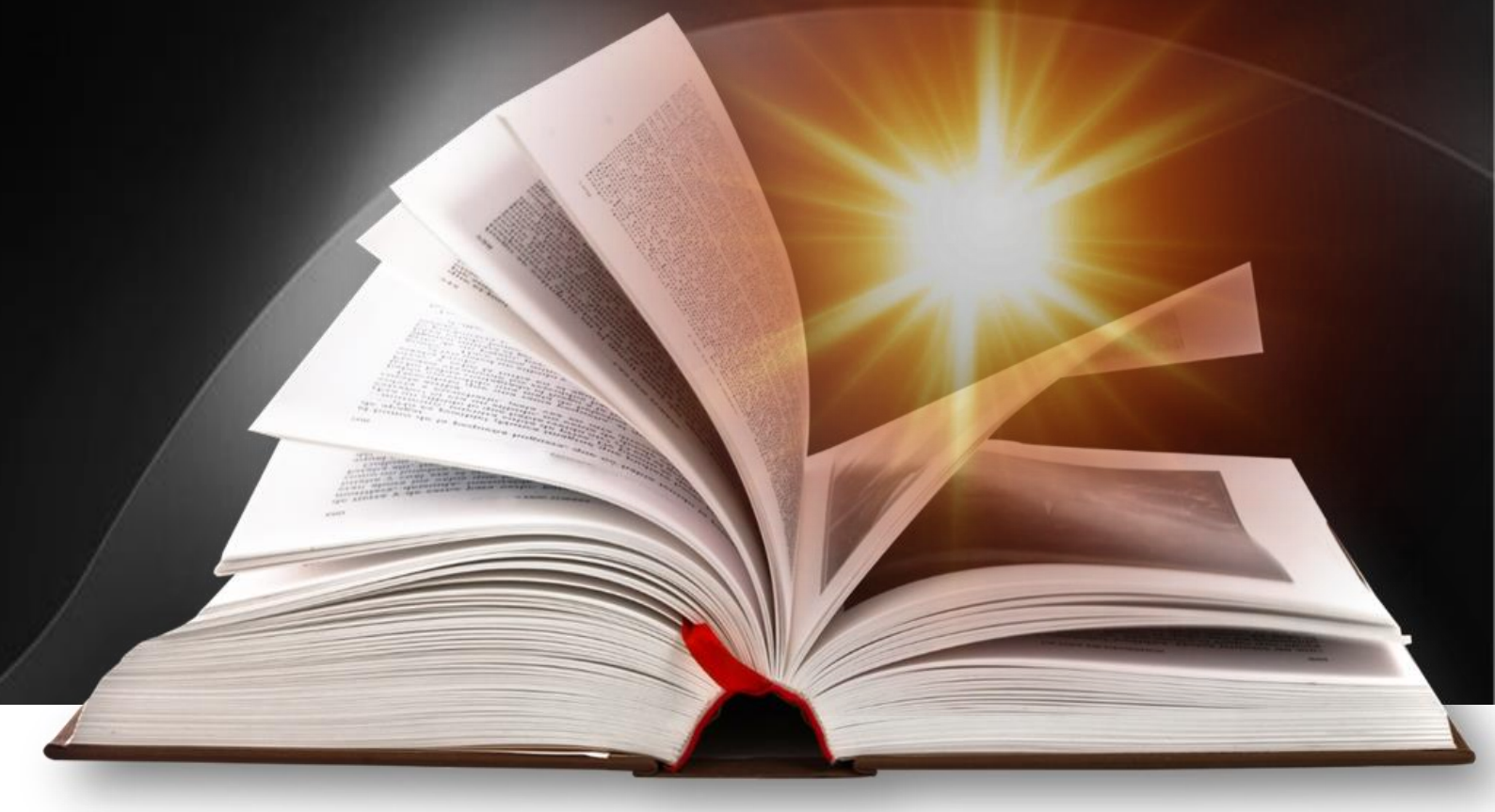
ISSN
: 2790-6248
: 2790-6256

RPJ

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -



Volume 1, n°1, Janvier - Avril 2022

EDITIONS LUMUMBA
Un nouvel élan de l'édition africaine

Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

African Scientific Universe

Afrindala Group

© Editions Lumumba

Quelques facteurs inhérents et favorisant la primiparité précoce en milieu semi-urbain (Cas de la ville de Kabinda dans la Province de Lomami)

[Some inherent and favourable factors for early primiparity in a semi-urban environment (Case of the city of Kabinda in the Province of Lomami)]

Nsubile Nsubile Clément
Université de Kabinda/Republique démocratique du Congo
Email : subilesubile@gmail.com

Mayamba Mukanza Fiston
'Institut supérieur des techniques médicales Marie Reine de la Paix de Kenge/RDC
Email : mukanzafils@gmail.com

ISSN
: 2790-6248
: 2790-6256

Revue Panafricaine de la Jeunesse

- Pan African Youth Journal -

DOI : https://doi.org/10.58610/RPJ.2790.6248.6256.31

Editions Lumumba I Afriscience I Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse

EDITIONS LUMUMBA
Un nouvel élan de l'édition africaine

Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ)
ISSN : 2790-6248
e-ISSN : 2790-6256
© Editions Lumumba - APANAEFJ
Bibliothèque Nationale du Congo I Ordonnance loi n° 89-010
du 11 janvier 1989 – Permis d'implantation n° BNC/DPHK/08/2022

Afrindala Group

La Revue Panafricaine de la Jeunesse (RPJ) est une revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive. Elle se veut un lieu de diffusion de travaux de recherche originaux et substantiels sur diverses questions liées aux enjeux et défis des sociétés africaines, dans toutes les disciplines scientifiques. La RPJ est enregistrée par le Centre International de l'ISSN (International Standard Serial Number) sous les numéros ISSN : 2790-6256 et e-ISSN : 2790-6248.

Les Éditions Lumumba, sous la houlette du label panafricain Afrindala Group, branche scientifique « Afriscience », sont une maison d'édition établie en RD Congo conformément à l'Ordonnance-Loi n° 89-010 du 11 janvier 1989 et opérant sous le permis d'établissement n° BNC/DPHK/08/2022. Enregistrées auprès de l'Agence Internationale de l'ISBN, par l'intermédiaire de l'Agence Francophone pour la Numérotation Internationale du Livre (AFNIL), les Éditions Lumumba sont repértoriées sous l'identifiant éditeur : 978-2-38489.

Le comité scientifique international, composé d'enseignants et de spécialistes d'Afrique et d'ailleurs, assure une diversité d'expertises et de perspectives. En tant que membre de Crossref, une organisation américaine participant à l'indexation globale du contenu scientifique, les Éditions Lumumba bénéficient d'un préfixe DOI (10.58610) pour attribuer un DOI unique à chaque œuvre éditée. Cela permet aux publications d'être accessibles à des milliers de membres de Crossref et à des centaines d'organisations, y compris des institutions scientifiques et universitaires du monde entier, augmentant considérablement la visibilité et l'impact international des travaux publiés.

Les Éditions Lumumba s'appuient sur un vaste réseau de distributeurs et de partenaires internationaux, incluant des universités, des ONG et de grandes plateformes telles que CAIRN.INFO (la plus grande bibliothèque numérique francophone), DILICOM, OpenEdition Books, la plateforme Afriscience, etc.

© Editions Lumumba

Revue Panafricaine de la Jeunesse

— RPJ —

- Pan African Youth Journal –

Revue scientifique internationale, interdisciplinaire et interactive

Périodicité : avril, août et décembre
Prix du numéro : 30 USD
Abonnement annuel : 100 USD
Version numérique disponible sur : www.afriscience.org

Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :
@editionslumumba | @afriscience

Imprimé en République Démocratique du Congo

Tél. (+243) 90 43 370 19
Email : contact@editionslumumba.com
Site web : www.editionslumumba.com
Siège : 10, avenue de la Moto croisement boulevard M'siri, ville de Lubumbashi, RD Congo

Equipe de la revue

Equipe de rédaction

- Directeur de Publication : M. le Pr. **Basile Mulwani Makelele**, RD. Congo
- Rédacteur en chef : M. le Pr. **Philippe Kasongo Maloba Tshikala**, Belgique
- Rédacteur en chef Adjoint : M. **Valery Ngoy Ndala,** RD. Congo
- Archiviste : M. le Pr. **Franck Ahouadi,** Bénin
- Traducteur en chef : M. le Dr. **Fo-Koku D. Woameno**, Togo
- Responsable de la mise en ligne : Mme **Blin Acouh Marie-José**, Côte d'Ivoire
- Secrétaire de rédaction : M. **William Agbaka,** Bénin
- Référente pour le suivi du processus d'adhésion : Mme **Marie Mbatshiona Mundi**, RD. Congo
- Responsable administratif et financier : M. **Banon Zinsou Côme**, Bénin
- Trésorière : Mme **Josephine Muyumba Feza**, RD. Congo
- Responsable des partenariats : M. **Fidèle BUKASA KABWE,** RD. Congo

Comité scientifique :

- Abdoulaye Ouedraogo, PhD, Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (MEFP), Burkina Faso
- Abi-Kaberou Gildas, PhD, UAC/ENS-Porto-Novo/Laboratoire de Pédagogie et de Didactique des Humanités (LaPEDIH), Benin
- Adaba Koffi Amessou, PhD, Université de Lomé, Togo
- Akimou Tchagnaou, PhD, Université de Zinder, Niger
- Ambombi Eyolo Azede Espoir, PhD, Chaire MBA, Afrikan campus, Congo Brazza.
- Amoussou Franck, PhD, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Ballo Drissa, PhD, Enseignant-Chercheur, Mali
- Basile Mulwani Makelele, PhD, Université de Lubumbashi, RD. Congo
- Bitouga Bernard Aristide, PhD, Université de Douala, Cameroun
- Christian Bumute, PhD, Université de Likasi, RD Congo
- Essome Lele Gislain Arnaud, PhD, Unité de recherche ECLLA, Université de Jean-Monnet Saint-Étienne, Cameroun

- Fidélie Ntshikala, PhD, Université de Kolwezi, RD Congo
- Félix N'dia Anon, PhD, Université Félix Houphouet-Boigny, Côte d'Ivoire
- Fo-Koku D. Woameno, PhD, Université de Lomé, Togo
- Franck Ahouadi, PhD, Université d'Abomey-Calavi, Bénin
- Gano Nouhou, PhD, Université cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal
- Kongue Toyindou, PhD, Université de Lomé, Togo
- Matthias Cinyabuguma, PhD, Banque mondiale, RD Congo
- Mohamed Atteyoub H. dit Modibo SIDIBÉ, Phd, Université des sciences sociales et de gestion de Bamako (USSGB), Mali
- Moussa Coulibaly, PhD, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal
- Moussa Dourfaye Abdoul-kadze, Phd, Service de Santé, Niger
- Nebie Boukary, PhD, Université de Fada N'Gourma, Burkina Faso
- Nyebe Atangana Sandrine, PhD, Ministère des enseignements secondaires, Cameroun
- Philippe Kasongo Maloba Tshikala, PhD, Université de Lubumbashi, RD Congo
- Raymond-Bernard Ahouandjinou, PhD, Université d'Abomey Calavi, Benin
- Serge Caleb Mbula Musasa Mwadianvita, PhD, Université Pédagogique Nationale (UPN) de Kinshasa, RD Congo
- Sidibé Ousmane, PhD, Université de San Pedro, Côte d'Ivoire
- Yamsoumouna Ndimma Joël., PhD, Centre d'études et de recherches en Droit international et communautaire (CEDIC), Tchad

Editorial

Convaincue que le développement durable de l'Afrique passe par l'implication intégrale et multiforme des jeunes, l'Association Panafricaine pour l'Encadrement et la Formation de la Jeunesse a décidé d'initier la *Revue Panafricaine de la Jeunesse* (RPJ) à qui nous souhaitons bon vent !

Quand bien même que l'ère de la révolution politique des indépendances des pays africains soit largement dépassée, il s'observe encore un retard dans le progrès scientifique et technologique de l'Afrique. Il est de bon aloi que les africaines et africains étudient désormais leurs problèmes respectifs et y apportent des solutions pérennes.

Si les pères du panafricanisme, notamment Modibo Keita, Thomas Sankara, Cheik Anta Diop, Kwame Nkrumah, Joseph Kizerbo, Lumumba, Malcom X, avaient milité pour la gouvernance politique de l'Afrique par les africains et pour les africains, il est temps d'amorcer l'indépendance scientifique et technologique, que seules les recherches innovantes et leurs publications dans une revue panafricaine peuvent impulser.

Vu les résultats mitigés de la coopération Nord-Sud, il faudrait songer valoriser la coopération sud-sud que la *Revue Panafricaine de la Jeunesse* vient d'initier. En effet, face aux multiples défis de développement que rencontre l'Afrique, malgré ses immenses richesses tant humaines que du sol, du sous-sol, ainsi que climatiques, il est plus que temps que les africaines et africains se réveillent et s'occupent de leurs problèmes eux-mêmes, qu'ils arrêtent avec la main tendue, sous couvert de la coopération au développement.

C'est dans cette optique que la *Revue Panafricaine de la Jeunesse* vient bouger les lignes de la recherche scientifique dans le monde, par l'érection d'un créneau international d'échange et de diffusion des études africaines, qui autre fois devraient être publiées dans les revues d'outre Afrique, ou carrément rejetées pour n'avoir pas répondu, soit disant, à leur "politique éditoriale".

Régie par un comité scientifique rigoureux, composé d'éminents professeurs chercheurs et docteurs évoluant dans divers domaines et secteurs d'activités savantes en Afrique, cette agora scientifique des chercheurs rapporte, en ce premier numéro de la *Revue,* des travaux de recherche originaux et pertinents sur des problèmes variés relatifs aux enjeux et défis des sociétés africaines dans toutes les disciplines scientifiques, notamment l'Économie et développement, l'Environnement, l'Agriculture, la Politique, l'Education, la Psychologie, la Santé, la Sociologie du développement, la Culture et les arts ainsi que la Littérature.

De ce fait, plusieurs chercheurs des universités, instituts et centres de recherche de sept pays africains (*Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, République Démocratique du Congo et Sénégal*) ont contribué scientifiquement au présent numéro, notamment le CITBA, l'INSS/CNRST, l'Ecole Normale Supérieure/Koudougou, l'Institut National de la Jeunesse et des Sports d'Abidjan, l'Institut Supérieur de Développement Rural de Bukavu, l'Université Norbert Zongo, l'Université Assane Seck de Ziguinchor, l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, l'Université d'Abomey-Calavi, l'Université de Kabinda, l'Université de Lubumbashi, l'Institut supérieur des techniques médicales Marie Reine de la Paix de Kenge, l'Institut Supériéur Pédagogique de Kalemie (ISP/Kalemie), l'Université de Ngaoundéré, l'Université des Sciences Sociales et de Gestion de Bamako, l'Université du Faso, l'Université Félix Houphouët Boigny, l'Université Jean Lorougnon Guédé, l'Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, l'Université Thomas Sankara.

Dr Basile Mulwani Makelele
Professeur des Universités

Revue Panafricaine de la Jeunesse
Revue scientifique internationale
ISSN : 2790-6248 I e-ISSN : 2790-6256
Editions Lumumba
Un nouvel élan de l'édition africaine
Email : contact@editionslumumba.com
Afriscience
African Scientific Universe

Quelques facteurs inhérents et favorisant la primiparité précoce en milieu semi-urbain (Cas de la ville de Kabinda dans la Province de Lomami)

[Some inherent and favourable factors for early primiparity in a semi-urban environment (Case of the city of Kabinda in the Province of Lomami)]

Nsubile Nsubile Clément
Université de Kabinda/Republique démocratique du Congo
Email : subilesubile@gmail.com

Mayamba Mukanza Fiston
'Institut supérieur des techniques médicales Marie Reine de la Paix de Kenge/RDC
Email : mukanzafils@gmail.com

Résumé

La grossesse chez l'adolescente dérange non seulement la société, les jeunes femmes, mais aussi le corps médical. Cet article, issu d'une enquête prospective sous forme d'étude analytique, type cas-témoins réalisée auprès de trois cent soixante et cinq (365) mères de la ville de Kabinda ; qui ont été interrogées sur la survenue et le déroulement de leur première grossesse ainsi que sur l'issue de l'accouchement (première parturition) fait voir que l'accouchement chez l'adolescente reste à haut risque. Ainsi, les différents facteurs favorisant ce risque sont : les facteurs morphologiques, sociodémographiques, psychologiques et le manque de surveillance prénatale. Les complications obstétricales chez les adolescentes et leur impact sur le pronostic materno-foetal dépendent des facteurs ci-haut cités. D'où, nous soulignons que la prévention des complications passe par : la conscientisation et la socialisation de la population pour le respect de l'âge légal du mariage et le recours aux soins prénataux adéquats.

Mots-cles : Prevalence, Primiparite Precoce, Milieu Semi-Urbain, Facteurs Favorisants

Abstract

Adolescent pregnancy disturbs not only society and young women, but also the medical profession. This article, based on a prospective survey in the form of an analytical case-control study conducted among three hundred and sixty-five (365) mothers in the town of Kabinda, who were questioned about the occurrence and progress of their first pregnancy as well as the outcome of the delivery (first parturition), shows that delivery among adolescents remains at high risk. Thus, the different factors that favor this risk are: morphological, sociodemographic, psychological factors and the absence of prenatal surveillance. Obstetrical complications in adolescents and their impact on maternal-fetal prognosis depend on the factors mentioned above.

Therefore, we emphasize that the prevention of complications requires: awareness and socialization of the population to respect the legal age of marriage and the use of adequate prenatal care.

Key words: Prevalence, Early Primiparity, Semi-Urban Environment, Facilitating Factors

0. Introduction

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme (Munyemana, M. ; Kakoma, J.B., 2010). La grossesse, si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale (Calverton, 2007). C'est ainsi que dans toutes les sociétés, les femmes sont censées avoir des enfants et ce rôle de mère est source de respect (Gamerre M., et al, 1998). Cependant, dans bien des régions du monde, la grossesse et l'accouchement demeurent risqués, surtout chez les adolescentes.

L'adolescence demeure donc un phénomène dont les besoins spécifiques en matière de santé a été longtemps ignorés (Calverton, Maryland, 2008). Selon l'OMS, ce terme regroupe les personnes âgées de 12 à 19 ans. Il s'agit donc d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte (Kouakou K.P., Djanhan Y., Doumbia Y, 2006, pp 33-39). Ni enfants ni adultes, les adolescents constituent une classe d'âge à part entière, aux problèmes de santé et de comportements spécifiques, qui ont conduit à la création dans certains hôpitaux d'unités spécialisées d'adolescents. Ces dernières sont en fait des unités de prise en charge médico-psycho-sociale qui vont tenter de prendre en charge l'individu dans son entière complexité (Calverton, Maryland, 2007).

L'importance de cette période au cours de laquelle on n'est plus une petite fille mais pas encore une femme est ignorée par beaucoup des sociétés africaines. L'OMS a déclaré en 2007 entre 14 et 15 millions des adolescents parmi les femmes qui accouchent, ce qui représentait plus de 10% de naissance mondiale (Kouakou K.P., Djanhan Y., Doumbia Y, 2006, pp33-39).

Ainsi, selon I'UNICEF, au moins 1,25 millions d'adolescentes tombent enceintes chaque année dans les 28 pays de l'OCDE et environ un demi-million d'entre-elles recourrent à l'avortement et près de 0,75 million deviennent mères à l'adolescence (Spira A, Bajos N., 1993). Par contre, dans une autre étude sur les accouchements, il a été observé qu'environ 1,55% sont fait des adolescentes de moins de 15 ans dont 24,6% seulement scolarisées et que les menaces d'accouchement prématureés, l'anémie et infections y demeurent de façon plus fréquente (Jeanneret O., Sand E.A et al. 1983, pge264-272). Au Cameroun, cette proportion représente 8,2% de tous les accouchements. En RD. Congo, Mumba Mukandila.A, Kadima Mutombo. C, Tshibangu Kabamba. E, Mbuyi Bukasa M.P, Biayi Mikenji. J. (2014), rapportent une prévalence de 4,2% à Mbuji-Mayi ; au Kasaï-Oriental. Toutefois, le haut risque des grossesses, chez cette catégorie de femmes est dû aux facteurs morphologiques, socio-économiques, psychologiques et aux manques de surveillance prénatales (CPN) car leur grossesse est aussi associée à des complications materno-fœtales de plusieurs ordres :

- Un taux élevé de mortalité périnatale suite à la prématurité et aux faibles poids de naissance ; ce qui est un très grand risque pour la vie du bébé (Gamerre M., et al, 1998) ;
- Les complications durant la période gravido-puerpérale ; du genre hypertension gravidique, les dystocies qui sont à la base des fistules obstétricales ainsi que les avortements dangereux se produisant très souvent chez les femmes jeunes qui attendent leur premier enfant (Gamerre M., et al, 1998) ;
- Les conséquences d'ordre socio-économique car leur entrée précoce dans la vie reproductive réduit considérablement leur opportunité scolaire voire professionnelle (Gamerre M., et al,1998) ;
- Les complications et les conséquences de la survenue des grossesses précoces semblent relativement bien connues malgré que les causes ne soient pas encore bien élucidées. Toutefois, cette grossesse, concerne surtout les femmes défavorisées aussi bien dans les pays développés et en voie de développement (Le Van C, 1998.).

Malgré que plusieurs études soient réalisées à travers la littérature, les facteurs favorisant cette primarité jeune n'ont pas été clairement étudiés à travers le monde. Ainsi, en s'interrogeant sur ce fait, précisément sur la situation de notre milieu, plusieurs interrogatoires ont été suscités : quelle en serait la prévalence ainsi que les déterminants de cette maternité dans un milieu semi-urbain comme l'actuelle ville de Kabinda en province de Lomami ?

La tentative de répondre à cette question plus ou moins complexe nous paraissant comme un réel problème de santé publique a motivé la présente étude sur le modèle prédictif de la primiparité jeune dans le pays en voie de développement : Cas de la ville semi-urbaine de Kabinda.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la diminution la morbi-mortalité due aux grossesses précoces par l'évaluation de ses facteurs favorisants. De façon générale, cette étude veut analyser les cours et issue de la grossesse chez l'adolescente dans un milieu semi-urbain et sous-équipé qui est la ville de Kabinda. Et de façon spécifique notre étude vise à :

a) Déterminer la fréquence des grossesses et accouchements chez les adolescentes dans la ville semi-urbaine de Kabinda ainsi que leurs caractéristiques ;

b) Chercher quelques facteurs prédictifs de cette primiparité jeune dans un tel milieu ;

c) Evaluer ses complications et/ou conséquences durant la période gravido-puerpérale ainsi que le pronostic périnatal du couple mère-enfant.

1. Méthodologie

Notre étude a été réalisée dans la ville semi-urbaine de Kabinda, chef-lieu de la province de Lomami en République démocratique du Congo. Il s'agit d'une ville à vocation agro-alimentaire, en pleine expansion économique. La présente étude a ciblé quelques femmes-mères en âge de procréation et ayant déjà accouché au moins une fois au cours de la période de notre enquête. L'échantillon a été stratifié en deux groupes de comparaison : l'un

comportant les femmes ayant accouché pour la première fois à l'âge de l'adolescence (< 20 ans) constituant alors notre groupe d'étude (cas) et l'autre, celles ayant eu leur première parturition à l'âge compris entre 20-34 ans constituant alors le groupe de comparaison (témoins). Il s'agit donc d'une enquête prospective et transversale sous forme d'étude analytique, type cas-témoins réalisée sur une période de 2 mois, allant du 15 mars 2020 au 15 mai 2020. Un questionnaire semi-ouvert standard comprenant nos différents paramètres d'étude a été utilisé. Dans certaines situations, une interview des sujets d'étude a été nécessaire pour compléter les données récoltées. Un consentement éclairé préalable a été explicitement obtenu de chaque sujet inclu dans l'étude après leur avoir expliqué l'importance de notre étude.

1.1. Critères de sélection de la population

1.1.1. Critères d'inclusion

Après avoir donné leur consentement libre et éclairé et soumise à notre questionnaire semi-ouvert, a été inclue dans la présente étude :

- **Dans le groupe d'étude** : toute femme-mère ayant accouché pour la toute première fois à l'âge d'adolescence selon l'OMS (moins de 20 ans d'âge) et ayant eu sa résidente permanente dans la province de Lomami les 5 ans précédant cet accouchement ;
- **Dans le groupe de référence ou témoins** : toute femme ayant accouché pour la première fois à l'âge compris entre 20-34 ans et ayant eu sa résidente permanente dans la province de Lomami les 5 ans précédant cet accouchement.

1.1.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude :

a) Le reste de femmes-mères enquêtées, ayant accouché pour la première fois à l'âge supérieur ou égal à 35 ans (primipares âgées);
b) Les femmes encore nullipares au jour de notre enquête ;
c) Les femmes ayant vécu moins de cinq ans dans la province de Lomami avant la première parturition ainsi que celles n'ayant pas consenti à participer à notre étude quelle que soit le motif évoqué ;
d) Les femmes ayant accouché avec grossesse multiples.

1.2. Échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage probabiliste type aléatoire simple dont la taille minimale de l'échantillon a été calculée à partir de la proportion attendue de 4,2% rapportée par MUMBA M.A et al. (2017). Cette taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule de Schwartz :

$$n = \frac{1+\frac{1}{c}\left(Z_{\alpha}+Z_{1-\beta}\right)^{2} x\ p(1-p)}{(p_0+p_1)^2}$$

Avec

n : taille attendue de cas de l'échantillon ;
c : nombre de témoins par cas (soit 2 souhaité);
p_0 : proportion attendue de témoins exposés (0,042);
p_1 : proportion attendue exposés dans les deux groupes ;

Z_α = Valeur de Z pour le risque de première espèce (1,65 pour un test unilatéral);

$Z_{1-\beta}$= Valeur de Z pour une puissance 1-β (1,28 pour un test unilatéral) ;

p= $\frac{p_0+p_1}{2}$: proportion de sujets exposés dans les deux groupes (cas et témoins).

$p_1=\frac{p_0+OR}{1+p_0(OR-1)}=\frac{(0,042)(2)}{1+[0,42(2-1)]}=0,08061.$

$P=\frac{p_0+p_1}{2}=\frac{0,042+0,0861}{2}=0,06405$

$n=\frac{(1+\frac{1}{2})(1,65+1,28)^2 x\ 0,06405(1-0,06405)}{(0,042+0,08061)^2}=\frac{(1,5)\ (2,93)^2 x\ 0,06405(9,3595)}{(0,12261)^2}$ =39,88

Ainsi, si on considère une fréquence de 4,2% trouvée à Mbuji-Mayi (6) et en tenant compte de 10% du au biais de l'étude, la taille minimale de notre échantillon devrait être supérieure 44 femmes ayant eu leur première parturition à l'adolescence. Toutefois notre échantillon largement supérieur et comporte un effectif de 110 cas versus 193 témoins dans la présente étude.

1.3. Paramètres d'études ou variable d'étude

Les paramètres d'étude sont ceux liés aux données socio-démographiques, aux antécédents, à la grossesse, à l'accouchement, au pronostic périnatal du couple mère-enfant :

a) Le taux de prévalence ;
b) Caractéristiques sociodémographiques ;
c) Age au premier rapport sexuel ;
d) Age maternel à la ménarche ;
e) Nombre de fratrie dans la famille de la femme à la première parturition ;
f) Niveau d'instruction de la femme à la première parturition ;
g) Type d'union à la première parturition ;
h) Profession des parents à la première parturition ;
i) Déroulement de la grossesse et caractéristiques de l'accouchement : Suivi ou non de consultations prénatales, type de présentation (céphalique, siège et transverse), type d'accouchement (eutocique ou dystocique), mode d'accouchement (voie basse ou césarienne).
j) Pronostic périnatal du couple mère-enfant : césarienne, décès, état du nouveau-né à la naissance, poids de naissance.

1.4. Analyses des données

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux comportant les effectifs observés, les proportions et les moyennes, leurs écart-types ainsi que les Odds Ratios (OR). La comparaison des proportions a été faite au moyen du test de khi carré de Pearson ou corrigé de Yates. Parfois, le test de Fisher exact a été nécessaire.

Les données recueillies ont été encodées sur un tableur du logiciel Excel (Microsoft, USA, 2019) puis importées pour traitement sur le logiciel informatique Epi Info 3.5.4, version de 2008.

Les paramètres de tendance centrale ont été comparés au moyen du test de Snedecor à défaut, du test de Kuwskal Wallis. Un modèle de régression logistique bi variée a été conçu pour déterminer les facteurs prédictifs de la primiparité jeune dans notre milieu d'étude (A Kabinda). Le test Khi deux et le test exact de Fisher ont été les tests statistiques utilisés. Leur seuil de significativité était α = 0,05 et β= 0,1 à 0,20.

2. Résultats

2.1. Prévalence

Trois cent soixante et cinq (365) mères ont été interrogées sur la survenue et le déroulement de leur première grossesse ainsi que sur l'issue de l'accouchement (première parturition). Ainsi, nous avons observé que 110 d'entre elles avaient eu leur premier accouchement à l'âge de 12-19 ans avec une majorité entre 15-17 ans (65 cas/110), 193 entre 20-34 ans avec une majorité à 25-29 ans (133/193 cas) et 62 au-delà de 34 ans. Il ressort de ce constat que la fréquence de la primiparité jeune selon l'OMS a été de 30,1% [21,3-70,6] soit un âge moyen de 15,4 ans (Sdv : 1,16).

2.2. Caractéristiques socio- démographiques

Tableau 1 : Première parturition et âge à la ménarche

Âge à la ménarche (ans)	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
10	2	1,04	1	1	0,19[0,00-1,39]
11	10	5,18	19	17,27	**3,82[1,61-9,56]**
12	**62**	**32,1**	**48**	**43,8**	**1,64[0,98-2,73]**
13	37	19,1	13	11,8	0,57[0,26-1,16]
14	28	14,4	9	8,1	0,53[0,21-1,20]
15	19	9,8	7	6,3	0,62[0,21-1,61]
16	21	10,8	10	9,0	0,82[0,33-1,91]
17	14	7,2	3	12,7	0,36[0,06-1'33]
Moyenne	**13,28±1,37 ans**		**12,82±0,94 ans**		
Khi-carré: 16,8290		ddl: 7			p-value: 0,0185

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans ce tableau, nous constatons que plus des filles ont leurs menarches à 12 ans soit 43,8%

Tableau 2 : Première parturition et âge au premier rapport sexuel

Âge à la première sexualité (ans)	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	

10-11	0	0,00	0	0,00	Indéterminé
12-13	2	0,53	11	10,00	**10,61[2,31-48,81]**
14-15	21	10,88	**53**	**48,18**	**7,62[4,23-13,70]**
16-17	35	18,14	27	24,55	1,47[0,83-2,59]
18-19	64	33,16	9	8,18	0,00[Indét]
≥ 20	47	24,35	0	0,00	0,28[0,13-0,59]
Non renseigné	24	12,44	10	9,09	0,70[0,32-1,53]
Moyenne	**19,13±2,04 ans**		**14,45±1,26 ans**		

Khi-carré: 15,1245; ddl: 5 p-value: 0,0000;

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Il ressort dans ce tableua que 48,18% des filles ont ue leur premier rapport sexuel entre 14 et 15 ans

Tableau 3 : Première parturition et niveau d'instruction des parents de la jeune mère (père).

Niveau d'instruction	**Témoins (20-34 ans)**		**Cas (<20 ans)**		**OR [ICà95%]**
	n=193		**n=110**		
Analphabète	14	7,25	**41**	**37,27**	**7,60[3,80-14,81]**
Primaire	37	19,17	33	30,00	1,81[1,05-3,11]
Secondaire	**123**	**63,73**	31	28,18	0,22[0,13-0,37]
Universitaire	19	9,84	5	4,55	0,44[0,16-1,20]

Khi-carré: 23,2130; ddl: 3 p-value: 0,0000;

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans ce tableau, les résultats renseignent que 37,27% des filles etaient issue des familles dont les parents etaient analphabete

Tableau 4 : Première parturition et niveau de vie présumé des parents (père).

Niveau de vie	**Témoins (20-34 ans)**		**Cas (<20 ans)**		**OR [ICà95%]**
	n=193	%	n=110	%	
Bas	51	26,42	**68**	**61,82**	**4,51[2,73-7,44]**
Moyen	**99**	**51,30**	31	28,18	0,37[0,23-0,62]

Haut	43	22,28	11	10,00	0,39[0,19-0,79]

Khi-carré: 13,1472 ddl: 2 p-value: 0,0000

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans ce tableau n°4, nous notons que 61,82 % des nos enquetées leurs parents avaient un niveau de vie bas.

Tableau 5 : Première parturition et type d'union maritale

Type d'union	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
En union de mariage	**142**	**73,58**	36	32,73	0,18[0,10-0,29]
Hors union de mariage	29	15,02	**65**	**59,09**	**8,17[4,72-14,13]**
En fiançailles	22	11,40	9	8,18	0,69[0,31-1,56]

Khi-carré: 13,1472 ddl:2 p-value: 0,00000

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Il ressoert de ce tableau n°5 que 9, 09 % des filles enquêtées étaient issues d'une union hors mariage.

Tableau 6 : Première parturition et Résidence

Résidence	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Pleine ville de Kabinda	181	93,7	87	79,10	0,25[0,12-0,53]
Dans les villages de Kabinda	12	6,21	23	20,90	**3,99[1,90-8,39]**

Khi-carré: 14,8020 ddl: 1 p-value: 0,0001205

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Les données du tableau n°6 montrent que 79 % des filles habitaient la ville de Kabinda.

2.3. Deroulement de la grossesse et issue de l'accouchement

Tableau 7 : Première parturition et consultations prénatales (CPN)

Notion de CPN	Témoins (20-34 ans)	Cas (<20 ans)	OR [ICà95%]

	n=193	%	n=110	%	
Grossesse suivie au moins une fois	156	80,83	69	62,73	0,40[0,24-0,68]
Grossesse non suivie	37	19,17	41	37,27	**2,51[1,48-4,24]**

Khi-carré: 12,0104 ddl: 1 p-value: 0,000530223

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Il resort dans ce tableau n°7 que 62,73 % des participants ont suivi la consultation prenatale

Tableau 8 : Première parturition et type de présentation du fœtus

Type de présentation	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Céphalique	179	92,75	88	80,00	0,31[0,15-0,64]
Siège	11	5,70	15	13,64	2,61[1,15-5,91]
Transverse	3	1,55	7	6,36	4,30[1,09-17,00]

Khi-carré: 7,1914 ddl: 2 p-value: 0,01429306

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans ce tableau, nous trouvons que 80% des filles avaient une presentation cephalique.

Tableau 9 : Première parturition et type d'accouchement

Type d'accouchement	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Eutocique	174	90,16	54	49,09	0,11[0,06-0,19]
Dystocie	19	9,84	**56**	**50,91**	**9,50[5,19-17-36]**

Khi-carré: 53,4352 ddl: 1 p-value: 0,000000000

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans le tableau n°9, il y resort que 50,91 % ont ue un accouchement distocique.

Tableau 10 : Première parturition et mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Voie basse	182	94,30	64	58,18	0,08[0,04-0,17]
Césarienne	11	5,70	46	41,82	**11,89[5,81-24,36]**

Khi-carré: 59,8476 ddl: 1 p-value: 0,000000000

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Le tablau n°10 nous renseigne que 41,82 % des filles ont accouchée par cesarienne.

2.4. Pronostic périnatal du nouveau-né

Tableau 11 : Première parturition et maturité fœtale

Maturité fœtale	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Prématurité	32	16,58	14	12,73	0,87[0,44-1,70]
A terme	151	78,24	91	82,73	1,38[0,78-2,43]
Dymaturité	10	5,18	5	4,55	0,87[0,29-2,62]

Khi-carré: 3,524112 ddl: 2 p-value:0,67534518

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans ce tableau n°11, il ressort que 82,73 % de nouveau-né avaient atteint une maturité fœtale.

Tableau 12 : Première parturition et Mortalité périnatale

Mortalité néonatale	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Vivant	178	92,22	93	84,55	0,46[0,22-0,96]
Décès	15	7,78	17	15,45	2,17[1,04-4,53]

Khi-carré: 4,3781 ddl: 1 p-value:0,0364056272

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Nous voyons dans le tableau n°12 que 15,45% des nouveau-nés sont decedés à la naissance.

Tableau 13 : Première parturition et poids de naissance

Poids de naissance	Témoins (20-34 ans)		Cas (<20 ans)		OR [ICà95%]
	n=193	%	n=110	%	
Normal	158	81,86	74	67,27	0,46[0,22-0,96]
Faible poids	24	12,44	29	26,36	2,17[1,04-4,53]
Macrosomie	11	5,70	7	6,36	0,89[0,41-1,73]
Khi-carré:		ddl: 2		p-value:0,004231	

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

Dans le tableau n°13, nous notons que 67,27% des nouveaux-nés avaient le point normal à la naissance.

Tableau 14 : Facteurs favorisant la primiparité précoce selon la régression logistique bivariée en milieu semi-urbain.

Facteurs étudiés	OR Ajusté [IC à 95%]	P-value
Premier rapport sexuel avant 14 ans d'âge	8,12[3,75-24,11]	0,00235462
Ménarche avant 13 ans d'âge	1,01[0,02-2,37]	0,67231560
bas Standing de vie familial	2,70[0,98-4,48]	0,00012236
Niveau d'instruction de parents ne dépassant pas le cap primaire	18,02[7,56-34,83]	0,00000000
Non scolarisation de la fille à la découverte de la sexualité	14,38[7,45-30,86]	0,00000000
Taille de la fratrie dans la famille de la jeune fille≥ 6 enfants	0,93[0,045-1,57]	1,00000000
Milieu de vie (résidence)	1,46[0,71-3,29]	0,24523813
Prostitution à l'adolescence (vie de concubinage)	12,74[5,23-27,19]	0,00000000

Source : Données de nos enquêtes, du 15 mars 2020 au 15 mai 2020

3. Discussion

3.1. Prévalence

On pourrait définir la proportion de grossesses chez l'adolescente comme le nombre de naissances chez les adolescentes sur le nombre total de naissances pour un pays donné (Alvin P, Marcelli et al 2000, p 304-307). Dans la présente étude, sur un total de 365 mères interrogées sur la survenue et le déroulement de leur première grossesse ainsi que sur l'issue de l'accouchement (première parturition), nous avons observé que 110 d'entre elles avaient eu leur premier accouchement à l'âge < 20 ans avec

une majorité entre 15-17 ans (65 cas/110), 193 entre 20-34 ans avec une majorité à 25-29 ans (133/193 cas) et 62 au-delà de 34 ans. Ainsi, de ce constat, nous rapportons une fréquence de la primiparité jeune de 30,1% [21,3-70,6] selon l'OMS.

En France, cette proportion reste très faible et a même beaucoup baissé entre 1976 et 1992 puisqu'elle est passée de 3,6 % à 1 %. Depuis 10 ans elle se maintient aux environs de 0,85 %. Dans une autre étude en Seine-Saint-Denis elle a été en légère augmentation puisqu'elle a passé de 1,9 % en 1998 à actuellement 2,3 % du fait d'un recrutement particulier (Ware L.M. 1999 ; 11,4 : 23-48). En France en 1997 on a enregistré 6356 naissances chez des mères de 18 ans ou moins, dont 954 chez les mères de moins de 16 ans. Aux États-Unis on estime à 13 % le taux de grossesses à l'adolescence par rapport au nombre total des naissances soit près de 500 000 naissances chez les mères entre 11 et 19 ans (Toulemon L, 1999, 39-44.).

Au Congo, dans une étude presque semblable, MUMBA M et al (6,33,34), ont enregistré 368 accouchements aux âges extrêmes soit 29,4% (368/1251) avec une prédominance des femmes âgées de plus de 35 ans soit 91,9% d'âge moyen estimé à 38,49±2,44 (extrêmes : 35 et 47 ans) contre 8,1% (30/368) des adolescentes de moins de 18 ans dont l'âge moyen était de 16,6±0,4 ans (extrêmes : 15 et 17 ans). Ainsi, la prévalence d'accouchements des adolescentes a été de 4,2% vs 27,0% des femmes âgées.

Le taux de 30,1% de la primiparité jeune rapporté dans notre série est non seulement élevé par rapport à celui observé dans le même milieu Congolais (6, 33, 34), mais aussi de loin non superposables aux 12,8% observés en Tunisie. Toutefois, la fréquence de cet accouchement tout particulier varie entre 1,55% et 18,4% à travers le monde et cela selon les auteurs [Alvin P, Marcelli et al 2000, p 304-307].

La valeur accordée à l'enfant dans les pays africains et particulièrement dans la nouvelle province de Lomami, une ville semi-urbaine et en pleine expansion économique, serait une alternative d'explication à cette grande différence observée d'une part. L'enfant y est alors considéré comme une véritable richesse à tel point que la femme désire avoir l'enfant même à un âge avancé. D'autre part, Les critères de sélection seraient également une cause de cette divergence car la plupart d'auteurs considérant comme jeune primipare, tou t accouchement réalisé à un âge inférieur ou égal à 18 ans et même moins de 16 ans (Toulemon L, et al 1999, 39-44.).

Quant à nous, avons souscrit volontiers à la définition de l'OMS celle prenant comme limite d'âge de 11 à 19 ans (ARISTIDE ROMARIC BADO1 et al. pg 5-9 décembre 2011). En effet, certains auteurs ont retenu l'âge de moins de 15 ans (Alvin P, Marcelli D et al 2000 pge 59), et d'autres de moins de 16 ans de 13 à 16 ans (GAMERRE M., et al, Tome XXII, le 2. déc.1998), de 13 à 17 ans (Alvin P, Marcelli D et al 2000 pge 59), de moins de 18 ans (ARISTIDE ROMARIC BADO1 et al. : pg 5-9 décembre 2011), de 18 ans et moins de 19 ans et moins (GAMERRE M., et al, Tome XXII, le 2. déc.1998)

Une autre alternative d'explication très possible serait la différence des caractéristiques sociodémographiques et culturelle de populations d'études : la majorité de la population congolaise est jeune (60%) (2); le bas niveau de vie familiale, la précocité des relations sexuelles et du mariage précoce (48% à 15 ans), le faible niveau de scolarisation ;le bas niveau d'éducation en matière de sexualité.

3.2. Caractéristiques socio- démographiques

Ainsi, en rapport avec l'âge à la première menstruation, en République Démocratique du Congo, la moyenne a été estimée à 13,83 ans (Sd : 0,04) avec une dispersion entre 8 ans et 20 ans en 1984 (GAMERRE M., et al, Tome XXII, le 2. déc.1998). Toutefois, trois décennies plus tard, dans une étude récente comparative, Mumba M et al. (Aristide Romaric Bado1 et al. : pg 5-9 décembre 2011) rapportent un âge de 13,5 ans (Sd : 1,3), variable avec le milieu d'étude considéré : 13,3 ans (Sd : 1,5) en milieu urbain et 14,3 ans (Sd : 1,4) en milieu rural avec une différence nettement significative (Aristide Romaric Bado).

Quant à nous, dans la présente série, cet âge a été évalué à 12,82±0,94 ans avec une majorité soit 43,8% à 12 ans chez les jeunes primipares vs 32,1% chez leurs homologues ayant accouché dans la tranche d'âge normal avec un risque de survenue de d'une grossesse précoce multiplié par 4 : OR=3,84[1,61-9,56] et par 2 : OR=1,64[0,98-2,73] lorsque la ménarche a eu lieu à 11 et 12 ans respectivement. La disparité entre l'âge moyen à la première menstruation entre notre étude et celle de MUMBA M et al. S'expliquerait par le fait que dans notre série, le calcul de cet âge n'a porté que sur les jeunes mères adolescentes. Tout de même, cet âge d'apparition des premières règles varie cependant, d'un pays à l'autre et, au sein de chaque pays, d'un groupe socio-économique à un autre. Parmi les facteurs susceptibles de l'influencer, le niveau socio-économique est actuellement considéré comme étant le facteur dominant. Par contre, le rôle des autres facteurs continue à faire l'objet de nombreuses controverses (ARISTIDE ROMARIC BADO1).

Ainsi, la comparaison de ces deux groupes tout à fait distincts, pourrait nous permettre de croire que la précocité de premiers rapports sexuels serait corrélée à une première maternité précoce dans notre milieu avec un risque multiplié par 11 : OR=10,61[2,31-48,81] et par 8 : OR=7,62[4,23-13,7] lorsqu'ils ont été obtenus respectivement à 12-13 ans et 14-15 ans. Toutefois, bien que tardif ailleurs, comme en France, situant cet âge autour de 17 ans depuis 1985 dans le deux sexes (8), cette précocité des rapports sexuels observée chez les primipares jeunes de notre série, corroborent la littérature car la distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont leurs premiers rapports à 15 ans ou moins (10). Ainsi, plus les rapports sont précoces, plus ils sont subis plutôt que souhaités. Signalons que cette particularité est retrouvée dans toutes les études (17). C'est pourquoi, en 1994, la campagne nationale contre le sida, a fait des préservatifs la principale méthode de contraception au moment des premiers rapports (18).

Les rapports sexuels à l'adolescence ont donc pour caractéristique d'être sporadiques (5 à 15 par an) et non planifiés (63 % ont lieu pendant la période de vacances). De plus, les unions sont de courte durée et n'excèdent que très rarement 1 mois : ceci explique en partie l'utilisation du préservatif en première intention (17,18).

Quant à ce qui concerne le niveau de vie de parents, nos adolescentes primipares semblent provenir de familles parentérales dont niveau socio-économique a été relativement défavorable car plus de la moitié d'entre elles (61,82%) vs moins d'un tiers (26,42%) de leurs homologues était issues de familles de bas niveau socio-économique avec un risque de première parturition jeune multiplié par 5 : OR= 4,51[2,73-7,44]. Ce fait étant aussi observé ailleurs, c'est pourquoi, en Guyane française (16), les adolescentes bénéficient d'une couverture sociale (Couverture médicale universelle et l'aide médicale d'état) car Blondel, dans son étude citée par (49,50), a montré que les femmes ne possédant aucune couverture sociale avaient 20 fois plus de risque de mal, ou de ne pas faire suivre leur grossesse.

En outre, le taux de non scolarisation des adolescentes tout en variant entre 7,2% et 80% selon les auteurs (14, 17, 21, 51,52), dans notre étude, nous rapportons que 37,27% de primipares adolescentes provenaient des familles analphabètes contre seulement une faible proportion de 7,25% chez les témoins et par conséquent elles n'ont pas eu le soutien nécessaire pour leur scolarisation. D'ailleurs, plusieurs études ont aussi rapporté l'importance de cette scolarisation dans la prévention du phénomène des grossesses précoces (9, 14, 53,54). Aux Etats- Unis par exemple, les adolescentes non scolarisées de moins de 12 ans ont 6 fois plus de risque de devenir mère avant l'âge de 18 ans (25, 30, 36, 42,55). Nos adolescentes non scolarisées représentent 20,90% contre 15,63% pour le groupe adulte. Cette différence est statistiquement significative et peut s'expliquer par la paupérisation des populations avec des conséquences sociales. Selon les auteurs (16, 17, 21, 25,43) le taux d'adolescentes célibataires varie entre 9,4% au Maroc ,59% au Mali et 100% en Guyane française (11, 38, 42,56). Dans notre étude 44,75% des adolescentes ont été des célibataires contre 24%. Cette différence a été avérée statistiquement significative et pourrait s'expliquer justement par la précocité des rapports sexuels (qui se situe à 38% avant 15ans) par rapport à l'âge médian de la première union (estimé à 16,3ans) (4) alors que les taux plus bas au Maroc (9,4% et 10%) pourraient aussi s'expliquer par le fait que dans les sociétés islamisées les filles sont mariées très tôt en particulier dans le milieu rural pour préserver la virginité des jeunes filles (12).

3.3. Déroulement de la grossesse et accouchement

Le suivi prénatal constitue une activité préventive efficace permettant d'améliorer l'issue de la grossesse, surtout celles à risque. Notre étude a enregistré environ 2/3 de nos jeunes adolescents primipares soit 62,73% qui avaient fréquenté les services de consultations prénatales au moins une seule fois au cours de leur période gravidique avec un risque multiplié par 3 : OR= 2,51[1,48-4,24] de ne pas faire suivre sa grossesse. Ce taux paraît relativement faible comparé à la littérature : MUMBA M et all. (6) ont rapporté plus de ¾ de cas (79,2%) chez les adolescentes de la ville de Mbujimayi. Ce

taux bas de fréquentation aux CPN observé dans la présente série, est heureusement satisfaisant chez leurs homologues (80,83%) ayant réalisé leur première parturition entre 20-34 ans dans la même série (témoins) avec une différence très significative : p=0,000530.

La rareté aux services de consultations prénatales observée dans notre étude pourrait en partie être expliquée par le type d'union dans lequel bon nombre de nos jeunes parturientes se retrouvaient car plus de la moitié était hors union de mariage (59,09%) vs 26,42% chez les témoins. D'ailleurs, dans ces circonstances, le risque de porter une grossesse a été non seulement élevé mais aussi multiplié par 8 : OR=8,17[4,72-14,3]. Le taux bas de fréquentation a été rapporté par la majorité d'auteurs (33-35,57). Le bas niveau socio-économique de nos adolescentes, le faible taux de scolarisation pouvaient en être d'autres explications supplémentaires.

Toutefois, en rapport avec l'accouchement proprement dit, il a été établi dans toutes les études qu'il serait réputé sans risque à condition que la grossesse soit reconnue afin qu'un certain travail de parentalité soit élaboré avant l'arrivée de l'enfant (16). C'est pourquoi, nous rapportons plus de ¾ de cas de fœtus en présentation céphalique avec moins de cas de siège (13,64% vs 5,7%) et de position transverse (6,36% vs 1,55%). Tout de même, malgré la rareté des présentations irrégulières observées, il y a lieu de noter que le risque de position transverse a été non négligeable du point de vue statistique : OR=4,30[1,09-17,00].

Nos résultats semblent corroborer ceux des autres auteurs. MUMBA M. et al (34) ont aussi observé une présentation fréquente et équitable dans les deux groupes de sujets de leurs études avec des taux relativement bas de siège (3,3%) et de transverse (0,96%).

Cette différence observée serait probablement au faible taux de fréquentation des services de consultations prénatales constaté dans notre série.

Malgré la fréquence élevée de présentations régulières dans notre étude, les dystocies ont représenté près de la moitié de cas soient 50,91% vs 9,84% chez leurs homologues témoins avec un risque très important : OR= 9,50[5,19-17,36] bien que les causes n'ont pas été mises en évidence suite au caractère de notre étude ayant eu lieu hors les instances sanitaires. Le risque de dystocie observé chez nos parturientes paraît très important à celui rapporté à Mbujimayi, soit 5 fois élevé avec une différence très significative. Ainsi, nous pensons que la manœuvre par version externe lors des consultations prénatales à la 37 ème SA qui malheureusement était faible, serait une bonne alternative pour diminuer ces dystocies dues aussi aux présentations de siège et transverse lorsque ces CPN seraient bien planifiées comme dans les pays développés (http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/).

Suite à ces dystocies, un taux non négligeable de césariennes a été aussi noté dans notre série avec près de la moitié de cas aussi (41,82% vs 5,70%) avec un risque multiplié par 12 : OR= 11,89 [5,81-24,36]. MUMBA M et all (34), quant eux rapportent seulement 10% de cas. Notre taux de césarienne de 41,82% enregistré chez les parturientes d'âge <20 ans non seulement

supérieur à celui de Mbujimayi (34), mais semble le plus élevé de la littérature car il varie chez les adolescentes entre 1,3% et 23,2% selon les études (49,59-63): 1,6% en Tunisie (59) ; 4,3% au Congo Brazzaville (60) ; 18,2% au Cameroun (61).

Notre taux élevé de 41% pourrait s'expliquer par une fréquence élevée de dystocies et ses corollaires pourtant car selon Dedecker F. et coll. (18), l'accouchement est plus favorable chez les adolescentes que chez les adultes avec deux fois moins de risque de césarienne et d'extraction instrumentale. C'est pourquoi certains auteurs expliquent la forte proportion d'accouchement eutocique chez les adolescentes par la prématurité et le faible poids de naissance (18). Malheureusement ces deux entités nosologiques ont été plus ou moins rares dans notre série : 12,73% vs 16,58% de prématurés et seulement 26,36% vs 12,44% de faible poids de naissance, ce qui est contraire à l'avis ci-haut.

Le poids moyen de naissance dans cette catégorie de parturientes varie selon les auteurs entre 2560g et 3074g. Le taux de petit poids de naissance (<2500) varie entre 10,9% et 23,8% selon les auteurs (14, 17, 18,51).

Le taux de prématurité plus important et une mauvaise contractilité du myomètre seraient une autre explication du taux élevé des dystocies (13,19).

L'étude de Seince. N et al. (Alvin P, Marcelli D 2000, p 318-321), retrouve des résultats similaires à ceux déjà publiés à savoir une grande majorité d'accouchements par les voies naturelles soit 91,3 % dont 18,5 % d'extractions instrumentales et seulement 8,8 % de césariennes (alors que le taux est d'environ 18 % dans la population générale) (Alvin P, Marcelli D 2000, p 415-420).

La vieille notion selon laquelle les accouchements à travers des bassins dont la croissance n'est peut-être pas terminée pouvaient exposer à un sur-risque de disproportions et de césariennes ne se retrouve pas dans les faits. Parallèlement, du fait de la grande précarité, il a été rapporté dans l'étude de Seince. N et al. (Alvin P, Marcelli D 2000, p 205-208), 3 % d'accouchements inopinés à domicile, 10 % de transferts en néonatalogie, 1 % en réanimation néonatale, 1 % de mort fœtale in utero, 1 % de grossesses après violences sexuelles et 2,7 % d'enfants abandonnés à la naissance (9 accouchements sous X). Il a été également différencié le mode d'accouchement et les deux principales complications en fonction de l'âge des adolescentes. Il n'a pas existé de différence significative pour le mode d'accouchement et les complications entre les deux groupes (Alvin P, Marcelli D 2000, p 304-307).

4. Conclusion

L'accouchement chez l'adolescente reste à haut risque. Les différents facteurs favorisant le risque sont : les facteurs morphologiques, sociodémographiques, psychologiques et le manque de surveillance prénatale. Les complications obstétricales chez les adolescentes et leur impact sur le pronostic materno-fœtal dépendent des facteurs ci haut citer. La prévention des complications doit passer par : la

conscientisation et la socialisation de la population pour le respect de l'âge légal du mariage ; Le recours aux soins prénatals adéquats

5. Bibliographie

Alvin P, Marcelli D. (2000), Médecine *de l'adolescent*. Paris, Masson.

Aristide Romaric Bado1; Fadima Yaya Bocoum1; Seni Kouanda1 (2011), Pourquoi continuer à accoucher hors d'une formation sanitaire quand c'est gratuit ? *6ème Conférence africaine sur la population* (Ouaga, 5-9 décembre 2011). Suggestion de communication. Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) du Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST) ; Ouagadougou, Burkina Faso : 5-9 décembre 2011.

Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (2000), Paris, PUF

Gamerre M., Guidicelli, B. ; Olivier B. ; Porcu, G. ; Cohen, D. ; Combe. M. (1998), L'accouchement à domicile. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Tome XXII, le 2. déc.1998*. Vingt-deuxièmes journées nationales paris, Alternatives à l'hospitalisation en obstétrique.

Ghzaoui Oukaidi.S ; Bouhya.S, Bennani.O ; Hermas.S; Oummani.A, Aderdour, M. (2002), nGrossesse et accouchement chez l'adolescente. *Maroc Médical*(Casa), 2002,24(3) :182-185.

Jeanneret O., Sand E.A., Deschamps J.P., Manciaux M. (1983), Adolescentes enceintes, adolescents jeunes parents, in Les adolescents et leur santé. Presses de l'Université de Montréal, *Flammarion médecine sciences*. 1983, 264-272.

Kouakou K.P., Djanhan Y., Doumbia Y. (2006), Le pronostic fœto-maternel des accouchements hors maternité : à propos de 124 cas colligés au centre hospitalier régional d'aboisso (côte d'ivoire). *Rev. Int. Sc. Méd*. 2006 ; 8(1) :33-39.

LE Van C. (1998), *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales*, réalités vécues, édition : L'Harmattan, Paris, coll. Le travail social.

Lebreton S, Lachcar P. (1995), Gynécologie psychosomatique. In : *EncyclMédChir. Gynécologie* 167-A- 10,1995, 6p.

Macro International Inc. Calverton, Maryland, (2008) Enquête Démographique, USA Août 2008.

Marcelli D, Alvin P. (2004), Grossesse et adolescence, *Actes de colloque*. 9 décembre 2004, Poitiers.

Ministère du Plan avec la collaboration du Ministère de la Santé (2007), *Enquête Démographique et de Santé*. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Mumba Mukandila.A, Kadima Mutombo. C, Tshibangu Kabamba. E, Mbuyi Bukasa M.P, Biayi Mikenji. J. (2014), Profils des parturientes aux âges extrêmes à Mbujimayi en République Démocratique du Congo. *Revue Médicale des Grands Lacs*. Mars 2014 ; 6 (1) :16-19.

Munyemana, M. Kakoma, J.B. (2010), Facteurs influençant le lieu d'accouchement dans le district de Nyaruguru (province du sud du Rwanda). *Rwanda Médical journal/ Revue Médicale rwandaise*. Déc 2010, 68(4) :21-25.

OMS (1998), La santé à tous les stades de l'existence, *in Rapport sur la santé dans le mond*e. OMS.Genève.1998, p67-121.

Organisation Mondiale de la Santé (2016), Santé de l'adolescent (consulté le 26/11/2016). Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/

Pawlak C. (2000) *Grossesse à l'adolescence*. In: Houzel D, Emmanuelli M, MoggioF.

Spira A, Bajos N et le groupe ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*.Rapport au Ministre de la Recherche et del'Espace. Paris, La Documentation Française ; 1993.

Toulemon L, Leridon H. (1999), Les pratiques contraceptives en France. In : *Avortement et contraception.* Centre de documentation du MFPF ; 1999, 39-44.

Ware L.M. (1999), Les grossesses des adolescentes aux Etats-Unis d'Amérique. *Devenir*.1999 ; 11,4 : 23-48