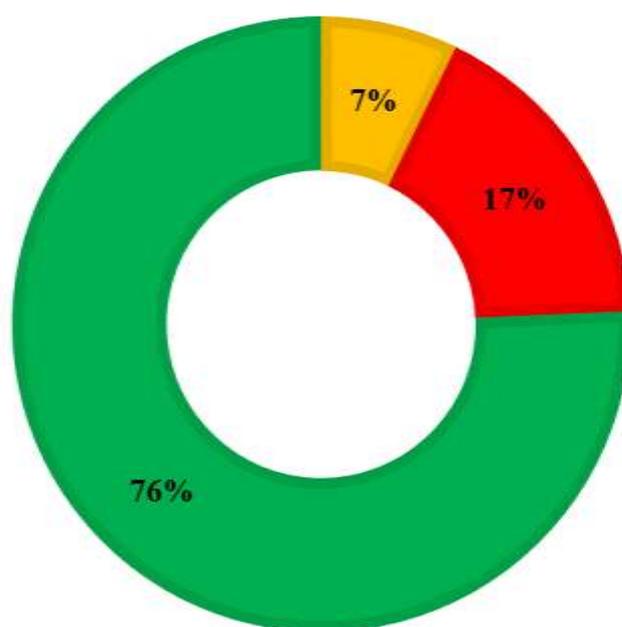


Figure 1 : répartition des parturientes en fonction de l'âge.

L'âge moyen des adolescentes était de 19,1 ans avec des extrêmes de 14 et 19 ans.

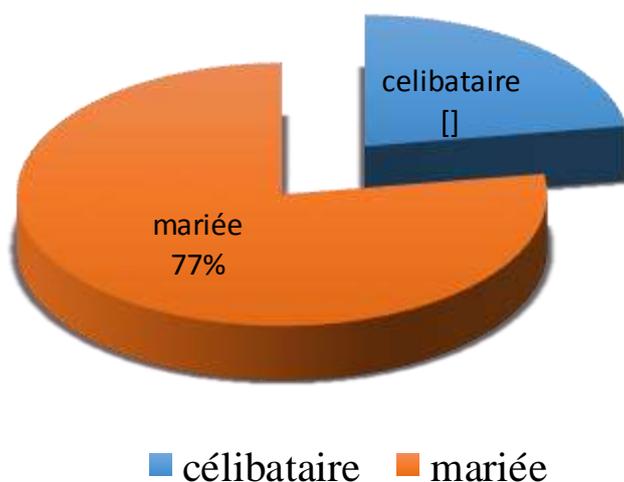


Figure 2 : répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial.

Dans notre étude les mariées étaient les plus représentées avec 77%.

Tableau I : répartition des parturientes en fonction de leur niveau d'étude.

Niveau d'instruction	fréquence	Pourcentage
Primaire	20	18
Secondaire	49	44,1
Medersa	6	5,4
Non scolarisée	30	27
Supérieur	6	5,4
Total	111	100

Les parturientes ayant un niveau d'étude secondaire représentaient 44,1%.

Tableau II : répartition des parturientes selon les raisons de la non scolarisation ou l'abandon des études.

Raisons de la non scolarisation ou l'abandon	fréquence	Pourcentage
Refus d'elle-même	13	16,9
Faute de moyen	11	14,2
Ménages	10	13
Mariage	10	13
Décès d'un de ses parents	7	9,1
grossesse	5	6,5
Refus du mari ou parent	5	6,5
Prendre soin de l'enfant	5	6,5
Localité	5	6,5
Autre	6	7,8
Total	77	100

Autres : perte des dossiers, maladie non spécifiée, manque de classe supérieur en Medersa, couture et manque de niveau.

Les parturientes ayant abandonné les études à cause du mariage, de la grossesse et du soin de l'enfant étaient de 26%.

Tableau III : répartition des parturientes selon leur profession.

Profession	fréquence	Pourcentage
Ménagère	64	57,7
Elève/étudiant	34	30,6
Vendeuse	9	8,1
Couturière	2	1,8
Aide-ménagère	2	1,8
Total	111	100

Les ménagères représentaient 57,7%.

Tableau IV : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leur conjoint

Age de l'auteur de leur grossesse	fréquence	Pourcentage
18-20 ans	8	7,2
21-25 ans	39	35,1
26-35 ans	55	49,5
36-40 ans	5	4,5
Supérieur à 40 ans	4	3,6
Total	111	100

L'âge moyen de l'auteur de leur grossesse était de 27,7 ans avec des extrêmes de 19 et 43 ans.

Tableau V : répartition des parturientes en fonction du niveau d'étude et de la profession de leur conjoint.

Profession de l'auteur de leur grossesse	Niveau d'étude de l'auteur de leur grossesse				Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Elève/étudiant	0(0%)	0(0%)	7(18,4%)	4(82,7%)	11(9,9%)
Commerçant	4(12,90%)	3(23,1%)	8(21,1%)	6(20,7%)	21(18,9%)
Ouvrier	18(58,1%)	8(61,5%)	13(34,2%)	7(24,1%)	46(41,44%)
Cultivateur	5(16,1%)	1(7,7%)	3(7,9%)	0(0%)	9(8,1%)
Enseignant	0(0%)	0(0%)	0(0%)	5(17,2%)	5(4,5%)
Expatrié	4(12,90%)	0(0%)	1(2,6%)	0(0%)	5(4,5%)
Militaire	0(0%)	0(0%)	3(7,9%)	2(6,9%)	5(4,5%)
Policier	0(0%)	0(0%)	1(2,6%)	1(3,4%)	2(1,8%)
Ne sait pas	0(0%)	1(7,7%)	0(0%)	1(3,4%)	2(1,8%)
Autres	0(0%)	0(0%)	2(5,3%)	3(10,3%)	5(4,5%)
Total	31(100%)	13(100%)	38(100%)	29(100%)	111(100%)

Khi² = 53,439 ; p = 0,002

Autres : footballeur, transitaire, juriste, artiste et agent de santé.

Le niveau d'étude de l'auteur de leur grossesse a une influence sur la profession.

Tableau VI : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leurs pères

Age du père	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 40ans	3	2,7
40-49ans	17	15,3
50-59ans	36	32,4
60-69ans	22	19,8
70ans et plus	15	13,5
Inconnu	18	16,2
Total	111	100

L'âge moyen était de 56,5 ans avec des extrêmes de 39 et 72 ans.

Tableau VII : répartition des parturientes selon la profession et le niveau d'étude de leurs pères.

Profession du père	Niveau d'étude du père				Total
	Non scolarisée	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Commerçant	10(16,6%)	8(47,05%)	3(23,1%)	1(4,8%)	22(19,8%)
Cultivateur	33(55%)	6(35,3%)	3(23,1%)	0(0%)	42(37,8%)
Enseignant	0(0%)	0(0%)	0(0%)	7(33,3%)	7(6,3%)
Militaire	0(0%)	0(0%)	0(0%)	5(23,8%)	5(4,5%)
Ouvrier	9(15%)	2(11,8%)	5(38,4%)	2(9,5%)	18(16,2%)
Marabout	3(5%)	0(0%)	1(7,7%)	0(0%)	4(3,6%)
Expatrié	2(3,3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(1,8%)
Eleveur	1(1,6%)	1(5,9%)	0(0%)	0(0%)	2(1,8%)
Ne sait pas	2(3,3%)	0(0%)	1(7,7%)	1(4,8%)	4(3,6%)
Autres	0(0%)	0(0%)	0(0%)	5(23,8%)	5(4,5%)
Total	60(100%)	17(100%)	13(100%)	21(100%)	111(100%)

Khi²= 107,691 ; p= 0,000

Autres : douanier, ingénieur, vétérinaire, agent de santé et comptable.

Il existe une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la profession.

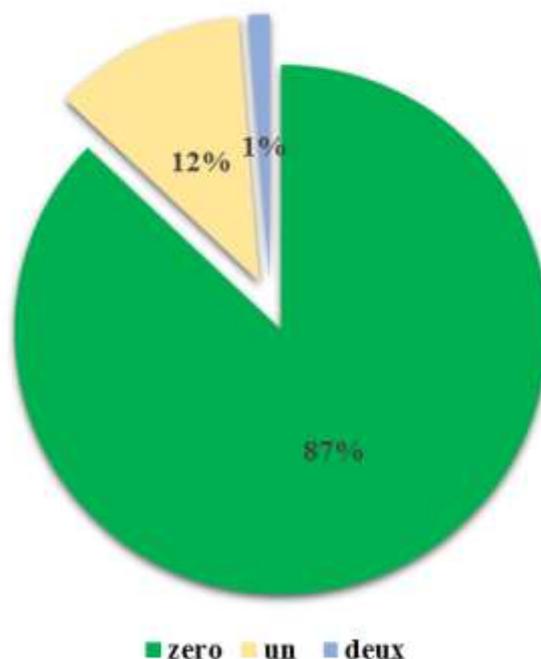


Figure 3 : répartition des parturientes en fonction du nombre de coépouse.

Dans 87% des cas, nos parturientes n'avaient pas de coépouse.

Tableau VIII : répartition des parturientes en fonction de l'âge de leurs mères.

Age de la mère	Fréquence	Pourcentage
30-39 ans	27	24,3
40-49 ans	45	40,5
50-59 ans	24	21,6
60-69 ans	10	9
Inconnu	5	4,5
Total	111	100

L'âge moyen était de 46,4 ans avec des extrêmes de 35 et 68 ans.

Tableau IX : répartition des parturientes selon la profession et le niveau d'étude de leurs mères.

Profession de la mère	Niveau de la mère				Total
	Non Scolarisée	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Ménagère	54(68,3%)	9(60%)	5(55,5%)	2(25%)	70(63,1%)
Enseignante	0(0%)	0(0%)	1(11,1%)	4(50%)	5(4,5%)
Commerçante	24(30,3%)	5(33,3%)	2(22,2%)	0(0%)	31(27,9%)
Coiffeuse	1(1,2%)	0(0%)	1(11,1%)	1(12,5%)	3(2,7%)
Autres	0(0%)	1(6,7%)	0(0%)	1(12,5%)	2(1,8%)
Total	79(100%)	15(100%)	9(100%)	8(100%)	111(100%)

Khi2= 61,666 ; p= 0,000

Autres : chanteuse, comptable.

Il existe un rapport statistiquement significatif entre le niveau d'étude de la mère et la profession.

Tableau X : répartition des parturientes selon le statut de leurs parents.

Statut des parents	Fréquence	Pourcentage
Mariés	96	86,5
Veuf ou veuve	12	10,8
Décédés	3	2,7
Total	111	100

Les parents sont mariés dans 86,5%.

Tableau XI : répartition des parturientes en fonction des antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	fréquence	Pourcentage
Asthme	3	2,7
Aucun	108	97,3
Total	111	100

Les parturientes n'ayant aucun antécédent médical représentaient 97,3%.

Tableau XII : répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	fréquence	Total
Césarienne	6	5,4
Aucun	105	94,6
Total	111	100

Les parturientes n'ayant aucun antécédent chirurgical représentaient 94,6%.

Tableau XIII : répartition des adolescentes selon l'âge de survenue de la ménarche.

Ménarche	fréquence	Pourcentage
Inconnue	10	9
Inférieur à 12ans	10	9
12-16ans	88	79,3
Supérieur à 16ans	3	2,7
Total	111	100

L'âge moyen de survenue de la ménarche était 13,7 ans avec des extrêmes de 10 et 18ans.

Tableau XIV : répartition des parturientes selon le nombre de frères.

Nombre de frère	fréquence	Pourcentage
Aucun	4	36,6
1-3	73	65,8
4-7	32	28,8
Supérieur à 7	2	1,8
Total	111	100

Le nombre moyen de frères était de 3 avec des extrêmes de 0 et 8.

Tableau XV : répartition des parturientes selon le nombre de sœurs.

Nombre de sœur	Fréquence	Pourcentage
Aucune	4	3,6
1-3	61	55
4-7	44	39,6
Supérieur à 7	2	1,8
Total	111	100

Le nombre moyen de sœurs était de 3,4 avec des extrêmes de 0 et 8.

Tableau XVI : répartition des parturientes selon les méthodes contraceptives utilisées.

Méthode utilisée	fréquence	Pourcentage
Implant	21	56,7
Dépo	15	40,5
Pilule	1	2,8
Total	37	100

L'implant était la méthode la plus utilisée avec 56,7%.

Tableau XVII : répartition des parturientes selon la connaissance des méthodes contraceptives.

Méthodes connues	Fréquence	Pourcentage
Implant	41	36,9
Dépo	10	9
Implant et dépo	10	9
Pilule, implant et dépo	5	4,5
Pilule	3	2,7
Pilule et implant	3	2,7
Stérilet	1	0,9
Pilule et dépo	1	0,9
Pilule, implant, dépo et anneau	1	0,9
Ne connaît pas	36	32,4
Total	111	100

Dans 32,4%, nos parturientes ne connaissaient aucune méthode contraceptive.

Tableau XVIII : répartition des parturientes selon qu'elles ont connu les méthodes contraceptives avant ou après la grossesse.

Connue avant la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Oui	39	35,1
Non	72	64,9
Total	111	100

Dans 64,9%, nos parturientes n'ont connu les méthodes contraceptives qu'au cours de la grossesse ou dans le post-partum.

Tableau XIX : répartition des parturientes en fonction de l'âge du 1^{er} rapport sexuel.

Age du 1^{er} rapport sexuel	fréquence	Pourcentage
Inférieur ou égale à 12 ans	3	2,7
13-15 ans	40	36
16-19 ans	68	61,3
Total	111	100

L'âge moyen de l'activité sexuelle était de 15,7 ans avec des extrêmes de 12 et 19 ans.

Tableau XX : répartition des parturientes en fonction de la gestité.

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	76	68,5
Paucigeste	35	31,5
Total	111	100

La gestité moyenne était de 1,3 grossesse avec des extrêmes de 1 et 3 grossesses.

Tableau XXI : répartition des parturientes en fonction de la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	83	74,8
Paucipare	26	25,2
Total	111	100

La parité moyenne était de 1,2 avec des extrêmes de 1 et 3 accouchements.

Tableau XXII : répartition des parturientes selon le nombre d'enfant vivant.

Enfant vivant	Fréquence	Pourcentage
Aucun	1	0,9
Un	85	76,6
Deux	24	21,6
Supérieur ou égale à 3	1	0,9
Total	111	100

La moyenne était de 1,2 avec des extrêmes de 1 et 3enfants.

Tableau XXIII : répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement.

Antécédent d'avortement	Fréquence	Pourcentage
Aucun	103	92,8
Un	8	7,2
Total	111	100

Parmi les avortements, nous n'avons pas enregistré des cas d'avortements clandestins.

Tableau XXIV : répartition des parturientes selon les antécédents d'enfant décédé.

Antécédent d'enfant décédé	fréquence	Pourcentage
Aucun	107	96,4
Un	3	2,7
Deux	1	0,9
Total	111	100

Les parturientes n'ayant aucun antécédent d'enfant décédé étaient de 96,4%.

Tableau XXV : répartition des parturientes en fonction de l'âge du mariage.

Age du mariage	fréquence	Pourcentage
Inférieur à 15 ans	5	5,8
15-17 ans	49	57
18-19 ans	32	37,2
Total	86	100

L'âge moyen du mariage était de 16,5 ans avec des extrêmes de 14 et 19 ans.

Tableau XXVI : répartition des parturientes en fonction de l'âge de la 1^{ère} maternité.

Age de la maternité	fréquence	Pourcentage
Inférieur à 15 ans	4	3,6
15-17 ans	60	54,1
18-19 ans	47	42,3
Total	111	100

L'âge moyen de la 1^{ère} maternité était de 16,7 ans avec des extrêmes de 14 et 19 ans.

Tableau XXVII : répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse.

Grossesse désirée	fréquence	Pourcentage
Oui	81	73
Non	30	27
Total	111	100

La grossesse était non désirée dans 27%.

Tableau XXVIII : répartition des adolescentes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	fréquence	Pourcentage
1-2	25	22,5
3-4	49	44,1
Supérieur ou égale à 5	37	33,3
Total	111	100

Les adolescentes ont effectué 3-4 CPN dans 44,1% des cas.

Tableau XXIX : répartition des adolescentes selon les d'irrégularité des CPN.

Facteurs d'irrégularité des CPN	Fréquence	Pourcentage
Economique	14	56
Grossesse non désirée	7	28
Non identifié	4	16
Total	25	100

Les facteurs socioéconomiques étaient fortement liés à l'irrégularité des CPN dans 56%.

Tableau XXX : répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse lors de la 1^{ère} CPN

Terme à la 1^{ère} CPN	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	55	49,5
2 ^{ième} trimestre	48	43,2
3 ^{ième} trimestre	8	7,2
Total	111	100

Dans 49,5%, les adolescentes ont effectué leur 1ere CPN au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Tableau XXXI : répartition des adolescentes selon le lieu de suivi de la grossesse.

Lieu de suivi	fréquence	Pourcentage
CHU	13	11,7
CSREF	43	38,7
CSCOM	46	41,4
Garnison	2	1,8
Privé	7	6,3
Total	111	100

Les adolescentes ont suivi leur grossesse dans un CSCOM dans 41,4%.

Tableau XXXII : répartition des adolescentes selon le moyen de transport utilisé lors des CPN.

Moyen de transport	fréquence	Pourcentage
Pied	47	42,3
Moto	48	43,2
Voiture personnelle	7	6,3
Sotrama	8	7,2
Taxi	1	0,9
Total	111	100

La moto était le moyen de transport le plus utilisé par nos adolescentes au cours des CPN avec 43,2%.

Tableau XXXIII : répartition des adolescentes selon l'auteur

Auteur	Fréquence	Pourcentage
Médecin	15	13,5
Sage- femme	39	35,1
Infirmière obstétricienne	9	8,1
Interne	2	1,8
Non précisé	46	41,4
Total	111	100

Nos adolescentes ont été suivies par les sages-femmes dans 35,1%.

Tableau XXXIV : répartition des adolescentes selon la réalisation des BPN

BPN	Fréquence	Pourcentage
Réalisé	104	93,7
Non réalisé	7	6,3
Total	111	100

Les adolescentes ont réalisé le BPN dans 93,7%.

Tableau XXXV : répartition des adolescentes selon l'administration du VAT

VAT	Fréquence	Pourcentage
Aucune dose	12	10,8
Une dose	40	36
Deux doses	59	53,2
Total	111	100

Dans 10,8%, nos adolescentes n'ont reçu aucune dose de VAT.

Tableau XXXVI : répartition des adolescentes en fonction de la prise de SP

SP	Fréquence	Pourcentage
Aucune dose	4	3,6
1-2 doses	68	61,3
3-4 doses	39	35,1
Total	111	100

Nos adolescentes ont reçu 3-4 doses de SP au cours de leur grossesse.

Tableau XXXVII : répartition des adolescentes en fonction de la prise du FAF.

FAF	fréquence	Pourcentage
Assurée	100	90,1
Non assurée	11	9,9
Total	111	100

La prophylaxie antianémique était faite dans 90,1%.

Tableau XXXVIII : répartition des adolescentes selon la réalisation de l'échographie.

Echographie	Fréquence	Pourcentage
1 ^{er} trimestre	9	8,1
2 ^{ième} trimestre	29	26,1
3 ^{ième} trimestre	18	16,2
Non réalisée	13	11,7
1 ^{er} +2 ^{ième} +3 ^{ième} trimestres	16	14,4
1 ^{er} +2 ^{ième} trimestres	21	19
2 ^{ième} +3 ^{ième} trimestres	5	4,5
Total	111	100

Dans 14,4%, les adolescentes ont effectué trois échographies au cours de la grossesse.

Tableau XXXIX : répartition des adolescentes en fonction de l'arrêt des études pendant la grossesse.

Arrêt de la scolarité pendant la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	44,1
Non	19	55,9
Total	34	100

Les adolescentes ont arrêté les études pendant la grossesse dans 44,1%.

Tableau XL : répartition des adolescentes en fonction du temps d'arrêt des études pendant la grossesse.

Temps	Fréquence	Pourcentage
1-3 mois	8	53,3
4-6 mois	4	26,7
7-9 mois	1	6,7
10-12 mois	2	13,3
Total	15	100

La durée moyenne de l'arrêt des études était 4,2 mois avec des extrêmes de 1 et 12 mois.

Tableau XLI : répartition des adolescentes en fonction du pronostic d'accouchement.

Pronostic d'accouchement	fréquence	Pourcentage
Voie basse	104	93,7
Césarienne prophylactique	5	4,5
Césarienne d'urgence	2	1,8
Total	111	100

La voie basse était la plus représentée avec 93,7%.

Tableau XLII : répartition des adolescentes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Eutocique avec épisiotomie	60	54,1
Eutocique sans épisiotomie	41	36,9
Césarienne	7	6,3
Ventouse	2	1,8
Forceps	1	0,9
Total	111	100

Dans 46% des cas, une action a été nécessaire pour l'accouchement.

Tableau XLIII : répartition des adolescentes selon l'indication de la césarienne.

Indication de césarienne	fréquence	Pourcentage
BGR	2	28,6
Macrosomie	2	28,5
Pré-éclampsie sévère	1	14,3
Présentation de siège/ utérus cicatriciel	1	14,3
Grossesse gémellaire avec J1 en siège	1	14,3
Total	7	100

Le BGR a représenté 28,6%.

Tableau XLIV : répartition des parturientes selon l'état du nouveau-né à la naissance.

Etat du nouveau-né à la naissance	fréquence	Pourcentage
A crié toute de suite	100	90,1
N'a pas crié toute de suite	10	9
Ne sait pas	1	0,9
Total	111	100

Dans 90,1%, les nouveau-nés n'ont pas été réanimés.

Tableau XLV : répartition des parturientes selon la référence en néonatalogie.

Référence en néonatalogie	Fréquence	Pourcentage
Oui	9	8,1
Non	102	91,9
Total	111	100

Les nouveau-nés référés en néonatalogie ont représenté 8,1%.

Tableau XLVI : répartition des parturientes selon le motif de référence du nouveau-né.

Motif de référence	Fréquence	Pourcentage
Hypotrophie	2	22,2
Souffrance	1	11,1
Inconnu	5	55,6
Autre	1	11,1
Total	9	100

Autre : réanimation + refus de téter.

Dans 22,2%, les nouveau-nés ont été référés pour hypotrophie.

Tableau XLVII : répartition des parturientes selon leur vision personnelle au mariage précoce et à la grossesse à cet âge de vie.

Vision personnelle	Fréquence	Pourcentage
Positive	18	16,2
Négative	22	19,8
Pas de réponse	71	64
Total	111	100

Tableau XLVIII : répartition des parturientes selon la réaction de l'auteur de leur grossesse.

Réaction de l'auteur de leur grossesse	Fréquence	Pourcentage
Content	99	89,2
Mécontent	6	5,4
N'a pas réagi	6	5,4
Total	111	100

Le procréateur était content dans 89,2%.

Tableau XLIX : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et le poids des nouveau-nés.

Age	Poids du nouveau-né			Total
	inférieur à 2500g	2500-3999g	supérieur ou égale à 4000g	
Inférieur ou égale à 15ans	0(0%)	8(7,9%)	0(0%)	8(7,2%)
16 à 17 ans	1(14,3%)	18(17,8%)	0(0%)	19(17,11%)
18 à 19 ans	6(85,7%)	75(74,2%)	3(100%)	84(75,7%)
Total	7(100%)	101(100%)	3(100%)	111(100%)

Khi²= 1,865 ; p= 0,761

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge et le poids du nouveau-né.

Tableau L : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et l'état du nouveau-né à la naissance.

Age	Etat du nouveau-né à la naissance			Total
	a crié tout de suite	n'a pas crié toute de suite	ne sait pas	
Inférieur ou égale à 15 ans	7(7%)	1(10%)	0(0%)	8(7,2%)
16 à 17ans	15(15%)	4(40%)	0(0%)	19(17,1%)
18 à 19	78(78%)	5(50%)	1(100%)	84(75,7%)
Total	100(100%)	10(100%)	1(100%)	111(100%)

Khi2= 4,591 ; p= 0,332

Il n'existe pas un lien statistiquement significatif entre l'âge et l'état du nouveau-né à la naissance.

Tableau LI : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et les complications au cours de la grossesse.

Complications	Age			Total
	Inférieur ou égale à 15ans	16 à 17ans	18 à 19ans	
HTA	0(0%)	0(0%)	3(3,6%)	3(2,7%)
Paludisme	2(25%)	3(15,8%)	17(20,2%)	22(19,8%)
Anémie	2(25%)	2(25%)	7(8,3%)	11(9,9%)
RPM	0(0%)	0(0%)	2(2,4%)	2(1,8%)
MAP	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	1(0,9%)
Aucune	5(62,5%)	14(73,7%)	53(63,1%)	72(47,7%)
Autre	0(0%)	0(0%)	1(1,2%)	1(0,9%)
Total	8(100%)	19(100%)	84(100%)	111(100%)

Khi2= 4,152 ; p= 0,940

Il n'existe de lien statistiquement significatif entre l'âge et la survenue des complications au cours de la grossesse.

Tableau LII : répartition des parturientes en fonction de la gestité et les complications au cours de la grossesse.

Complication	Gestité		Total
	Primigeste	Paucigeste	
HTA	3(3,9%)	0(0%)	3(2,7%)
Paludisme	16(21,1%)	6(17,1%)	22(19,8%)
Anémie	6(7,9%)	5(14,3%)	11(9,9%)
RPM	0(0%)	1(2,9%)	1(0,9%)
MAP	0(0%)	1(2,9%)	1(0,9%)
Aucune	50(65,8%)	22(62,8%)	72(64,9%)
Total	76(100%)	35(100%)	111(100%)

Khi²= 7,389 ; p= 0,286

Il n'existe pas une liaison significative entre la gestité et la survenue des complications au cours de la grossesse.

Tableau LIII : répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et la gestité.

Age	Gestité		Total
	Primigeste	Paucigeste	
Inférieur ou égale à 15 ans	9(11,8%)	0(0%)	9(8,1%)
16-17 ans	17(22,3%)	2(5,7%)	19(17,11%)
18-19 ans	50(65,8%)	33(94,3%)	83(74,7%)
Total	76(100%)	35(100%)	111(100%)

Khi²= 10,630 ; p=0,005

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge et la gestité.

Tableau LIV : répartition des parturientes selon le niveau d'étude et la contraception

Etude	Contraception		Total
	Oui	Non	
Primaire	7(18,9%)	13(17,5%)	20(18,0%)
Secondaire	16(43,2%)	33(44,6%)	49(44,1%)
Medersa	1(2,7%)	5(6,7%)	6(5,4%)
non scolarisée	12(32,4%)	18(24,3%)	30(27,0%)
Supérieur	1(2,7%)	5(6,7%)	6(5,4%)
Total	37(100%)	74(100%)	111(100%)

Khi² = 2,135 ; p = 0,711

Il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'instruction et l'utilisation de la contraception.

RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

Ce chapitre présente les résultats de la collecte de données auprès des adolescentes mères de Kati koko. Nous les avons interrogé sur leur expérience de vie et de maternité, tant pendant la grossesse qu'après la naissance. Rappelons que les entretiens ont porté sur les thèmes des conditions socioéconomiques, du processus décisionnel lors de la découverte de la grossesse et de la réalité de jeune mère, tant au niveau social qu'économique. La première section dresse un portrait sociodémographique des jeunes mères rencontrées. Par la suite, les résultats sont décrits en fonction des thèmes traités sur l'environnement familial et social, les conditions de vie ainsi que l'expérience de la grossesse.

1. Portrait sociodémographique des répondantes

Afin de mettre en évidence les caractéristiques sociodémographiques des répondantes, un tableau regroupant leurs principales caractéristiques est d'abord présenté.

Tableau LV: portrait sociodémographique des répondantes

Numéro	Age	Nombre d'enfant et âge	Lieu de naissance	Vit avec conjoint
1	19 ans	1 enfant 1 an et 5 mois	Kati	Non
2	18 ans	1 enfant 1 an	Kati	Oui
3	15 ans	1 enfant 1 an et 1 mois	Kati	Non
4	18 ans	1 enfant 1 an et 8 mois	Kati	Oui
5	19 ans	1 enfant 5 mois	Kati	Non
6	16 ans	1 enfant 5 mois	Kita	Non

À la lumière de ce tableau, il est possible de voir que la plus jeune des mères rencontrées est âgée de 15 ans et la plus âgée de 19 ans. L'âge moyen des participantes est donc de 17,5 ans. Toutes les mères rencontrées ont un enfant. Aucune n'a indiqué être enceinte au moment des entretiens. Les enfants des répondantes ont entre 5 mois et 1 an 8mois et le lieu de naissance est Kati pour cinq des six adolescentes mères.

La plupart des adolescentes rencontrées sont dans une relation de couple. La majorité ne demeure pas avec leur conjoint et il n'y en a que deux qui vivent avec leur conjoint.

Tableau LVI: portrait de la situation des adolescentes au moment de la grossesse

Numéro	Statut	Situation conjugale	Situation scolaire	Situation résidentielle
1	Mariée	En couple	Abandonné	Belle famille
2	Mariée	En couple	Abandonné	Avec conjoint
3	Célibataire	En couple	Abandonné	Parents
4	Mariée	En couple	Continue	Avec conjoint
5	Célibataire	En couple	Continue	Parents
6	Mariée	En couple	Non scolarisée	Belle famille

Ce tableau permet de dresser un portrait de la situation au moment où est survenue la grossesse. On observe qu'elles étaient toutes en couple au moment où elles découvrent qu'elles sont enceintes. Au niveau de la situation scolaire, seulement deux d'entre elles continuent ses études.

2. Relations familiales dans le milieu d'origine

Toutes les adolescentes évoquent que les relations avec les membres de leur famille se passaient de manière harmonieuse.

Mais deux entre elles évoquent des conflits avec les parents à la découverte de leur grossesse.

3. Découverte de la grossesse

Les participantes interrogées ont partagé les circonstances de la découverte de leur grossesse. Seulement une, a indiqué qu'elle s'est avérée être une surprise.

Numéro 4 : j'ai vu que mes règles sont coupés, je me suis posée la question qu'est ce qui ne va pas ou-bien saurais-je enceinte ? J'ai directement appelé mon copain qu'il achète et m'amène un test de grossesse et il l'a fait toute de suite. Quand j'ai fait, on était tous les deux présents et on a vu que oui j'étais enceinte...

4. Parcours du devenir enceinte

Aucune de nos adolescentes mères interrogées n'avait fait usage des moyens contraceptifs.

5. Décision de la poursuite de la grossesse

La décision de poursuivre la grossesse s'est surtout appuyée sur l'opinion par rapport à l'avortement pour deux adolescentes interrogées

Numéro 3 : il y'a une femme avec qui nous logeons dans une même maison, quand j'ai su que j'étais enceinte c'est à elle que j'ai dit en premier et elle m'a conseillé d'aller avorter, elle me mettait toujours sur le mauvais chemin même quand ma mère me grondait d'être sortie avec le copain elle me disait de laisser ma mère, que ma mère même a fait cela. Quand ma mère a appris, elle m'a dit de ne pas avorter que ce n'est pas bien d'avorter donc j'ai laissé.

Numéro 4 : mon copain m'a demandé comment allons-nous faire ? J'ai dit que moi-même je ne sais pas, mais si ma maman apprenne ehhh je sais qui elle est, il dit que sauf si on l'avorte j'ai dit on peut faire comme ça. Il a appelé un ami dans un centre de santé qui lui a dit qu'il ne fait pas mais connaît une personne

qui pourra les aidé de revenir après au centre le voir. Le lendemain on est parti au centre de santé on a vu un autre agent de la santé (nom) qui nous a conseillé de garder l'enfant que même si ma mère était une djinn...donc moi-même j'avais peur et j'ai laissé.

6. Importance des liens affectifs à l'adolescence

Les participantes évoquent la place centrale qu'occupait leur conjoint et leur relation amoureuse dans leur vie. En effet, la relation avec le père de leur enfant a occupé une place importante dans leurs vies sauf chez une adolescente qui signale que je ne suis plus en contact avec le père de mon enfant depuis qu'il a su que j'étais enceinte, c'est mon père qui a pris charge de nous.

7. Aspirations futures des jeunes mères

Numéro 1 : moi je veux continuer de faire le henné et le commerce.

Numéro 2 : moi je veux faire le commerce.

Numéro 3 : moi je veux reprendre mes études.

Numéro 4 : moi je veux finir mes études et être Ingénieur.

Numéro 5 : moi je veux finir mes études et être Journaliste.

Numéro 6 : moi je veux faire l'Agriculture.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence

La définition de l'adolescente varie d'une étude à l'autre. Certaines prennent pour limite supérieur un âge inférieur à 16 ans, d'autres un âge de 18, 19 ou 20 ans. Ce qui rend la comparaison des pourcentages difficile. Durant la période d'étude nous avons enregistré 200 cas de grossesse et de l'accouchement concernant les adolescentes résidant à Kati koko, soit une prévalence de 2,03%. En 2015, DRABO.A [36] a trouvé une fréquence de 13,31% au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Notre fréquence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon, mais aussi le lieu de recrutement qui était communautaire.

2- Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Age

La tranche d'âge de 18-19 ans était la plus représentée avec 75,7%. DEMBELE.F [37] en 2015 au CSREF de la commune IV et KEITA S [40] en 2008 au CHU Gabriel Touré ont trouvé une fréquence respective de 55,73% et 54,06%. Par contre en 2015 au CSREF de la commune II et en 2008 au CSREF de la commune V, DRABO.A [36] et DIALLO.O.H [38] ont trouvé que la tranche d'âge de 16-19ans était la plus représentée avec respectivement 92,4% et 87,2%.

Cependant, les adolescentes très jeunes (inférieur ou égale à 15ans) étaient les moins représentées. Ceci pouvait s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces adolescentes.

2.2. Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 77,5%. DEMBELE.F [37] avait trouvé 86,98% en 2015 au CSREF de la commune IV du district de Bamako. Par contre

DIALLO.O.H [38] en 2008, KEITA.S [40] en 2008 et DRABO.A [36] en 2015 avaient trouvé respectivement 57,9%, 67,2% et 62,6%.

Ce taux élevé dans notre étude pourrait s'expliquer par le mariage précoce des adolescentes, mais aussi le lieu de recrutement qui était communautaire.

2.3. Profession

La profession ménagère fut dominante chez la plupart de nos adolescentes, soit 57,7%. Ce taux élevé est rapporté par les auteurs maliens en 2015, DRABO.A [36] 54,9% et DEMBELE.F [37] 63,02%.

2.4. Niveau d'étude

Les femmes analphabètes ont représenté 27%. SACKO.A [39] en 2017, DRABO.A [36] en 2015, KEITA.S [40] en 2008 et DIALLO.O.H [38] en 2008 ont trouvé respectivement 41,4%, 42,3%, 61,5% et 62,4%.

Ceci pourrait s'expliquer par une légère augmentation de l'alphabétisation des filles.

Dans notre étude, 44,1% de nos adolescentes ont interrompu leur scolarité au cours de leur grossesse.

A Angers, 1 adolescente sur 3 (31%) a interrompu sa scolarité au cours de sa grossesse, alors qu'à Paris, on en compte près d'1 sur 2 (45%). [43]

Les causes socioéconomiques, la non scolarisation des parents, le mariage précoce et la grossesse sont les principaux facteurs liés à la non scolarisation ou la non poursuite des études des adolescentes.

3- Profil clinique des adolescentes

3.1. Gestité

Les primigestes ont été les plus nombreuses avec 68,5%. SACKO.A [39] a trouvé 79,3% en 2017 au CSREF de la commune III de Bamako.

3.2. Parité

Les primipares étaient les plus représentées avec 74,8%. DRABO.A [36] avait trouvé 82,4%.

3.3. Antécédent d'avortement

Dans notre série 7,2% des adolescentes avaient fait des avortements. SACKO.A [39] avait trouvé 3,6%.

3.4. La contraception

Dans notre étude 66,7% des adolescentes n'ont jamais utilisé la contraception contre 33,3%.

Celles qui n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive représentaient 97,1% dans l'étude de SACKO.A [39] en 2017 au CSREF de la commune III et 90,9% dans l'étude de DRABO.A [36] en 2015 au CSREF de la commune II.

Parmi les adolescentes qui ont une connaissance de la contraception, 64,9% l'ont connu qu'au cours de leur grossesse ou dans le post-partum.

Selon l'EDSM VI, le niveau d'instruction des femmes constitue un autre facteur différentiel important. La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction, variant de 14 % parmi les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 18 % parmi celles ayant le niveau primaire et à 29 % parmi celles ayant le niveau secondaire ou supérieur.

Dans notre étude l'utilisation de la contraception est plus représentée chez les adolescentes ayant le niveau d'étude secondaire avec 43,2%.

3.5. Consultation prénatale

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement.

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu avant le troisième

mois de la grossesse. Le but de la consultation prénatale est de sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins du nouveau-né.

Dans notre étude 44,1% ont réalisé 3-4 CPN. Par contre 22,5% n'ont effectué que 1-2 CPN. Dans 49,5%, les adolescentes ont effectué leur 1^{ère} CPN au 1^{er} trimestre de la grossesse.

Dans l'EDSM VI, les résultats montrent que huit femmes sur dix (80 %) ont reçu des soins prénatals dispensés par un prestataire formé. Cependant, seulement quatre femmes sur dix (43 %) ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées. Par ailleurs, un peu plus du tiers des femmes (36 %) ont effectué leur première visite prénatale à un stade précoce de la grossesse, c'est-à-dire à moins de 4 mois de grossesse.

Les causes économiques et la grossesse non désirée étaient fortement liées à l'irrégularité des CPN.

4- Accouchement

4.1. Mode d'accouchement

En ce qui concerne l'accouchement lui-même, certains auteurs suggèrent que l'immaturation physique de l'adolescente, en particulier de son bassin est un facteur de dystocie.

A quelques exceptions près, l'ensemble des auteurs retrouvent, comme dans notre série, un taux de césariennes plus faible, avec un recours plus fréquent à l'épisiotomie chez nos adolescentes qui ont accouché par voie basse.

Les accouchements par voie basse ont représenté 93,7%. En 2015, DRABO.A [36] et DEMBELE.F [37] avaient trouvé une fréquence respective de 89,2% et 83,85%.

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 6,3% des cas. KEITA.S [40] en 2008 et SACKO.A [39] en 2017 avaient trouvé 33,7% et 21,4%.

Ce taux faible de césarienne peut s'expliquer d'une part par le bon suivi des grossesses dans notre étude et une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement à l'aide du partogramme et d'autre part par la fréquence élevée des parturientes ayant des bassins normaux.

4.2. Indications de la césarienne

Les indications de la césarienne étaient : le BGR 28,6% ; macrosomie 28,5% ; pré-éclampsie sévère 14,3% ; présentation de siège/utérus cicatriciel 14,3% et grossesse gémellaire avec J1 en siège 14,3%.

4.3. Poids de naissance

Dans notre étude le petit poids de naissance était de 6,3%. SACKO.A [39] en 2017 avait trouvé 15,7% et DRABO.A [36] en 2015 a trouvé 2,3%.

Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions socioéconomiques moins bonnes de nos adolescentes. Nous avons constaté aussi que le petit poids de naissance était fréquent chez les adolescentes de 18-19ans, contrairement à DRABO.A [36] en 2015 au CSREF de la commune II qui a retrouvé le petit poids de naissance chez les jeunes de 10-15ans.

5- L'opinion des adolescentes sur le mariage précoce et la maternité à cet âge

16,2% des adolescentes approuvent le mariage précoce pour des raisons suivantes :

- Faire plaisir aux parents,
- Eviter l'adultère et avoir d'enfant hors mariage,
- Parce qu'elle n'a pas eu de complication au cours de la grossesse et dans le post-partum,
- Si le mari peut subvenir à ses besoins.

19,8% n'approuvent pas le mariage et la maternité pour des raisons suivantes :

- Problèmes socioéconomiques,
- Perturbation des études,
- Complications de la grossesse et de l'accouchement,
- Voire le décès materno-fœtal.

CONCLUSION

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle encore ancrée dans certaines communautés du Mali, ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents de complications.

L'adolescente en temps qu'enfant, qui doit s'occuper de son bébé n'est pas une chose évidente. Il est difficile pour les adolescentes enceintes de poursuivre les études ce qui conduit à des échecs scolaires.

C'est un véritable problème de santé public dont la gestion implique plusieurs acteurs (enfants, parents, personnel soignant, autorités).

Des mesures préventives doivent être adoptées.

PROPOSITIONS

1. Aux autorités :

- Renforcer la politique de scolarisation des filles.
- Mettre un accent sur la promotion des services de santé de reproduction des adolescentes.
- Renforcer les programmes de promotion de la contraception chez les adolescentes.

2. Aux agents socio-sanitaires :

- Faire un counseling pour un changement de comportement en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle et les inconvénients du mariage et des grossesses précoces.
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de contraception

3. A la population :

- Sensibiliser les adolescentes sur le danger encouru par une sexualité et une grossesse précoce.
- Sensibiliser les parents à accepter de discuter de la sexualité avec leurs enfants.
- Lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction des jeunes filles comme le mariage précoce.

4. Aux adolescentes enceintes

Suivre régulièrement les consultations prénatales.

Références Bibliographiques

1. **OMS.** La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire No 364, Sep 2014.
2. **UNFPA.** La mère enfant/ face aux défis de la grossesse chez l'adolescente en 2013.
3. **UNICEF.** Le mariage précoce. Digest Innocenti, No 7, Mars 2001, 27p 2013, 122p
4. **EDS Mali VI 2018.**
5. **Diarra D :** Pronostic de l'accouchement chez les adolescentes. Etude comparative cas/témoins à propos de 662 cas au CHU Gabriel Toure. Bamako Mémoire de D.E.S., Bamako, 2009,45p
6. **FNUAP, 2014.** Fonds des Nations Unies pour la Population sur l'état de la population. « Le pouvoir de 1,8 milliard d'adolescents et de jeunes et la transformation de l'avenir »,
7. **Aderanti A.** « La famille africaine : politiques démographiques et développement », Paris, Karthala, 1999, 318 p.
8. **Locoh T.** « L'évolution de la famille en Afrique » dans VAN DE WALLE Étienne, SALA-DIAKANA Mpembele D., OHADIKE Patrick O. (éds.), « L'état de la population africaine », U.I.E.S.P., Liège, 1988, pp. 45-66.
9. **Mouvagha-Sow M.** « Changements matrimoniaux et rapports de genre au Gabon », Colloque International Genre, Population et Développement en Afrique, Session VIII « Pratiques matrimoniales et relation genre », Abidjan, Juillet 2001.
10. **Lucile J :** grossesse chez l'adolescente 2010.
11. **Clignet R.** « Quelques remarques sur le rôle des femmes africaines en milieu urbain : le cas du Cameroun », dans La revue canadienne des études africaines, vol. 6, n° 2, 1972, pp. 303-315.
12. **Vimard P et N'Cho S.** « Evolution de la structure des ménages et différenciation des modèles familiaux en Côte d'Ivoire 1975-1993 », pp. 101-124, dans Pilon, Locoh, Vignikin et Vimard (dirs), « Ménages et familles en Afrique, Approches des dynamiques contemporaines », Les études du CEPED, n°15, 1997, 408 p.

13. **Assogba L.** « Statut de la femme, structures familiales, fécondité : transitions dans le golfe du Bénin », Cahier du CEPED, n°14, nov. 1990, 28 p.
14. **Vimard P et Fassassi R.** « La demande d'enfants en Afrique subsaharienne », dans B. Ferry (dir), « L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain », Paris, CEPED, Karthala, 2007, pp. 197-251.
15. **Locoh T.** « Familles africaines, population et qualité de vie », n°31, Les dossiers du CEPED, Paris, 1995.
16. **Kuate-Defo B.** « L'évolution de la nuptialité des adolescentes au Cameroun et ses déterminants », Population, vol. 55, n° 6, 2000, pp. 941-973.
17. **Calvès A-E et Meekers D.** « Statut matrimonial et valeurs des enfants au Cameroun », Paris, les dossiers du CEPED, n° 47, Octobre 1997, 35 p.
18. **Ngou H.** « Mariage et violence dans la société traditionnelle fang au Gabon », L'Hamattan, 2007.
19. **Dadoorian D.** « Grossesses Adolescentes », Ramonville Saint-Ange, Ed. Erès, 2005, 132 p.
20. **Ngo Mayack J.** « Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ? », Autrepart, vol. 2, n° 70, 2014, pp. 57-71. DOI : 10.3917/autr.070.0057.
21. **Rossier C, Sawadogo N, Soubeiga A.** « Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou », Population, Vol. 68, n° 1, 2013, pp. 97-122, URL : www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-97.htm, consulté le 7 Mai 2015.
22. **OMS-FNUAP.** « Adolescentes enceintes : apporter une promesse d'espoir dans le monde entier », 2007.
23. **Bibang-Bi-Essono F.** « Recours aux méthodes modernes d'avortement provoqué au Gabon, recherche de facteurs », Institut de Formation et de Recherche en Démographie (IFORD), Université de Yaoundé II, Master professionnel en démographie, 2010, 109 p.

24. **Lange M-F.** « L'école et les filles en Afrique : scolarisation sous conditions », Paris, Karthala, 1998, 254 p.
25. **Alvin P, and Marcelli D.** Médecine de l'adolescent (2e ed.). Paris : Elsevier Masson (2005).
26. **Kingston D, Heaman M, Fell D and Chalmers.** Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity Experiences and Practices. *Pediatrics* 2012, 129(5), e1228-e1237. doi : 10.1542/peds.2011-1447.
27. **OMS-FNUAP.** « Les adolescentes mariées : toujours soumises au risque », 2007.
28. **Kirbas A, Gulerman HC, & Daglar K.** Pregnancy in Adolescence: Is It an Obstetrical Risk? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2016, 29(4), 367–371. doi:10.1016/j.jpag.2015.12.010
29. **Merger, Melchior LJ.** Accouchement normal. Précis d'obstétrique 6ème éd. Paris : Masson, 2001 : 624
30. **Lansac J, Lecomte P, Marret H.** Etape du développement pubertaire féminin (d'après Marshall W.A et Tanner J.M.). *Gynécologie pour le praticien* 7e édition. Paris 2007:359
31. **Moussodo LB.** Entre cahiers et biberons : les enjeux de la conciliation études/famille des mères adolescentes au Gabon. Université de Montréal (mémoire à la faculté des études supérieur. 2015)
32. **Borg A.** Grossesse chez les adolescentes : complications obstétricales et fœtales à la maternité Régionale (Université de Nancy 2012).
33. **Bottani A.** Grossesse chez les adolescentes : quel modèle de suivi adéquat ? (mémoire Haute école de santé Genève : filière sage-femme 2018).
34. **Kitoto OOML.** La précocité des grossesses en milieu rural : cas des adolescentes du territoire de Lomela en République démocratique du Congo. Mémoire Université catholique de Louvain. Faculté de santé publique 2017-2018.

35. **Diarra C.** Aspects épidémio-cliniques des grossesses et accouchements à risque au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. 2015 : 15
36. **Drabo A.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2015 : 18
37. **Dembele F :** Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2015
38. **Diallo OH :** Urgences gynéco-obstétricales chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2008
39. **Sacko A.** Accouchement chez les adolescentes : aspects épidémiologique et pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2017.
40. **Keita S.** Accouchement chez l'adolescente au centre hospitalier universitaire Gabriel Toure de Bamako : pronostic maternel et néonatal. Thèse Med Bamako 2008
41. **Sinayogo T :** Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes de 15-24ans de la commune I et la commune II du district de Bamako en matière de planification familiale. Thèse Med Bamako 2015.
42. **Chanou YS.** Logiques d'utilisation de la contraception d'urgence chez les étudiantes : le cas de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie au Mali et de la faculté des sciences et de la santé au Benin. 2014.
43. **MASSON.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil. A propos de 311 cas, service de gynécologie- obstétrique. Statisticien, maternité des orangers, Rabat, Maroc. Paris 2004.
44. **MASSON.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 15ans. Etude de 181 cas en Guyane Française. Paris 2006.
45. **Kane A.** Audits des décès maternels au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Med 2018, 1.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I-DENTIFICATION

Q1 : Fiche de collecte N°.....

Q2 : Contact :.....

Q3 : Age en année / /

1= ≤15ans 2=16-17ans 3=18-19ans

Q4 : Ethnie/ /

1- Bambara 2- peulh 3- Sarakolé 4- sénoufo 5- sonrhäï
6- malinké 7- bobo 8- dogon 9- mianka 99- autre à préciser.....

Q5 : Niveau d'instruction/ /

1-primaire 2-secondaire 3-medersa 4-non scolarisée 5-supérieur

Q6 : Profession/ /

1-Ménagère 2-Elève/Etudiante 3-Vendeuse 4-couturière
5- coiffeuse 6- Aide-ménagère 99-Autre à préciser.....

Q7 : Statut matrimonial/ /

1- Célibataire 2- Mariée 3-Divorcée 4-Veuve

Q8: conjoint/ / 1- connu 2- non connu

Q9 : profession du conjoint/ / 1- Elève/Etudiant 2- commerçant

3-Ouvrier 4- cultivateur 5- enseignant 6- Expatrié 7- Militaire

8-Policier 88- ne sait pas 99-autre à préciser.....

Q10- Niveau d'étude du conjoint / /

1- Non scolarisé 2- primaire 3- secondaire 4- supérieur

Q11 : Age du conjoint / / 1- < 18ans 2- 18-20ans 3- 21-25ans 4- 26-35ans 5- 36-40ans 6- >40ans

Q12: Nombre de coépouse/ / 1- zéro 2-un 3-deux 4-trois

Q13 : Age du père/ / 1- <40ans 2- 40-49ans 3- 50-59ans 4- 60-69ans 5- 70ans et plus 6- décédé

Q14 : Age de la mère/ / 1- 30-39ans 2- 40-49ans 3- 50-59ans 4- 60-69ans 5- 70ans et plus 6- décédée

Q15 : profession du père/ / 1- commerçant 2- cultivateur 3- enseignant 4- militaire 5- ouvrier 6- Marabout 7- chauffeur

8- Gendarme 9- Expatrié 10-Eleveur 11- féticheur 88- ne sait pas 99-autre à préciser

Q16 : profession de la mère/ / 1- ménagère 2- enseignante 3- commerçante 4- coiffeuse 88- ne sait pas 99- autre à préciser

Q17 : niveau d'instruction du père / / 1- non scolarisé 2- primaire

3-secondaire 4- supérieur

Q18 : niveau d'instruction de la mère/ / 1- non scolarisée 2- primaire

3-secondaire 4- supérieur

Q19 : situation matrimoniale des parents/ / 1- mariés 2- divorcés 3- veuf ou veuve 99- autre à préciser.....

Q20 : nombre de frères/ / 1- aucun 2- 1-3 3- 4-7 99-autre

Q21 : nombres de sœurs/ / 1- aucune 2- 1-3 3- 4-7 99-autre

II. LES ANTECEDENTS

Q22 : ATCD Médicaux/ /

1-HTA 2-Drépanocytose 3-Asthme 4-Diabète 5-Aucun

6-VIH 99-Autre à préciser.....

Q23 : ATCD Chirurgicaux/___/

1-Laparotomie 2-césarienne 3-aucun

ATCD Gynécologiques

Q24 : Ménarche /___/ 1- inconnue 2- < 12 ans 3- 12-16 ans

99- autre à préciser.....

Q25 : pratiquez-vous une méthode contraceptive ?/___/ 1-Oui 2-Non

Q26 : Si oui, la quelle ?.....

Q27 : Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ?/___/

1- Pilule 2- implant 3-dépôt 4- stérilet 5-anneau 88- ne sait pas 99-autre

Q28: Les connaissez-vous avant d'être enceinte ?/___/ 1- oui 2- non

Q29 : Age du premier rapport sexuel/___/ 1- ≤ 12ans 2- 13-15ans 3- 16-19ans

99- autre à préciser.....

ATCD Obstétricaux

Q30 : Gestité/___/

1- primigeste 2- pauci geste 3-multi geste

Q31 : parité/___/

1- Primipare 2- pauci pare 3- multipare

Q32: Avortement/___/

1-aucun 2-un 3- deux 4- ≥3

Q33: Enfant vivant/___/

1- aucun 2- un 3- deux 4- ≥3

Q34 : Enfant décédé/___/

1- aucun 2- un 3- deux 4- ≥3

III-HISTOIRE DE LA GROSSESSE

Q35: A quel âge êtes-vous mariée ?/___/ 1- < 15ans 2- 15-17ans 3- 18-19ans

Q36 : A quel âge êtes-vous tombée enceinte ?/___/ 1- < 15ans 2- 15-17ans

3-18-19ans

Q37 : La grossesse était-elle désirée/___/ 1-Oui 2-Non

Q38 : Quelle est votre vision personnelle par rapport au mariage précoce et à la grossesse à cet âge de vie ?/___/

Q39: Quel était la réaction du père de l'enfant devant cette nouvelle ?/___/

Q40 : Aviez-vous gardé la grossesse jusqu'à terme ?/___/

Q41 : Sinon, Pourquoi ?.....

Q42:Avez-vous effectué des CPN/___/

1=1-2 CPN 2=3-4 3= ≥5 3= aucune

Q43: sinon, pourquoi ?.....

Q44: Lieu/___/ 1- CHU 2- CSREF 3-CSCOM 4- Garnison 5- privés

Q45 : Moyens de transport /___/

1- Pied 2- moto 3- voiture personnelle 4- Sotrama 5- taxi

Q46 : Auteur/___/ 1- Médecin 2- SF 3- IO 4- Interne 5- non précisé

Q47 : BPN/___/ 1- fait au complet 2- incomplet 3- non réalisée

Q48 : Echographie/___/ 1- Ier trimestre 2- IIème trimestre 3- IIIème trimestre

4- non réalisée 5- 1+2+3 6- 1+2 7- 2+3

Q49 : VAT/___/ 1-aucune dose 2-une dose 3-2doses

Q50 : SP/___/ 1- aucune dose 2- 1-2doses 3- 3-4doses 4- = ≥5

Q51 : FAF /___/ 1- assurée 2- non assurée

Q52 : Terme de la grossesse lors de la 1^{ère} consultation/___/

1- 1^{er} trimestre 2- 2^{ème} trimestre 3- 3^{ème} trimestre

Q53- COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE/___/

1-HTA 2- Pré-éclampsie/éclampsie 3- paludisme 4- anémie 5-HRP
6- RPM 7- PP 8- MAP

9- GEU 10- avortement 99- autres

Q54: Avez – vous étiez hospitalisée ? /___/ 1- oui 2- non

Q55: Aviez-vous arrêté votre scolarité durant votre grossesse ? 1- oui 2- non

Q56: Si oui, pourquoi et pendant combien de temps ?.....

IV-ACCOUCHEMENT

Q57 : pronostic d'accouchement /___/ 1-voie basse 2-césarienne prophylactique 3-césarienne d'urgence

Q58: déroulement du travail /___/ 1 : spontané 2 : provoqué

Q59 : mode d'accouchement /___/

1- Eutocique avec épisiotomie 2- ventouse 3- forceps 4-césarienne
5-Eutocique sans épisiotomie

Q60: si césarienne, indications/___/

1- BGR 2- pré-éclampsie/éclampsie 3 4- DFP 5- SFA
6- dépassement de terme 7- dilatation stationnaire 8- défaut d'engagement 9- utérus cicatriciel/bassin limite 10- HRP 11- macrosomie 12- siège / utérus cicatriciel 13- J1 en siège 88- ne sait pas 99- autre à préciser.....

Q61 : COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

1- Avez-vous beaucoup saigné après l'accouchement ? /___/

2-Avez –vous étiez transfusée ? /___/

V-PRONOSTIC FŒTAL

Q62: Apgar à la naissance

Le nouveau-né avait tout de suite crié à la naissance ?.....

Q63:Poids/___/ 1 : < 2500g 2 : 2500-3999g 3: ≥4000g

Q64 : Sexe/___/ 1-M 2-F

Q65 : Référée en pédiatrie/___/ 1-Oui 2-Non

Q66: Si Oui, motif /___/ 1-Hypotrophie 2 –Prématuré 3-Souffrance néonatale 4-Mère diabétique
5-macrosomie 6- Détresse respiratoire 7-Systématique 8- dépassement de terme 9-CPN=0 10- mère drépanocytaire 11-Mère hypertendue 99- autres

Q67 : Pronostic fœtal /___/ 1-mort-né frais 2-mort-né macéré 3-vivant 4- décès

Q68 Cause de décès /___/ 1-malformation 2- prématurité 3- souffrance 4- infection
88- ne sait pas

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Bonjour mon nom est..... Je suis

Le but de ce travail consiste à recueillir des informations sur la grossesse et l'accouchement des adolescentes à Kati koko. Nous souhaitons que vous participiez à cette enquête. Ces informations seront utiles pour permettre de faire des recommandations. L'entretien prendra 20 à 25minutes. Les informations personnelles que vous nous fournirez seront strictement confidentielles et ne seront transmises à aucune autre personne en dehors de l'équipe de recherche. Les noms et prénoms ne figureront sur aucun rapport. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières. Nous espérons cependant que vous acceptez de participer à cette étude car votre opinion est importante dans le pays.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIALLO

Prénom : Ramatoulaye

Année universitaire : 2019-2020

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à Kati koko.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique ; santé publique.

Résumé de la thèse :

Il s'agissait d'une étude prospective transversale allant de 1^{er} janvier 2018 au 30 avril 2019 portant sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes.

Dans notre étude la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes était de 2,03%.

La majorité des adolescentes avaient un âge compris entre 18 et 19 ans (76%), et les mariées représentaient 77%.

Les grossesses males suivies représentaient 22,5%. Il y'avait une relation significative entre la manière de survenue de la grossesse (désirée ou non) et la réalisation de CPN (p= 0,001).

La césarienne a été la voie d'accouchement dans 6,3 % des cas. Les principales indications étaient le BGR et la macrosomie.

Le faible poids de naissance a été retrouvé chez 6,3% des nouveaux nés.

Dans notre étude 19,8% des adolescentes n'approuvent pas le mariage précoce pour des problèmes socioéconomiques, la perturbation des études, les complications de l'accouchement voire le décès materno-fœtal.

Les adolescentes non instruites étaient de 27%. Les causes socioéconomiques, la non scolarisation des parents, le mariage précoce et la grossesse sont les

principaux facteurs liés à la non scolarisation ou la non poursuite des études des adolescentes ($p= 0,015$).

Mots clés : Adolescentes ; Accouchements, pronostic materno-fœtal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !