

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1995

N°

THESE

L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE EN
MILIEU PERIURBAINE DE BAMAKO

(A propos de 150 observations recueillies au S.S.S.C.V)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE..... DEVANT
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

PAR

MOLISSA BAKO DISSANAY
MAGISTRANT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

EM/LEILA TELIG

Dr. Sidy M. SANGA

Dr. SY Aïda SOW

.....

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET
DE PAHRMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995

ADMINISTRATION

DOYEN : Issa TRAORE - PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : Boubacar S. CISSE - PROFESSEUR

2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE

ECONOME : MAMADOU DIANE - CONTRÔLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Aliou	BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar	SALL	Ortho-Traumato-Sécurisme
Mr. Souléymané	SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya	FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L.	TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Balla	COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R.
& PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim	KOUMARE	Chef D.E.R. de Chirurgie
Mr. Sambou	SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Amadou	DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Djibril	SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader	TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata	SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif	DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr. Mamadou L.	DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Abdoulaye	DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Alhousséini Ag	MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata	S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulaye	DIALLO	Anesth. Réanimation
Mr. Gangaly	DIALLO	Chirurgie Générale
Mr. Sékou	SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Mr. Abdoulaye K.	DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou	TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Filifing	SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Tiéman	COULIBALY	Ortho-Traumatologie
Mme TRAORE J.	THOMAS	Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr. Nouhoum	ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim	ALWATA	Ortho-Traumatologie
Mr. Sadio	YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Bréhima	KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr. M. Sinié	DISS	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr. M. Sinié	DISS	Chimie analytique
Mr. Lépa T.	TOURE	Biologie
Mr. Mankou	DISS	Biologie Chef de D.E.F.
Mr. Koussa	DISS	Chimie Organique

Mr. Baba	KOUMARE	Psychiatrie
Mr. Moussa	TRAORE	Neurologie
Mr. Issa	TRAORE	Radiologie
Mr. Mamamdou M.	KEITA	Pédiatrie
Mr. Eric	PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Toumani	SIDIBE	Pédiatrie
Mr. Bah	KEITA	Pneumo-Phtysiologie
Mr. Boubacar	DIALLO	Cardiologie
Mr. Dapa Aly	DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr. Abdel Kader	TRAORE	Méd. Interne
Mr. Moussa Y.	MAIGA	Gastroenterologie
Mr. Somita	KEITA	Dermato-Leprologie
Mr. Hamar A.	TRAORE	Médecine Interne
Mr. Bou	DIAKITE	Psychiatrie
Mr. Bougouzié	SANOGO	Gastroenterologie
Mr. Mamady	KANE	Radiologie
Mr. Saharé	FONGORO	Néphrologie

4. ASSISTANTS

Mr. Bakaroba	COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Mamadou	DEMBELE	Médecine Interne
Mr. Adama D.	KEITA	Radiologie
Mme Tatiana	KEITA	Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr. Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Arouna KEITA Matière Médicale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr. Boulkassoum HAIDARA Législation

Mr. Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)

Mr. Elimane MARIKO Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Drissa DIALLO Matières Médicales

Mr. Alou KEITA Galénique

5. ASSISTANT

Mr. Ababacar I. MAIGA Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr. Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique (Chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr. Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCE

Mr. Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Bocar G. TOURE Santé Publique

Mr. Sory I. KABA Santé Publique

Mr. Alain PRUAL Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr. Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr. N'Golo	DIARRA	Botanique
Mr. Bouba	DIARRA	Bactériologie
Mr. Salikou	SANOGO	Physique
Mr. Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr. Bakary I.	SACKO	Biochimie
Mr. Sidiki	DIABATE	Bibliographie
Mr. Boubacar	KANTE	Galénique
Mr. Souléymané	GUINDO	Galénique
Mr. Sira	DEMBELE	Maths
Mr. Modibo	DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata	SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Nyamanton	DIARRA	Mathématiques
Mr. Moussa I.	DIARRA	Biophysique
Mr. Mamadou Bakary	DIARRA	Cardiologie

DEDICACE

CE TRAVAIL EST DEDIE

A mon père : Issa DIALLO

Vous avez su instruire en nous courage et persévérance.

Votre soutien moral et matériel nous a jamais fait défaut tout au long de nos études.

Ce travail est le fruit de tous vos efforts.

A mes mamans Oumou DIALLO et Sitan TRAORE

Nous avons bénéficié de vos soutiens matériels, que ce travail vous apporte toutes les satisfactions.

A ma tante N'Gnina COULIBALY, vous aviez été pour nous un soutien moral très sincère tout au long de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus profonds.

A ma fiancé Sira TRAORE vous aviez toujours été à coté de nous pour la réalisation de ce travail. Il s'agit là d'un premier succès dans la longue lutte que nous devons mener ensemble durant l'existence.

A mes frères Hamidou, Kassoum, Boubacar DIALLO, Daby et Mamadou COULIBALY.

Ce travail est le vôtre.

A mes Amis Drissa KANIKOMO, Malaye DIAKITE, Harouna TOURE en souvenir des moments de joie et de peines durant nos cinq ans d'études.

- Au camarade Sékou Moctar TRAORE, votre encouragement nous a toujours apporté un plus. Sincère attachement.

A mon ami fidèle Fassama TRAORE, nous voila tous à la fin des études et au début de la carrière professionnelle.

C'est le moment de manifester toute mon affection envers vous. Ainsi qu'à votre grand frère Konzo TRAORE et sa gentille femme Ramata.

A Adama KEITA, ta simplicité et ta disponibilité mérite bien du respect.

A Oumar DEMBELE et sa dynamique femme Fatoumata : très sincères remerciements.

A mes collègues d'internat : Fanta COULIBALY, Garba THIANG, Fanta NIARE, Samakoun, TEKETE, Youssouf, Fanta KANTE, Yaye, Moussa BAMBA, Oumar, TCGO, profonds attachements.

A toutes les sages-femmes du quartier Mali et de l'Hôpital National du Point G. En témoignage des connaissances pratiques dont nous avons bénéficié auprès de vous. Nous avons admiré votre collaboration. Sincères remerciements.

- A toutes les Infirmières et Aides soignantes des 2 services.
Profond respect.

- Aux majors de la Maternité de l'Hôpital National du Point G et du Bloc chirurgical du Mali.
Toutes nos reconnaissances.

- A Mme FOFANA Nantènin vous aviez été pour nous plus qu'une voisine mais une maman ; votre soutien moral et matériel n'ont jamais fait défaut je vous en remercie infiniment.

- A tous mes collègues promotionnaires.
Très haute considération.

- A la mémoire de Mamadou KONE (interne en Pharmacie)
douloureusement arraché à Notre affection : Paix à son âme.

- A mon Ami Sibiry FOFANA handicapé physique. Votre courage est
admirable. Ce travail vous appartient.

- A tous mes frères et Soeurs.
Meilleurs sentiments fraternels.

- A tous mes cousins et cousines.
Sincères remerciements.

Mes remerciements vont :

A tous les enseignants du corps professoral, je ne serais ce
que je suis aujourd'hui sans votre disponibilité.

- Au Docteur TOURE Moustaphe Gynécologue Obstétricien, vous
aviez été pour nous d'une collaboration exemplaire.

- Au Docteur TRAORE Mamadou Gynécologue Obstétricien.
Votre simplicité et facilité d'abordage en font de vous un
maître admirable.

- Au Docteur COULIBALY Tinzana Médecin Généraliste au quartier
Mali.
Trouvez ici l'expression de tout mon respect.

- Docteur Bady KEITA. Sincères remerciements

- Docteur Xavier D.R.S.P. pour votre collaboration
Sincères remerciements

- Docteur D. HUGUET. Votre apport dans ce travail est
considérable.

Veillez recevoir tous nos remerciements.

- Fily SISSOKO Comptable Service Socio-Sanitaire Quartier Mali.
Votre soutien matériel n'a jamais fait défaut.

Sincères remerciements.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à
l'élaboration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus
profonds.

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Monsieur Sidi Yaya SIMAGA

- Professeur en Santé Publique
- Directeur de l'Ecole Secondaire de la Santé.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

- Nous avons été impressionné par votre modestie et la simplicité dans laquelle vos cours ont été dispensés durant notre cycle à l'E.N.M.P.

Que ce travail soit l'occasion pour nous de vous adresser tout notre respect et reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Monsieur Bouraïma MAIGA

- Médecin Chef du service socio-sanitaire de la Commune V.
- Chef du D.E.R. de Gynéco-Obstétrique à l'E.S.S.
- Il nous a été un grand plaisir et un honneur lorsque vous nous avez proposé un tel travail.
- Il nous manque de mots pour qualifier vos qualités professionnelles et humaines, tant elles sont exceptionnelles.
- Votre souci du travail bien fait est exemplaire et mérite d'être suivi par vos jeunes étudiants que nous sommes.
- Votre apport moral et matériel n'a jamais fait défaut au cours de ce travail.

Veillez acceptez ici toute notre reconnaissance et sympathie à votre égard.

A NOTRE MAITRE MADAME HUGUET DOMINIQUE :

- Responsable du projet "Maternité sans risques" (Coopération française)

- en Pédiatrie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger à notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

- Votre dévouement pour la bonne santé des femmes est exemplaire.

- Nous vous avons trouvé toujours disponible tout au long de ce travail.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux et reconnaissants.

A NOTRE MAITRE MADAME SY AIDA SOW

Maître de conférence à l'E.N.M.P.

- Gynécologue-obstétricien au service socio-sanitaire de la commune II.

- Vous nous faite un réel plaisir et un grand honneur en acceptant de siéger sans difficulté dans notre jury de thèse malgré vos occupations, ceci est le témoignage de l'importance que vous accordez à la formation de vos étudiants.

- Votre sagesse ainsi que vos qualités humaines en font de vous un maître admirable

- Nous avons toujours suivi avec grand intérêt vos cours de gynécologie, tant ils étaient passé dans des conditions idéales.

- Votre soutien moral nous a toujours été reconfortant et rassurant.

Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer notre très haute considération et tous nos respects.

SOMMAIRE

<u>CHAPITRE I</u> : Introduction et Objectifs	18
1. Objectif général	21
2. Objectifs spécifiques	21
<u>CHAPITRE II</u> : Cadre d'Etude	33
<u>CHAPITRE III</u> : Méthodologie	26
1. Matériel	27
2. Echantillon	27
<u>CHAPITRE IV</u> : Généralités	29
A. Généralités sur le bassin	31
B. Accouchement	33
C. Conséquences socio-économique, démographiques et psychologiques de la grossesse et ou de l'accouchement chez l'adolescente	39
<u>CHAPITRE V</u> : Les résultats	41
A. Résultats globaux	41
B. Résultats descriptifs et analytiques	45
C. Résumé d'un cas clinique	63
<u>CHAPITRE VI</u> : Commentaires et discussions	65
A. Aspects épidémiologiques	67
B. Aspects cliniques	70
<u>CHAPITRE VII</u> : Conclusion et recommandations	82
<u>CHAPITRE VIII</u> : Bibliographie et annexes	85

ABREVIATIONS

<u>I.V.G.</u>	:	Interruption volontaire de la grossesse
<u>B.C.F.</u>	:	Bruits du coeur foetal
<u>S.F.</u>	:	Souffrance foetale
<u>H.B.</u>	:	Hémoglobine
<u>T.S.</u>	:	Test statistique
<u>O.R.</u>	:	Ordre ratio
<u>O.I.G.A.</u>	:	Occipito Iliaque Gauche Antérieur
<u>O.I.D.A.</u>	:	Occipito Iliaque Droite Antérieur
<u>O.I.D.P.</u>	:	Occipito Iliaque Droite Postérieur
<u>O.I.G.P.</u>	:	Occipito Iliaque Gauche Postérieur
<u>M.I.D.A.</u>	:	Mento Iliaque Droite Antérieur
<u>M.I.D.P.</u>	:	Mento Iliaque Droite Postérieur
<u>M.I.G.A.</u>	:	Mento Iliaque Gauche Antérieur
<u>M.I.G.P.</u>	:	Mento Iliaque Gauche Postérieur
<u>E.S.S.</u>	:	Ecole Secondaire de la Santé
<u>H.U.</u>	:	Hauteur Utérine
<u>C.P.N.</u>	:	Consultation Prénatale
<u>L.A.</u>	:	Liquide Amniotique
<u>F.I.V.</u>	:	Fistule utérine vaginale

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

INTRODUCTION

L'accouchement chez l'Adolescente sans être un phénomène nouveau est d'une actualité brûlante comme en témoigne son incidence qui est de 15-20 % des naissances vivantes en Afrique (11).

Notre pays n'est pas épargné par le phénomène.

- Selon une enquête démographique effectuée en 1987 (6), on estime que plus de la moitié des femmes font leur première maternité dans l'adolescence. La même enquête révèle qu'une femme sur dix ~~est~~ fait leur première maternité à 14 ans.
- En même temps, on assiste à une transformation du comportement sexuel tendant vers une précocité des premiers rapports sexuels sans protection efficace. Par exemple 50-80% des jeunes âgés de 15-19 ans ont déjà eu des rapports (33), alors que selon CAMARA M. (4) 54,2 % des adolescentes n'utilisent aucune méthode contraceptive.
- Il n'y a pas de définition standard de l'adolescence. Selon E.M.C. obstétrique (38) : "il s'agit d'une période de transition où l'individu passe de l'enfance à l'âge adulte tant sur le plan physique que psychologique".

En 1960 le Sociologue Américain Holling-Shead (8) définit l'adolescence comme suit : "l'adolescence est la période de vie d'un individu où la société a cessé de le considérer comme un enfant mais ne lui accorde pas le statut de l'adulte, ni dans ses rôles, ni dans ses fonctions".

La fin de l'adolescence reste différemment appréciée par les auteurs, nous l'avons établi à 17 ans accompli conformément à nos textes juridiques (29) ; les uns retiennent 19 ans, les Autres 18 ans, 16 ans et même 20 ans (30).

La grossesse et ou l'accouchement chez l'adolescente a fait l'objet de beaucoup d'Etudes dans les pays développés et même commence à être étudié dans les pays en voie de Développement. Parmi ces études, certaines trouvent que ce "n'est pas un accouchement à risque élevé" par rapport aux Autres groupes de femmes (38, 3, 20, 37) d'Autres auteurs prouvent le contraire (35, 15, 5, 14, 1, 11, 25).

Dans notre pays les études sur l'accouchement chez l'adolescente ne sont pas nombreuses. Les quelques rares études qui existent se sont intéressées surtout à l'approche épidémiologique (4, 10) de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente. Ainsi :

1) - L'OBJECTIF GENERAL DE CETTE ETUDE EST DE :

Déterminer les caractéristiques de l'accouchement chez l'adolescente dans notre pays (plus particulièrement en milieu péri-urbain) afin de savoir si l'accouchement chez l'adolescente est à risque.

2) - LES OBJECTIFS SPECIFIQUES SERONT ALORS DE :

- déterminer la durée moyenne du travail chez l'Adolescente
- déterminer la durée moyenne du travail chez les adultes
- comparer le mode d'accouchement,
- déterminer la fréquence de souffrance foetale dans les deux groupes,
- déterminer les variétés de présentation,
- déterminer la morbidité et mortalité Maternelle liée à

- l'accouchement dans les 2 groupes,
- déterminer la mortalité dans les 2 groupes ainsi que le Poids des enfants à la naissance.
 - faire quelques recommandations.

CHAPITRE II

CADRE D'ETUDE

1. CADRE D'ETUDE :

L'étude a été faite à la Maternité du Service Socio-Sanitaire de la Commune V située au "Pied" de la colline de Badalabougou.

- Cette Maternité dessert la commune V et les autres maternités de la rive Droite pour les cas référés.

Il y a en moyenne 13 accouchements par vingt quatre heures.

- . Actuellement le service est en pleine restructuration et constitue le centre de Référence des unités sanitaires de la rive Droite ; ceci est devenu possible grâce à la fonctionnalité d'un Bloc Opératoire vingt quatre heures sur vingt quatre depuis le 30 septembre 1993.

- Le service Socio-Sanitaire de la commune V (dont la Maternité) a ouvert ses portes en Août 1980 est dirigé depuis juin 1989 par un gynécologue-obstétricien. Un service de gynécologie-obstétrique est en place actuellement et est composé de plusieurs unités :

- Unité de gynécologie,
- Unité consultation prénatale,
- Unité accouchement - suite de couches
- Unité Post-Natal et Planning,

Le service est doté d'un Laboratoire et comporte d'autres unités :

- Unité consultation médecine générale,
- une pharmacie
- unité vaccination
- unité surveillance enfant sain

- dentisterie
- unité d'ophtalmologie
- imagerie médicale.

La construction d'un service de médecine générale est prévue en 1995.

Du point de vue du personnel le service, compte :

- 5 Médecins dont 1 gynécologue obstétricien qui est le Médecin Chef
- 2 Généralistes dont 1 à compétence chirurgicale
- 1 Médecin dentiste
- 1 Ophtalmologiste
- 20 Sages-Femmes d'Etat de l'Ecole Secondaire de la Santé
- 4 Infirmières d'Etat de l'Ecole Secondaire de la Santé
- 10 Infirmières du 1er cycle
- 2 Infirmières du 1er cycle spécialisées en laboratoire
- 2 Techniciennes de laboratoire de l'Ecole Secondaire de la Santé
- 8 Aides-soignantes.

CHAPITRE III

METHODOLOGIE

2. Matériel :

Il s'agit d'une étude Cas-témoin, s'étendant sur 12 mois du 1er janvier 1993 au 31 Décembre 1993. Les éléments de supports de données ont été :

- * un questionnaire d'enquête ayant pris en compte les documents suivants : Partogrammes, Registres d'accouchements, Registre d'évacuation.

3. Échantillon :

La population étudiée est celle des adolescentes en travail; le groupe témoin est recruté parmi les adultes en travail.

La limite d'âge supérieure concernant les adolescentes est fixée à 17 ans.

L'âge inférieur a été de 14 ans pour les adolescentes.

a- Critère d'inclusion :

Ils sont les suivants :

- être en travail : contractions utérines régulières plus modifications du col
- âge supérieur à 17 ans pour les témoins,
- identité de profil obstétrical : adolescentes et adultes doivent avoir la même parité.

b- Critère d'exclusion :

Ils sont les suivants :

- accouchement à domicile,
- dilatation supérieure à 4 cm à l'entrée.

Ainsi le nombre total d'accouchement pendant la période d'étude a été de 4.463 dont 534 accouchements chez les adolescentes (soit une fréquence de 11,96 %). *Les adolescentes ont répondu à nos questionnaires d'étude*

Tous les résultats ont été analysés sur ordinateur.

Les résultats imprécis représentent (sauf pour certains cas de variété de présentation), les parturientes référées à l'Hôpital Gabriel Touré pour lesquelles (malgré nos efforts) nous n'avons pas pu avoir les renseignements dont on avait besoin.

Il est à noter que le bloc opératoire du service socio-sanitaire de la Commune V n'a été fonctionnel que 3 mois avant la fin de l'enquête.

CHAPITRE IV

GENERALITES

A.- GENERALITES SUR LE BASSIN : (22)

Le Pelvis ou Bassin osseux forme une assise ogivale sur laquelle repose le tronc. Il est constitué par les 2 os coxaux, le sacrum et le coccyx. Ces éléments osseux sont solidarisés par les articulations sacro iliaques et sacro-coccygiennes en arrière et la symphyse pubienne en avant. (Figure 1).

1.- Le Développement du pelvis :

Le Développement du bassin osseux est tardif si on le compare à celui du crâne. Cette ossification explique la plasticité du Bassin au cours de la croissance.

- L'ostéogénèse du Pelvis :

Les os du pelvis passent du stade mesenchymateux d'apparition précoce (35^e jour) au stade cartilagineux (40^e jour) avant leur ossification qui apparaît avant le 3^e mois au niveau de la 1^{ère} vertèbre sacrale, sous forme d'un point central et de points latéraux puis l'ossification s'étend en direction de la 5^e vertèbre sacrale et latéralement.

L'ossification des vertèbres sacrales est achevée vers 7 ans. Elles se souderont avant 25 ans de la périphérie vers le centre et de bas en haut grâce aux points secondaires qui apparaissent entre la 10^e et 20^e année unissant les vertèbres entre elles.

A la naissance les points osseux sont séparés entre eux par des bandes cartilagineuses formant un Y centré sur l'acetabulum.

Vers l'âge de 13 ans. Un second foyer d'activité osseuse se manifeste après la puberté sur le pourtour de l'os coxal : Ce sont les points dits complémentaires. La disparition du cartilage cotyloïdien en y est totale. Les points marginaux (crête iliaque, épine iliaque antéropostérieure, tubérosité ischiatique, tubercule pubien, épine ischiatique) ne sont entièrement soudés que vers la 25^e année.

Le coccyx est le dernier à s'ossifier. En effet le premier point osseux apparaît à la naissance et le dernier vers 15 ans. La soudure des vertèbres coccygiennes se fait comme pour le sacrum dans le sens caudo-cranial.

2.- La morphogénèse du bassin :

Chez le nouveau-né, l'angulation sacro-lombale qui était nulle chez le fœtus atteint 160° environ. Le détroit supérieur reste circulaire jusqu'à 3 ou 4 mois, puis il devient ovalaire à grand axe antéro-postérieur (fig. 4 et 5).

Modelage du bassin à la naissance :

Le début de différenciation prénatale s'accroît et s'accompagne simultanément d'autres modifications dues aux effets des pressions exercées par la colonne vertébrale et par les membres inférieures sur un bassin très malléable (fig. 7 et 8).

L'angle acétabulaire se ferme progressivement pour être de 20° à 5 mois et 10° à 4 ans.

3.- Le Pelvis :

Lors du passage de la posture quadrupédique à la posture érigée tout le poids du corps sera transmis aux membres inférieurs par l'intermédiaire du sacrum qui répartit toutes les pressions

supérieures dans les os coxaux. Sous l'effet de cette pression la base du sacrum bascule en avant, le pubis s'abaisse tandis que le coccyx se trouve retenu par la pression des ligaments sacrotuberaux et sacro-épineux ; aussi le sacrum se recourbe-t-il. Au cours de ce redressement du tronc le bassin tend à se verticaliser mais cette extension est limitée par les pressions existantes antérieures : ligaments antérieurs de la hanche et muscles fléchisseurs de la cuisse.

Pendant l'enfance le développement du bassin est très sensible aux actions hormonales et humorales. Cette croissance plus régulière chez la fille que le garçon se fait progressivement dans toutes ses dimensions. Mais à la période prépubertaire la distance bicrétale subit un accroissement plus important qui se traduit par l'augmentation de la largeur des hanches entraînant par compensation un léger genu valgum.

D'une manière générale à la puberté : la croissance du bassin féminin est proportionnellement plus forte que la poussée de croissance staturale.

B.- ACCOUCHEMENT : (38)

Concernant l'accouchement chez l'adolescente :

- l'immaturation de l'utérus, la croissance imparfaite du bassin représentent des éléments de complications pour l'accouchement. Une étude de 182 bassins d'adolescentes de moins de 16 ans montre que tous les diamètres pelviens n'atteindront leur taille adulte que 3 ans après la ménarche. A âge gynécologique égal, le bassin des femmes à ménarche précoce est plus étroit que celui des femmes à ménarche tardive. Bien que chez l'adolescente le poids des nouveau-nés soit plus faible, les diamètres foetaux sont de taille identique.

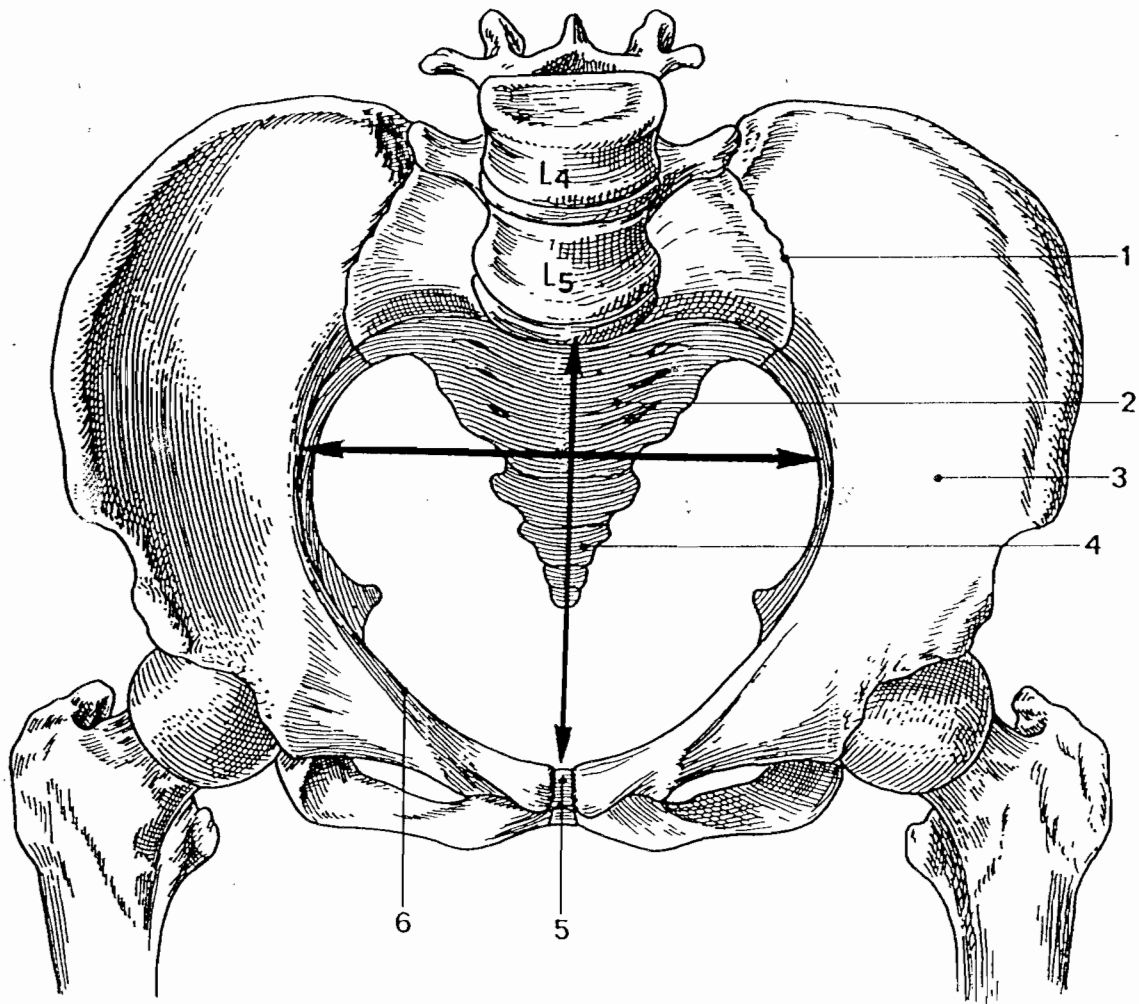


Fig. 1. — Bassin osseux féminin : vue antéro-supérieure (d'après FARABEUF).
 1 — diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur — 2 diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur — 3 diamètre transverse du détroit inférieur — 4 diamètre transverse du détroit supérieur — 5 symphyse pubienne — 6 ligne terminale.
 En rouge les grands diamètres du détroit supérieur.

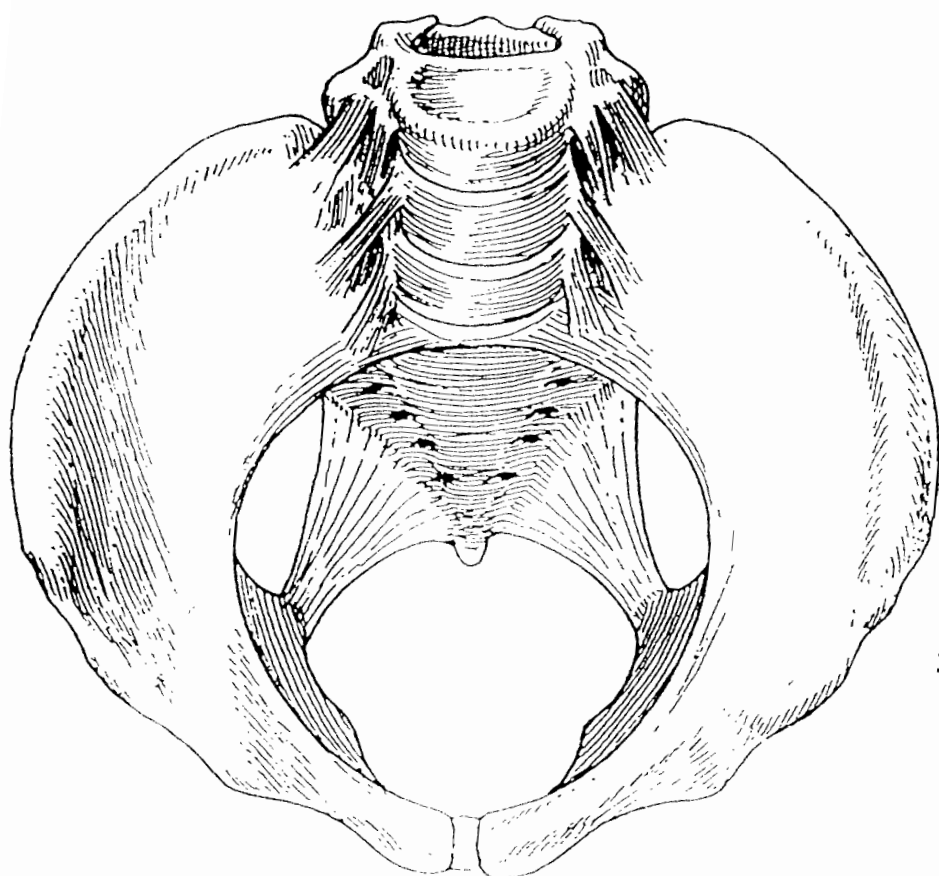


Fig. 5. Pelvis de nouveau-né.
Vue d'en haut (d'après TESTUT).

FIGURE

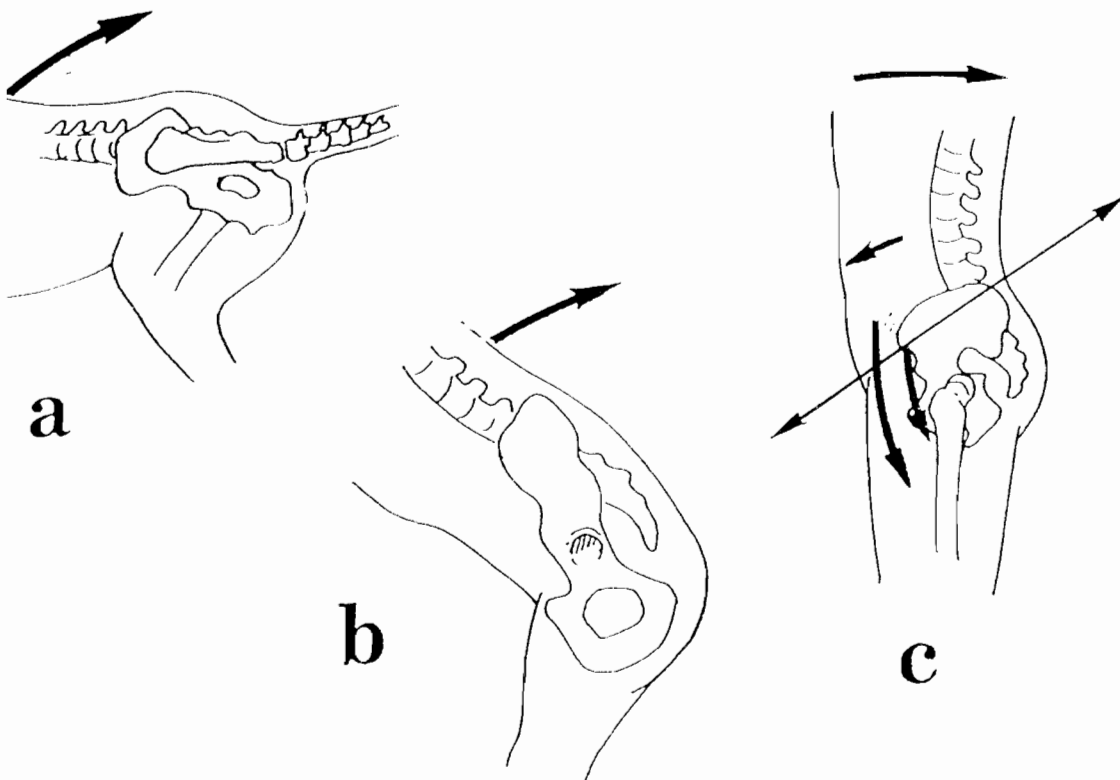


Fig. 7. Aspect du pelvis au cours de l'acquisition de la station érigée.
a quadrupède (chien) b chimpanzé - c homme

FIGURE

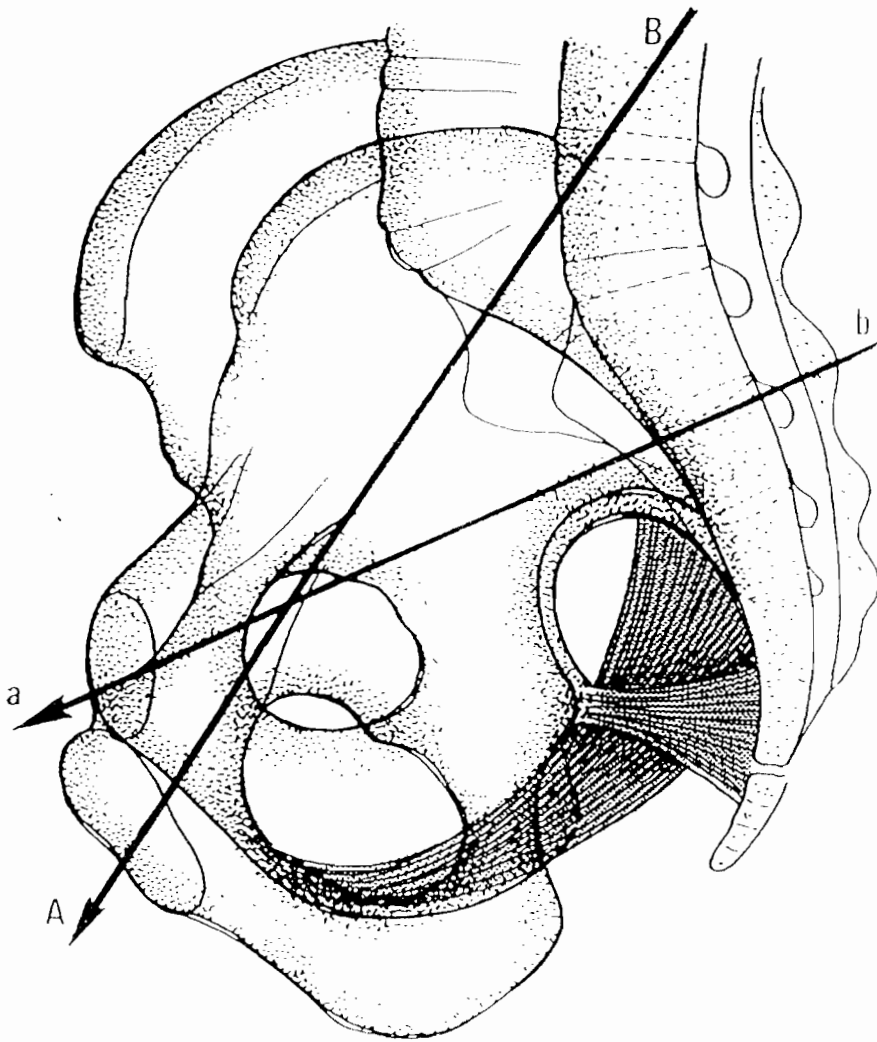


Fig. 8. Mécanismes de morphogénèse.
ab axe du pelvis du nouveau né AB axe du
pelvis adulte

C. - CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DEMOGRAPHIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES DE LA GROSSESSE ET/OU DE
L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE :

La grossesse, en général dans nos sociétés est un bonheur, mais lorsqu'elle survient dans certaines conditions, elle entraîne de nombreux problèmes sociaux, économiques et psychologiques. Ainsi socialement la survenue de la grossesse chez l'adolescente célibataire se concrétise par un déshonneur pour les parents.

- Dans le cas où l'adolescente est mariée, la grossesse est une fierté car témoin de fertilité.

- Au plan scolaire, la grossesse entraîne le plus souvent des perturbations scolaires (abandon) qui peut atteindre 10-15 % dans certains pays (30). Au Bénin par exemple, la grossesse chez l'adolescente entraîne en général l'abandon scolaire (36). Ces abandons scolaire vont contribuer à abaisser le taux de scolarisation des filles, un taux déjà faible : 25 % des filles seulement vont à l'école (28) au Mali pour un taux général de 32,5%.

- En cas de grossesse illégitime, il n'existe pas de bonne alternative et on a le plus souvent recours à l'avortement. C'est pourquoi nous assistons aujourd'hui à une augmentation du nombre d'I.V.G. même si les données réelles manquent à cause du caractère clandestin de l'acte. Les I.V.G. se compliquent souvent ; ainsi, 30,91 % des avortements clandestins compliqués au C.H.U. de Donka (15) étaient des adolescentes.

- Si l'enfant naît le plus souvent il est entouré d'affection et appui socio-économique dans la mesure du possible. Grâce à la solidarité familiale dans certains milieux, tous les membres de la

famille finissent par partager toutes les peines qu'entraîne une maternité précoce et illégitime même si au début ils s'y opposent (17). Cependant cette solidarité ne s'offre pas toujours.

- La grossesse peut aboutir à un véritable drame social : L'adolescente peut décéder au cours de l'accouchement ou s'en sortir avec une fistule vesico vaginale suivi le plus souvent de divorce et de rejet par sa communauté. On estime que dans les pays en voie de développement, une femme a une chance sur 33 de mourrir pendant la grossesse ou l'accouchement (9), et en l'absence de soins de santé, le risque de mourrir d'une cause liée à la grossesse peut atteindre 5 à 7 % chez une jeune fille enceinte de moins de 17 ans (34).

- Au point de vue psychologique, l'adolescente est un être peu mature. La grossesse est mal acceptée, surtout chez l'adolescente célibataire et elle a tendance à la cacher ; c'est pourquoi la surveillance prénatale n'est pas bien exécutée : 48,54 % des adolescentes n'ont jamais effectué de consultation prénatale (10). Dans certains cas on assiste à des conflits dans la famille pouvant aboutir au suicide ou au mariage précoce (38).

- Démographiquement, la grossesse chez l'adolescente contribue à augmenter de manière très significative la population mondiale surtout dans les pays en voie de développement.

En effet selon un journal (21) environ 15 millions d'adolescentes âgées de 15 - 19 ans donnent naissance chaque année à un enfant; 80 % d'entre elles provenant du monde en voie de développement.

- Economiquement l'adolescente en grossesse se trouve être maintenue dans un bas statut économique car son accès à un emploi rémunérateur devient impossible. Ainsi, elle se trouve dans un état de dépendance et de soumission vis-à-vis des parents et de son

mari (17).

- Ce bas statut économique se répercute la plus part du temps sur l'enfant qui vient de naître, c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des enfants d'adolescentes malnutris ou une mortalité infantile élevée dans cette classe d'âge. Par exemple selon l'enquête démographique et santé au Mali de 1987 (6) 1/3 des enfants dont la maman a 19 ans au plus n'atteint pas son 5^e anniversaire. La même enquête révèle que le nourrisson dont la maman a 19 ans au plus a 50 % de risque de plus de mourrir avant son premier anniversaire que l'enfant dont la mère est âgée de 20-34 ans.

CHAPITRE V

RESULTATS

Cette rubrique comportera trois parties principales :

- Résultats globaux

- Résultats descriptifs et analytiques

- Résumé de cas clinique

A. RESULTATS GLOBAUX

INVENTAIRE DE LA SITUATION	EFFECTIF	FREQUENCE RELATIVE
Nombre d'accouchement total	4 463	
Nombre d'accouchement chez les adolescentes	534	11,96 %
Nombre de naissances vivantes	4 343	
Nombre de naissances vivantes chez les adolescentes	514	11,83 %
Nombre total de césariennes	43	
Nombre de césarienne chez les adolescentes	6	13,95 %
Nombre de Mort né total	120	
Nombre de mort-né chez les adolescentes	20	16,66 %

B. RESULTATS DESCRIPTIFS ET ANALYTIQUES

1. Statut matrimonial
2. Répartition selon l'âge
3. Parité
4. Nombre de consultation prénatale
5. Relation C.P.N. et statut matrimonial
6. Nature de la présentation du fœtus
7. Variété de présentation céphalique
8. Mode de présentation du siège
9. Dilatation à l'entrée
10. Durée totale du travail
11. Signe de souffrance foetale pendant le travail
12. Etat du périnée après l'accouchement
13. Durée de la phase d'expulsion
14. Durée des efforts expulsifs
15. Issue de l'accouchement
16. Nature de la délivrance
17. Poids de l'enfant à la naissance
18. Etat du nouveau né à la naissance
19. Relation Apgar et âge de la mère
20. Relation Apgar et signe de Souffrance foetale
21. Pathologie au cours du travail
22. Mortinatalité
23. Causes de mortinatalité
24. Etat de la mère après l'accouchement

4 Statut matrimonial

STATUT	ADOLESCENTE		GROUPE TÉMOIN	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Célibataire	63	42 %	42	28 %
Mariée	87	58 %	108	72 %
Total	150	100 %	150	100 %

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié des adolescentes sont mariées ; soit 58 % contre 72 % pour les adultes. Il s'agit soit de mariage religieux ou civil.

↳ Répartition selon l'âge :

AGE	ADOLESCENTE AGE		GROUPE TEMOIN	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
14 ans	4	2,66 %		
15 ans	32	21,33 %		
16 ans	49	32,66 %		
17 ans	65	43,33 %		
18 - 20 ans			111	74 %
21 - 29 ans			34	22,66 %
30 - 37 ans			5	3,33 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

Dans le groupe des adolescentes la tranche d'âge 15-17 ans est la plus importante soit 97,32 % de toutes les adolescentes.

2,66 % des adolescentes ont 14 ans, elles ont toutes accouché normalement par voie basse.

Le groupe témoin est dominé par la tranche d'âge 18 - 20 ans soit 74 %

Parité :

PARITE	ADOLESCENTE		TEMOIN	
	EFFECT.	POURC.	EFFECTIF	POURCENT.
1	141	94 %	141	94 %
2	9	6 %	9	6 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

La majorité des parturientes recrutées étaient des primipares soit 94 %.

Nombre de consultations prénatales

NOMBRE DE C.P.N.	ADOLESCENTE		GROUPE TEMOIN		T.S.
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
C.P.N. \geq 1	94	62,66 %	105	69,99 %	$X^2 = 2,88$
C.P.N. = 0	56	37,33 %	45	30 %	$P = 0,09$
TOTAL	150	100 %	150	100 %	

* Relation consultations prénatales et statut matrimonial

Adolescente

C.P.N.	Non effectuée	Effectuée
Statut		
Célibataire	36	27
mariée	20	67
TOTAL	56	94

$X^2 = 18,22$, $P = 0,0001$

Groupe témoin

C.P.N.	Non effectuée	Effectuée
Statut		
Célibataire	21	23
Mariée	21	85
TOTAL	42	108

$X^2 = 14,29$, $P = 0,001$

62,66 % des adolescentes contre 69,99 % des parturientes du groupe témoin ont effectué au moins une (1) C.P.N.

Une proportion importante de parturientes n'ont jamais été suivies dans les 2 groupes : 37,33 % chez les adolescentes et 30% chez les adultes

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre adulte et adolescente en ce qui concerne les suivis prénatals. En effet les parturientes quelque soit le groupe ne sont pas assidues en consultation prénatale. Par contre, dans les 2 groupes, il existe une différence statistiquement significative entre célibataires et mariées pour ce qui concerne la surveillance prénatale. Les femmes mariées sont plus assidues en consultation prénatale que les célibataires.

! Nature de la présentation du foetus :

PRESEN- TATION	ADOLESCENTE		GROUPE TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Céphalique	142	94,66%	147	98 %
Siège	8	5,33%	3	2 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

La présentation céphalique est plus fréquente dans les 2 groupes : 94,66 % chez les adolescentes contre 98 % chez les adultes

Nous notons une fréquence un peu plus élevée de siège chez l'adolescente (5,33 %) par rapport à l'adulte (2 %).

Variété de présentation céphalique

VARIETE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
OIGA	68	47,88 %	65	44,21 %
OIDA	6	4,22 %	4	2,72 %
OIGP	1	0,70 %	1	0,68 %
OIDP	2	1,40 %	4	2,72 %
MIDP	0	0	1	0,68 %
MIDA	1	0,70 %	0	0
Non précisé	64	45,03 %	72	48,97 %
TOTAL	142	100 %	147	100 %

Dans la présentation céphalique l'OIGA quelque soit le groupe est la variété la plus fréquente : soit 47,88 % chez les adolescentes et 44,21 % chez les adultes.

On note par ailleurs 2,10 % de variétés postérieures chez les adolescentes et 3,40 % chez les adultes.

1 (un) cas de face (MIDA) dans le groupe des adolescentes et 1 (un) cas (MIDP) dans le groupe témoin ont été enregistrés ; toutes ont accouché normalement.

§ Mode de présentation du siège :

MODE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Complet	2	25 %	1	33,33 %
décompleté	6	75 %	2	66,66 %
TOTAL	8	100 %	3	100 %

Le siège décompleté est le plus fréquent chez les adolescentes soit 75 % des cas.

§ Dilatation à l'entrée

DILATATION	ADOLESCENTE		TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
0 - 3 cm phase de latence	102	68 %	106	70,66 %
3 - 4 cm début phase active	48	32 %	44	29,33 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

68 % des adolescentes sont rentrées en salle d'accouchement à la phase de latence contre 70,66 % pour les adultes.

La durée moyenne de la phase active (temps moyen mis entre 4 - 10 cm de dilatation) est 4h05' chez les Adolescentes contre 4h04' chez les adultes. Les Extrêmes sont :

50' -- 12h37' chez les Adolescentes
 2h -- 18h45' pour le groupe témoin.

Durée totale du travail

DUREE	ADOLESCENTE		TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
>24h	23	15,33 %	18	12 %
12h < durée < 24h	46	30,66 %	68	45,33 %
≤12h	41	27,33 %	34	22,66 %
Non précisé	40	26,66 %	30	20 %
TOTAL		100 %	150	100 %

Chez 27,33 % des Adolescentes, le travail dure 12 h ou moins contre 22,66 % pour le groupe témoin.

Le travail est supérieur à 24 h chez 15,33 % des Adolescentes contre 12 % chez les Adultes

La durée moyenne du travail en salle d'accouchement est de 11 h 25' chez les Adolescentes et 8h03' chez les adultes

Les Extrêmes sont :

1h05' - 27h05' pour les Adolescentes

1h15' - 25h25' chez les Adultes.

La phase de latence (entre 1 et 3 cm de dilatation) semble expliquée cette durée plus longue du travail chez les Adolescentes par rapport aux adultes, les 2 groupes ayant une durée de dilatation identique en phase active (entre 4 - 10 cm de dilatation).

7. Signe de souffrance foetale pendant le travail :

SIGNE DE SOUFFRANCE FOETALE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Liquide de amniotique teinté	35	23,33 %	35	23,33 %
B.C.F. modifié inférieur à 120/'	20	13,33 %	14	9,33 %
TOTAL	55	36,66 %	49	32,66 %

Les B.C.F. sont modifiés dans 13,33 % des cas chez les Adolescents contre 9,33 % pour le groupe témoin.

Les cas de siège n'ont pas été pris en compte ici pour les cas de liquide amniotique teinté.

1. Etat du Périnée après l'accouchement

ETAT DU PERINEE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Episiotomie	84	56 %	87	58 %
Déchirure simple du périnée	0	0	2	1,33 %
Normal	56	37,33 %	55	36,66 %
Non précisé	10	6,66 %	6	4 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

56 % des Adolescentes ont subi l'Episiotomie contre 58% dans le groupe témoin.

Nous avons enregistré 2 cas de déchirure périnéale simple dans le groupe témoin.

Notons cependant un nombre relativement élevé d'adolescente n'ayant pas subi d'Épisiotomie soit 37,33 %.

14 Durée de la phase d'expulsion :

DUREE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
> 45'	29	19,33 %	27	18 %
≤ 45'	118	78,66 %	118	78,66 %
TOTAL	147	97,99 %	145	95,66 %

La durée de la phase d'expulsion est supérieure à 45 minutes chez 19,33 % des adolescentes contre 18 % chez les femmes témoins.

Durée moyenne de la phase d'expulsion = 41 minutes chez les adolescentes contre 32 minutes pour les parturientes du groupe témoin.

15 Durée des efforts expulsifs :

DUREE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
≤ 15	94	62,66 %	97	64,66 %
> 15	53	35,33 %	48	32 %
Non précisé	3	2 %	5	3,33 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

La durée des efforts expulsifs est supérieure à 15 minutes chez 35,33 % des adolescentes contre 2 % chez les femmes du groupe témoin.

1.3 Issue de l'accouchement

MODE D'ACCOUCHEMENT	ADOLESCENTE		GROUPE TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Voie basse	147	98 %	145	96,66 %
Césarienne	3	2 %	5	3,33 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

L'accouchement a été effectué par voie basse chez 98 % des adolescentes contre 96,66 % pour le groupe témoin.

Les 3 Césariennes chez les adolescentes avaient pour indication la disproportion foeto-pelvienne.

Par contre chez les adultes il y a eu 2 cas de césarienne pour Eclampsie, 2 cas de césarienne pour Angustie pelvienne et une césarienne pour disproportion foeto pelvienne.

1. Nature de la délivrance

DELIVRANCE	ADOLESCENTE		TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Normale	144	96 %	144	96 %
Artificielle	3	2 %	3	2 %
Hémorragie de la délivrance	1	0,66 %	0	0 %
Non précisé	2	1,33 %	3	2 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

Nous avons enregistré 1 cas d'hémorragie de la délivrance chez les adolescentes. Les secours d'urgence ont permis de sauver la parturiente.

La délivrance reste normale dans les 2 groupes dans 96% des cas.

2. Poids de l'enfant à la naissance

POIDS	ADOLESCENTE		GROUPE TÉMOIN		T. S.
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE	
$P < 2\ 500\ g$	27	18 %	15	10 %	$X^2 = 4,29$
$P \geq 2\ 500\ g$	119	79,33 %	134	89,33 %	$P = 0,038$
Non précisé	4	2,66 %	1	0,66 %	OR = 2
TOTAL	150	100 %	150	100 %	

79,33 % des nouveaux nés d'adolescentes ont un poids supérieur à 2 500 grammes contre 89,33 % pour le groupe témoin.

Le pourcentage de faible poids de naissance (poids inférieur à 2 500 grammes) est plus élevé chez les adolescentes (18 %) par rapport au groupe témoin (10 %). La différence est statistiquement significative ; ce qui veut dire que les adolescentes courent beaucoup plus de risque de donner naissance à des enfants de faible poids que les adultes ; dans notre étude ce risque est estimé à 2 (odds ratio (OR) = 2).

Les poids moyens sont de :

- * 2 780 grammes pour les adolescentes
- * 2 831 grammes pour le groupe témoin.

10 Etat du nouveau né à la naissance (Apgar)

APGAR (A)	ADOLESCENTE		TEMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
A \geq 7	115	76,66 %	126	84,80 %
A $<$ 7	26	17,33 %	16	10,66 %
Non précise	9	6 %	8	5,33 %
TOTAL	150	100 %	150	100 %

76,66 % des nouveaux nés d'adolescentes à la naissance ont un état satisfaisant (Apgar supérieur à 7) contre 84,80 % de ceux du groupe témoin.

17,33 % des nouveaux nés d'adolescentes ont un Apgar inférieur à 7 contre 10,66 % pour le groupe témoin

11 RELATION ENTRE APGAR ET AGE DE LA MERE

APGAR	ADOLESCENTE	TÉMOIN
$<$ 7	26	16
\geq 7	115	126
TOTAL	141	142

$$X^2 = 2,88 ; P = 0,09$$

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre adolescente et groupe témoin concernant l'état de l'enfant à la naissance.

RELATION APGAR ET SIGNE DE SOUFFRANCE FOETALE

SIGNE DE S.F/APGAR	ADOLESCENTE	TEMOIN
L.A. teinté	35	35
BCF < 120/	20	13
APGAR < 7	26	16
TOTAL	81	64

Le bas Apgar de l'enfant à la naissance est beaucoup plus le reflet des modifications des B.C.F. (26 contre 20) que le liquide amniotique teinté (26 contre 35) chez les adolescentes ; il en est de même pour le groupe témoin.

Pathologie au cours du travail

PATHOLOGIE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Anémie (pâleur ++)	7	4,66 %	4	2,66 %
Placenta proevia	1	0,66 %	1	0,66 %
Eclampsie	1	0,66 %	2	1,33 %
H.T.A.	1	0,66 %	4	2,66 %
TOTAL	10	6,64 %	11	7,31 %

Dans le groupe des adolescentes, c'est l'Anémie qui est la pathologie dominante soit 4,66 %. Tandis que dans le groupe témoin l'Eclampsie et ou l'HTA reste la pathologie dominante soit 3,99 %.

Notons que les parturientes ayant développées l'éclampsie et ou l'HTA n'ont effectué aucune consultation prénatale ou moins de 4.

4. Mortinatalité

MORTINATALITE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Mort antépartum	4	2,66 %	4	2,66 %
Mort intrapartum	5	3,33 %	3	2 %
TOTAL	9	5,99 %	7	4,66 %

Le taux de mortinatalité est un peu plus élevé chez les adolescentes par rapport aux adultes, soit 5,99 % contre 4,66 %. Cette différence se situe au niveau des morts intrapartums (3,33% contre 2 %).

Parmi les cas de mort intrapartum, l'accouchement a eu lieu à l'Hôpital Gabriel TOURE après évacuation pour dystocie (il s'agit de 3 cas chez les adolescentes et 2 pour le groupe témoin) ; d'où le rôle néfaste de la référence avec prise en charge tardive.

3 } Causes de Mortinatalité

MORTINATALITE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
S.F.A. par efforts expulsifs prolongés	3	60 %	2	66,66 %
Placenta prævia	1	20 %	1	33,33 %
Procidence du cordon	1	20 %	0	0 %
TOTAL	5	100 %	3	100 %

La souffrance foetale aiguë (S.F A) par efforts expulsifs longs représentent la principale cause de mort intrapartum chez les adolescentes soit 60 % ; c'est le même constat chez les parturientes du groupe témoin.

24 Etat de la mère après l'accouchement

MERE	ADOLESCENTE		TÉMOIN	
	EFFECTIF	FREQUENCE	EFFECTIF	FREQUENCE
Vivante	149	99,33 %	150	100 %
Décédée	1	0,66 %	0	0
TOTAL	150	100 %	150	100 %

Il a été enregistré 1 (un) décès maternel parmi les adolescentes. Il s'agit d'un décès par suite d'Anémie sévère avec un taux d'hémoglobine à 6 g/dl ; le bon de sang délivré aux parents ne nous a pas permis d'obtenir du sang pour la transfusion.

C. CAS CLINIQUE

Au cours de notre étude, nous avons enregistré un (1) décès. Ce drame puisqu'il faut l'appeler ainsi a été enregistré dans le groupe des adolescentes. Nous avons jugé nécessaire d'explicitier cette situation qui certes est isolée ici, mais qui probablement existe par milliers à travers le pays et dans le monde.

Il s'agit de :

Mme K.T. âgée de 17 ans, mariée (son mari est chauffeur et réside à Sabalibougou). Elle a été admise à la maternité le 25/9/1993 à 18 h pour contractions utérines douloureuses sur grossesse à terme.

Antécédants : Aucun antécédent particulier

Interrogatoire : K.T. a fait les Consultations prénatales 4 fois à Sirakoro (village périphérique de Bamako). Malheureusement, elle n'a pas bénéficié de groupage pendant les suivies prénatales. Elle ne connaît pas l'heure du début de travail. Elle est primigeste et nullipare.

Examen d'entrée

- Examen général :

Taille ≈ 160 cm ; T.A = 10/6 ; Conjonctives pâles (pâleur à 3 X) pas d'oedèmes ; T° = 37°3.

- Examen obstétrical :

H.U. = 33 cm ; B D C = non entendus

Contractions : durée = 50", fréquence = 1 contraction toutes les 7'.

T.V. = Col est effacé, souple dilaté à 2 cm.

La poche des eaux est intacte. La présentation est céphalique et engagée.

CAT : Devant l'importance de la pâleur conjonctivale, la sage femme a demandé un groupage-rhésus avec taux d'HB en urgence. Un bon de sang fut délivré aux parents. Le taux d'HB est à 6 g/dl son groupe est A⁺

Résultat : Mme K.T. a accouché normalement le 26/9/1993 à 2h15' d'un enfant mort né non macéré pesant 3 200 grammes. 1 heure après l'accouchement la T.A. était à 8/4. La patiente est décédée à 4h55' sans avoir bénéficié de transfusion par anémie aiguë. La famille n'a pas pu obtenir du sang aux lieux habituels.

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Cette rubrique sera abordée sous différents aspects :

A - Aspects Epidémiologiques

- 1- La fréquence
- 2- Statut matrimonial
- 3- Age

B - Aspects cliniques

- 1- C.P.N.
- 2- Nature de la présentation
- 3- Dilatation à l'entrée
- 4- Signe de souffrance foetale au cours du travail
5. Durée du travail
- 6- Période d'expulsion
7. Issue de l'accouchement
8. Nature de la délivrance
9. Apgar à la naissance
10. Poids de l'enfant à la naissance
11. Mortinatalité
12. Morbidité et Mortalité maternelle

A. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1. **Fréquence** : La proportion d'adolescentes venues accoucher à la maternité du service socio-sanitaire de la commune V représente 11,96 % de toutes les femmes qui ont accouché dans le même service pendant le même temps soit 534 accouchements chez les adolescentes pour 4 463 accouchements. Ce résultat est proche à ceux de :

- B. MAIGA et col. au Mali (23) qui trouvent une fréquence d'adolescentes enceintes de 10,68 % en 1992.

- COULIBALY B. au Mali (10) trouve aussi une fréquence d'adolescentes enceintes de 12,30 % en 1992.

Ailleurs au Sénégal entre 1986 et 1989 BÂ GUEYE (1) avait trouvé 7,34 % d'adolescentes enceintes en consultation prénatale.

Il faut dire que cette fréquence de grossesse chez les adolescentes dépend en partie de l'âge limite qu'on se donne. Dans notre cas l'âge limite a été de 17 ans.

Déjà Samba DIARRA (16) en 1991 avait estimé que "le bond démographique accompli par l'Afrique sera donc poursuivi dans les prochaines décennies. Ce bond démographique a été et sera essentiellement le fait du dynamisme évolutif de la strate de 10 - 19 ans ; celle-ci était à 60 millions en 1970 et 97 millions en 1986 ; elle atteindra 250 millions en 2015".

Mais les résultats français sont nettement en dessous des nôtres, c'est ainsi que PH BOISSELIER en France (3) trouve une fréquence de 1,2 % d'adolescentes enceintes. Ceci est probablement dû au mariage précoce fréquent en Afrique et aussi à une meilleure diffusion de l'information et de la contraception en France. Au Mali moins de 5 % des femmes en union utilisent un moyen de contraception (7).

2. Statut Matrimonial

58 % des adolescentes dans notre série sont mariées contre 72 % pour les adultes. Selon les textes juridiques maliens (29) une jeune fille ne peut prétendre au mariage que lorsqu'elle a 18 ans révolus. La Loi permet le mariage à 17 ans de la jeune fille, mais avec le consentement des parents (29).

Cette fréquence élevée d'adolescentes mariées explique que le mariage précoce existe au Mali aussi bien en milieu rural qu'en milieu péri-urbain, contrairement à ce qu'on peut lire dans certains articles de vie et santé (36) : "En terme de population à risque pour cause de grossesses précoces ce sont les jeunes rurales souvent mariées qui sont les premières cibles".

- P.H. Boisselier en France (3) trouve dans sa série une fréquence de 35 % d'adolescentes françaises mariées et 95 % d'adolescentes africaines mariées.
- Dans tous les cas l'adolescente chez nous est très souvent mariée et doit "faire valoir sa fécondité aussitôt".

3. Age : La majorité des adolescentes concernées par l'étude se situe dans la tranche d'âge 15 ans-17 ans soit 97,32 %.

- B. MAIGA et COLL. au Mali (26) trouvent les mêmes résultats (97,63 %)
- Résultat confirmé par P.H. BOISSELIER en France (3).

Ainsi les adolescentes très jeunes d'âge inférieur à 15 ans sont le plus souvent épargnées du risque d'être enceinte. Ceci peut s'expliquer par l'absence d'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces très jeunes adolescentes.

B. ASPECTS CLINIQUES :

1. C.P.N.

L'insuffisance ou l'absence de surveillance médicale constitue un handicap non négligeable en cas de grossesse chez l'adolescente (11).

Les adolescentes de notre étude n'ont pas échappé au phénomène de même que d'ailleurs les parturientes du groupe témoin. En effet 37,33 % des adolescentes n'ont jamais été suivies pendant leur grossesse par un personnel médical ; dans le groupe témoin. Ce taux tombe à 28 %. Aussi bien les adolescentes que les parturientes du groupe témoin ont tendance à ne pas suivre les consultations prénatales. Ces résultats sont semblables à d'autres études notamment ceux de :

- BOISSELIER et COLL. en France (3) qui trouvent que 25 % des grossesses chez les adolescentes ont eu moins de 4 consultations prénatales.
- Selon une enquête démographique au Mali (6) 2/3 des femmes ayant eu un enfant dans les 5 années précédant l'enquête n'ont reçu aucun soin prénatal.
- DEMBELE A. au Mali (12) trouve que 39,1 % de ses parturientes n'ont pas fait de consultation prénatale.
- Le statut matrimonial intervient pour influencer de manière statistiquement significative la surveillance de la grossesse dans les 2 groupes (soit $P = 0,0001$ pour les adolescentes et $0,001$ pour le groupe témoin). Les mariées quelque soit le groupe ont tendance à mieux suivre les consultations prénatales que les célibataires car tiennent beaucoup plus à leur grossesse qui est le plus souvent désirée.

Le niveau d'instruction a été cité par COULIBALY B. au Mali (10) comme facteur influant sur la surveillance prénatale. Il y a aussi un manque d'information, éducation et communication. Un facteur caractéristique chez l'adolescente célibataire est le fait de cacher sa grossesse qui n'est pas toujours désirée.

Les consultations prénatales permettent une réduction significative des complications survenant à l'occasion d'une grossesse chez l'adolescente (38).

Bilodeau en France (2) montre que 304 adolescentes consultant en moyenne 7 fois durant la grossesse accoucheront avec un minimum de complication et les taux de morbidité et mortalité identiques sinon meilleurs pour leurs consœurs adultes.

Au Nigeria, une étude sur 22 000 femmes a mis en évidence un taux de mortalité maternelle de 500 pour 100 000 naissances vivantes chez les mères de 14 ans ou moins, qui avaient bénéficié de soins prénatals corrects alors qu'il était de 4 300 chez celles sans surveillance durant leur grossesse (13).

Nature de la présentation

Toutes les positions étaient longitudinales avec une fréquence élevée de présentation céphalique soit 94,66 % chez les adolescentes et 98 % chez les adultes.

Ces résultats sont comparables à ceux d'autres auteurs notamment D. VINATIER et COLL. en France (37) qui trouvent 90 % de sommet et 10 % de siège chez les adolescentes. Ils ont trouvé une différence statistiquement significative en ce qui concerne la présentation de siège entre adolescente et adulte (10 % contre 5 %)

- Nous avons enregistré 8 cas de siège chez les adolescentes (5,33 %) contre 3 cas de siège chez le groupe témoin (2 %).
- La variété de présentation O.I.G.A. est la plus fréquente dans les sommets soit 47,88 % chez le groupe d'adolescentes et 44,21 % chez le groupe témoin ; ce qui est conforme aux résultats de D. VINATIER (38).
- La fréquence élevée de variété postérieure a été notée par beaucoup d'auteurs (38,37) et avec une fréquence de 21 %. Nous n'avons pas remarqué un tel phénomène. La variété postérieure n'a représenté que 2,10 % pour les adolescentes et 4,08 % chez les adultes.

Dilatation à l'entrée

68 % des adolescentes contre 70,66 % des parturientes du groupe témoin ont été admise en salle d'accouchement à la phase de latence (c'est-à-dire dilatation de 0 - 3 cm). La différence n'est pas statistiquement significative. Ce qui est favorable à une meilleure surveillance des parturientes en travail. La durée moyenne de la phase active dans les 2 groupes est la même soit 4h05' chez les adolescentes et 4h04' pour le groupe témoin ceci veut dire qu'à partir de 4 cm de dilatation : la vitesse de dilatation est identique dans les 2 groupes.

4. Signes de souffrance foetale au cours du travail

Les signes de souffrance foetale retenus ont été : liquide amniotique teinté, méconial et bruits du coeur foetal inférieur à 120/'. .

- Dans la majorité des cas, aussi bien chez les adolescentes que dans le groupe témoin le travail s'est déroulé normalement sans signe de souffrance foetale contre 67,34 % pour le groupe

témoin.

- VINATIER et COLL. en France (38) ont aboutit aux mêmes résultats selon eux : "les séries publiées n'objectivent pas une plus grande fréquence de signe de souffrance foetale durant le travail chez l'adolescente".
- En faisant une étude statistique comparée entre signes de souffrance foetale pendant le travail et l'Apgar de l'enfant à la naissance, on trouve :
 - * chez les adolescentes 35 cas de liquide amniotique teinté contre 26 cas d'enfants à Apgar inférieur à 7 et dans le groupe témoin 35 cas contre 16.
 - * chez les adolescentes : on a 20 cas de B.C.F. modifiés contre 26 cas d'enfant à Apgar inférieur à 7 et dans le groupe témoin on a 14 contre 16.

Ainsi, on constate qu'il y a un rapport entre B.C.F. modifiés et un Apgar bas du nouveau né à 1 minute. Il n'en est pas de même pour le liquide amniotique teinté et Apgar à 1 minute.

Le liquide Amniotique teinté ne signifie pas obligatoirement souffrance foetale actuelle.

Durée du travail

Elle varie beaucoup selon les auteurs.

11 adolescentes contre 4 adultes ont bénéficié sur indication précise de perfusion d'ocytocine. Pour VINATIER et COLL (38), la durée du travail chez l'adolescente varie selon les séries ; certaines la trouvent allongées, d'autres identiques et certaines raccourcies ; Cette discordance est due à l'utilisation ou non d'ocytociques.

Le problème ici est que les femmes ne connaissent pas généralement le début du travail car sont en général analphabètes. Dans notre série 26,66 % des adolescentes contre 20 % pour le groupe témoin ne connaissent pas l'heure du début de travail.

Néanmoins 27,33 % des adolescentes font 12 heures ou moins en travail contre 22,66 % pour le groupe témoin. Et 30,66 % des adolescentes contre 45,33 % des parturientes du groupe témoin font entre 12h et 24h en travail. Le travail trop prolongé (plus de 27 heures) n'a pas été enregistré. Cela est un des éléments positifs du partogramme.

La durée moyenne du travail en salle d'accouchement a été de 11h25' chez les adolescentes contre 8h07' pour le groupe témoin. La durée du travail en salle d'accouchement commençant à l'heure d'entrée en salle de travail et se termine à l'expulsion du fœtus.

Nos résultats sont proches de ceux de G. GREATSAS et COLL. en Grèce (20) qui trouvent une durée moyenne de travail de 11h08' pour les adolescentes et 10h05' pour les adultes.

Période de l'expulsion

Selon MERGER (26) les classiques estimaient la durée de cette phase à 1h ou 2h chez la primipare ; mais cette durée ne devrait pas dans l'intérêt du fœtus dépasser 30mn. Dans notre cas nous avons choisi la limite supérieure normale du temps d'expulsion à 45 minutes conformément au partogramme.

78,66 % des parturientes dans les 2 groupes ont un temps d'expulsion inférieure à 45 minutes.

La durée moyenne de la phase d'expulsion est de 41 minutes chez les adolescentes contre 32 minutes pour les parturientes du groupe témoin. Soit une différence de 9 Minutes.

Nous avons étudié aussi la durée des efforts expulsifs (période où le fœtus est soumis à des contraintes très élevées). 61,33 % des adolescentes ont un temps d'efforts expulsifs inférieurs à 15 minutes contre 66,66 % pour le groupe témoin. La différence n'est pas statistiquement significative.

Issue de l'accouchement

Nous avons enregistré 147 accouchements par voie basse chez les adolescentes (soit 98 %) contre 145 pour les adultes (soit 96,66 %). C'est dire que l'accouchement chez l'adolescente se fait le plus souvent par voie basse de même que chez l'adulte.

De nombreux auteurs ont abouti à la même remarque :

- VINATIER et COLL. en France (38), 9 séries françaises bien documentées permettent d'enregistrer sur 1 228 accouchements d'adolescentes 92 % d'accouchement par voie basse dont 18 % d'extractions instrumentales.
- G. GREATSAS et COLL. en Grèce (20) ont trouvé 95 % d'accouchement par voie basse chez les adolescentes.
- COULIBALY B. au Mali (10) a trouvé une fréquence relativement faible d'accouchement par voie basse soit 80,33 %. Cela est dû probablement au mode de recrutement : les évacuations de l'intérieur du pays étaient prises en compte dans son étude.

Les cas de césarienne ont été par conséquent réduit dans notre étude. 3 césariennes chez les adolescentes (2 %) Contre 5 césariennes chez les adultes (3,33 %). Cette différence n'est pas statistiquement significative.

L'indication principale sinon unique de césarienne chez les adolescentes a été la disproportion foeto-pelvienne.

- COULIBALY B. au Mali (10) a enregistré jusqu'à 20 % chez les adolescentes.
- Bâ GUEYE au Sénégal (1) a trouvé que sur l'ensemble des femmes césarisées 4,36 % étaient représentées par les adolescentes.
- KIEGER en 1977 avait réalisé (5) césariennes pour 671 accouchements chez les adolescentes, soit une fréquence de 0,8 %. VINATIER et COLL (38).
- Ainsi le bassin de l'adolescente bien que considéré comme n'ayant pas achevé sa maturité ne semble pas poser de problèmes majeurs pour l'accouchement, ceci semble être en rapport avec un poids de naissance faible fréquemment retrouvé chez l'adolescente (PM = 2780 grammes).

Nature de la délivrance

La délivrance reste le plus souvent normal, dans les 2 groupes (soit 96 % dans les 2 groupes).

On note ailleurs 3 cas de délivrance artificielle dans chacun des groupes. L'âge ne (adolescence) semble pas alors influencer sur la nature de la délivrance.

Apgar à la naissance

L'état du nouveau né à la naissance est le plus souvent bon a une minute (apgar inférieur ou égal à 7) aussi bien chez les adolescentes que chez les adultes 76,66 % des nouveaux nés d'adolescentes ont un Apgar supérieur à 7 contre 84,80 % pour le groupe témoin. La différence entre les 2 groupes n'est pas statistiquement significative.

- VINATIER et COLL. en France (38) en . trouvent que l'indice d'apgar des nouveaux nés d'adolescentes est les plus souvent inférieur à 7 à une minute que pour les nouveaux nés d'adultes.
- B. MAIGA et COLL. (23) ont trouvé une différence statistiquement significative entre adolescentes et adultes en ce qui concerne la fréquence de souffrance foetale (apgar à la naissance) ; mais il s'agissait d'une comparaison entre accouchement chez les adolescentes et l'ensemble des accouchements
- COULIBALY B. au Mali (10) trouve que les enfants dont les mères ont un âge inférieur ou égal à 15 ans ont le plus souvent un mauvais apgar à la naissance par rapport aux enfants de mère d'âge supérieur à 15 ans.
- Nos résultats permettent d'affirmer que l'Apgar n'est pas lié à l'âge.

Poids de l'enfant à la naissance

Dans notre série 79,33 % des enfants d'adolescentes ont un poids supérieur à 2 500 grammes contre 89,53 % pour le groupe témoin.

18 % des nouveaux-nés d'adolescentes ont un poids inférieur à 2 500 grammes contre 10 % pour le groupe témoin. Cette différence est statistiquement significative. Ce qui veut dire que les adolescentes courent plus de risque de donner naissance à des enfants de faible poids que leurs consœurs adultes. Ce risque est 2 fois plus élevé chez les adolescentes par rapport à leur consœurs adultes. Cette hypotrophie semble liée à l'immaturité utérine et aussi à une hypoperfusion placentaire. Ces résultats sont conformes à ceux de nombreux auteurs (23, 11, 1).

- Selon MERGER (27), le poids de l'enfant dépend de l'âge de la mère.
- Nos résultats sont différents de ceux trouvés par COULIBALY B. au Mali (10) qui trouve qu'il n'existe pas de liaison statistiquement significative entre l'âge et le poids de naissance du fœtus.
- Le poids moyen de nos nouveaux-nés d'adolescentes a été de 2 780 grammes contre 2 831 grammes pour les adultes ; soit une différence de 51 grammes.
- D. VINATIER et COLL. en France (37) ont trouvé une différence de 200 grammes entre le poids moyen des enfants d'adolescentes et ceux du groupe témoin.
- PH. BOISSELIER en France (3) trouve un poids moyen de 3 110 grammes + 300 grammes chez les adolescentes. Cette différence avec le poids moyen de nos nouveaux-nés adolescentes pourrait s'expliquer par le niveau socio-économique plus élevé en France que chez nous. Ce même facteur est incriminé par CHEIKH MBACHE (24) pour expliquer le faible poids à la naissance des enfants d'adolescentes. Il y a aussi un facteur ethnique et ou racial qui a une influence sur le poids de naissance.

Mortinatalité

Nous avons enregistré dans notre étude 9 cas de mortinatalité chez les adolescentes (soit une fréquence de 6 %) et 7 cas dans le groupe témoin (soit une fréquence de 4,66 %).

- Nos résultats sont différents de ceux retrouvés par G. GREATSAS EN Grèce (20) qui trouve une fréquence de mortinatalité moins élevé chez les adolescentes soit 2,22 %.

- B. MAIGA et COLL. au Mali (23) trouvent une mortalité de 3,84 % chez les adolescentes et 2,07 % chez l'adulte.

Le nombre élevé de morts intrapartus 3,33 % pourrait s'expliquer par le retard dans la prise en charge des parturientes dans les cas référés. Les morts intrapartus (5 chez les adolescentes) expliquent en partie la faible fréquence de césariennes dans notre Etude.

Morbidité et mortalité Maternelle

Nous avons enregistré 1 cas de décès dans le groupe des adolescentes en rapport avec l'anémie (soit une fréquence de mortalité de 0,66 %) par contre dans le groupe témoin il n'y a pas eu de décès. Certains estiment que la mortalité maternelle est 7 fois plus élevée chez les adolescentes que chez les adultes (35). Au Sénégal Diadhiou (14) trouve que la proportion de décès d'adolescentes pour cause d'accouchement représente 8,1 % de l'ensemble des décès maternels de son service.

- L'accouchement entraîne une morbidité identique chez l'adolescente et chez l'adulte. VINATIER et COLL. en France (38) ont abouti au même constat. Selon eux "le Jeune âge" n'aggrave ni la morbidité, ni la mortalité maternelle". D'ailleurs selon Pierre ERNY (18) la mortalité chez l'adolescente est identique à celui de l'adulte et ne constitue pas un bon indicateur de santé à cet âge.

Nous avons enregistré une fréquence de 2 % de césarienne chez les adolescentes contre 3,33 % pour le groupe témoin ; la différence n'est pas statistiquement significative, néanmoins la césarienne peut être source de stérilité que Blune (17) estime à 33 %. Aussi une cicatrice sur l'utérus devient un danger pour les grossesses futures surtout s'il y a pas eu de C.P.N.

- La morbidité liée à l'anémie (clinique) est un fait réel dans nos pays en voie de développement, aussi bien chez les adolescentes que chez les adultes en salle d'accouchement. Sa fréquence a été estimée à 4,66 % chez les adolescentes et 2,66 % chez les adultes. Cette anémie est surtout due à l'insuffisance nutritionnelle (32).

- L'épisiotomie est le plus souvent pratiquée pour faciliter la sortie du fœtus, et éviter les déchirures périnéales aussi bien chez les adolescentes que chez les adultes (56 % pour les premières et 58 % pour les secondes). Nous n'avons pas enregistré de déchirure périnéales chez les adolescentes ; par contre 2 déchirures périnéales simples ont été constaté chez les adultes.

- Concernant particulièrement l'Eclampsie, elle ne semble pas être liée à l'âge ; toutes nos parturientes qui ont développé l'eclampsie et ou l'HTA n'ont fait aucune consultation prénatale ou moins de 4 fois. Les avis des auteurs sont partagés la dessus : certains pensent qu'elle est liée à l'âge notamment G. GREATSAS (20) ; d'autres trouvent qu'elle pas directement liée à l'âge l'adolescente et que la surveillance prénatale diminuerait son incidence VINATIER et COLL. (37,2).

- Nous n'avons pas enregistré de ruptures utérines contrairement à COULIBALY B. (10) qui a enregistré 5 ruptures utérines, mais il faut rappeler qu'elles étaient évacuées de l'intérieur du pays.

Il n'a pas été enregistré de F.V.V. aussi contrairement a d'autres études (39) car, elle reste l'apanage des zones médicalement sous équipées.

CHAPITRE VII

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'ensemble des accouchements chez les adolescentes recrutées à la Maternité du service socio-sanitaire de la commune V de janvier 1993-décembre 1993 selon les critères suivants :

- Age compris entre 14-17 ans.
- Etre en travail.

Ne permet pas de retrouver un pessimisme, sauf en ce qui concerne :

- Le faible poids des nouveaux nés chez les adolescentes (18 % des nouveaux nés d'adolescente ont un poids inférieur à 2500 grammes contre 10 % pour le groupe témoin).

Selon notre étude les adolescentes courent 2 fois plus de risque de donner naissance à des enfants de faible poids que les adultes.

- La durée du travail est longue de plus de 3 heures chez les adolescentes par rapport à la durée du travail chez les adultes.
- Le taux de surveillance prénatale est faible ; 37,33 % des adolescentes n'ont effectué aucune C.P.N.

Les accouchements chez l'adolescente ne constituent donc pas un accouchement "à risque élevé" (au vue des résultats retrouvés).

- L'accouchement se fait le plus souvent par voie basse (98%) -
L'indice d'Apgar des nouveaux nés à 1 minute est le plus souvent bon : (76,66 %).

- Le taux d'HTA et ou d'eclampsie est même légèrement inférieur chez les adolescentes par rapport au groupe témoin.

Cette discordance entre nos résultats et d'autres pourrait s'expliquer par le mode de recrutement et la qualité de la prise en charge des parturientes.

Certaines difficultés ont été rencontrées au cours de ce travail notamment l'absence d'informations complètes sur les cas référés, mauvaise prise en charge des parturientes référées. Non disponibilité du sang en cas d'urgence. Devant ces différentes situations, des recommandations suivantes nous paraissent importantes :

Mise en place d'un bon système de référence.

- Ne pas laisser accoucher une parturiente avec un taux d'HB inférieur à 8 grammes/dl. La correction de cette anémie par transfusion s'impose car la délivrance est fatale.
- Décentralisation de la Banque de sang au niveau des communes et cercles dotés d'un Laboratoire est hautement souhaitable.
- L'accent doit être mis sur l'I.E.C pour amener les femmes à faire les C.P.N.
- Tout travail devrait être suivi avec le partogramme, ce qui est conforme aux politiques du département de la santé qui est entrain de promouvoir au niveau de l'ensemble du pays cet "outil" mis au point au niveau du service de gynéco-obstétrique du quartier Mali.
- Augmenter le taux d'Épisiotomie surtout chez les adolescentes primipares. Ceci contribuerait à améliorer d'avantage les conditions d'accouchement.

CHAPITRE VIII

BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

1 BÂ GUEYE M.

- Une grossesse d'adolescente comporte de graves risques pour la mère et son enfant.
- Drame d'une Maternité précoce . Pop Sahel Août 1990 n° 13.P. 14.

2. BILODEAU - R

- Adolescence et grossesse
- Union Médicale AN 1976 - 105 - 1 215 - 1 206.

3. BOISSELIER. PH. ; Hajali. B., BOYER. F., TALBOT. A. ; Tison. E., Chouraqui. A ; BARRAT. J.

- La grossesse chez l'adolescente
- Journal de gynécologie - Obstétrique et Biologie de la reproduction. Vol. 14 n° 5 P. 608-609 1985.

4. CAMARA M. :

- Contraception chez l'adolescente.
- Thèse de Médecine n° M 44 1992 Bamako (Mali).

5. C.D.C. (Centre pour le Contrôle des Maladies transmissibles)

- Grossesse chez l'adolescente, fécondité chez les adolescentes d'Afrique.
- Planification Familiale : Méthodes et Pratiques en Afrique 1985 P. 47.

6. C.E.R.P.O.D. : (Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le Développement)

- Fécondité
- Enquête démographique et de santé au Mali 1987 rapport et synthèse

7. C.E.R.P.O.D. : (Centre d'Etude et de Recherche sur la Population pour le Développement).

- Planification Familiale
- Enquête démographique et de santé au Mali 1987 rapport et synthèse.

8. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE :

- Essais de définition
- L'enfant en milieu tropical, la santé des adolescents et des Jeunes Paris 1989 N° 180.

9. CHERY. L ; R.N., M.P.H. LAUREE. L, SC. M, CATHLEEN. A, M. HS, JOHN. A. H.

- Combien de mères meurent-elles ?
- Population report série 1 N° 7 1988 P.2

10. COULIBALY. B.

- Etude de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente à la maternité de l'Hôpital National du Point "G" (239 cas).

- Thèse med. 1993 M96 N56 Bamako (Mali)
11. DAO. B ; BA. G. M :
- Grossesses et adolescente : Aspects médicaux.
 - Vie et santé, revue du reseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique Juillet 91 n° 8 P. 10
12. DEMBELE. A
- Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège dans les Maternités du District de Bamako (à propos de 192 cas).
 - Thèse Med M18-88 1988 vol. 1 117 P.
13. DESCHAMPS. J.P.
- Adolescents et soins de santé primaire
 - L'enfant en milieu tropical, la santé des adolescents et des jeunes, centre international de l'enfance 1989 n° 180.
14. Diadhiou F. :
- L'adolescente gère mal sa fécondité.
 - Pop. sahel, Drame d'une maternité précoce, fécondité des adolescentes Août 1990 n° 13.
15. DIALLO M.M. ; CONDE H. ; YZAZY. Y ; BALDE M. D. :
- La césarienne chez les adolescentes au service de gynécologie obstétrique du CHU de Donka : fréquence, indications et pronostic foeto maternel ;

- Journée de gynécologie et obstétrique de Bamako 17, 18, 19 février 1994.
16. DIARRA S. :
- La fécondité des adolescentes : un défi pour l'Afrique
 - Vie et santé, revue du réseau de la recherche de la reproduction en Afrique Juillet 1991 n° 8 P. 10
17. DIOP N. :
- Adolescence et société ;
 - vie et santé, la fécondité des adolescentes, un défi pour l'Afrique. deuxième assises annuelles du réseau - juillet 1991 n° 8.
18. ERNY. P :
- Aspect épidémiologique : besoin de santé à l'adolescence.
 - Enfant en milieu tropical, la santé des adolescentes et jeunes. Centre International de l'Enfance Paris 1989 n° 180.
19. GRAMYON ET GHEVALLIER. G :
- Opérations césariennes abdominales
 - Editions techniques, encyclopédie Med Chir (Paris France) obstétrique 5102 A10 1ère ed 1972

20. GREATSAS. G ; MICHALAS. S ; ETERZAKIS ET KASKARELIS. D :
- La grossesse chez les filles de moins de 17 ans
 - Gynécologie. Publication périodique bimensuelle 1980 vol. 31 N° 14
21. I.C.A.F. : (International Center On Adolescent Fertily)
- Fécondité des adolescentes. Faisons le point
 - Un âge transitoire Automne 1990 vol. 10 n° 3
22. KAMINA. P :
- Généralité sur le bassin
 - Anatomie gynécologie et obstétrique 3° ed. 1979.
23. MAIGA. B, DIABATE.F.S, TRAORE. M, DOLO. A :
- Grossesses et accouchements chez l'adolescente (4 440 cas)
 - Deuxième congrès S.A.G.O. Conakry XII 1992.
24. M'BAKE. C :
- Quand la richesse devient un handicap
 - Pop Sahel. Drame d'une Maternité précoce, fécondité de l'adolescente, un défi pour l'Afrique Août 1990 n° 13

25. M'BEDE. J :

- Grossesses et adolescentes en Afrique ; aspects médicaux
- L'enfant en milieu tropical, la santé des adolescentes et des jeunes Centre International de l'Enfance 1989 n° 180

26. MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J :

- Accouchement normal
- Précis d'obstétrique 4° ed. Masson Paris New York Barcelone Milan 1977.

27. MERGER. R, LEVY. J, MELCHIOR. J :

- Le nouveau-né normal
- Précis d'obstétrique 4° ed. Masson Paris New York Barcelone Milan 1977.

28. Ministère de l'Education de Base-Direction Nat. de l'Enseignement Fondamental - Cellule Nationale de Scolarisation des Filles.

- Volet scolarisation des filles
- Réunion des 8, 9 et 12 décembre 1994

29. Ministère de la Justice - Coopération Française :

- Code de mariage chap. 5 Art. 11
- Recueil des codes et textes usuels de la République du Mali 1959 - 1992

30. O.M.S. : (Organisation Mondiale de la Santé)

- Définition
- Santé des Jeunes dans la région africaine AFR/MCH/88.2

31. O.M.S. : (Organisation Mondiale de la Santé)

Grossesse et avortement

- Santé des Jeunes dans la région africaine unité SMI/PF-AFRO, AFR/MCH/88.2

32. O.M.S. : (Organisation Mondiale de la Santé)

- Nombre de grossesse et naissance
- Les aspects sanitaires de la planification familiale rapport technique du groupe scientifique de l'O.M.S. Rapport technique 1970 n° 442.

33. O.M.S./FNUAP/F.I.S.E. :

- Les problèmes
- Les aspects médicaux sanitaires de la reproduction chez les adolescentes. Une stratégie pour l'action. Déclaration conjointe O.M.S./FNUAP/F.I.S.E. Genève 1989 P. 10

34. O.M.S. : (Organisation Mondiale de la Santé)

- Les problèmes de santé et le comportement des jeunes
- Santé des jeunes-document de base des discussions techniques de Mai 1989 O.M.S.

35. RYSTON, E, SUE. A :
- Mortalité maternelle
 - Prévention des décès maternels O.M.S. Genève 1990
36. THERESE. L :
- La fécondité des adolescentes : synthèse des résultats des enquêtes nationales
 - Vie et santé - revue du réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique, 2è Assises annuelles du réseau. Juillet 1991 n° 8.
37. VINATIER. D, MONNIER. J. C, MULLER. P, DELCOURS. M, GREYIN. G
- La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente à propos de 112 observations
 - Revue française de gynécologie et d'obstétrique 1984, 7-9. 7-9, 54.9.554.
38. VINATIER. D, PATEY, SAVATIER. P, MONNIER. J. C. :
- Généralités et accouchements chez l'adolescente
 - Encyclopédie Med chir (Paris France) obstétrique 5016 D¹⁰, 5 - 1987 - 5 P.
39. W. H. O./MCH/M.S.N. :
- Fistule vesico vaginale : Faisons le point
 - Programme de santé maternelle - Maternité sans risques O.M.S. - Division de la santé de la Famille.

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE L'ADOLESCENTE

Nom	Résidence
Prénom	Profession du Mari
Age	Suivi prénatale
Etat matrimonial	Nombre de consultation

II. ANTECEDANTS OBSTETRICAUX ET GYNECOLOGIQUES

- 1 - Gestité
- 2 - Intervalle intergénénesique
- 3 - Prématuré
- 4 - Ancienne césarienne
- 5 - Mort-né
- 6 - Enfants vivants
- 7 - Enfants décédés
- 8 - Ménarche

III. EXAMEN A L'ENTREE

DATE ET HEURE D'ENTREE

- Motif
- T.A.
- Taille

1 - INSPECTION

- Conjonctives
- Poids

2 - PALPATION

- Oedème
- Hauteur utérine
- Position du dos
 - * Gauche
 - * Droite
- Contractions utérines
 - * Durée
 - * Fréquence

3 - AUSCULTATION

- BDC
 - * PERCUS A DROITE
 - loin de la ligne médiane
 - près de la ligne médiane
 - A GAUCHE
 - loin de la ligne médiane
 - près de la ligne médiane
 - * FREQUENCE
 - * NON PERCUS

4 - TOUCHER VAGINAL

Etat du col

* DILATATION

Fermé

1 cm	6 cm
2 cm	7 cm
3 cm	8 cm
4 cm	9 cm
5 cm	10 cm

* LONGUEUR

- 3 cm
- 2 cm
- 1 cm
- 0 cm

* POSITION

- antérieure
- médian
- postérieure

* CONSCIENCE

- ferme
- intermédiaire
- molle

* ETAT DES MEMBRANES

- * Intactes
 - * non perçues
 - * Rupture
 - artificielle
 - spontanée
- haute
basse

de - heure

Liquide amniotique

- * clair
- * teinté - couleur
- * méconial

- Hauteur de la présentation

- mobile
- fixée
- enragée

- Eclampsie
- Bassin vicié
- Rupture utérine
- Dystocie dynamique
- Autres à préciser
- * FORCEPS

- INDICATIONS :

- * Expulsion longue
- * Souffrance foetale
- * Mort foetale in utéro

- Type d'expulsion

- O S
- O F

Autres à préciser

- TYPE D'EXPULSION

- O S
- O P

Autres à préciser

- NATURE DE PRESENTATION

a) Siège

- Complet
- décompleté

b) SIGA SIDA

SIGP SIDP

c) CEPHALIQUE

* Sommet Face Front

O I G A O I D A

O I G P O I D P

MIGA	MIDP
MIDA	MIGP

- Episiotomie
- Déchirure périnéale
 - simple
 - complète
 - compliquée

4 - ACCOUCHEMENT

- Maternité
- Domicile
- En cours de route

VI. DELIVRANCE

- Spontanée
- artificielle
 - Type d'intervention
- Globe de sécurité
 - oui
 - non
 - Hémorragie de la délivrance

oui

non

- Placenta
 - * Complet
 - * Incomplet
- thérapeutiques

VII. ENFANT

- Sexe
- Poids
- APGAR

- * 1ère minute
- * 5ème minute

Mort-né

Macéré

non macéré

- Taille
- Périmètre cranien

Malformation

- * Type

VIII. ETAT DE LA MERE APRES ACCOUCHEMENT

- | | |
|---------|-------|
| - Bon | T.A. |
| - Coma | Pouls |
| - Décès | |

10. Sexe :
 11. Cécité :
 12. Administrative si analyse de la naissance :
 13. Maladies congénitales :
 14. Maladies congénitives graves :
 15. Poids :
 16. Sexe :
 17. Date :
 18. LIEUX DE RISQUE

19. Lieu de santé de la femme depuis la dernière consultation prénatale :
 20. La dernière fois qu'elle a mangé et à qu

ACCOUCHEMENT :

à l'hôpital : maternité domicile
 eutocique dystocique
 durée de PDE 24 h avant l'accouchement infection
 dystocique déchirure agraphe
 opératoire suivi
 transféré cause de transfert
 autres maternités cause de décès
 observations

APGAR 1 mn 5mn	0	1	2
	absence	100 mm	100/mm
			Battements cardiaq.

21.

SUIVI PAR
NOUVEAU NE

Sexe non-réanimé-réanimé avec-sans succès mort né
 né vivant prématuré gr taille gr
 poids de naissance gr cm température
 périnatalité cm 10 minutes après bain
 respiration normal
 malformations :
 observations et thérapeutique

première terée après la naissance (moins d'une heure
 après l'accouchement cause de décès
 décès en cas d'accouchement gemellaire
 non-réanimé-réanimé avec-sans succès
 mortné
 Né vivant prématuré gr taille cm
 poids de naissance gr cm
 périnatalité température
 APGAR à la min. à 5 min. 10 mn après le bain
 malformations

Heure			
Température			
Poids			
TA			
Clobe de Sécurité			
Saignement conjonctives			
Thérapeutique			

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'hypocrate, je promets et je jure, au nom de l'ETRE SUPREME, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Je permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

NOM : DIALLO

PRENOM : Diakaria

TITRE DE LA THESE :

L'accouchement chez l'adolescente en milieu péri-urbain de Bamako (sur 150 observations)

ANNEE : 1994-1995

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

OBJET D'INTERET : Gynéco-obstétrique

RESUME

Du 1er janvier 1993 au 31 décembre 1993 nous avons suivi 1000 accouchements chez les adolescentes sur des critères de recrutement bien définis. Un groupe témoin a été choisi parmi les adolescentes qui ont accouché dans la même période.

Nous avons trouvé une fréquence d'accouchement chez les adolescentes de 11,96 %.

Le mariage précoce existe aussi en milieu péri-urbain 58 % de nos adolescentes sont mariées.

Un nombre important de parturientes n'ont pas fait de consultation prénatale 37,33 %, pour les adolescentes, 30 % pour les adultes.

- La présentation du fœtus est en général céphalique 94,66 %.
- La durée moyenne du travail en salle d'accouchement est 11h25'.
- L'épisiotomie est très souvent pratiquée 56 %.
- L'accouchement se fait le plus souvent par voie basse (98 %).
- Les adolescentes courent 2 fois plus de risque de donner naissance à des enfants dont le poids est inférieur à 2 500 grammes que les adultes.
- L'état de l'enfant à 1 minute et 5 minutes de la naissance est le plus souvent bon 76,66 % des enfants ont un Apgar supérieur ou égal à 7.
- Le taux de toxémie et/ou d'éclampsie a été estimé à 1,32 %.
- La mortinatalité a été de 5,99%.

MOTS CLES : Adolescente, accouchement - adulte, groupe témoin