Rapport de recherche

JUIN, 2022

Comprendre les expériences des adolescentes enceintes et mères dans la Région du Centre au Burkina Faso :

Résultats d'une étude mixte









Table des matières

Liste des tableaux	iii
Liste des figures	iv
Liste des abréviations	V
Remerciements	vi
Equipe de recherche	vi
Résumé exécutif	vii
01. INTRODUCTION	1
02. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	3
2.1. Approche méthodologique	3
2.2. Site de l'étude	3
2.3. Participants à l'étude	3
2.4. Échantillonnage	4
2.4.1. Échantillon quantitatif : AEM	4
2.4.2. Échantillon qualitatif	4
2.5. Collecte, traitement et analyse des données	4
2.5.1. Volet quantitatif	4
2.5.2. Volet qualitatif	5
2.6. Considérations éthiques	6
03. PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	7
3.1. Description des échantillons quantitatif et qualitatif	7
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants à l'enquête quantitative	7
3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'enquête qualitative	8
3.2. Survenue des grossesses chez les adolescentes : facteurs et circonstances	9
3.3. Réactions aux grossesses des adolescentes	11
3.3.1. Réaction des AEM à la survenue de leur grossesse	11
3.3.2. Réactions des partenaires des AEM à l'annonce de la grossesse	11
3.3.3. Réactions des proches : familles, parents et tuteurs	12
3.3.4. Réactions des pairs	13

4.2. Recommandations	30
	20
4.1. Conclusion	29
ONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	29
3.10.1. Soutiens dont les AEM auraient besoin pour leur maintien ou réintégration à l'école	27
3.10. Suggestions et leçons apprises des participants pour faciliter le maintien, la réintégration des AEM à l'école et leur autonomisation	27
3.9.3. Entraves individuelles : les AEM entre problèmes de santé physique et psychique, faible estime de soi, et méconnaissance de leurs droits	26
3.9.2. Entraves familiales et communautaires : stigmatisation et soutien insuffisant	26
3.9.1. Entraves institutionnelles au maintien et à la reprise de la scolarité : absence de lieux de garde d'enfants, rigidité des règles et climat hostile	25
3.9. Défis de la scolarisation, de la formation et de l'autonomisation des AEM	25
3.8.3. Interventions mises en œuvre pour le renforcement des capacités des AEM et leur autonomisation	24
3.8.2. Soutien de la part de la famille de l'AEM	24
3.8.1. Soutien apporté aux AEM par les partenaires et leurs familles	23
3.8. Réseaux de soutien autour des AEM	23
3.7.3. Impact de la paternité sur la scolarisation et l'autonomisation des adolescents auteurs de grossesse	22
3.7.2. Perte d'opportunités des adolescentes économiquement actives du fait des grossesses	22
3.7.1. Décrochage scolaire des élèves adolescentes du fait des grossesses	21
3.7. Impacts de la grossesse, de la maternité et de la paternité sur la scolarisation et l'autonomisation des adolescentes et adolescents	21
3.6. Impact de la grossesse et de la maternité sur les conditions de vie des AEM et adolescents auteurs de grossesse	20
3.5.2. Autres défis liés à la COVID-19	19
3.5.1. COVID-19 et accès aux services de santé reproductive	18
3.5. Impact de la COVID-19 sur le vécu des AEM	18
3.4.4.2. Utilisation passée et récente de la contraception	16
3.4.4.1. Connaissances des méthodes contraceptives	16
3.4.4. Contraception chez les AEM	16
3.4.3. Soins maternels (prénatals, périnatals, postnatals)	15
3.4.2. Fréquentation des formations sanitaires par les AEM au cours des six mois précédant l'enquête	14
3.4.1. Perception de leur santé mentale par les AEM	13

Liste des tableaux	
Tableau n°3.1 : Caractéristiques sociodémographiques et familiales des répondantes	8
Tableau n°3.2: Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'enquête qualitative	8
Tableau n°3.3 : Facteurs empêchant une adolescente d'obtenir un avis médical ou un traitement	14
Tableau n°3.4 : Connaissance et utilisation antérieure de méthodes contraceptives par les AEM	16
Tableau n°3.5: Utilisation actuelle de méthodes contraceptives, méthodes utilisées et sources d'approvisionnement	47
Tableau n°3. 6: Principales craintes concernant la Covid-19	17 18
Tableau n°3.7: Services pour lesquels les répondantes ont eu des difficultés d'accès	19
Tableau n°3.8 : Principales raisons de la déscolarisation des AEM interrogées	21
Tableau n°3.9 : Les différents métiers désirés par les AEM	22

Liste des figures

Figure n°3.1 : Proportion des répondantes selon le désir ou non de la grossesse	9
Figure n°3.2 : Situation matrimoniale et fréquentation scolaire des répondantes lors de leur pre	emière grossesse 9
Figure n°3.3: Réactions des AEM suite à la survenue de leur grossesse	11
Figure n°3.4 : Réaction des partenaires auteurs de grossesse	12
Figure n°3.5 : Réaction des parents/tuteurs suite à la survenue de la grossesse	12
Figure n°3. 6: Prévalence des symptômes de dépression chez les répondantes	14
Figure n°3.7 : Visites de soins prénatals	15
Figure n°3.8: Prévalence de l'utilisation de méthodes contraceptives	17
Figure n°3.9 : Craintes des AEM à l'idée de se rendre dans un lieu public pendant la crise liée a	nu Covid-19 18
Figure n°3.10 : Difficultés rencontrées du fait du Covid-19	19
Figure n°3.11: Soutien des partenaires	23
Figure n°3.12: Soutien parental	24
Figure n°3.13 : Connaissance de politiques de réadmission d'AEM au Burkina	26
Figure n°3.14 : Soutiens nécessaires aux AEM déscolarisées pour un retour à l'école	27
Figure n°3.15 : Désir des AFM à entreprendre ou à retourner à l'école	28

Liste des abréviations

AAG: Adolescents Auteurs de Grossesse

ABBEF: Association Burkinabè pour le Bien-Etre Familial

ADEP: Association d'appui et D'Eveil Pugsada

AEM: Adolescentes Enceintes et Mères

APHRC: African Population and Health Research Center

CAPSSR: Communauté d'Action pour la Promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive

CCEB-BF: Cadre de Concertation des ONG et Associations Actives en Education de Base BURKINA FASO

CERS: Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé

CPN: Consultations Prénatales

CPSE: Challenging the Politics of Social Exclusion

DIU: Dispositif Intra Utérin

INSD: Institut National de la Statistique et de la Démographie

IPBF: Initiative Pananetugri pour le Bien-être de la Femme

ISSP: Institut Supérieur des Sciences de la Population

MAMA: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MASSNFAH: Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire

MENAPLN: Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion des Langues Nationales

OBC: Organisation à Base Communautaire

ONG: Organisation Non Gouvernementale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SOGOB: Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina

SSR: Santé Sexuelle et Reproductive

UNIMAREC : University of Malawi Research Ethics Committee / Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Malawi

ZD : Zones de dénombrement

Remerciements

APHRC et ISSP ont réalisé cette étude grâce à la subvention du Bureau régional Africain de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement (Sida) (Financement Sida n° 12103, pour le projet APHRC « Challenging the Politics of Social Exclusion »). Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans la conception ou la mise en œuvre de l'étude. Nous exprimons également notre reconnaissance à l'endroit de l'équipe de recherche du deuxième site de l'étude, à savoir le Centre for Social Research de l'Université du Malawi pour la collaboration fort enrichissante lors de la réalisation de cette étude. De même, l'équipe souhaite exprimer sa gratitude à l'endroit des participants à l'atelier de partage des objectifs et approche de l'étude organisé le 04 juin 2021 à l'ISSP, pour leur disponibilité, leur adhésion à l'étude et leurs apports constructifs qui ont contribué à raffiner la méthodologie de collecte des données. Nous tenons également à remercier les participants aux ateliers de validation qui ont été très bénéfiques pour la finalisation de ce rapport et l'élaboration des recommandations. Il s'agit notamment des adolescentes enceintes et mères, des personnes-ressources et des partenaires nationaux. Nous voudrions remercier l'ensemble des participants à ces ateliers, ainsi que les Organisations de la Société Civile qui ont contribué à la mobilisation et à l'encadrement des adolescentes y ayant participé - l'ONG Voix de Femmes, l'ONG d'Appui et D'Eveil Pugsada (ADEP), l'ONG Initiative Pananetugri pour le Bien-être de la femme (IPBF), l'association KEOOGO et les Jeunes Ambassadeurs pour la Santé de la Reproduction-Planification Familiale (JA-SR/PF-).

Nos remerciements s'adressent également aux différents participantes et participants à l'enquête : les responsables de services centraux au sein des Ministères, les leaders d'organisations de la Société Civile, les leaders communautaires et religieux de la Région du Centre, le personnel d'Établissements d'Enseignement Primaires, Post-primaires et Secondaires de la Région du Centre. L'équipe leur adresse ses vifs remerciements pour leur franche collaboration et leur disponibilité. De même, l'équipe voudrait exprimer sa reconnaissance aux adolescentes et adolescents ainsi qu'aux parents et tuteurs d'adolescents et adolescentes concernés par les grossesses qui ont accepté de participer à l'étude et de partager leurs expériences, chose qui a parfois réveillé des souvenirs douloureux. Nous remercions également le psychologue référent de l'étude, le Dr Sébastien YOUGBARE, pour sa disponibilité dans l'appui psychologique des participantes et participants, mais aussi de l'équipe de collecte des données. Enfin, nous soulignons le travail remarquable des agents de collecte des données qui ont fait preuve d'ingéniosité et d'efficacité pour mener à bien la collecte des données. Merci également à Carole Compaoré, stagiaire au sein de l'Unité de Recherche en Population et Santé de l'ISSP, pour son appui technique lors de la finalisation de ce rapport.

Equipe de recherche

APHRC: ISSP:

Anthony Idowu Ajayi Nathalie Sawadogo
Emmanuel Otukpa Yentéma Onadja
Ramatou Ouedraogo Abdoul Moumini Tarnagda

Boniface Ushie Abdoul Kader Ilboudo

Caroline W. Kabiru Edith Bombiri

NB: Dans le présent rapport, le genre masculin est utilisé de manière générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Citation du rapport

APHRC et ISSP, 2022. Comprendre les expériences des adolescentes enceintes et mères dans la région du Centre au Burkina Faso : Résultats d'une étude mixte. APHRC, Nairobi, Kenya.

Résumé exécutif

Contexte et objectifs

Les grossesses chez les adolescentes constituent un problème mondial. Les adolescentes concernées, qu'elles soient enceintes ou mères, sont susceptibles d'avoir des problèmes liés à la santé, au bien-être socio-économique et à la poursuite de leur scolarité. Elles sont aussi souvent victimes de railleries, d'exclusion sociale et de stigmatisation. Elles se retrouvent insuffisamment préparées à la vie active, ce qui limite leur mobilité économique et leur capacité à prendre soin de leur famille et à contribuer au développement de leur société. Ce constat est encore plus d'actualité en Afrique subsaharienne, notamment au Burkina Faso où les taux de fécondité sont élevés chez les adolescentes. Cette étude a été réalisée au Burkina Faso afin de documenter les expériences vécues des adolescentes enceintes et mères (AEM) et les conséquences sur leur santé et leur bien-être social mais aussi pour analyser les éventuelles entraves à leur maintien à l'école ou leur réinsertion scolaire.

Méthodologie

L'étude a utilisé une approche mixte, c'est-à-dire une enquête quantitative et une enquête qualitative. La collecte des données s'est déroulée dans la région du Centre. L'enquête quantitative a permis d'interroger 980 adolescentes enceintes ou mères. S'agissant de l'enquête qualitative, 84 entretiens individuels approfondis et validés ont été menés auprès des cibles suivantes : des AEM, des adolescents auteurs de grossesse (AAG), des parents ou des tuteurs, des éducateurs, des décideurs et des leaders.

Principaux résultats



Les grossesses non désirées ont suscité certaines réactions de la part des AEM elles-mêmes, de même que chez leurs partenaires et dans leur entourage familial. Les réactions des familles lors de la découverte de leurs grossesses ont été diverses. Certains parents ont eu des réactions très vives, allant de la violence émotionnelle et physique à l'exclusion de la fille du domicile parental. Ces réactions accentuent les difficultés socio-économiques vécues à des degrés divers par ces adolescentes, surtout dans les cas où la grossesse n'est pas assumée par son auteur.

S'agissant de leur santé mentale, 18% des AEM ont déclaré des symptômes de dépression. Parmi elles, près de 2% étaient en dépression sévère au moment de l'enquête et 60% en légère dépression. Le caractère inattendu de leur grossesse, les réactions négatives de leur entourage, ainsi que les angoisses liées à la grossesse sont évoquées par les AEM comme raisons de la dépression.

Seulement 13.2% des AEM étaient toujours scolarisées au moment de l'enquête, 28,3% n'avaient jamais été à l'école et 58,6% l'avaient abandonné. Les principales raisons de déscolarisation étaient les grossesses et les malaises qui en découlent. Chez celles qui étaient scolarisées, la grossesse et ses conséquences socio-économiques dans cet environnement socioculturel, compromettent, pour la plupart, leurs chances d'achever leur scolarité. Pour toutes, les grossesses compromettent leurs chances de devenir autonomes et altèrent leur santé mentale ainsi que leur estime d'elles-mêmes. De fait, si les AEM interrogées ont des aspirations en matière de réussite scolaire, sociale et économique, elles sont généralement pessimistes quant à leurs chances de réaliser ces objectifs. Parmi les AEM déscolarisées, 38.7% souhaiteraient retourner à l'école tandis que 78,7% souhaiteraient apprendre un métier. Les métiers les plus évoqués par ces dernières étaient l'artisanat et les petits métiers (65,64%), le commerce (19,35%) et les activités dans le secteur formel nécessitant un diplôme supérieur (8,13%).

L'étude permet également de saisir le vécu des adolescents auteurs de grossesse. Elle met en lumière, de façon inédite, non seulement la façon dont ils vivent cette situation, mais également les conséquences non négligeables pour eux quand ils assument leurs responsabilités.

Sur le plan politique, les résultats montrent l'existence de dispositions législatives réglementant la scolarisation et la formation des AEM au Burkina Faso. Il s'agit notamment du Décret Présidentiel de 1974, qui protège ces dernières de l'exclusion scolaire du fait d'une grossesse. Toutefois, les données montrent qu'en dépit de ces dispositions protectrices dans le pays, l'environnement scolaire des répondantes à l'enquête (notamment le personnel et infrastructures) n'est pas favorable au maintien ni à la réinsertion des AEM dans la plupart des établissements d'enseignement. En effet, les données font ressortir des entraves d'ordres divers. Sur le plan institutionnel, les établissements d'enseignement ne disposent pas d'infrastructures d'accueil nécessaires pour la garde des enfants des élèves mères pendant le temps de scolarité. Sur le plan réglementaire, les critères de recrutement de certains établissements font obstacles au retour des adolescentes mères à l'école, notamment les critères basés sur l'âge et la moyenne obtenue. Aux niveaux communautaires et familiaux, les réactions telles que la stigmatisation et l'exclusion sociale réduisent leurs chances de bénéficier d'un soutien suffisant pour se maintenir à l'école. Enfin au niveau individuel, outre les problèmes de santé ayant un impact sur leurs possibilités de rester à l'école, les AEM ont une faible connaissance de leur droit à poursuivre leur scolarité.

Conclusion

Les résultats de cette recherche confirment et documentent la vulnérabilité socio-économique des adolescentes enceintes et mères, notamment celles dont les grossesses étaient non désirées. Les difficultés socio-économiques, vécues à des degrés divers par ces AEM, sont accentuées par le rejet et la stigmatisation dont elles font l'objet dans certains environnements familiaux, notamment lorsque la grossesse n'est pas assumée par son auteur.

S'agissant de leur santé mentale, 18% des AEM ont déclaré des symptômes de dépression.

Recommandations

Les résultats suggèrent un certain nombre de recommandations enrichies par les contributions des AEM, par celles des partenaires issus du MENAPLN, du MFSNFAH, du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de structures de la société civile lors d'ateliers de validation tenus sur la base des résultats préliminaires. Ces recommandations sont principalement :

A l'endroit de l'Etat et des structures gouvernementales :

Actualiser et rendre plus précis les textes régissant le maintien à l'école et la réinsertion des élèves enceintes et mères dans les établissements d'enseignement du pays et renforcer les actions visant à une meilleure application ;

Renforcer les actions visant à mettre en place des systèmes de crèche et de garderie accessibles aux parents démunis, notamment aux adolescentes mères ;

Renforcer les actions visant à apporter un appui holistique (sanitaire, psychosocial, y compris la médiation familiale, scolarisation/formation professionnelle, renforcement des compétences de vie, développement d'activités génératrices de revenus, etc.) aux adolescentes enceintes et mères en vue d'accroître leurs chances d'autonomisation.

A l'endroit des responsables d'établissements d'enseignement :

Renforcer les actions de sensibilisation des adolescents et adolescentes en général et des élèves en particulier, sur les droits en santé sexuelle et reproductive mais aussi renforcer les actions visant à éduquer les élèves à la gestion saine de leur sexualité;

Promouvoir un espace éducatif inclusif pour faire en sorte que les adolescentes enceintes et mères ne soient plus victimes de stigmatisation et marginalisation en milieu scolaire.

A l'endroit des communautés et des familles concernées :

Sensibiliser les familles sur les conséquences néfastes (à la fois pour l'adolescente, son enfant, la famille et la communauté) du rejet familial des adolescentes enceintes ;

Travailler à déconstruire certaines croyances et normes sociales conduisant à l'exclusion des filles célibataires enceintes du domicile paternel;

Renforcer les actions de médiation familiale au sein des communautés dans les situations de rejet familial en ayant recours aux personnes ressources (leaders, tantes paternelles, etc.) pouvant jouer ce rôle.

A l'endroit des adolescentes enceintes et mères :

Exploiter toutes les ressources et soutiens disponibles pour éviter d'être à nouveau victime d'une grossesse non désirée;

Accorder une priorité à leur scolarisation ou formation professionnelle afin de devenir autonome sur le plan économique et d'apporter, dans ce secteur, leur contribution à la société.



01 INTRODUCTION

L'adolescence est une phase critique du développement physique, cognitif, social et émotionnel de chaque être humain (1). C'est durant cette phase que la plupart des garçons et des filles entament des relations sexuelles, souvent en étant peu outillés pour prévenir d'éventuelles grossesses (2). Bien qu'on observe une baisse significative des grossesses et maternités chez les adolescentes au niveau global grâce à des interventions diverses, ces progrès restent inégaux, avec des taux toujours élevés dans les pays à faibles ressources (3). En Afrique subsaharienne par exemple, le niveau de naissances vivantes chez les adolescentes est de 103 naissances pour 1000 filles contre 44 naissances vivantes pour 1000 filles au niveau mondial (3). En Afrique subsaharienne, le Malawi et le Burkina Faso font partie des pays ayant les taux les plus élevés de fécondité chez les adolescentes avec respectivement 136 et 132 naissances pour 1000 filles (3).

Être mère à l'adolescence a de graves conséquences sur la santé et le bien-être socio-économique des filles et de leurs progénitures (4,5). Les décennies de recherches ont montré que les filles âgées de 10 à 19 ans courent plusieurs risques sanitaires, y compris le risque de décès maternels contrairement aux femmes âgées de 20 ans et plus (6-8). Outre les conséquences de ces grossesses sur leur santé sexuelle et reproductive, les adolescentes enceintes et mères (AEM) sont confrontées à différentes contraintes sociales allant de la stigmatisation aux mariages précoces (9-12). Il n'est donc pas surprenant que les troubles de santé mentale soient courants parmi les AEM (13-15). La maternité chez les adolescentes est aussi l'une des principales causes d'abandon scolaire parmi les 100 millions enregistrés chaque année dans le monde (16).

Au Burkina Faso, bien que les filles soient légalement protégées depuis 1974 contre l'exclusion de l'école lorsqu'elles sont enceintes (17), un rapport régional montre qu'il n'existe pas de directive formelle pour protéger les filles enceintes dans les écoles au Burkina Faso (18). Dans les faits, les responsables des écoles décourageraient souvent les filles enceintes de continuer l'école, faisant du Burkina Faso l'un des pays où les politiques de maintien des AEM restent insuffisantes (19).

Par ailleurs, des études menées au Burkina Faso, au Malawi et ailleurs montrent que si la majorité des AEM déscolarisées souhaitent retourner à l'école, la plupart ne sont pas en mesure de le faire principalement à cause du manque de soutien financier et de l'absence d'aide dans la garde de leur enfant (10-21). De plus, des études montrent que celles qui retournent à l'école sont l'objet d'abus divers par leurs pairs et leurs enseignants, ce qui entraîne l'auto-isolement, l'absentéisme, une baisse de leur niveau scolaire, et à



terme une déscolarisation importante des AEM (9, 17, 21, 22). Or, la perte d'opportunités de scolarisation implique que ces filles se retrouvent insuffisamment préparées à la vie active, ce qui limite leurs opportunités professionnelles et économiques et perpétue ainsi un cycle de pauvreté et d'inégalité entre les sexes (11, 23, 24). Prévenir la grossesse chez les adolescentes est donc une priorité politique pour garantir l'égalité des sexes dans l'éducation.

Alors qu'une constellation de gouvernements, d'acteurs de plaidoyer, de chercheurs et de partenaires techniques et financiers mènent des actions d'envergure pour la réduction des grossesses chez les adolescentes en Afrique subsaharienne, l'accent est moins mis sur le bien-être des millions d'adolescentes déjà enceintes ou mères. Les données sur leur taux de réinsertion scolaire et sur la disponibilité ou l'absence de politiques de réinsertion scolaire sont limitées. De plus, il existe très peu d'informations sur le vécu des AEM, y compris sur la manière dont elles perçoivent leur rôle de parents, les défis qu'elles rencontrent et le soutien dont elles auraient besoin pour améliorer leurs chances dans la vie et de retourner à l'école. Les recherches antérieures sur ce sujet adoptent principalement une approche qualitative. Bien qu'utiles, ces connaissances ne permettent pas d'évaluer les niveaux respectifs des difficultés rencontrées par les différentes catégories d'AEM. Il en est de même des adolescents auteurs de grossesse (AAG), dont les expériences restent très peu explorées en Afrique sub-saharienne.

C'est pour combler ce gap qu'une étude a été initiée au Burkina Faso afin de documenter les expériences vécues des AEM en termes de santé et de bien-être social, et d'analyser les éventuelles entraves à leur maintien à l'école ou à leur réinsertion scolaire. Une attention particulière est portée aux groupes d'adolescents vulnérables, tels que ceux et celles en situation de handicap. Conduite en pleine pandémie de la Covid-19 dont les mesures de prévention ont conduit, entre autres, à la fermeture des établissements d'enseignement, cette étude documente également l'impact de la pandémie sur le vécu des AEM.

La principale question de recherche guidant cette étude est : quels sont les défis, les lacunes et les perspectives - au niveau des politiques et dans les pratiques - dans la lutte contre l'exclusion sociale des AEM, au Burkina Faso en général et plus spécifiquement du fait de la pandémie à Covid-19 ?

LES QUESTIONS SPÉCIFIQUES SONT :

 Quelles sont les expériences vécues et les stratégies d'adaptation des AEM dans leur parcours de grossesse et de parentalité avant et pendant la pandémie COVID 19?

 Quelles formes de soutien (financier, scolaire ou académique, socio-émotionnel) les AEM reçoiventelles de leurs familles, des écoles, de leurs communautés, des ONG/OBC et du gouvernement?

- De quelle manière l'exclusion sociale des AEM (à travers l'insuffisance de politiques inclusives, l'accès limité aux services et aux ressources) aggrave-telle leur vulnérabilité sur le plan sanitaire, éducatif, social et économique ?
- Dans quelle mesure les impacts socio-économiques de la pandémie de la COVID-19 ont-ils pu entraîner une augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes, des décrochages scolaires et des difficultés de réinsertion chez ces dernières ?
- Qu'est-ce qui empêche ou facilite le maintien à l'école ou la réinsertion scolaire des AEM déscolarisées ?
- Quelles interventions peu coûteuses peuvent améliorer leur accès à l'éducation et aux opportunités de subsistance, ainsi qu'aux services de santé ?

Mise en œuvre dans le cadre du projet Challenging the Politics of Social Exclusion (CPSE), cette étude contribuera à fournir les évidences utiles pour soutenir le plaidoyer et de politiques concernant les grossesses précoces chez les adolescentes. A terme, nous espérons que ces données solides et transnationales constitueront un atout pour la conception de politiques, de stratégies et d'interventions pertinentes.



02 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La commune urbaine de Ouagadougou compte cinq arrondissements,

30 secteurs

17
villages

2.1. Approche méthodologique

L'étude a utilisé une méthodologie transversale avec une approche mixte, c'est-à-dire quantitative et qualitative (25). Les deux volets quantitatif et qualitatif sont d'importance égale dans l'étude. L'approche de l'étude a aussi bénéficié de la contribution de différentes parties prenantes en rapport avec la thématique, ce qui a permis d'enrichir les outils de collecte de données et de raffiner l'échantillonnage, notamment celui du volet qualitatif de la collecte des données.

2.2. Site de l'étude

L'étude a été réalisée dans la région du Centre, précisément dans la Province du Kadiogo. La région occupe une position centrale dans le pays et abrite sa capitale politique, Ouagadougou. La Commune urbaine de Ouagadougou est entourée par six communes rurales que sont Pabré, Loumbila, Saaba, Koubri, Komsilga et Tanghin Dassouri. La commune urbaine de Ouagadougou compte cinq arrondissements, 30 secteurs et 17 villages. La population de la région a été estimée à 3 032 668 millions d'habitants en 2019 (26). En plus de la langue française, les langues Mooré, Dioula et Fulfudé y sont fréquemment parlées. Si cette région n'enregistre pas les niveaux les plus élevés de grossesses chez les adolescentes du pays, son choix s'est justifié par la diversité socioculturelle, notamment les types d'établissements d'enseignement disponibles et les catégories socioprofessionnelles des répondants qu'elle offre.

2.3. Participants à l'étude

L'étude a eu pour cible principale les adolescentes enceintes ou mères et les Adolescents Auteurs de Grossesses (AAG), âgés de 10 à 19 ans, ainsi que leurs parents ou tuteurs (hommes comme femmes). En plus de ces catégories d'acteurs, l'étude s'est aussi intéressée aux expériences de différents acteurs clés que sont les professionnels de l'éducation du secteur formel ou informel/communautaire (notamment des enseignants, des agents de vie scolaire, des infirmiers scolaires, des directeurs et proviseurs, etc.), les leaders communautaires et religieux, ainsi que les décideurs (responsables techniques centraux des Ministères en charge de l'éducation primaire, post-primaire, secondaire et universitaire).

^{&#}x27;Lors du RGPH 2006, la proportion de personnes en situation de handicap dans la population générale était de 1,2% (dont 1,3% d'hommes et 1,1% de femmes). De même, selon les résultats de l'étude nationale sur les violences faites aux enfants au Burkina Faso réalisée en 2018, cette proportion était de 1% chez les adolescents de 12-17 ans. Il était donc probable que ce nombre de répondantes en situation de handicap ne pourrait pas être atteint à travers le dénombrement des ménages. Pour ce faire, en plus de l'enquête dans les ménages, pour compléter ce public, l'utilisation d'un échantillonnage en boule de neige en contactant les associations et les organismes travaillant avec les personnes handicapées et en obtenant des références des répondants a été prévue afin d'atteindre l'échantillon final de 54 adolescentes enceintes et mères en situation de handicap.

2.4. Échantillonnage

2.4.1. Échantillon quantitatif : AEM

Sur la base des statistiques disponibles, un échantillon de 1033 AEM a été jugé nécessaire pour l'atteinte des objectifs quantitatifs de l'étude. Par ailleurs, il avait été initialement prévu d'atteindre au moins 54 AEM en situation de handicap physique, soit 5% de l'échantillon1. Pour atteindre cet effectif, en se basant sur le nombre moyen d'AEM par ménage (0,20), il était nécessaire de visiter au moins 5152 ménages. Nous avons utilisé un échantillonnage aléatoire en grappes à deux degrés pour sélectionner les participants à l'étude. Avant le début de la collecte, nous avons procédé à un premier tirage de 65 Zones de Dénombrement (ZD) parmi celles de la Région du Centre par une procédure de tirage aléatoire proportionnel à la taille de la ZD (nombre de ménage par ZD). La base de sondage utilisée est celle de l'échantillon primaire développé par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Burkina Faso en 2006 et actualisée en 2017. Les 65 ZD étaient estimées suffisantes pour atteindre un échantillon de 1033 adolescentes avec 80% de puissance statistique pour toutes les variables de l'étude.

Cependant, la collecte des données a révélé que certaines ZD tirées n'abritaient que des services administratifs, réduisant, ainsi, considérablement le nombre d'éligibles escompté. A l'issue de cette première phase de la collecte, 383 AEM éligibles ont été dénombrées et 354 enquêtées, soit 34,27% de l'échantillon espéré. Nous avons donc procédé à un second tirage de 24 Zones de Dénombrement qui ont été intégrées à l'échantillon. A l'issue de la collecte dans ces zones additionnelles, 278 AEM ont pu être dénombrées et 269 enquêtées, ramenant ainsi l'échantillon à 623 adolescentes.

Compte tenu de cette taille toujours insuffisante et face au constat que certaines Zones de Dénombrement n'avaient pas été correctement délimitées, un élargissement de ces zones a été réalisé afin de respecter dans un premier temps la définition de la ZD selon l'INSD, et dans un second temps, pour améliorer la taille de l'échantillon. En fin d'élargissement, 313 AEM supplémentaires ont pu être interviewées.

2.4.2. Échantillon qualitatif

L'échantillon de l'enquête qualitative a été identifié et raffiné en tirant parti des contributions des partenaires lors de l'atelier de partage de l'étude, des explorations menées par l'équipe de recherche sur les cibles potentielles de l'étude et des informations obtenues au cours du déroulement de l'enquête. Cela a mené à une estimation d'environ 78 entretiens à réaliser juste avant le début de l'enquête quantitative, tout en s'attendant à des variations à l'épreuve du terrain selon la disponibilité des cibles, des potentielles découvertes de profils pertinents et de la saturation. Les critères d'inclusion et de différenciation suivant la catégorie de participants ont été identifiés dans le but de parvenir à une diversité maximale de l'échantillon.

2.5. Collecte, traitement et analyse des données

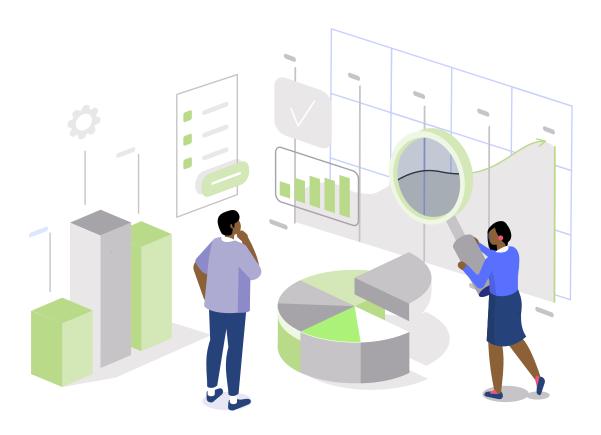
2.5.1. Volet quantitatif

Collecte des données

La collecte des données quantitatives s'est déroulée en deux phases du 19 juillet au 26 septembre 2021. La première phase a consisté à effectuer le dénombrement de tous les ménages des 89 Zones de Dénombrement afin d'identifier les adolescentes enceintes ou jeunes filles mères de 10 à 19 ans. La seconde phase a consisté à administrer le questionnaire aux ménages qui abritent ces AEM. Trente-deux (32) agents de collecte, toutes de sexe féminin, ont été formées et réparties en cinq équipes avec une superviseure à la tête de chaque équipe. Deux questionnaires ont été utilisés, à savoir le questionnaire ménage, qui liste les membres du ménage et leurs caractéristiques sociodémographiques, et le questionnaire individuel, qui capte les expériences vécues par les adolescentes enceintes et mères du ménage.

Gestion et analyse des données

Les données collectées au moyen des smartphones étaient directement envoyées au serveur situé à APHRC au Kenya. Elles ont été apurées par l'équipe de recherche de APHRC en lien avec la gestionnaire des données de l'équipe de l'ISSP. Les analyses réalisées à cette étape sont descriptives.



2.5.2. Volet qualitatif

Collecte des données

La collecte des données qualitatives s'est déroulée du 13 juillet au 10 octobre. Elle a été réalisée par 12 agents préalablement formés. Les agents ont été répartis en deux équipes comportant chacune un superviseur et 5 enquêteurs. Les cibles féminines, notamment les AEM, ont spécifiquement été interrogées par des agents de sexe féminin. Les leaders et les décideurs, quant à eux, ont, en grande partie, été identifiés par les superviseurs et l'équipe centrale (y compris la chercheure principale). Les entretiens ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien semi-directif spécifique à chaque catégorie de participants, en appliquant le principe de saturation. Les entretiens ont été principalement conduits en français, en mooré, ou dioula. Ce sont au total, 87 entretiens qui ont été réalisés, dont 84 ont été validés et 3 invalidés.

Gestion et analyse des données

Les entretiens ont été transcrits directement des langues locales au français par les agents de collecte. Pour assurer l'exactitude de la transcription, les transcriptions d'un nombre d'entretiens sélectionnés ont été comparées avec l'enregistrement audio de l'entretien. Une grande partie des transcriptions validées (80) ont été ensuite traduites en anglais par des personnes-ressources dans le but d'aboutir à des versions bilingues (paragraphe après paragraphe) des entretiens. Les transcriptions bilingues ont été d'abord lues par l'équipe de recherche afin de se familiariser avec leur contenu. Une grille de codage a été élaborée à la fois sur un mode inductif et déductif, c'est-à-dire en utilisant les objectifs de l'étude et ainsi que les informations émergeant d'un échantillon d'entretiens. Les entretiens ont ensuite été encodés à l'aide du tableur Excel en priorisant les plus riches et la plus grande diversification possible. Ensuite, une analyse thématique a été réalisée.

2.6. Considérations éthiques

Avant la réalisation de l'étude, l'approbation du protocole de recherche a été obtenue auprès du Comité d'Éthique de l'African Population and Health Research Center (APHRC). Le protocole a également été examiné et approuvé par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé (CERS) du Burkina Faso.

Les membres de l'équipe de recherche ont bénéficié d'une formation continue à l'éthique de la recherche auprès de sujets humains. De même, les règles éthiques de l'étude ont fait l'objet d'une part importante de la formation des agents de collecte des données. Le consentement écrit de tous les participants (mineurs ou matures) a été obtenu avant la réalisation des entretiens. Nous avons considéré comme étant matures, les adolescentes et adolescents majeurs (c'est-à-dire âgés d'au moins 18 ans), indépendants (vivant sans la tutelle d'un adulte), pères ou mères, ou en union au moment de l'enquête. Du fait de ce statut, seul leur propre consentement a été requis pour participer à l'enquête. Pour les mineurs (adolescentes et adolescents âgés d'au plus 17 ans), le consentement éclairé pour les entretiens impliquait impérativement l'obtention du consentement d'un parent/tutrice/tuteur afin d'accéder à l'adolescent. Deuxièmement, le consentement de ce dernier a également été recueilli. Toutefois, nous nous sommes assurés que ces adolescents mineurs soient bien informés de leur droit de refuser l'entretien, même si leur parent a donné son accord.

Le consentement a été acté par une signature, une empreinte digitale ou une marque quelconque pour les participants illettrés. Dans le cas de l'obtention du consentement par une empreinte digitale ou une marque (ou en cas de refus du répondant de matérialiser son consentement), l'enquêteur devait attester de l'obtention verbale de ce consentement en mentionnant l'accord verbal du répondant et en apposant sa propre signature sur le formulaire. Pendant les entretiens, toutes les mesures nécessaires ont été prises pour assurer la sécurité et la confidentialité des données. Ainsi, les entretiens ont été réalisés dans la stricte confidentialité : aucun tiers n'a pu avoir connaissance des échanges entre les agents de collecte et les participants pendant l'enquête. De même, la formation rigoureuse des agents de collecte, l'utilisation de codes pour l'identification des participants et les mesures de sécurité physique des supports de sauvegarde des données ont contribué au respect de cette confidentialité. En plus des mesures visant à assurer la confidentialité des données, les agents ont été sélectionnés, en partie, sur la base de leurs profils, puis formés sur comment approcher des adolescents et de leurs parents avec autant de tact et de neutralité possible afin d'éviter au maximum de leur causer du stress pendant les entretiens et l'administration des questionnaires. Par ailleurs, leurs contrats comportaient des clauses de confidentialité et leurs casiers judiciaires exigés par l'équipe de recherche afin de disposer de preuves de leur bonne moralité.

De même, les outils de collecte ont été conçus de façon à causer le minimum de stress possible aux participants. Cependant, étant donné la sensibilité du sujet, il était prévisible que certains participants ressentent une détresse émotionnelle en livrant leur vécu relatif aux grossesses. De ce fait, le dispositif d'enquête prévoyait le renseignement d'une fiche informant de l'état émotionnel des participantes adolescentes (volets quantitatif et qualitatif) et de leurs parents (volet qualitatif). Le remplissage de cette fiche permettait à l'agent de collecte de détecter des signes de stress élevé et de les signaler à l'équipe centrale. En cas de détresse d'un enquêté, l'équipe de collecte l'invitait à entrer en contact avec la chercheure principale de l'étude dont les coordonnées leur étaient remises, afin de bénéficier d'un soutien psychologique. Aucune requête de ce type n'a été enregistrée bien que des cas d'inconfort et de détresse émotionnelle aient été relevés chez certains participants (adolescents et parents/tuteurs des deux sexes). Un dispositif de soutien psychologique était également prévu pour les membres de l'équipe de collecte et ceux de l'équipe de recherche. Une réunion de l'ensemble de l'équipe a eu lieu avec le psychologue référent de l'étude qui a recueilli les ressentis des agents et leur a prodigué les conseils et orientations pour bénéficier d'un appui psychologique au sein de son cabinet de psychologie clinique. Lors de cet échange, plusieurs agents ont témoigné des inconforts et stress ressentis en écoutant les vécus des participants. Un certain nombre d'agents ont effectivement bénéficié de ce soutien psychologique de façon individuelle par la suite.

03 PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

3.1. Description des échantillons quantitatif et qualitatif

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants à l'enquête quantitative

Toutes les adolescentes enceintes ou mères interrogées lors de l'enquête quantitative sont âgées de 12 à 19 ans. Parmi elles, 7,24% sont âgées de 12 à 16 ans, 12,96% ont 17 ans, 31,94% ont 18 ans et 47,86% ont 19 ans. Concernant leur situation familiale, 21,22% de ces dernières ont perdu au moins un de leurs parents biologiques et 5,51% sont orphelines de père et de mère. Seulement 8,67% d'entre elles vivent avec leurs deux parents, tandis que 6,43% vivent avec un seul des parents et 84,90% ne vivent avec aucun des deux parents. Au moment de l'enquête, elles étaient en grande partie en union formelle (44,31%) ou en union sans aucune formalisation (32,27%). 6,02% étaient en rupture d'union (séparées ou veuves) et moins de 16,33% étaient célibataires. La majeure partie d'entre elles étaient mères, avec 64,90% ayant un enfant et 4,8% ayant deux enfants. Environ 30% (30,31%) étaient enceintes (*Tableau 3.1*).

S'agissant de la religion, 63,16% des AEM interrogées sont musulmanes, 36,32% sont chrétiennes (29,59% catholiques, 6,73% protestantes). Parmi les répondantes, 28,27% n'ont reçu aucune instruction, 25,1 % ont un niveau primaire, 40,31% ont le niveau du post-primaire, 6,32% ont celui du secondaire ou supérieur1. Le statut professionnel des AEM montre qu'environ 64,90% des AEM n'ont jamais travaillé en échange d'une rémunération pendant que 35,1% en ont déjà eu l'occasion. Parmi celles qui ont travaillé, elles ont exercé en majorité des emplois informels dans le commerce (33,43%), en tant que filles de ménage ou agents de sécurité (29,94%) ou comme employées dans la restauration, l'hôtellerie ou dans les maquis (16,86%).

Toutes les adolescentes enceintes ou mères interrogées lors de l'enquête quantitative sont âgées de

12

19

ang

² Il faut souligner que ces niveaux évolueront vraisemblablement chez une partie des répondantes, étant donné leur âge et le fait que certaines d'entre elles fréquentaient encore l'école.

Tableau n°3.1 : Caractéristiques sociodémographi	ques et
familiales des répondantes	

Variables	Effectif	Pourcentage
\10	(n=980)	(%)
liveau d'instruction	077	00.07
Pas d'éducation	277	28,27
formelle	0.47	05.4
Primaire	246	25,1
Post-primaire	395	40,31
Secondaire et	62	6,32
supérieur		
.ge	74	7.04
12-16	71	7,24
17	127	12,96
18	313	31,94
19	469	47,86
tatut matrimonial	425	44.24
Mariée	435	44.31
Concubinage	326	33,27
Séparée/veuve	59	6,02
Célibataire	160	16.33
tatut d'orpheline		
Orpheline de père et	54	5,51
mère	000	01.00
Orpheline de père ou	208	21,22
mère		
lon-orpheline	740	70.07
Ne vit avec aucun des	718	73,27
Parents	832	84,9
Vit avec un seul parent	63	6,43
Vit avec les deux	85	8,67
parents		
eligion	000	22 = -
Catholique	290	29,59
Protestante	66	6,73
Musulmane	619	63,16
Autres	5	0,51
épondantes ayant déjà	344	35,1
ravaillé pour un salaire		
ype d'occupations	20	0.00
Artisanat	32	9,30
Agriculture / Pêche	18	5,23
Industrie	2	0,58
Commerce en gros et détail	115	33,43
Hôtellerie /	58	16,86
	30	10,80
Restauration / Maquis Femme de ménage /	103	29,94
agent de sécurité	103	27,74
	1	0,29
Transport	5	
Secrétariat / Caissière		1,45
Personnels de	5	1,45
santé / Auxiliaire de		
pharmacie	2	0.07
Transfert d'argent /	3	0,87
Tontine	0	0.50
Maîtresse coranique	2	0,58
lombre d'enfants	007	22.21
	297	30,31
Enceinte		
Enceinte Un enfant Deux ou plusieurs	631	64,90 4,8

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'enquête qualitative

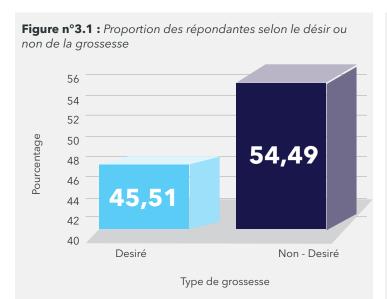
Quant à l'échantillon qualitatif, il est composé de 84 entretiens individuels, soit 24 AEM, 8 AAG, 17 parents et tuteurs d'AEM, 18 éducateurs, 14 leaders religieux, communautaires et de la société civile et 3 décideurs (*Tableau 3.2*).

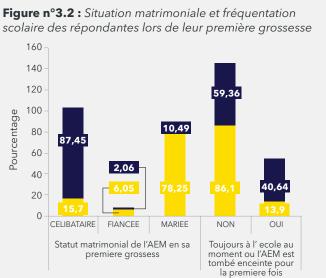
Variables	AEM	AAG	Parents
	(n=24)	(n=8)	(n=17)
Niveau d'instruction			
Pas d'éducation formelle	3	-	6
Primaire	7	-	5
Post-primaire	10	1	3
Secondaire	4	7	3
Âge			
15-17	7	1	
18-19	17	7	-
30-39	-		2
40-49			7
50 et plus			8
Statut matrimonial			
En union formelle	1	-	10
En union informelle	4	1	2
Célibataire	19	7	2
Veuf/Veuve/Séparé	-	-	3
Occupation			
- Elève	7	1	-
En activité (couturière,	8	6	15
coiffeuse, serveuse,			
jardinage et restauration et			
petit commerce).			
Inactif/Inactive	9	1	2
Religion			
Catholique	14	1	8
Musulmane	10	7	5
Protestante	-	-	4

3.2. Survenue des grossesses chez les adolescentes : facteurs et circonstances

Les grossesses des AEM interrogées étaient diversement désirées. Plus de la moitié des premières grossesses vécues par les répondantes à l'enquête quantitative étaient non-désirées (54,49%). Par ce terme, nous entendons toute grossesse survenue à un moment où l'adolescente ne le désirait pas consciemment (Figure 3.1).

Les résultats montrent que la désirabilité de ces grossesses par les adolescentes varie nettement en fonction de leur situation matrimoniale (*Figure 3.2*). Les adolescentes en union étaient 78,25% à avoir désiré leur grossesse, contre seulement 15,7% des célibataires. Le croisement de la désirabilité de ces grossesses avec la fréquentation scolaire montre que les adolescentes qui ne fréquentaient pas ou plus l'école étaient proportionnellement plus nombreuses (86,1%) que celles qui étaient scolarisées (13,9%) à avoir désiré leur grossesse.





Les adolescentes ayant déclaré que leur grossesse n'était pas attendue ont fourni différentes explications à cet état de fait dans les entretiens qualitatifs. Certaines d'entre elles ont déclaré n'avoir pas eu suffisamment d'informations sur la contraception au moment où elles se sont retrouvées enceintes. Particulièrement, certaines AEM, peu ou pas instruites, n'avaient aucune connaissance des méthodes contraceptives avant leur grossesse.

Je peux dire que c'est la principale raison parce que si je savais ou si quelqu'un m'en avait parlé, je pouvais me renseigner sur la question et utiliser une méthode, cela allait m'éviter de vivre cette situation. Donc je peux dire que c'est mon manque de connaissance en la matière qui est la principale raison de ma grossesse. (Adolescente mère, 19 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

En revanche, d'autres en avaient une certaine connaissance mais n'en ont pas fait usage à cause des rumeurs négatives sur ces méthodes et la crainte des effets secondaires tels que l'infertilité, comme expliqué par deux AEM:

J'avais connaissance du ... Norplan, mais on m'a dit que non, si tu n'as pas un enfant, de ne pas mettre. Que ce n'est pas bon, et que si tu as un enfant, que c'est bon. (Adolescente enceinte, 19 ans, non scolarisée, et vivant dans un centre d'accueil)

Les gens ont dit aussi que si tu les utilises, tu peux avoir des difficultés après pour avoir des enfants. Ils ont dit que tu peux entre-temps chercher un enfant en vain. (Adolescente mère, âgée de 18 ans, scolarisée en classe de 4ème, moaga et vivant avec le père de son enfant)

Au-delà de ces facteurs, d'autres filles ont expliqué n'avoir tout simplement pas pensé aux risques inhérents aux relations sexuelles, bien qu'elles aient été engagées dans des relations où elles avaient des rapports sexuels. Certaines de ces relations intervenaient dans des circonstances de vulnérabilité particulière de certaines adolescentes. Par exemple, une adolescente témoigne :

La patronne avec qui j'étais, ...quand elle s'absentait, elle ne me laissait pas de quoi manger, donc je croupissais dans la maison avec la faim. Et comme j'étais une enfant, je ne comprenais rien. Quand je sortais, je suivais n'importe qui, pourvu que je puisse gagner à manger. Non loin de la maison de ma patronne, il y avait une boutique et le père de mon enfant y causait souvent. J'y allais, on causait ensemble et il me donnait à manger, c'est ainsi que je suis tombée enceinte. (Adolescente mère, âgée de 18 ans, non scolarisée et vivant dans un centre d'accueil)



Le dénuement a ainsi rendu cette adolescente vulnérable aux avances d'une personne qui a manifestement profité de sa naïveté pour entretenir des relations sexuelles avec elle, d'où la survenue de sa grossesse. Le handicap constitue également un facteur de vulnérabilité qui, bien qu'il n'a pas été directement vécu par les AEM ayant participé à cette recherche, est relevé par un leader d'OSC familier des adolescentes en situation de handicap.

Ces personnes-là n'ont même pas accès aux services de planning familial et de méthodes contraceptives. Non, même pas à l'information (ni) aux outils, aux mécanismes et aux méthodes même de protection ou de planification. (...) C'est clair que la plupart de ceux qui dispensent ces services-là de PF [planification familiale] ou de méthodes contraceptives n'ont pas toujours la bonne méthode pour approcher les personnes handicapées, ça c'est le premier point. Le deuxième point c'est que les personnes handicapées elles-mêmes, étant donné qu'elles sont souvent dans une situation de vulnérabilité, ne peuvent pas exiger souvent certaines méthodes de contraception. Vous prenez par exemple une fille handicapée qui, peut-être à 20 ans, 25 ans n'a même pas encore rencontré quelqu'un qui s'intéresse à elle, ...elle n'a jamais expérimenté (le sexe) et le jour où une première personne s'approche d'elle, elle n'a même pas ce réflexe-là, ou en tout cas cette capacité de réclamer une protection ou bien quelque chose parce qu'elle se dit : "si moi je m'amuse c'est la seule rare occasion que j'ai eu donc, je ne peux pas m'amuser". Donc en général, elles sont vulnérables. (Leader d'OSC)

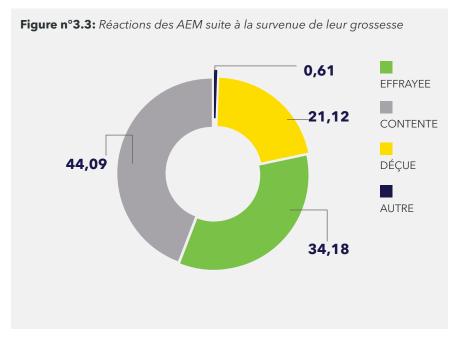
D'autres facteurs, tels que les violences sexuelles, sont aussi évoqués par certains répondants adultes parmi les explications de la survenue de ces grossesses chez les adolescentes.

Des discours ont été recueillis sur les réactions des diverses personnes concernées par la survenue de la grossesse des répondantes, à commencer par elles-mêmes, ainsi que leurs partenaires, et leur entourage familial.

3.3.1. Réaction des AEM à la survenue de leur grossesse

Les réactions des AEM à la survenue de leur grossesse étaient fortement liées à leur désir d'enfant à cette période de leur vie. Ainsi, 44,08% des répondantes (dont 80,79% étaient alors en union) déclarent qu'elles ont accueilli la nouvelle avec joie. D'autres, par contre (34,18%), dont 82,39% étaient alors célibataires, expliquent avoir ressenti de la peur (Figure n°3.3).

Les résultats des entretiens qualitatifs confirment la pluralité des sentiments ressentis par ces filles. Les données ont aussi mis en évidence le lien entre leurs ressentis et la situation relationnelle dans laquelle elles se trouvaient et leur perception des attentes de leurs parents envers elles. De ce fait, certaines AEM rapportent avoir été heureuses de découvrir leur grossesse, comme l'explique une des participantes :



Ma réaction lorsque j'ai appris que j'étais enceinte, j'étais tellement heureuse (...). Je suis allée informer mon copain, ce jour-là, il était heureux. Il était très heureux. Il m'a dit que : "Maintenant, je suis très heureux, je vais devenir papa". (Adolescente mère, âgée de 18 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec sa famille)

Contrairement à elle, d'autres AEM, comme cette jeune femme de 19 ans, étaient partagées entre le mécontentement, des interrogations et l'angoisse, voire de la peur au moment de la découverte de leur grossesse :

Quand l'infirmier m'a dit que j'étais enceinte, je n'étais pas trop contente parce que je n'avais pas encore dit à mon copain. Je ne savais pas ce qu'il allait dire, s'il allait accepter d'être l'auteur de ma grossesse, donc je n'étais pas trop contente de ça. (Adolescente enceinte, 19 ans, non scolarisée, Dagara et vivant avec son partenaire)

Parmi celles qui déclarent avoir été mécontentes, bon nombre ont évoqué comme première raison la crainte de décevoir leurs parents et le sentite et d'auteur briefe leure strates et le sentite et de leur grosses et le sentite de décevoir leurs parents et le sentite et d'auteur briefe leure strates et le sentite et de leur grosses et le sentite et de leur grosses et le sentite et de leur grosses et le sentite et le senti

qué comme première raison la crainte de décevoir leurs parents et le sentiment d'avoir brisé leurs attentes. Selon ces dernières, la conséquence de cette situation pouvait être le bannissement de leur famille ou l'arrêt du soutien dont elles bénéficiaient de leurs parents pour leur scolarité, pour celles qui fréquentaient encore l'école. Cette fille de 17 ans l'exprime en ces termes :

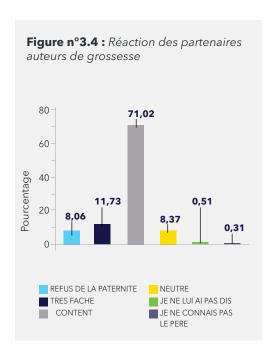
J'étais triste du fait que j'ai déçu mes parents et à la maison, ils vont me bannir de la cour familiale. En plus de ça, mon papa a souffert pour payer ma scolarité et pour le remercier, je tombe enceinte. Donc je suis triste. (Adolescente mère, 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents)

Même parmi celles qui ont accueilli avec joie la nouvelle de leur grossesse, mais encore dépendantes de leurs parents, certaines ont expliqué que leur joie était mitigée par crainte de la désapprobation des parents. Si certaines ont tout de même eu le courage de les informer, d'autres ont déployé des stratégies pour dissimuler la grossesse aussi longtemps qu'elles ont été capables.

3.3.2. Réactions des partenaires des AEM à l'annonce de la grossesse

L'enquête s'est également intéressée à la manière dont les adolescentes ont vécu la réaction de leurs partenaires lorsqu'elles leur ont annoncé qu'elles étaient enceintes. Selon elles, dans la majorité des cas (71,02%), le père était heureux de la nouvelle. Les partenaires ayant exprimé de la colère étaient minoritaires (11,73%) et ceux qui se sont montrés indifférents étaient encore moins nombreux (8,37%) (Figure n°3.4).

En fonction du type de relation, on constate que 16 % des adolescentes qui étaient célibataires au moment de la survenue de la grossesse, déclarent que leurs partenaires ont renié la grossesse, 20 % déclarent que ces derniers étaient très bouleversés et 48 % déclarent qu'ils en étaient heureux.



Les discours recueillis lors de l'enquête qualitative illustrent ce type de situations, comme on a pu le voir dans le cas de l'adolescente de 16 ans citée dans la précédente section. D'autres qui n'ont pas eu cette chance ont été confrontées à un rejet et à une remise en question de sa paternité par le partenaire, comme l'explique cette participante âgée de 15 ans:

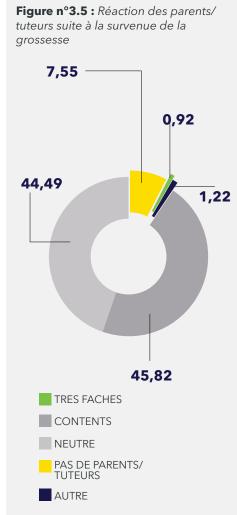
Il m'a dit seulement que lui ne pensait pas que moi-même j'allais revenir chez eux, (à plus forte raison) venir dire que je suis enceinte de lui (...). Que si c'est pour lui la grossesse, le jour de mon accouchement, personne ne va savoir mais si ce n'est pas pour lui, le jour de mon accouchement, je vais mourir avec la grossesse. (Adolescente enceinte, 15 ans, scolarisée en classe de 5ème, moaga et vivant dans un centre d'accueil)

Ce type de réaction des partenaires est survenu essentiellement dans des cas où ce dernier était peu connu, voire inconnu de la famille de l'adolescente. Les filles concernées étaient alors susceptibles de subir des violences psychologiques, verbales et même physiques, de la part de leurs partenaires, qui cherchaient à les dissuader de leur attribuer la grossesse.

3.3.3. Réactions des proches : familles, parents et tuteurs

Du point de vue quantitatif, les réactions des familles lors de la découverte de la grossesse ont été diverses. Environ la moitié des parents ont accueilli la nouvelle avec joie. Cela est majoritairement survenu dans des situations où l'adolescente était dans une relation reconnue et acceptée par la famille (86,93% étaient en union). Contrairement à ces répondantes, 45,82% des adolescentes rapportent que leurs parents étaient très en colère (Figure n°3.5). Ce chiffre s'explique sans doute par le fait que la majorité des concernées étaient célibataires (96,66%), ce qui, du fait des normes en vigueur dans leur famille, ne constitue pas la situation idéale pour procréer, surtout dans le cas des moosé (27).

Les données qualitatives montrent que les parents ont eu parfois des réactions très vives, allant de la violence émotionnelle et physique à l'exclusion de la fille du domicile paternel. En témoigne les propos de cette enquêtée de 17 ans, qui a dû partir de la maison familiale dès la décou-



verte de sa grossesse par sa mère :

...Quand elle (sa mère) a su, elle est allée en parler à ma tante. Et la tante lui a dit que ... je devrais quitter rapidement la maison car cela pouvait entrainer la mort de mon papa. Donc le jour même, je suis partie de la maison. (...). Il [son père] était très déçu, et il ne mangeait plus dans la maison. (...) Il buvait juste de l'eau, s'en foutait pas mal de la présence de ma mère et il ne faisait que se bagarrer avec elle. (Adolescente mère, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents)

Comme cette adolescente, plusieurs répondants évoquent effectivement l'interdiction pour un père ou tout autre membre masculin de la famille de cohabiter avec leur fille ayant contracté une grossesse prémaritale. La « faute » de la fille pourrait alors entraîner leur décès ou d'autres malheurs au sein de la famille. Pour cette raison, la fille devait rejoindre l'auteur de la grossesse, ou alternativement la tante paternelle. Dans les situations plus compliquées sur le plan familial ou lorsque la fille est dans l'incapacité d'être accueillie par l'auteur de la grossesse, celle-ci peut se retrouver à la rue ou dans des centres d'accueil, comme ce fut le cas pour la jeune femme citée ci-dessus. Dans ces cas de figure également, les AEM en situation de handicap sont exposées à une stigmatisation accrue.

Quand elles sont dans cette situation de grossesse, ..., elles sont rejetées non seulement par la famille, mais également par la société, puisque le préjugé c'est quoi d'abord au niveau de la société, au niveau de la famille même? Déjà, ces gens ne peuvent pas accepter parce qu'on se dit : "bon mais toi avec ta situation déjà, qu'est-ce que tu as encore à aller rentrer dans ce genre de choses au lieu de te préoccuper de ta propre situation". Donc on considère que c'est des gens qui n'ont même pas droit à ça quoi, tu ne devrais pas te préoccuper de ça, tu devrais te concentrer sur ton (handicap). Donc c'est un peu ça qui fait que ces genres-là ne sont souvent peut-être pas bannies, mais elles sont stigmatisées. (Leader d'OSC)

Il faut toutefois relever que, dans certaines de ces situations et de façon très diverse, il est arrivé que certaines familles finissent par adoucir leurs positions et par reprendre leur fille en charge.

Enfin, certains récits d'AEM et aussi de parents, relatent des cas où, en dépit de la colère et de la déception, les parents ont d'emblée soutenu et accepté de prendre en charge leur fille, même en cas de rejet par l'auteur de la grossesse.

3.3.4. Réactions des pairs

La plupart des AEM ont décrit des réactions majoritairement négatives de leurs pairs, se traduisant par de la stigmatisation (sous forme de moqueries, d'injures) et discrimination, voire de la violence verbale et psychologique. Une répondante âgée de 17 ans décrit son expérience :

Certains ont tenu des propos rabaissants. Certains m'ont insultée. Par contre, d'autres ont dit que c'est la vie qui est ainsi et que c'était ma première fois, que je ne connaissais rien. D'autres ont eu à m'encourager mais d'autres tenaient des propos grossiers, que c'est parce que j'étais mal éduquée, il y a eu toutes sortes de propos. (Adolescente mère, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents)

Quelques adolescentes affirment en revanche avoir bénéficié d'un appui total de leurs amis lorsqu'elles sont tombées enceintes. En témoignent les propos de cette mère de 18 ans :

Ils le [son fils] considèrent comme leur enfant, c'est comme ça que mes amis le considèrent.

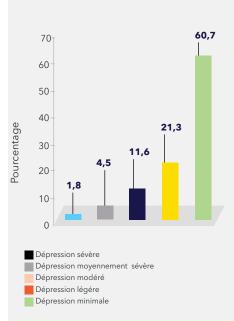
(Adolescente mère, âgée de 18 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

3.4. Problèmes sanitaires et gestion de la santé chez les AEM

3.4.1. Perception de leur santé mentale par les AEM

S'agissant de leur santé mentale, et certainement en lien avec les difficultés vécues du fait de leur grossesse, 18% des AEM ont déclaré des symptômes de dépression (Figure n°3.6). Leurs réponses concernant ces symptômes ont permis d'obtenir un gradient de sévérité des dépressions enregistrées. Selon ces résultats, près de 2% des adolescentes déprimées étaient en dépression sévère au moment de l'enquête et 60% en dépression minimale.

Figure n°3. 6: Prévalence des symptômes de dépression chez les répondantes



Cette prégnance de la dépression parmi les AEM a été confirmée par les résultats qualitatifs. En effet, la plupart des AEM ayant participé à l'enquête qualitative ont évoqué des symptômes de dépression apparus suite à leur grossesse et aux conséquences sur leur vie :

La grossesse m'a fatiguée d'un, mais j'ai pu passer en classe supérieure. En classe de terminale, je pense que c'est à cause de l'enfant que je n'ai pas eu le BAC là. (...) Mentalement, quand je vois mon enfant je suis contente, mais le fait de ne pas avoir le BAC là, ça me traumatise un peu. (Adolescente mère de 19 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

La manière dont la grossesse a affecté mes pensées, c'est le fait que je n'arrivais pas à manger C'est ça. (...) Plus le sommeil. (Adolescente mère, âgée de 16 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec ses parents)

Aussi, les AEM ont rapporté avoir été affectées mentalement par le caractère inattendu de leur grossesse, les réactions négatives de leurs proches et entourage, ainsi que des angoisses liées à l'accouchement, comme expliqué par cette participante :

Ça a eu un impact car j'étais très pensive. Je ne savais pas comment cela allait se passer avec les dires des gens sur l'accouchement.

Selon certains, tu peux rester sur la table d'accouchement comme tu peux t'en sortir. Donc à chaque fois que je m'assois, je ne fais que penser à ça, et je priais que le jour ça se passe bien et que personne ne s'en rende compte. (Adolescente mère, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents).

De la même manière, des adolescents auteurs de grossesse interrogés ont été au cœur de tensions extrêmes, non seulement au sein de leur propre famille, mais également avec la famille de leur partenaire enceinte et avec cette dernière. Ces tensions auraient selon eux impacté leur santé mentale.

3.4.2. Fréquentation des formations sanitaires par les AEM au cours des six mois précédant l'enquête

Concernant les interactions des AEM avec les services de santé au cours des six mois précédant l'enquête, la quasi-totalité des répondantes (soit 84,1%) ont déclaré s'être rendues dans un centre de santé pendant cette période. Les

médical ou un traitement			
Variables	Non	Oui	
Obtenir de l'argent pour le traitement ?	406(41,4)	574(58,6)	
Besoin d'un moyen de transport ?	451(46)	529(54)	
Vous craignez qu'il n'y ait pas de médicaments disponibles ?	616(62,9)	364(37,1)	
La distance à l'établissement de santé ?	632(64,5)	348(35.5)	
Vous craignez qu'il n'y ait pas de prestataires de soins de santé ?	695(70,9)	285(29,1)	
Ne pas vouloir y aller seule ?	759(77,5)	221(22,6)	
Obtenir la permission de partir ?	771(78,7)	209(21,3)	
Vous craignez qu'il n'y ait pas de femmes prestataires de santé ?	796(81,2)	184(18,8)	
Autre chose ?	976(99,6)	4(0,4)	

Tableau n°3.3 : Facteurs empêchant une adolescente d'obtenir un avis

services de santé les plus sollicités par les adolescentes étaient les soins prénatals (44%), suivis des soins de santé générale (38,2%), ceux de santé de leur enfant (32,3%) et les soins postnatals (22%). Parmi les AEM, 84% estiment que l'accès aux services de santé a été aisé pour elles. Les principales entraves au recours aux soins dans des formations sanitaires étaient, selon elles, le manque d'argent pour assumer les frais (58,6%), le manque de moyen de déplacement pour s'y rendre (54%), et donc de ressources pour leur transport, de même que la crainte qu'il n'y ait pas de médicaments disponibles (37,1%) (Tableau n°3.3).

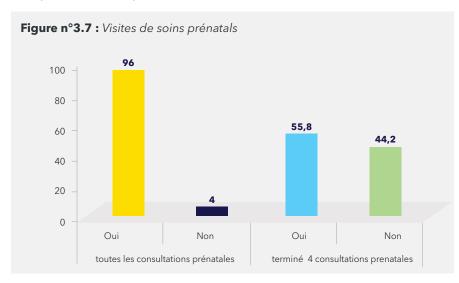
Certains de ces défis, comme le manque de moyens financiers pour couvrir les frais des services de santé, la difficulté à s'y rendre et la faible qualité des soins ont été relevés lors des entretiens. Plusieurs de ces difficultés ressortent du récit d'une mère adolescente, qui a été contrainte de rejoindre sa mère dans un village pour pouvoir accéder à des soins :

Comme il n'y avait pas de centre de santé à côté, je suis allée chez ma mère (au village). Et c'est làbas que j'ai eu accès à un hôpital pour commencer les consultations prénatales. (...) Quand la date d'accouchement est arrivée, elle [la sage-femme] a dit que je ne peux pas accoucher ici, si ce n'est pas à Dédougou [ville secondaire]. Elle a ajouté encore que ma tension est élevée et le taux de sel aussi. (Adolescente mère, âgée de 18 ans, non scolarisée, dafing et vivant avec son tuteur)

3.4.3. Soins maternels (prénatals, périnatals, postnatals)

La quasi-totalité des adolescentes enceintes ou mères au moment de l'enquête (soit 96%) déclarent avoir effectué des Consultations Prénatales (CPN) au cours de leur dernière grossesse. Parmi les AEM ayant effectué des CPN, seulement 55,8% ont effectué quatre visites prénatales, les 44,2% autres en ont effectué trois au plus (Figure n° 3.7). Notons que celles qui étaient enceintes au moment de l'enquête en étaient à des stades divers de leur grossesse.

Les entretiens qualitatifs ont permis de mettre en évidence les facteurs susceptibles de limiter l'accès des AEM aux soins prénatals. Il s'agit des difficultés d'accès aux services



de santé citées plus haut, telles que les contraintes financières comme l'explique une des participantes :

Je suis déjà allée pour le deuxième mois, le troisième mois et le quatrième mois. Je ne suis pas encore partie pour le neuvième mois. (...) dans notre hôpital ils font les pesées à 200 F. Si je n'ai pas de l'argent je ne pars pas. Si j'ai l'argent, je pars. S'il [son enfant] est gravement malade, je demande de l'argent chez quelqu'un pour l'amener à l'hôpital. Entretemps, ma maman était malade et n'arrivait pas à faire son commerce. Quand il est tombé malade, j'ai emprunté de l'argent pour l'amener à l'hôpital. (Adolescente mère, âgée de 16 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec ses parents).

Ces difficultés interviennent dans un contexte de gratuité des soins pré et postnatals au Burkina. Instaurée pour lever les barrières financières à ces soins vitaux, l'expérience des AEM montre que cette politique n'est pas toujours appliquée par les soignants, poussant de fait les AEM à renoncer à ces soins ou à s'endetter comme on a pu le voir dans le verbatim ci-dessus. Quant à la qualité de la prise en charge, plusieurs AEM ont déclaré avoir été bien traitées par les agents de santé lors des CNP, des accouchements et des visites postnatales. Cette répondante relate la qualité de ces interactions et des services :

Quand je suis allée, elle m'a examinée et m'a dit que j'avais des pertes blanches et elle m'a prescrit une ordonnance et je suis allée faire le traitement. A la suite du traitement, les pertes blanches ne venaient plus et je suis repartie au prochain rendez-vous et elle a dit que c'était bien maintenant. (Adolescente mère, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents).

Contrairement à ces participantes, d'autres ont déploré un mauvais accueil et un manque de respect de la part de certains agents de santé lors de leurs consultations. Cette participante de 16 ans en a fait l'expérience :

Souvent aussi, elles ne me consultent pas bien (...). Parfois, je pars là-bas jusqu'à me fatiguer, et je commence à ressentir la faim. Quand ils arrivent, ils me grondent. Ils aiment trop me gronder. Ils me crient trop dessus! (Adolescente mère, âgée de 16 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec ses parents).

L'accueil, en particulier, des AEM en situation de handicap, est décrié par un leader:

4

.... Même quand elles vont dans les centres de santé, il y en a qui ont témoigné qu'elles ont été dans les centres de santé avec des grossesses et on leur a dit : "mais toi avec ta situation là qu'est-ce que toi tu es allé faire pour te retrouver encore dans cette situation ?". C'est-à-dire que tu as ajouté un problème à ton problème. Ils ne considèrent même pas le handicap comme étant une situation avec laquelle quelqu'un vit. (Leader d'OSC).

Ces faits, comme cela est ressorti des résultats quantitatifs, ne les encourageraient pas à fréquenter les formations sanitaires.

3.4.4. Contraception chez les AEM

Des informations ont été collectées sur la connaissance, l'utilisation et les sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives par les AEM.

3.4.4.1. Connaissances des méthodes contraceptives

L'existence des méthodes contraceptives est globalement connue de toutes les AEM interrogées. Parmi les méthodes modernes, la plus connue de toutes est le préservatif masculin (par 93,3% des AEM). La pilule est la seconde méthode connue de 88,4% des adolescentes. De même, les injectables et les implants sont très connus des AEM (soit 85,1% et 82,8%).

Les méthodes contraceptives les moins connues sont respectivement le Dispositif intra-utérin (DIU) (65,4%), l'abstinence périodique (58,1%), le préservatif féminin (56,5%), le coït interrompu (45,6%) et la contraception d'urgence (42,8%) (Tableau n°3.4).

3.4.4.2. Utilisation passée et récente de la contraception

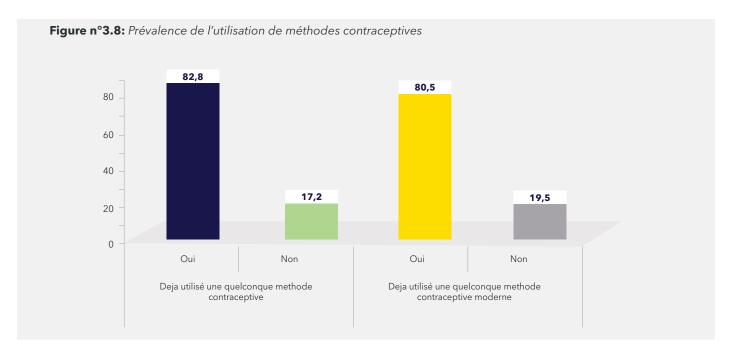
La majeure partie des AEM ont déjà utilisé des méthodes contraceptives pour prévenir une grossesse. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une méthode quelconque de contraception (82,8%) et dans une proportion moindre, d'une méthode moderne (80,5%) (Figure n°3.8).

Parmi ces différentes méthodes déjà utilisées, les AEM ont le plus souvent utilisé le préservatif masculin (64,2%), les injectables (27,1%), l'abstinence périodique (25,4%), la pilule (24,9%) et les implants (23,2%). Peu d'entre elles ont déjà pratiqué le coït interrompu (13,8%), de même que la contraception d'ur-

Tableau n°3.4 : Connaissance et utilisation antérieure de méthodes contraceptives par les AEM			
Méthodes contraceptives	Connaissance des méthodes	Utilisation antérieure de la contraception	
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	
Pilules	866 (88,4)	244 (24,9)	
DIU	641 (65,4)	72 (7,4)	
Injectables	834 (85,1)	266 (27,1)	
Implants	811 <i>(82,8)</i>	227 (23,2)	
Préservatif masculin	914 (93,3)	629 (64,2)	
Préservatif féminin	554 (56,5)	49 (5,0)	
Abstinence périodique	569 (58,1)	249 (25,4)	
Coït interrompu	447 (45,6)	135 (13,8)	
Contraception d'urgence	419 (42,8)	117 (11,9)	



gence (11,9%), le DIU (7,4%) et le préservatif féminin (5%) (Tableau n°3.4). En ce qui concerne leur utilisation actuelle de la contraception, 70,5% des adolescentes mères ont déclaré en utiliser. Elles utilisent les injectables en premier lieu (34,3%), suivi du préservatif masculin (31,9%), des implants (16%), de la pilule (12%), du préservatif féminin (12%) et de l'abstinence périodique (10,2%). Par contre, la contraception d'urgence (5%), la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (5,4%) et le DIU (8,3%) sont peu utilisés (*Tableau n*°3.5).



Chez les adolescentes mères qui n'utilisaient pas de contraception au moment de l'enquête, les entretiens qualitatifs fournissent un certain nombre de raisons. Des participantes expliquent être réticentes à les utiliser du fait de craintes pour leur santé, leur fertilité, ou encore du fait de réticences de leur partenaire pour les mêmes raisons. Ces facteurs sont évoqués par ces deux participantes âgées respectivement de 16 et 18 ans :

Vraiment, je ne connais aucun. J'entends parler mais je ne les connais pas. (...) J'entends parler de ça à l'hôpital, auprès des femmes et des jeunes filles mais moi-même, moi-même je ne le veux pas. Je ne veux pas parce que ce n'est pas bien. Tu peux l'utiliser et avoir des maladies. Si tu n'as pas de l'argent pour te soigner, ça amène des difficultés. » (Adolescente mère, âgée de 16 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec ses parents).

« Nous n'utilisons pas de contraceptif. C'est lui qui a dit qu'il veut comme cela. Ils ont dit aussi que si tu les utilises, tu peux avoir des difficultés après pour ta procréation. Ils ont dit que tu peux, entre-temps, chercher un enfant en vain. (Adolescente mère, âgée de 18 ans, scolarisée en classe de 4ème, moaga et vivant avec le père de son enfant).

Tableau n°3.5: Utilisation actuelle de méthodes contraceptives, méthodes utilisées et sources d'approvisionnement

riables	Non	Oui
	Fréquence (%)	Fréquence
Faites-vous actuellement quelque chose pour retarder ou éviter une grossesse ?	185 (29,5)	443 (70,5
Quelle méthode utilisezvous ?		
Injectables	291 (65,7)	152 (34,3
Préservatif masculin	302 (68,2)	141 (31,9
Implants	372 (84)	71 (16
Pilule	390 (88,0)	53 (12,0
Préservatif féminin	390 (88)	53 (12
Abstinence périodique	398 (89,8)	45 (10,2
DIU	406 (91,7)	37 (8,3
MAMA	419 (94,6)	24 (5,4
Contraception d'urgence	421 (95,0)	22 (5,0
Où avez-vous obtenu la méthode actuelle ?		
Hôpital public	300 (67,7)	143 (32,3
Centre de santé public	359 (81)	84 (19
Autres installations publiques	362 (81,7)	81 (18,3
Partenaire/Mari	393(88,8)	50 (11,2
Dispensaire	401 (90,5)	42 (9,5
Boutique	401 (90,5)	42 (9,5
Pharmacie	413 (93,2)	30 (6,8
Autrui	432 (97,5)	11 (2,5
Ami/Parent	434 (98)	9 (2,0
Hôpital privé	434 (98)	9 (2
Hôpital/Clinique confessionnel	436 (98,4)	7 (1,6
Autres centres médicaux privés	436 (98,4)	7 (1,6
Église	442 (99,8)	1 (0,2
J	, ,-,	(-/-

3.5. Impact de la COVID-19 sur le vécu des AEM

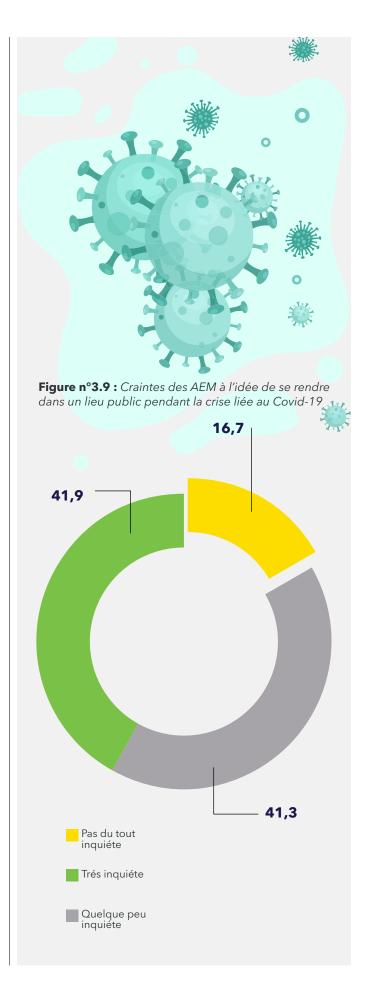
Chez les AEM, la survenue de la Covid-19 a engendré un certain nombre de craintes au plus fort de la pandémie dans le pays. La principale crainte qu'elles ont évoqué était celle de la mort, 87,6% des AEM craignaient de contracter le virus et d'en mourir ou d'être hospitalisées (29,8%). De même, 60,1% ont rapporté avoir eu peur de la maladie à cause de l'absence de traitement curatif. D'autres ont plutôt craint l'effet des mesures de prévention mises en œuvre dans le pays sur leurs conditions de vie : pénuries alimentaires (53,2%), pertes de revenu (45,5%), isolement (36,7%), le fait de devoir éviter les regroupements (35,7%), le manque de moyen de transport (35,1%), la méconnaissance du lieu d'obtention de traitement (24,8%), la hausse de la criminalité (23,9%) et l'incapacité de faire face au coût de leur loyer (9,3%) (Tableau n°3.6).

Tableau n°3. 6: Principales craintes con	cernant la Covid-19
Principales craintes concernant le Covid-19	Fréquence (%)
Mort/mortel/ le virus tue	858 (87,6)
Pas de traitement	589 (60,1)
Pénuries alimentaires	521 <i>(53,2)</i>
Perte de revenu	446 (45,5)
Être mise en isolement/ quarantaine	360 (36,7)
Rester à l'écart des foules est difficile	350 <i>(35,7)</i>
Pas de transport	344 (35,1)
Être hospitalisée	292 (29,8)
Ne sait pas où obtenir un traitement	243 (24,8)
Augmentation de la criminalité	234 (23,9)
Incapacité de payer son loyer	91 (9,3)
Ne sait pas/ Autre à spécifier/ Pas de réponse	16 (1,6)

Par peur de contracter le virus, les AEM vivaient dans l'inquiétude à l'idée de se rendre dans certains lieux publics. Par exemple, près de 2 AEM sur 5 (soit 41,3%) étaient très inquiètes à l'idée de se rendre au marché ou dans un centre de santé (Figure n°3.9).

3.5.1. COVID-19 et accès aux services de santé reproductive

Des questions ont été posées aux AEM sur les éventuelles entraves aux services de santé causées ou accentuées par la pandémie. La principale difficulté citée était l'accès réduit aux soins prénatals (29,8%). Toutefois, il s'avère difficile de déterminer dans quelle mesure ces difficultés d'accès sont liées aux mesures de prévention ou à leurs propres craintes. Ainsi, une participante à l'enquête qualitative explique avoir renoncé aux CNP par peur de contracter le virus dans une formation sanitaire :



Concernant la covid-19 là, les problèmes que j'ai rencontrés, j'avais peur d'avoir le corona, donc je ne partais pas faire les pesées [consultations prénatales). (...) Chacun se méfiait aussi, moi-même je ne voulais pas parler à quelqu'un! C'est ça qui était le problème. (Adolescente enceinte, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de seconde, moaga et vivant avec son partenaire)

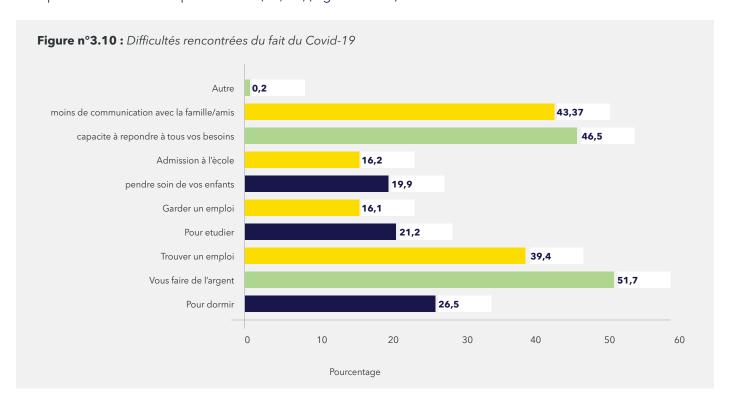
Les autres services auxquels les répondantes déclarent avoir eu un accès réduit sont principalement les soins pour leurs enfants (22,5%), les soins de maternité (20,4%), les services contraceptifs (13,9%) et le test du VIH (13%) (Tableau n°3.7).

Tableau n°3.7: Services pour lesquels les répondantes ont eu des difficultés d'a	ccès	
Services pour lesquelles l'AEM a eu des difficultés d'accès	Fréquence	%
Services contraceptifs	136	13,9
Soins prénatals	292	29,8
Soins après avortement	39	4,0
Test VIH	127	13,0
Test des IST	74	7,6
Soins de maternité	200	20,4
Bien-être de bébé	219	22,5
Produits pour les règles (par exemple, serviettes hygiéniques)	96	9,8
Autre	4	0.4

3.5.2. Autres défis liés à la COVID-19

De façon générale, les principaux défis induits par la pandémie pour les AEM résident dans leur appauvrissement du fait des restrictions de mouvements et du ralentissement des activités économiques (51,7%). Cela a entraîné des difficultés pour répondre à leurs besoins (46,5%), prendre soin de leurs enfants (19,9%), trouver (39,4%) et garder un emploi (16,1%) (Figure 3.10).

Ces difficultés économiques sont également évoquées dans les entretiens qualitatifs. Par exemple, du fait du ralentissement des activités de sa mère qui pratiquait la vente de nourriture dans un kiosque, une adolescente de 18 ans a vu se réduire le soutien de cette dernière envers son enfant et elle. Les participantes citent également l'isolement social (43,37%) et une détresse psychologique induisant des insomnies (26,5%). Par ailleurs, les AEM scolarisées ont, comme tous les élèves du pays, dû suspendre leur scolarité pendant la période de fermeture des écoles (16,2%) et ont éprouvé des difficultés pour étudier (21,2%) (Figure n°3.10).



3.6. Impact de la grossesse et de la maternité sur les conditions de vie des AEM et adolescents auteurs de grossesse

Il ressort de l'étude qualitative que la grossesse et la maternité ont eu en général un impact négatif sur les conditions de vie des adolescentes enceintes ou mères. En effet, nombre d'entre elles vivaient déjà des conditions économiques difficiles qui se sont dégradées du fait de la grossesse. Ces difficultés étaient plus prégnantes dans les cas où les AEM ont été rejetées par leur famille et leur partenaire, surtout lorsque cela imposait un changement du cadre de vie. Qu'elles vivent avec le père de leur enfant ou non, les AEM étaient presque unanimes quant il s'est agi de décrire les conditions difficiles de leur vie. Cette mère de 19 ans, qui vit avec son partenaire, explique que les ressources que ce dernier lui procure ne permettent pas vraiment de satisfaire ses besoins essentiels.

Bon, ça ne permet pas de satisfaire mes besoins avec. C'est uniquement pour la consommation, par exemple payer quelque chose pour manger ou cuisiner un plat que j'ai envie de manger. Sinon pour les autres besoins, on ne peut pas payer avec. (Adolescente mère, âgée de 19 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

Pour celles amenées à vivre avec l'auteur de leur grossesse, il faut souligner que cette cohabitation peut être conflictuelle, notamment quand ce dernier a été contraint de recueillir sa partenaire sous une pression quelconque. Des AEM et d'autres participants font état de violence de tous ordres, subies infligée par leurs « conjoints » en représailles. A cela s'ajoute une interruption totale ou temporaire des activités génératrices de revenu pour celles qui en exerçaient, du fait des malaises liés à la grossesse ou de leur déménagement. Cela les place dans une situation de dépendance totale vis-à-vis de la personne qui les héberge ou de leur famille.

A l'instar des filles, les adolescents auteurs de grossesse ont aussi décrit l'impact de la grossesse sur leur vie. En effet, la plupart de ces participants étaient encore dépendants de leurs parents du fait que leur statut d'élève ou d'adolescent exerçant de petits métiers ne leur permettait pas de s'assumer. De fait, ils ont été confrontés à des réactions négatives de la part de leurs parents qui nourrissaient, avant tout, des ambitions académiques ou professionnelles pour eux. S'ils n'ont pas vécu les sanctions sociales extrêmes réservées aux filles, ils expliquent avoir aussi ressenti la désapprobation de leur entourage, une rupture de confiance avec les parents et la culpabilité d'avoir « mis » leur copine dans la situation difficile qu'elle traversait. Parmi les conséquences et sanctions évoquées, certains ont été contraints à la vie commune avec leur partenaire dans le domicile familial, tandis que d'autres, selon les arrangements convenus avec la famille de la fille, se devaient d'apporter un soutien matériel et financier à la fille. Cela les aurait rendus encore plus dépendants de leurs parents et les obligerait à réserver en priorité leurs revenus, quand ils en avaient, à la prise en charge des frais liés à la grossesse de leur copine.

Dans les situations les plus complexes, la combinaison de la sanction sociale (se traduisant par la stigmatisation, le bannissement de la cour paternelle), le rejet par le partenaire, l'obligation de contribuer financièrement à la prise en charge de la grossesse, et la perte de leurs soutiens économiques et moraux place les AEM et leurs partenaires dans un dénuement extrême. Cela n'est pas sans répercussion sur leur santé mentale (comme cela a été décrit plus haut), physique et bien-être social.

Les avortements provoqués et leurs corollaires de conséquences ne sont pas rares chez les AEM victimes d'exclusion sociale. Ils sont évoqués par plusieurs participants comme étant la conséquence de la détresse extrême dans laquelle se retrouvent les filles qui redoutent ou qui vivent cette sanction sociale.

...en zone mossi, par exemple quand une telle situation arrive, bêh on dira que tu ne peux pas rester chez ton papa pour accoucher. A ce moment, il faut quitter chez le papa et aller peut-être te réfugier quelque part chez une tante pour un peu gérer cette situation-là. Il y a des gens qui se retrouvent dans la rue, y a d'autres aussi qui, à un moment, ça s'est soldé par un avortement. Et quand ça arrive comme cela, la première des choses des fois, elles ne veulent même pas que les parents soient au courant. (...) donc elles discutent avec d'autres camarades pour voir comment ces camarades-là peuvent les aider à évacuer la grossesse sans même que personne ne le sache. (Leader d'OSC)

De même, les suicides et les abandons d'enfants sont également des conséquences évoquées par certains. Un leader religieux évoque le risque de suicide chez ces adolescentes en ces termes:

Il y a des conséquences sur leur santé. En effet, leur organisme n'est pas apte à supporter une grossesse jusqu'à aller à l'accouchement au regard de leur jeune âge. Ceci entraîne des problèmes de santé parfois qui peuvent même conduire au sacrifice suprême [la mort]. Aussi, le poids de la société qui pèse sur elles, les envoie s'ôter elles-mêmes leur vie. (Leader musulman)

3.7.1. Décrochage scolaire des élèves adolescentes du fait des grossesses

Rappelons que seulement 13,2% des AEM interrogées lors de l'enquête quantitative fréquentaient l'école au moment de l'enquête. Vingt-huit pour cent (28,3%) n'avaient jamais été à l'école tandis que 58,6% étaient déscolarisées. Les principales raisons évoquées par les AEM concernées pour expliquer cette déscolarisation sont la grossesse et les malaises qui y sont liés (52,1%), de même que le manque de ressources financières (41,3%) (*Tableau n°3.8*).

Raison de déscolarisation évoquée	Effectifs (n = 574)	%
Manque de ressources	237	41,3
Grossesse/malaises liés à la grossesse	299	52,1
Mariage	27	4,7
Avait besoin de travailler	33	9,2
Pas intéressée par l'école	10	1,7
Distance domicile-école	13	2,3
A terminé le niveau primaire	3	0,5
A terminé le niveau post-primaire	50	8,7
A terminé le secondaire	3	0,5
Insuffisance/manque de soutien pour la garde du bébé/ responsabilités de mère	25	4,4

Les résultats qualitatifs montrent en effet que, du fait des malaises décrits plus haut et d'autres maladies tout le long de la grossesse, l'adolescente est parfois contrainte d'arrêter les cours, comme ce fut le cas pour celle-ci :

Au moment où elle contractait la grossesse, elle avait déjà commencé les études. J'avais payé et elle avait commencé. Mais quand elle a piqué la grossesse, elle a abandonné les cours. Elle n'est plus allée jusqu'à ce jour. Avec les maladies, elle n'a plus étudié. (Silence). (...) Ses bras étaient paralysés et les mains fermées, à tel point qu'elle n'arrivait plus à les ouvrir. Les médecins disaient que ce sont les nerfs. Donc, tous les travaux c'est moi qui m'en chargeais. Aujourd'hui, elle peut fermer son poing maintenant et l'ouvrir, mais ne peut pas soulever quelque chose. Elle ne peut plus aller à l'école. (Mère d'une adolescente enceinte, âgée de 58 ans, gourmantché et exerçant un petit commerce)

Chez certaines qui parviennent à continuer à aller en classe, leur condition physique influence négativement leur rendement et leur capacité à soutenir le rythme des études, particulièrement dans les classes d'examen dont le rythme serait intense. Cela finit par les décourager et entraîne leur décrochage. Dans certains cas, ce décrochage serait encouragé par le personnel des établissements scolaires, comme l'explique un éducateur :

...vous savez que lorsqu'une femme est enceinte, ce n'est pas facile. Elle crache beaucoup et il y a aussi des vomissements et ça la fatigue beaucoup. Donc, bon, pour éviter qu'elle indispose ses camarades, l'établissement préfère qu'elle suspende ses cours pour mieux gérer sa grossesse à la maison. (Assistant d'éducation d'un établissement secondaire public, homme)

Le deuxième et non des moindres facteurs justifiant le décrochage scolaire est le rejet que peuvent vivre certaines élèves enceintes. En effet, même quand les parents décident d'accepter la grossesse et de soutenir leur fille, il n'est pas rare que cela soit accompagné du refus de continuer à payer la scolarité, comme expliqué par cette participante

Bon, mon papa a dit que je m'amusais à l'école, je ne bossais pas. Et mon papa a décidé de ne plus payer ma scolarité. Mais moi-même, je travaillais pour payer ma scolarité cette année. Malheureusement l'état de ma santé a coïncidé avec la rentrée scolaire et je n'ai pas pu m'inscrire et j'ai laissé tomber.

(Adolescente mère de 19 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

Enfin, dans d'autres situations, en dépit de leur volonté de soutenir l'élève enceinte ou mère, la pauvreté des membres de son réseau social la contraignait à suspendre sa scolarisation en espérant reprendre une fois que sa situation se sera améliorée. Parmi les adolescentes ayant arrêté l'école, seulement 38,7% ont déclaré vouloir reprendre leurs études, tandis que 78,7% auraient préféré apprendre un métier. Les métiers les plus désirés par ces dernières sont l'artisanat et les petits métiers (65,64%), le commerce (19,35%) et les activités tertiaires nécessitant un diplôme supérieur (8,13%).

Métiers désirés	Effectif (N=553)	Fréquence (%)
Artisanat et petits métiers (couture, coiffure, etc.)	363	65,64
Elevage / Agriculture	3	0,54
Commerce en gros et détail	107	19,35
Hôtellerie / Restauration / Maquis	18	3,25
Activités tertiaires (Avocates, architectes, informaticiennes, journalistes, enseignantes, personnels de santé, secrétaires de bureau, auxiliaires de pharmacie)	45	8, 13
Finir les études secondaires ou formations professionnelles	17	3,07

3.7.2. Perte d'opportunités des adolescentes économiquement actives du fait des grossesses

Les données montrent que la grossesse non planifiée compromet la réalisation des projets immédiats des adolescentes, notamment les projets de formation professionnelle ou les activités professionnelles. La mise entre parenthèses de ces projets s'expliquerait par les mêmes difficultés que celles ayant conduit d'autres adolescentes au décrochage scolaire. Par exemple, la tutrice d'une adolescente mère estime qu'alors qu'elle était prête à soutenir sa protégée pour l'apprentissage d'un métier, la grossesse a remis en question cette possibilité:

Elle avait refusé de poursuivre ses études. Et moi je lui ai dit que si c'est comme ça, de laisser les études, même si c'est un métier je vais me débrouiller pour qu'elle apprenne. Mais comme la grossesse est survenue, on ne peut plus apprendre et exercer un métier. (Tutrice d'une adolescente mère, âgée de 30 ans, moaga et vendeuse de bouillie)

De même, une adolescente de 19 ans, qui travaillait dans un lieu de réjouissances, a dû arrêter son activité :

Je travaillais dans un maquis et nous étions hébergées par la gérante du maquis. Quand je suis tombée enceinte, je n'ai pas voulu rester là-bas pour ne pas qu'on sache que je suis enceinte. Je suis allée rester chez ma tante et c'est de là-bas que je partais travailler. Un jour, ma patronne est venue à la maison et elle m'a dit qu'on dit que je suis enceinte. (....) Elle n'a rien dit en tout cas puisque le ventre n'était pas encore bien sorti. Donc elle ne pouvait pas me dire de partir et je continuais toujours d'aller là-bas. Un mois après j'ai été obligée de laisser le travail parce que j'avais souvent des maux de ventre et aussi au bas ventre. (Adolescente mère, âgée de 19 ans, non scolarisée, moaga et mariée)

3.7.3. Impact de la paternité sur la scolarisation et l'autonomisation des adolescents auteurs de grossesse

Les AAG expérimentent aussi parfois des conséquences désastreuses de la grossesse sur leur scolarisation. On constate que, dans les cas où leurs parents ont accueilli leur partenaire au sein du domicile familial et subviennent à ses besoins, la conséquence se traduit par une réduction de leur soutien financier à leur propre fils. Cela en raison du fait que leurs ressources financières soient limitées, ou par souci de placer leur fils face à ses responsabilités. Dans le cas de deux AAG, les parents auraient arrêté de leur apporter leur soutien financier, y compris pour leurs études. Un des répondants explique que l'arrêt du paiement de sa scolarité par son père, faisant suite à l'annonce de la grossesse de sa copine, a entraîné la suspension de sa scolarité.

Depuis que j'ai commencé [l'école], je n'ai jamais payé la scolarité moi-même. C'est mon vieux [père] qui payait, mais comme je le disais, depuis que la nouvelle est tombée, les choses sont devenues bizarres jusqu'à la rentrée. (...) Si l'école commençait, le vieux payait en octobre, mais cette fois-ci, c'est allé jusqu'en janvier, voire février, et le vieux, à chaque fois que je lui parlais de la scolarité, il me disait qu'il n'avait pas d'argent mais qu'il était à la recherche pour payer après. Si je partais à chaque fois et qu'on me chassait, c'est honteux. Donc c'est pour cela que moi aussi j'ai décidé de laisser et j'avais même eu un tricycle que j'exploitais [taxi-moto]. (Adolescent père, âgé de 19 ans, non scolarisé, moaga et ne vivant pas avec la mère de son enfant)

Cet adolescent, s'il n'a pas été rejeté du domicile familial, semble ainsi avoir été mis devant ses responsabilités par son père. Il a donc dû interrompre ses études et trouver un emploi dans le secteur informel généralement peu rémunéré pour subvenir à ses besoins et ceux de son enfant. Dans certains cas, le décrochage scolaire était lié à la détresse psychologique consécutive à la situation, comme l'explique cet adolescent :

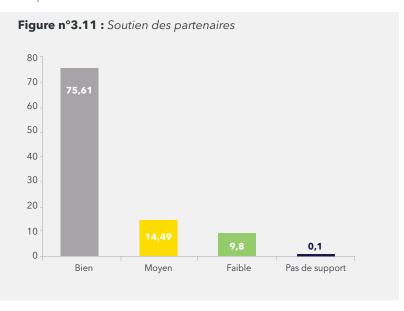
Quand ma chérie m'a informé nouvellement qu'elle est enceinte de moi, j'ai fait une semaine sans aller à l'école. Après, j'ai pris courage pour aller suivre les cours. Mais c'était compliqué pour moi d'être concentré en classe. Lorsqu'il y a un devoir, je composais juste pour la forme. Donc, je n'arrivais plus à me concentrer (...) Même à bosser comme il se doit. D'ailleurs même, je redouble la classe de 2nd. Donc, je peux dire que c'est la grossesse qui a joué sur mes études. (Adolescent auteur de grossesse, âgé de 19 ans, scolarisé en classe de seconde, gourounsi et vivant en famille avec l'adolescente enceinte)

3.8. Réseaux de soutien autour des AEM

3.8.1. Soutien apporté aux AEM par les partenaires et leurs familles

Environ 75% (75,61%) des répondantes à l'enquête quantitative ont déclaré avoir été soutenues de façon satisfaisante par l'auteur de leur grossesse, lui-même aidé par son entourage. Ce niveau de satisfaction est en partie lié au fait que la grossesse était attendue et intervenait dans le cadre d'une union pour plus de la moitié de ces filles. Une minorité des répondantes (14,49%) ont estimé que le soutien reçu de la part de leur partenaire et de ses proches a été moyen, 9,8% l'estiment faible et 0,10% rapportent que ce dernier a totalement fui ses responsabilités (Figure n°3.11).

Les situations décrites par les participantes à l'enquête qualitative dépeignent effectivement divers cas de figure qui varient en fonction de leur situation de couple, mais aussi de la personnalité du partenaire, de sa maturité, de l'attitude de la famille de ce dernier, etc.



Le fait qu'il [le père de mon enfant] a accepté me prendre en charge, je n'ai pas de problème comme ça. S'il avait refusé de prendre ses responsabilités, c'est ça qui serait le problème. Il me prend en charge. Même quand je vais chez ma maman, chaque semaine il me donne 2.000F et paye le lait et les effets de l'enfant. (Adolescente mère, âgée de 18 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

Certains jeunes pères expliquent que, même face à l'hostilité des parents de l'adolescente dans les cas de grossesse non-désirés, ils ont tenu à prendre leurs responsabilités. Certains, eux-mêmes dépendants de leurs parents, parviennent à le faire grâce à l'aide de ces derniers. Ainsi, ce participant qui a dû abandonner l'école faute du paiement de sa scolarité par son père, utilise le revenu obtenu en travaillant dans le magasin de ce dernier pour soutenir sa copine:



(...) avec le soutien de mes parents, je fais de mon mieux pour la rendre heureuse. Lorsqu'elle part pour ses pesées et visites médicales à la maternité, je lui donne de l'argent, au cas où il y'a des ordonnances aussi, je gère avec l'aide de mes parents. ... Comme elle vit avec moi en famille, la plupart des charges financières sont gérées par mes parents. Actuellement, comme c'est les vacances, j'aide le vieux [mon père] à vendre sa quincaillerie (Adolescent auteur de grossesse, âgé de 19 ans, scolarisé en classe de seconde, gourounsi et vivant en famille avec l'adolescente enceinte)

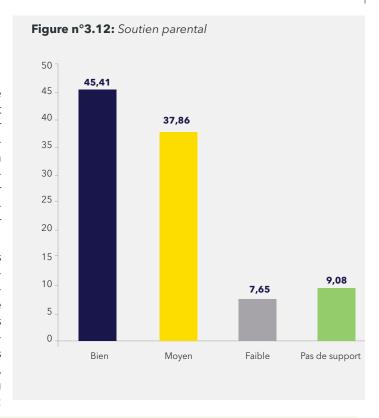


Il faut noter que si dans certains cas les parents réduisent l'aide envers leur fils, ils mettent un point d'honneur, quand la grossesse est reconnue par ce dernier, à contribuer à la prise en charge de l'AEM. Toutefois, les données quantitatives comme qualitatives montrent aussi que certaines AEM ne bénéficient d'aucun soutien de la part de leur partenaire, et par conséquent de la famille de ce dernier. Dans bon nombre de cas, cela est dû à la non-reconnaissance de la grossesse par son auteur ou par l'incapacité de ce dernier à assumer ses responsabilités sur les plans moral et matériel. Dans ces cas de figures, les conditions de vie de l'adolescente dépendent de l'empathie et des ressources de sa propre famille et de son réseau social.

3.8.2. Soutien de la part de la famille de l'AEM

Plus de 45% des AEM ont déclaré avoir bénéficié d'un important soutien de la part de leurs parents et de la famille. Ce taux élevé de soutien s'explique par le fait que ces dernières sont nombreuses à être tombées enceintes volontairement (66,7%) et/ou à être en union (71,87%). En revanche, ce soutien était d'envergure moyenne pour certaines (37,86%) et faible pour d'autres (7,65%). Dans 9,08% des cas, les AEM déclarent n'avoir bénéficié d'aucun soutien de la part de leur propre famille (Figure n°3.12).

Les données qualitatives montrent que, quand les AEM en bénéficient, cette aide parentale est multiforme : alimentation, garderie, aide financière, éducation du bébé, motivation aux études, aide dans la prise en charge du bébé, logement et soins de santé. Les mères seraient les personnes de la famille les plus impliquées dans cette aide au quotidien, et restent parfois l'unique appui de l'adolescente en cas de rejet du père, de discorde familiale ou d'aide insuffisante de la part du partenaire. Une participante âgée de 17 ans témoigne :



C'est ma maman. Elle garde l'enfant deux jours sur trois. Le 3e jour, elle part au marché pour vendre et ce jour-là, je pars le laisser dans la famille de mon copain pour qu'ils s'en occupent. Mais le jour que ma maman est là, le petit reste en même temps. (Adolescente mère, âgée de 17 ans, scolarisée en classe de 3ème, moaga et vivant avec ses parents)

3.8.3. Interventions mises en œuvre pour le renforcement des capacités des AEM et leur autonomisation

Il ressort des entretiens qualitatifs et de la documentation que, de façon globale, l'État, des ONGs et OBCs mènent des actions de soutien aux AEM. Il s'agit d'actions de protection sociale et de soutien humanitaire menées à l'endroit des enfants, des adolescents, des jeunes et des femmes vulnérables entreprises par l'Etat et ses partenaires. L'ensemble de ces actions concourent, plus ou moins directement, à l'atteinte des objectifs déclinés dans la Stratégie Nationale de Promotion et de Protection de la Jeune Fille au Burkina Faso. Du côté de l'Etat, les principaux Ministères qui mènent des actions directes visant à soutenir les adolescentes enceintes et mères en vue de leur permettre d'accroître leurs chances de scolarisation, de formation et d'autonomisation sont : le Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire (MASSNFAH) et le Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion des Langues Nationales (MENAPLN). Pour ce qui est des ONGs et OBCs, les entretiens ont mis en exergue le rôle clé de structures telles que L'ONG Voix de Femmes, la Communauté d'Action pour la Promotion de la Santé Sexuelle et Reproductive au Burkina Faso (CAPSSR-BF), l'association KEEOGO, le Cadre de Concertation des ONG et Associations Actives en Education de Base au Burkina Faso (CCEB-BF), l'Association d'appui et D'Eveil Pugsada (ADEP) et l'Initiative Pananetugri pour le Bien-être de la Femme (IPBF). La CAPSSR-BF, par exemple, a pour principal objectif de promouvoir la santé sexuelle et reproductive principalement par des actions de plaidoyer au niveau national. Dans le cadre de ses actions, des OSCs membres de cette coalition bénéficient d'appuis qui leur permettent de soutenir matériellement des adolescentes et jeunes filles en difficultés, dont des AEM. Un membre de la CAPSSR-BF explique :

... au niveau de notre organisation, on ne peut rien faire [sur le terrain]. Mais comme je l'ai dit, l'association, c'est une association d'associations et il y a beaucoup d'associations, et parmi elles, il y a des associations qui prennent en charge ce genre de cas, qui peuvent les accompagner. Souvent, il y a des associations, par exemple, qui offrent des bourses à ces filles lorsque par exemple elles n'ont pas les moyens pour payer la scolarité ou bien par exemple, il y a des associations qui font des partenariats avec l'Action Sociale pour [qu'elle] puisse gérer ce genre de cas-là. Donc, ce qu'on peut faire, c'est de les référer toujours vers ces structures-là, pour que ces structures puissent continuer à les accompagner et tout ou bien à les aider à les placer dans les cadres sociaux, et puis voire comment elle peut les impliquer dans la vie sociale et professionnelle. (Membre de la Coordination, CAPSSR-BF)

L'ONG Voix de Femmes, quant à elle, œuvre également pour la défense des droits des femmes les plus vulnérables, dont les AEM. Dans le cadre de ses activités, elle accueille et héberge notamment des AEM, les prend en charge sur les plans sanitaire et alimentaire, fait des médiations familiales et les soutient pour leur réinsertion scolaire.

3.9. Défis de la scolarisation, de la formation et de l'autonomisation des AEM

La principale disposition légale qui réglemente la scolarisation des élèves enceintes et mères au Burkina Faso est un décret présidentiel datant de 1974. Il protège ces dernières de l'exclusion du fait d'une grossesse, ce qui était la norme auparavant au sein des établissements d'enseignement.

depuis 1974, un décret présidentiel protège justement la fille scolarisée qui tomberait enceinte... Protège, en ce sens qu'on prévoit de ne pas l'exclure, on prévoit qu'elle puisse conserver la bourse scolaire si d'aventure elle était boursière, et on prévoit en plus, qu'elle puisse bénéficier d'une année blanche en cas de maladie prolongée qui handicaperait donc ses performances scolaires. (Un responsable au **MENAPLN**)

Si les éducateurs et les autres adultes interrogés ont du mal à préciser les détails de ce texte, il faut souligner que son existence est connue et que les responsables d'établissements, publics comme privés, déclarent être tenus de le respecter. Toutefois, certains éducateurs soulignent que, en dépit de l'existence de ces textes, les réalités de la vie scolaire et les situations vécues par certaines mères adolescentes constituent en elles-mêmes des entraves à cette réinsertion ou au maintien de la fille à l'école.

3.9.1. Entraves institutionnelles au maintien et à la reprise de la scolarité : absence de lieux de garde d'enfants, rigidité des règles et climat hostile

Sur le plan institutionnel, les établissements d'enseignement ne disposent pas vraiment des infrastructures nécessaires pour que les bébés des élèves mères puissent y séjourner pendant les cours. Un participant parmi les éducateurs trouve qu'il serait bénéfique de construire des garderies pour soutenir ces adolescentes mères à l'école :

Pour les soutenir là, si on pouvait peut-être construire une garderie pour ces mères-là. Comme ça quand elles viennent, elles déposent leurs enfants là-bas, elles rentrent suivre leur cours normalement et après les cours, elles récupèrent leurs enfants. Voilà la seule solution. (Directeur d'un établissement secondaire public)

Par ailleurs, sur le plan réglementaire, les critères de recrutement de certains établissements font obstacle au retour des adolescentes mères à l'école. C'est le cas généralement des critères basés sur l'âge et la moyenne obtenue, comme expliqué par l'un des participants :

On les autorise à toujours poursuivre leurs études. Mais maintenant, ça dépend de la moyenne aussi. Puisque des fois, elles n'ont pas eu le temps de bien bosser. Peut-être qu'elle [la fille mère] n'a pas eu une bonne moyenne et elle peut être exclue. (Sage-femme d'Etat d'une ONG)

Une autre difficulté majeure poussant les AEM à abandonner les cours réside dans le climat parfois hostile régnant en milieu scolaire. Du fait de la stigmatisation attachée à leur statut de fille célibataire enceinte, elles subissent un rejet plus ou moins ouvert et des railleries de la part de leurs pairs. Ces comportements sont parfois malheureusement aussi l'apanage de certains enseignants et personnels des établissements. Certains participants en ont fait cas:

Alors dans le milieu scolaire, une fille qui tombe enceinte très vite est stigmatisée, elle fait souvent l'objet de railleries par ses camarades, filles comme garçons. Aussi donc, ça fait qu'il y en a qui ne viennent plus à l'école. (Responsable au MENAPLN)

Un leader résume les principales difficultés auxquelles sont en butte ces élèves, en dépit du contexte législatif favorable à leur protection :

C'est vrai que selon les textes, on ne doit pas exclure quelqu'un pour cause de grossesse, c'est clair. Mais ce n'est même pas souvent de façon officielle que la personne quitte l'école, c'est dû aux préjugés à ce que les gens racontent. (...) il y a des parents, quand tu tombes enceinte, on te laisse. On te dit : "bon, va voir l'auteur de cette grossesse qui va s'occuper de toi", et généralement c'est des auteurs qui fuient. Après tu es laissée à toi-même, l'école ne va jamais t'exclure mais toi-même tu ne pourras plus tenir parce que non seulement à l'école, tu dois faire face à des railleries ou bien des moqueries des choses comme ça de façon officieuse. (Leader d'OSC)

Cette stigmatisation serait encore plus renforcée chez les élèves en situation de handicap. D'où, chez ces adolescentes déjà fragilisées, une tendance au décrochage scolaire. Conscients de ces limites, et aussi dans le cadre de leur mission éducative, bon nombre d'établissements scolaires focaliseraient leurs efforts sur la prévention des grossesses non désirées chez les élèves. C'est en ce sens qu'un des établissements concernés organise chaque année des campagnes de sensibilisation sur l'éducation sexuelle avec l'appui d'ONG:

... nous n'avons pas une politique particulière [de maintien/réinsertion des AEM]. On les prévient avant, chaque année, avant la rentrée, on essaie de faire une conférence généralement sur la sexualité et on leur montre les dangers du sexe, les dangers aussi de tomber enceinte pendant l'année scolaire. Ok c'est tout. Maintenant, la personne qui tombe enceinte, on ne va pas te renvoyer parce que tu es tombée enceinte aussi. On va te laisser jusqu'à ce que l'année se termine. (Directeur d'un établissement secondaire public)

3.9.2. Entraves familiales et communautaires : stigmatisation et soutien insuffisant

Comme les résultats l'ont montré, les réactions des familles (rejet, interruption du soutien pour les études, envoi de la fille dans d'autres ménages, etc.) peuvent exposer l'adolescente à une grande vulnérabilité socioéconomique et à l'isolement. Cela réduit ses chances de bénéficier d'un soutien suffisant pour se maintenir à l'école. Un éducateur confirme le fait que ces cas soient courants dans les établissements :

Bon généralement, dans certaines familles, on les chasse hein, ils sont expulsés de la famille et le côté aussi, dans l'établissement généralement, ces élèves-là abandonnent en cours d'année pour éviter les moqueries de leurs camarades. (Conseiller principal d'éducation d'un établissement secondaire)

3.9.3. Entraves individuelles : les AEM entre problèmes de santé physique et psychique, faible estime de soi, et méconnaissance de leurs droits

Au niveau individuel, outre les problèmes de santé ayant un impact sur leurs possibilités de rester à l'école (évoqués plus haut), les AEM ont une très faible connaissance de leur droit à poursuivre leur scolarité. De fait, seulement 6,76% des répondantes à l'enquête quantitative ont déjà entendu parler d'une éventuelle politique de réadmission au Burkina, ou même d'une quelconque politique permettant aux AEM de retourner à l'école (9)

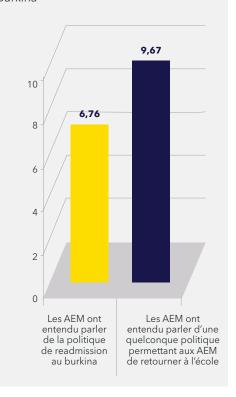
d'une quelconque politique permettant aux AEM de retourner à l'école (9,67%) (Figure n°3.13).

La combinaison de ces difficultés rend parfois très difficile le maintien de ces filles à l'école. Un leader communautaire résume ces obstacles en ces termes :

... L'estime de soi pour qu'elle puisse dire : "je peux, j'ai fait une erreur, mais je dois me relever" ; l'environnement social où elle est pour qu'on puisse comprendre que l'erreur même ce n'est pas seulement de la fille, ça dépend aussi de vous, vous avez une part de responsabilité, il ne faut pas rejeter la fille liée à cela. L'aspect économique des choses pour payer l'école, pour qu'elle soit capable de prendre en charge tout ce qu'il faut et qu'elle puisse vraiment subvenir à ses besoins. Qui prend en charge le bébé pour qu'elle puisse aller à l'école ? Si on résout ses problèmes-là, je pense que la fille, fièrement, soulèvera la tête pour dire aux gens " de toutes les façons c'est arrivé, je vais réussir, vous pensez que je ne vais pas réussir ? Je vais vous prouver le contraire, je dois réussir ! j'ai trébuché, je suis tombée mais je dois me relever parce que la vie est encore devant moi !" (Responsable chargée de la santé sexuelle et reproductive d'une ONG)



Figure n°3.13 : Connaissance de politiques de réadmission d'AEM au Burkina



3.10. Suggestions et leçons apprises des participants pour faciliter le maintien, la réintégration des AEM à l'école et leur autonomisation

Les participants de la recherche ont aussi suggéré des pistes de solutions pour contrer les obstacles relevés plus haut. Il s'agit notamment de suggestions pour ce faire et de leçons apprises d'interventions des leaders communautaires et responsables d'ONG et l'examen de la documentation sur les interventions menées dans la région.

3.10.1. Soutiens dont les AEM auraient besoin pour leur maintien ou réintégration à l'école

S'agissant du type de soutien dont elles auraient besoin pour réintégrer l'école, les AEM déscolarisées évoquent à 77,03% un soutien financier pour faire face aux charges inhérentes à leur statut de mères. Elles sont également nombreuses (65,32%) à souhaiter être coachées et conseillées pour réussir leurs études et rester focalisées sur cette activité. Le besoin de garde des enfants afin qu'elles puissent aller en classe est également évoqué par plus de la moitié d'entre elles (57,21%). Elles sont moins nombreuses à citer des besoins de soutien matériel pour, notamment, se fournir en provisions et uniformes (28,83%) (Figure n°3.14).

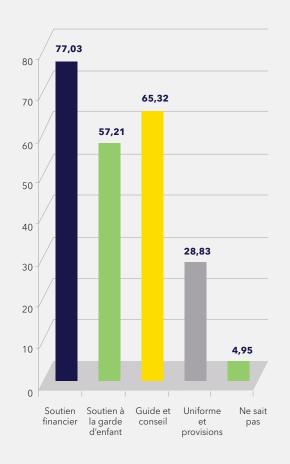
Concernant leur scolarisation, les AEM déscolarisées au moment de l'enquête étaient nombreuses à souhaiter reprendre leurs études ou entreprendre une formation professionnelle. Parmi les AEM qui ont arrêté leur scolarité, 38,68% déclarent vouloir retourner à l'école.

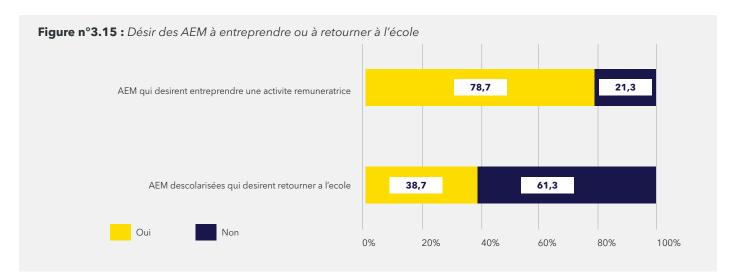
D'autres AEM (78, 66%) désirent surtout entreprendre une activité qui leur permette d'être autonomes au plus vite. Leur principal désir était de devenir plus indépendantes afin, non seulement d'être en mesure d'assumer la charge de leur enfant, mais avant tout, de réaliser leurs ambitions. Ce souhait était partagé par de nombreux participants à l'enquête qualitative. Pour eux, la principale voie de salut de ces jeunes mères résiderait dans la prise en main de leur destin, soit en retournant à l'école, en s'engageant dans une formation professionnelle, ou en trouvant un emploi rémunéré. Les propos de ces deux adolescentes mères confirment ces besoins :

Parfois, quand je suis assise, je me dis que si j'accouche et que mon père refuse de payer ma scolarité parce qu'il n'a pas d'argent, je vais chercher un travail pour faire car le travail aide. C'est ça que je veux le plus. » (Adolescente mère, âgée de 19 ans, non scolarisée, moaga et vivant avec le père de son enfant)

« Bon, moi, j'ai besoin d'un accompagnement juste pour faire un petit commerce, parce que je n'aime pas, souvent il n'y a rien mais je n'aime pas aller dire aux parents, vu ... qu'ils s'occupent de moi ; pour aller leur demander pour qu'ils prennent soin de l'enfant c'est un peu compliqué quoi. Donc me soutenir en tout cas avec un petit fond pour que j'exerce un petit commerce en étudiant. (Adolescente mère, âgée de 19 ans, scolarisée en classe de terminale, dagara et vivant avec ses parents).

Figure n°3.14 : Soutiens nécessaires aux AEM déscolarisées pour un retour à l'école







Toutefois, d'autres acteurs ont souligné le besoin d'intervenir sur d'autres facteurs tels la prise en charge et garde des enfants des AEM, ainsi que les multiples formes de stigmatisation, y compris en milieu scolaire. Parmi les solutions proposées figurent la mise en place ou construction de crèches au sein des établissements comme l'a expliqué dans la section 3.9.1. Une fois ces conditions remplies, il appartiendrait aussi aux AEM de faire preuve de motivation et de résilience face aux contraintes et à la stigmatisation pour éviter le décrochage scolaire :

Bon quand elles reviennent à l'école, il faut s'adapter avec les autres. Apparemment il n'y a pas de souci parce que je connais des élèves de terminale, il y en a une qui est venue lors de la distribution des fiches de table me présenter son bébé, et ses camarades ont pris le bébé ... en train de s'amuser avec. Bon je ne pense pas que ça peut causer un problème majeur, sauf si la maman même à la volonté, elle peut tout faire, mais quand la maman n'a pas la volonté ça cause les problèmes, les soucis. (Conseiller principal d'éducation d'un établissement secondaire, homme).

En sus de ces suggestions, les participants ont aussi évoqué la nécessité de tenir compte, dans les interventions, des besoins spécifiques des AEM en situation de handicap.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.1. Conclusion

Les résultats de cette recherche confirment et documentent la vulnérabilité socio-économique des adolescentes enceintes et mères, notamment celles dont les grossesses étaient non-désirées. Les difficultés socio-économiques vécues à des degrés divers par ces adolescentes sont accentuées par le rejet et la stigmatisation dont elles font l'objet dans certains environnements familiaux et dans les cas où la grossesse n'est pas assumée par son auteur. La pandémie de la Covid-19, comme pour l'ensemble de la population, a eu des conséquences sur leur recours et leur accès aux soins de santé et sur leurs conditions de vie. Chez celles qui sont scolarisées, la grossesse et ses conséquences socio-économiques dans cet environnement socioculturel, compromettent, dans la majorité des cas, leurs chances de mener à terme leur scolarité. Pour toutes, la grossesse compromet leurs chances de devenir autonomes et influence négativement leur santé mentale et leur estime de soi.

L'étude met également en évidence le vécu des adolescents auteurs de grossesse. Elle met en lumière, de façon inédite, non seulement la façon dont ils vivent cette situation, mais également les conséquences non négligeables pour eux quand ils assument leurs responsabilités. S'agissant de l'impact des grossesses non désirées sur leur scolarisation, les données montrent qu'en dépit des dispositions législatives protectrices dans le pays, l'environnement scolaire en général (personnes et infrastructures) n'est pas propice au maintien ni à la réinsertion des adolescentes enceintes et mères dans la plupart des établissements d'enseignement. Les AEM réunissant des critères de vulnérabilité accrue, comme le handicap, sont davantage défavorisées que les autres. Des initiatives existent à tous les niveaux pour améliorer le sort des adolescentes enceintes et mères, mais elles restent insuffisantes face à l'immensité des besoins. Néanmoins, des exemples d'interventions prometteuses existent.

Une insuffisance probable de l'étude résulte dans le fait que, pour chaque situation d'AEM, l'étude analyse le discours provenant d'une seule des personnes concernées par la situation précise. De ce fait, on peut craindre que les récits de certains répondants n'aient été édulcorés dans le but de faire bonne figure. Il est, par exemple, peu probable que les adolescents auteurs de grossesse interrogés aient tous eu une attitude aussi responsable qu'ils le dépeignent dans les entretiens. De même, du fait de la méthode de recrutement des AEM ayant participé à l'enquête qualitative, à savoir en passant par le canal des associations soutenant les adolescentes en difficultés, les centres d'accueil et par le bouche-à-oreille, il est probable que l'échantillon inclut une part importante d'AEM en situation particulièrement difficile. Une triangulation des informations, en croisant les données provenant, par exemple, pour le même cas, de l'AEM, de ses parents et de son partenaire, aurait permis d'appréhender la situation sous ses différents contours. Cela aurait permis de confronter les différentes versions et perceptions de la situation et des difficultés vécues par les AEM et leur entourage en lien avec la grossesse. Enfin, bien que nous ayons prévu d'inclure les AEM en situation d'handicape, nous n'avons pas réussi à les identifier. De fait, leurs expériences ont été appréhendées essentiellement à travers les récits d'autres participants.

Toujours dans le but de contribuer à produire des évidences à même d'orienter les programmes de soutien aux adolescentes enceintes et mères, des recherches similaires dans d'autres environnements sociaux seraient souhaitables. De même, les interventions menées par les différents acteurs de la protection sociale au bénéfice des AEM mériteraient d'être documentées et évaluées de façon plus approfondie et complète, afin de pouvoir en tirer toutes les leçons utiles puis de les capitaliser. Par ailleurs, les adolescentes et adolescents ne sont pas égaux face au risque de grossesses non-désirées. Ils n'ont pas non plus le même degré de vulnérabilité aux difficultés documentées dans cette étude. Il conviendrait donc de mener des investigations plus poussées sur les groupes les plus vulnérables tels que les adolescentes en situation de handicap, en mobilisant des échantillons d'analyse suffisamment fournis pour approfondir les analyses de leurs situations.

4.2. Recommandations

Les résultats suggèrent un certain nombre de recommandations. Celles-ci ont été enrichies par les contributions des adolescentes enceintes et/ou mères, de même que par celles des partenaires issus du MENAPLN, du MFSNFAH, du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de structures de la société civile lors d'ateliers de validation tenus sur la base des résultats préliminaires de l'étude.

A l'endroit de l'Etat, des structures gouvernementales et de la société civile :

- Actualiser et rendre plus précis les textes régissant le maintien et la réinsertion des élèves enceintes et mères dans les établissements d'enseignement du pays et en réglementer les modalités ;
- Renforcer les actions visant une meilleure application des textes nationaux en matière de fréquentation scolaire des élèves enceintes et mères ;
- Renforcer les actions contraignant les auteurs de grossesse chez des adolescentes à assumer les frais inhérents à la grossesse et à la prise en charge de l'enfant ;
- Alléger autant que possible les mesures concernant les âges de fréquentation scolaire et le redoublement dans les situations de grossesse pour permettre aux élèves concernées de poursuivre leur scolarité;
- Renforcer les actions visant à sensibiliser les personnels des établissements d'enseignement sur la vulnérabilité des élèves enceintes et mères et sur les moyens de leur donner plus de chances de réussite scolaire;
- Renforcer les actions d'information des élèves et de leurs familles sur les textes nationaux concernant la fréquentation scolaire des élèves enceintes et mères ;
- Renforcer les actions visant à sensibiliser les élèves sur la vulnérabilité des adolescentes enceintes et mères et sur les moyens de leur donner plus de chances de réussite scolaire;
- Promouvoir un espace éducatif inclusif, faire en sorte que les adolescentes enceintes et mères ne soient plus victimes de stigmatisation et marginalisation en milieu scolaire;
- Renforcer les actions visant à mettre en place des systèmes de crèche et de garderie accessibles aux parents démunis, et notamment aux adolescentes mères ;
- Renforcer les activités de sensibilisation du grand public et des communautés sur la vulnérabilité des adolescentes enceintes et mères et sur les moyens de leur donner plus de chance d'autonomisation ;
- Renforcer les centres d'accueil existants afin de pérenniser leur appui aux adolescentes enceintes et mères ;
- Renforcer les actions visant à apporter un appui holistique (sanitaire, psychosocial, y compris la médiation familiale, scolarisation/formation professionnelle, renforcement des compétences de vie, développement d'activités génératrices de revenus, etc.) aux adolescentes enceintes et mères en vue d'accroître leurs chances d'autonomisation;
- Renforcer la synergie d'action de tous les acteurs de la Protection de l'Enfance au niveau national ;
- Renforcer les actions visant à éduquer les élèves à la gestion responsable de leur sexualité ;
- Renforcer et vulgariser davantage les initiatives d'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour l'éducation des adolescents et adolescentes à la sexualité et à la prévention des grossesses non désirées;
- Dans les actions concernant les AEM, prendre en compte la vulnérabilité particulière et les besoins spécifiques de celles en situation de handicap.

A l'endroit des responsables d'établissements d'enseignement:

- Renforcer les actions de sensibilisation des adolescents et adolescentes en général et des élèves en particulier, sur les droits en santé sexuelle et reproductive et sur les dispositions de la législation burkinabè en la matière;
- Instaurer un mécanisme de communication entre les élèves et les responsables d'établissements d'enseignement sur les cas de grossesses en milieu scolaire;
- Renforcer les actions visant à une meilleure application des textes nationaux en matière de fréquentation scolaire des élèves enceintes et mères ;
- Renforcer les actions d'information des élèves et de leurs familles sur les textes nationaux concernant la fréquentation scolaire des élèves enceintes et mères :
- Renforcer les actions visant à éduquer les élèves à la gestion responsable de leur sexualité;
- Renforcer les actions visant à rendre disponibles des espaces accessibles aux élèves mères pour accueillir leurs enfants au sein des établissements d'enseignement pendant les cours, de façon à leur permettre d'étudier ;
- Dans les actions concernant les AEM, prendre en compte la vulnérabilité particulière et les besoins spécifiques de celles en situation de handi-

A l'endroit des communautés et des familles concernées :

- Travailler à mieux comprendre la pluralité des facteurs contribuant à la vulnérabilité des adolescentes face aux grossesses non désirées et les percevoir également comme des victimes de cette situation;
- Intensifier les actions visant à renforcer les capacités des parents à l'instauration d'une communication franche et ouverte avec leurs enfants;
- Intensifier les actions visant à renforcer les capacités des parents et leaders communautaires à éduquer les enfants, adolescents et adolescentes à une gestion saine de leur sexualité;
- Sensibiliser les familles sur les conséquences néfastes (à la fois pour l'adolescente, pour son enfant, pour la famille et pour la communauté) du rejet familial des adolescentes enceintes ;
- Sensibiliser les familles et les adolescents sur les conséquences des avortements clandestins et des infanticides. Communiquer également sur les voies légales de recours en cas de grossesses non désirées ;
- Travailler à déconstruire certaines croyances et normes sociales conduisant à l'exclusion des filles célibataires enceintes du domicile paternel en vue de l'atténuation de ces rejets ;
- Renforcer les actions de médiation familiale au sein des communautés dans les situations de rejet familial des filles célibataires enceintes et recourir aux personnes ressources (leaders, tantes paternelles, etc.) pouvant jouer ce rôle de médiateur ;
- Mettre en œuvre des activités d'accompagnement holistique des adolescentes enceintes et mères dans le but de les guider vers leur autonomisation.

A l'endroit des adolescentes enceintes et mères:

- Exploiter toutes les ressources et tous les soutiens disponibles pour éviter d'être à nouveau victime d'une grossesse non-désirée
- Mettre en priorité leur scolarisation ou formation professionnelle afin de devenir autonome sur le plan économique et d'apporter leur contribution sur ce plan à la société.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet Lond Engl. 2016 Jun 11;387(10036):2423-78.
- 2. Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. Glob Public Health. 2015;10(2):189-221.
- 3. **UNICEF. Early childbearing 2021 [Internet]. 2021.** Available from: https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/
- 4. **Hobcraft J, Kiernan K. Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion**. Br J Sociol. 2001 Sep;52(3):495-517.
- 5. **Kirbas A, Gulerman HC, Daglar K. Pregnancy in Adolescence:** Is It an Obstetrical Risk? J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Aug;29(4):367-71.
- 6. Osok J, Kigamwa P, Stoep AV, Huang KY, Kumar M. Depression and its psychosocial risk factors in pregnant Kenyan adolescents: a cross-sectional study in a community health Centre of Nairobi. BMC Psychiatry. 2018 May 18;18:136.
- 7. Roth G, Abate D, Abate K, Abay S, Cristiana A, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 Nov 10;392:1736-88.
- 8. Ogawa K, Matsushima S, Urayama KY, Kikuchi N, Nakamura N, Tanigaki S, et al. Association between adolescent pregnancy and adverse birth outcomes, a multicenter cross sectional Japanese study. Sci Rep. 2019 Feb 20;9(1):2365.
- 9. Baa-Poku J. Girls' re-entry into school after pregnancy in the Ashiedu Keteke Submetro district, Accra: Implications for a substantive policy. 2019 Jun [cited 2022 Jun 1]; Available from: http://ugspace.ug.edu.gh/handle/123456789/34995
- 10. Mwanza MN. Factors that influence the use of the education re-entry policy for adolescent mothers in Monze, Zambia [Mater of arts in development policy]. [The Hague, Netherlands]: International institute of social studies; 2018.
- 11. Birchall J. Early Marriage, Pregnancy and Girl Child School Dropout. 2018 Oct [cited 2022 Jun 1]; Available from: https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14285
- 12. **Kaboré G, Ouedraogo J, Erulkar A, Dwyer SC.** Prévention du mariage d'enfants dans la région de l'Est, Burkina Faso. Ouagadougou; 2019.
- 13. Dahmen B, Konrad K, Jahnen L, Herpertz-Dahlmann B, Firk C. Mental health of teenage mothers: impact on the next generation. Nervenarzt. 2019 Mar;90(3):243-50.
- 14. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2019 Apr;22(2):215-28.
- 15. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, et al. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. Reprod Health. 2020 May 14;17(1):65.
- 16. UNICEF. Global Initiative on Out-of-School Children. Eastern and Southern Africa Regional Report [Internet]. 2014. Available from: http://www.uis.unesco.org/Library;
- 17. **Kabore-Konkobo M. Le droit des enfants à l'éducation au Burkina-Faso.** Insaniyat Rev Algér Anthropol Sci Soc. 2008 Sep 6;(41):109-33.

- 18. **WilDAF-AO. Afrique :** Des filles enceintes et des jeunes mères sont exclues de l'école [Internet]. 2020. Available from: https://wildaf-ao.org/index.php/fr/actualite/actualite/735-afrique-des-filles-enceintes-etdesjeunes-meres-sont-exclues-de-l-ecol
- 19. Martínez E, Odhiambo A. Leave No Girl Behind in Africa: Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers [Internet]. Human Rights Watch; 2018 [cited 2022 Jun 1]. Availhttps://www.hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and
- 20. Undie CC, Birungi H, Odwe G, Obare F. Expanding access to secondary school education for teenage mothers in Kenya: A baseline study report. Reprod Health [Internet]. 2015 Jan 1; Available from: https:// knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/256
- 21. Menon JA, Kusanthan T, Mwaba SOC, Juanola L, Kok MC. 'Ring' your future, without changing diaper Can preventing teenage pregnancy address child marriage in Zambia? PloS One. 2018;13(10):e0205523.
- 22. Karimi EW. Challenges experienced by young-mother learners upon re-entry to formal primary school. A case in one of the divisions of coastal region, Kenya [Internet] [Master of Philosophy in Special Needs Education]. [Oslo]: University of Oslo; 2015. Available from: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44811/MASTERS-THESIS-2015-2.pdf?sequence=8
- 23. Jumba LK, John CK, Githinji F. School Factors Which Enhance the Schooling of Teen Mothers in Secondary School in Kenya: A Case of Trans-Nzoia West Sub-County. J Art Soc Sci [Internet]. 2018 Mar 16 [cited 2022 Jun 1];2(1). Available from: http://lawarencepress.com/ojs/index.php/JASS/article/view/513
- 24. Nyariro MP. Re-Conceptualizing School Continuation & Re-Entry Policy for Young Mothers Living in an Urban Slum Context in Nairobi, Kenya: A Participatory Approach. Stud Soc Justice. 2018 Dec 30;12(2):310-28.
- 25. Leech N, Onwuegbuzie A. A Typology of Mixed-Methods Research Designs. Qual Quant. 2009 Mar 1;43:265-75.
- 26. Institut National de la Statistique et de la Démographie, Programme d'Appui au Développement Sanitaire, Programme National de Lutte contre le Paludisme, ICF. Burkina Faso Malaria Indicator Survey 2017-2018. Ouagadougou, Burkina Faso; 2018.
- 27. Badini A. La représentation de la vie et de la mort chez les mosé traditionnels de la Haute-Volta [Thèse pour le doctorat de 3è cycle]. [Lille]: Université de Lille III; 1978.





