MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But -Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'odontostomatologie

U.S.T.T-B

Année Universitaire 2025/2026

Thèse

ACCOUCHEMENTS CHEZ LES ADOLESCENTES PRIMIPARES SUIVIES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

Présentée et soutenue publiquement le 15 /1er /2026 Devant le jury de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par **Mme. Assanatou dite T. TRAORE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : M. Alassane TRAORÉ, Maitre de conférences.

Membres : M. Abdoulaye SISSOKO, Maître de conférences.

M. Saleck DOUMBIA Gynécologue- Obstétricien.

Mme. Maïmouna KANTE Pédiatre.

Directeur : M. Soumana O. TRAORÉ, Maître de conférences .

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à Allah le tout puissant l'omniscient, l'omnipotent, le miséricordieux qui m'a permis de mener ce travail à terme. Je lui rends grâce pour tous ses bienfaits.

A mon père Hassim Traoré

Celui dont la présence continue de guider mes pas, même dans le silence de son absence.

Papa, tu as été la première force de ma vie, l'exemple discret mais puissant qui m'a appris que la grandeur d'un homme se mesure à son cœur. Tu m'as montré que la persévérance n'est pas un mot, mais une manière d'avancer chaque jour, même lorsque le chemin semble trop lourd. Que Dieu te garde encore longtemps parmi nous.

A ma mère Hawa Sylla

Tu es la lumière douce mais puissante qui a bercé mes pas. Ton courage silencieux, ta patience et ton amour sans limites ont été un refuge et une source constante d'inspiration. Tu as porté mes peines, encouragé mes ambitions, prié pour mes réussites et calmé mes inquiétudes. Merci de m'avoir donné un cœur solide et un esprit déterminé.

A mon homonyme Assinatou Traoré

Vous qui n'avez pas été là au premier jour de ma vie, mais qui avez choisi par conviction et par amour, de marcher à mes côtés pour construire chaque étape de mon avenir. Vous avez investi vos moyens, mais aussi votre patience, votre temps et votre sagesse pour que je puisse atteindre ce chemin. Vous avez été la preuve vivante que la famille ne se limite pas aux liens de sang : elle se construit avec l'amour, le courage et la volonté de faire grandir l'autre. Merci infiniment.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

A mon cher et tendre mari Seydou Nourou SOGODOGO

Tu as été ma force dans les moments de doute, ma lumière dans les nuits de fatigue et mon refuge quand le chemin semblait trop long. Ta patience, ton encouragement et ton amour m'ont portée plus que tu ne le sais. Merci d'avoir cru en moi, même quand moi-même j'avais des doutes. Merci d'avoir marché à mes côtés, de m'avoir portée, encouragée et aimée.

A ma belle-famille (famille SOGODOGO)

Je tiens vous adresser mes sincères remerciements pour votre accueil, votre soutien constant et votre bienveillance. Vos encouragements, votre présence, et votre confiance ont été pour moi une force précieuse tout au long de ce parcours.

La faculté de médecine et d'odonto-smotalogie du Mali, plus qu'une faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie**.**

Nous ferons ta fierté partout**.**

Aux personnels du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako.

A nos chers maîtres

Dr Traoré Oumar M, Dr Doumbia Saleck, Dr Berthé Ba, Dr Sylla Niagalé, Dr Tall Saoudatou, Dr Diakité Nouhoum

Chers maîtres nous avons appris beaucoup de choses à vos côtés sur le plan académique et social ? Vous êtes d'une rigueur, d'un courage, d'un sens social si élevé peu communs ? Soyez rassurés de notre profond attachement

A mon équipe de garde :Dr Diarra Aboubacar Sidiki ,Dr Gakoye Affo ,Dr Salimata Coulibaly ,Diaby Abdoul Kadri, Berthé Kadidiatou, Ballo N'tjo , Coulibaly Jonathan, Dembélé Sinaly, Sow Dado, Mayer Kembou merci pour l'esprit d'équipe et la collaboration franche

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Alassane Traoré

- Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS
- Spécialiste en PMA (Procréation Médicalement Assistée)
- Chef de service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- Membre de la Société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Honorable maître,

Nous nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en président ce jury. Votre disponibilité, votre sens du devoir et votre engagement pour la formation scientifique témoignent de votre grande valeur académique. Permettez-nous de vous exprimer notre profonde gratitude pour le temps accordé et l'attention portée à cette soutenance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY
Professeur Abdoulaye Sissoko

- Maître de conférences de Gynécologie et Obstétrique à la FMOS
- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Chef de service de gynécologie et d'obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI
- Commandant des forces armées du Mali
- Membre de la SOMAGO
- Ancien secrétaire général adjoint de la SOMAGO

Cher Maitre,

Nous vous remercions très sincèrement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'évaluer ce travail. Vos remarques pertinentes et votre contribution scientifique ont enrichi cette recherche. Nous vous exprimons toute notre gratitude pour le temps et l'attention accordés.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Doumbia Saleck

- Gynécologue-Obstétricien
- Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune V
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS
- Détenteur d'un Master en colposcopie obtenu en Algérie
- Détenteur d'un DU (diplôme universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africain de Santé Publique de Ouagadougou

Cher Maitre,

Je vous adresse ma profonde reconnaissance pour l'accompagnement constant dont j'ai bénéficié tout le long de ce travail. Votre disponibilité, vos conseils et tout ce que vous nous avez transmis ont été déterminants dans la réalisation de cette thèse et dans ma formation. Nous remercions très sincèrement.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Mme Maimouna Kanté

- Pédiatre praticienne au centre de santé de référence de la commune V

Cher maître, nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'honneur de votre présence, la rigueur de vos analyses et la pertinence de vos observations ont grandement contribué à la qualité de ce travail.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Soumana Oumar Traore

- Professeur agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS
- Praticien Hospitalier au Centre de santé de référence de la commune V
- Certifié formateur de programme GESTA International (PGI) de la societé des obstétriciens et gynécologues du canada (SOGOC)
- Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009
- Leader d'opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako

Cher maître,

Permettez-moi de vous exprimer ma très haute reconnaissance pour l'honneur que nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre encadrement éclairé, votre rigueur scientifique et votre engagement constant ont été essentiels à l'aboutissement de cette thèse et ont profondément contribué à ma formation académique et professionnelle. Nous vous prions d'agréer l'expression de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

Liste des sigles et abréviations

AFOG	:	African Federation of Obstetrics and Gynecology
BGR	:	Bassin Généralement Rétréci
BIE	:	diamètre bi-épineux
BTS	:	Battements
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CPN	:	Consultation Pré Natale
CROM	:	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
DTMx	:	Diamètre Transverse Maximun
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odotostomalogie
FPN	:	Faible Poids à la Naissance
g	:	gramme
G1	:	groupe 1
G2	:	groupe 2
GEU	:	Grossesse Extra Utérine
HTA	:	HyperTension Artérielle
IC	:	Intervalle de Confiance
IMOC	:	Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale
IVG	:	Interruption Volontaire de la Grossesse
Km2	:	kilomètre carré
mm	:	millimètre
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	:	Oto-Rhino-Laryngologie
PRP	:	Promonto-Retro-Pubien
RDC	:	République du Démocratique du CONGO
RR	:	Risque Relatif

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I**:** Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique (Mécanique et Technique Obstétricale ; JP. Scala, D. Riethmuller, R. Maillet) [21]..... 12
Tableau II: Classification des bassins selon Thoms 13
Tableau III: Classification de Caldwell – Moloy [22]..... 14
Tableau IV: Répartition des patientes selon la tranche d'âge..... 31
Tableau IV: Répartition des patientes selon le statut matrimonial 32
Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation..... 32
Tableau VI: Répartition des patientes selon leur profession..... 33
Tableau VII: Répartition des patientes selon la profession du conjoint 33
Tableau X: Répartition des patientes selon l'antécédents personnels 34
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN..... 34
Tableau IX: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de la CPN..... 35
Tableau X: Répartition des patientes selon le mode d'admission 35
Tableau XI: Répartition des patientes selon le motif d'admission 36
Tableau XX: Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission..... 36
Tableau XXXI: Répartition des patientes selon les pathologies associées à la grossesse..... 37
Tableau XII: Répartition des patientes selon le type de présentation..... 37
Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'état du bassin à l'admission 38
Tableau XIV: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement..... 38
Tableau XXV : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne 39
Tableau XVII: Répartition des patientes selon les suites des couches..... 40
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les complications maternelles..... 40
Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'issue maternel..... 41
Tableau XV: Répartition des patientes selon le pronostic fœtal..... 41
Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon les paramètres suivants..... 42
Tableau XXXII: Répartition des patientes selon les complications fœtales..... 43

LISTE DES FIGURES

Figure 4 :Les différents diamètres du détroit supérieur [20].....11
Figure 5**:** Détroit inférieur vue inférieure du bassin (d'après FARABEUF). [20] 15
Figure 7: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako. 23

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION 1

2 OBJECTIFS 4

2.1 Objectif général 4

2.2 Objectifs spécifiques 4

3 GENERALITES 6

3.1 Définition du concept 6

3.2 Epidémiologie 6

3.3 Caractéristiques de l'adolescence 7

3.3.1 Modifications morphologiques 7

3.3.2 Modification des caractères sexuels secondaires [18] 8

3.3.3 Chez les deux sexes : les poils pubiens 8

3.4 Bassin obstétrical 9

3.5 Détroit Supérieur 9

3.6 Excavation ou détroit moyen : 14

3.7 Bassin mou 16

3.8 Consultation prénatale 17

3.9 L'accouchement 18

3.10 Complications obstétricales et périnatales 19

3.11 Stratégie de lutte des grossesses précoces et de la mortalité maternelle périnatale 21

4 METHODOLOGIE 23

4.1 Cadre d'étude et lieu d'étude 23

4.2 Type et période d'étude 26

4.3 Population d'étude 26

4.4 Collecte de données 28

4.5 Variables étudiées 28
4.6 Traitement et analyse des données 29
4.7 Considération éthique 29
6 RESULTATS 31
7 COMMENTAIRES ET DISCUSSION 45
CONCLUSION 54
RECOMMANDATIONS 55
REFERENCES 57
ANNEXES 62

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

L'adolescence (du latin ădŏlēscēns, -centĭa, « croissant, grandissant, se développant ») est une phase du développement humain physique et mental qui se produit pendant la période de la vie humaine s'étendant de la puberté jusqu'à l'âge adulte [1]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'adolescence comme la tranche d'âge de 10 à 19 ans inclus. Il s'agit d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'âge adulte [1].

En 2019, on estimait que 21 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans tombaient enceintes chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces grossesses étaient non désirées dans 50 % environ et donnaient lieu à quelques 12 millions de naissances [2,3].

Dans certaines études en Afrique subsaharienne, des fréquences plus élevées de grossesses chez les adolescentes ont été retrouvées. En 2018, au Burkina Faso, Kiemtoré et al ont rapporté 3,4% de grossesse chez les adolescentes [4]. Une prévalence de 12,3% de grossesse chez les adolescentes a été rapporté au Sénégal en 2021 [5].

Au Mali, la Septième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VII) rapporte que 28 % des femmes de 15–19 ans ont déjà été enceintes et 22 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante [6]. En 2022, une fréquence de 19,61% de grossesse chez les adolescentes a été trouvé au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako [7]. En 2021, Dembélé Z a trouvé une fréquence de 13,9% au CSRéf de la Commune V et une fréquence moyenne globale de 8,1% de grossesse chez les adolescentes a été rapporté par Sissoko et al en 2022 [8].

Chez la fille, l'adolescence est marquée par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction. Lorsque la survenue d'une grossesse est possible, l'adolescente est dans un état de déséquilibre psychologique et d'immaturité des organes, cela pose différents problèmes obstétricaux,psychologiques, et sociaux [9]**.**

Les adolescentes doivent faire face à des risques durant la grossesse et la naissance représentant 15 % de la charge mondiale de morbidité maternelles, et 13 % des toutes les morts maternelles [10]**.**

Le taux de morbidité et de mortalité est plus élevé chez les adolescentes comme en témoignent plusieurs études. Les adolescentes de 15 à 19 ans ont deux fois plus de risque de mourir durant un accouchement que les femmes de 20 à 29 ans. Chez les filles de moins de 15 ans, le risque est multiplié par cinq [11].

Malgré de multiples stratégies mis en place pour réduire les complications liées aux grossesses chez les adolescentes, ce phénomène continu d'être problématique au Mali.

Peu d'études y ont été consacrées au CSRef de la commune V. Ainsi, nous avons initié ce travail afin de faire l'état des lieux de l'accouchement chez les adolescentes suivie en prénatale admises au centre de santé de santé de référence de la commune v.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier l'accouchement chez les adolescentes primipares suivies au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes primipares suivies en prénatale,
- ✓ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des adolescentes primipares suivies en prénatal,
- ✓ Déterminer le pronostic maternel et le devenir immédiat des nouveaux nés des adolescentes primipares par rapport aux adultes
- ✓ Identifier les facteurs associés à un bon ou mauvais pronostic

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition du concept

L'OMS définit l'adolescence comme : "une période allant de 10 à 19 ans" [12].

L'adolescence s'individualise en deux périodes selon l'UNICEF :

– La première adolescence s'étend en gros de 10 à 14 ans. C'est à cet âge que les changements physiques commencent généralement, avec une poussée de croissance rapidement suivie du développement des organes génitaux puis des caractères sexuels secondaires [8].

– La seconde adolescence est plus tardive, elle va approximativement de 15 à 19 ans. En général, à cette période, les changements physiques majeurs sont intervenus, même si le corps continue de se développer. Le cerveau continue son développement et sa réorganisation, et la capacité d'analyse et de réflexion augmente fortement [8].

Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) au Mali [13].

3.2 Epidémiologie

- En 2019, on estimait que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 21 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans tombaient enceintes chaque année, et qu'environ 50 % de ces grossesses étaient non désirées et donnaient lieu à quelque 12 millions de naissances [2], [14].
- D'après les données pour 2019, 55 % des grossesses non désirées chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans se terminent par un avortement, qui, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, est souvent pratiqué dans des conditions dangereuses [2].
- En comparaison avec les femmes âgées de 20 à 24 ans, les mères adolescentes (âgées de 10 à 19 ans) ont un risque accru d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques. En outre, les nourrissons nés de mères adolescentes sont exposés à un risque accru de faible poids de naissance, de naissance prématurée et de graves affections néonatales.
- Il existe de plus en plus de données sur les accouchements chez les jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. En 2023, le taux de natalité chez les adolescentes âgées de 10 à 14 ans était estimé à 1,5 pour 1000 adolescentes environ à l'échelle mondiale, mais il était plus élevé en Afrique subsaharienne (4,4) ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (2,3) [15].
- La prévention de la grossesse chez les adolescentes ainsi que de la mortalité et de la morbidité liées à la grossesse est essentielle si l'on veut améliorer le bilan sanitaire tout au long de la vie, et

impérative si l'on veut concrétiser les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé maternelle et néonatale.

À l'échelle mondiale, le taux de natalité chez les adolescentes a diminué, passant de 64,5 naissances pour 1000 adolescentes (15-19 ans) en 2000 à 41,3 naissances en 2023. Toutefois, les variations sont inégales d'une région à l'autre, la baisse la plus forte ayant été enregistrée en Asie du Sud et la plus lente en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Même si toutes les régions ont connu une baisse, l'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine et les Caraïbes continuent d'afficher les taux les plus élevés au monde, avec respectivement 97,9 et 51,4 naissances pour 1000 adolescentes en 2023 [15].

Le taux de natalité chez les adolescentes affiche en outre des différences marquées au sein d'une même région. Dans la Région africaine de l'OMS, il s'élevait à 97 pour 1000 adolescentes en 2023, contre 13,1 dans la Région européenne [15]. On constate aussi des écarts considérables au sein même des pays. Par exemple, en 2018, en Zambie, le pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui avaient entamé une grossesse (c'est-à-dire qui avaient accouché ou qui étaient enceintes au moment de l'entretien) allait de 14,9 % à Lusaka à 42,5 % dans la province du Sud [16]. Aux Philippines, en 2017, il allait de 3,5 % dans la région administrative de la Cordillère à 17,9 % dans celle de Davao [17].

Si le taux estimé de natalité chez les adolescentes a diminué au niveau mondial, le nombre réel d'accouchements reste élevé. En 2021, l'Afrique subsaharienne affichait le nombre le plus élevé, avec 6 114 000 naissances chez les 15-19 ans, contre « seulement » 68 000 en Asie centrale. Cette même année, les chiffres pour les adolescentes âgées de 10 à 14 ans s'élevaient à 332 000 en Afrique subsaharienne et à 22 000 en Asie du Sud-Est [15].

3.3 Caractéristiques de l'adolescence

L'adolescence se caractérise essentiellement par la puberté, pendant laquelle le corps de la jeune fille se modifie et son caractère s'affirme. Au cours de la pubertése produisent des modifications physiques et morphologiques.

3.3.1 Modifications morphologiques

Les premières règles de puberté commencent à partir de 10 ans. Ainsi à la puberté, l'adolescente doit subir une succession de changements. Ces différents changements surviennent généralement entre 10- 15 ans.

- **La poitrine :** Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glandemammaire bombe un peu.
- **La pilosité :** Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent.Les aisselles aussi se couvrent de poils.
- **La silhouette :** Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par unepoussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.
- **Les règles :** L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Ellesapparaissent selon les cas entre 9- 15 ans.

3.3.2 Modification des caractères sexuels secondaires [18]

Les évolutions morphologiques de la puberté s'étendent sur plusieurs années.Bien que l'âge de leur survenue et leur durée dépendent beaucoup d'un individuà un autre, elles suivent toute selon un même schéma. L'échelle de Tannerpropose une classification de ces différents stades du développement pubertaire. **Chez les femmes : développement des seins**

- **Stade 1 :** Préadolescence. Pas de seins mais une élévation du mamelon est possible. L'aréole est petite et plate.
- **Stade 2 :** On observe l'apparition du bourgeon mammaire (petite boule sous le mamelon). Par ailleurs, le sein et le mamelon se soulèvent légèrement. Le diamètre de l'aréole augmente.
- **Stade 3 :** L'aréole du sein continue de s'élargir. Le volume du sein commence à augmenter mais son contour ne se dessine pas encore.
- **Stade 4 :** L'aréole et le mamelon se surélèvent encore, ce qui forme une protubérance secondaire sur le sein.
- **Stade 5 :** Les seins atteignent leur anatomie d'adulte. L'aréole du sein ne se surélève plus : elle se trouve dans le même plan que le sein.

3.3.3 Chez les deux sexes : les poils pubiens

- **Stade 1 :** Préadolescence. On observe une absence de pilosité pubienne maischez l'homme un fin duvet couvre la zone génitale.
- **Stade 2 :** Apparition de poils longs et légèrement pigmentés, droits ou bouclés,principalement à la base du pénis et sur le pourtour des grandes lèvres.

- **Stade 3 :** Les poils deviennent plus sombres, plus droits et bouclés. Chez la femme ils n'occupent pour l'instant qu'une petite partie du pubis.
- **Stade 4 :** Les poils sont désormais de type adulte : ils sont plus épais. Chez lafemme, la pilosité est plus dense.
- **Stade 5 :** La pilosité atteint le type adulte et s'étend sur la surface interne descuisses.

3.4 Bassin obstétrical

En rappel le bassin osseux ne termine définitivement sa configuration que vers la25 ère année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16 ans [19]**.**

C'est un ensemble rigide composé par la réunion de 4 os

- Le sacrum et le coccyx en situation médiane en arrière
- Les 2 os iliaques situés latéralement et en avant
- Devant le pubis
- Latéralement les ailerons

Le bassin osseux comporte 2 parties

- **Le grand bassin :** partie large, situé entre les ailes des os iliaques. Son Intérêtobstétrical est quasi insignifiant.
- **Le petit bassin :** cette partie est appelée excavation pelvienne. Son importance est fondamentale dans l'accouchement. On décrit à ce niveau 3 plans qui seront traversés par le fœtus lors de l'accouchement :

- L'orifice d'entrée ou détroit supérieur
- L'excavation proprement dite au niveau de laquelle il y a le détroit moyen
- L'orifice de sortie ou détroit inférieur

3.5 Détroit Supérieur

- **Situation**

Il correspond à l'orifice supérieur de la cavité pelvienne. C'est une ceintureosseuse qui sépare le grand bassin du petit bassin. Il est limité :

- En arrière par le promontoire
- Latéralement par les lignes innominées ou lignes arquées et
- En avant par le bord supérieur du pubis.

Le repère essentiel au niveau du détroit supérieur est le promontoire qui est lasaillie que fait l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire (L5).

- **Importance obstétricale du détroit supérieur**

Le détroit supérieur constitue le 1er obstacle que doit franchir le fœtus plus précisément la présentation (partie du fœtus qui se présente la première dans l'aire du détroit supérieur). Le franchissement du détroit supérieur s'appelle l'engagement.On dit qu'une présentation est engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur.

a) Forme

Le bassin féminin est de forme gynécoide généralement. Sa forme ressemble alors à un cœur de carte à jouer. Cette forme est la plus favorable au plan obstétrical. Au niveau du détroit supérieur, le promontoire constitue une saillie à direction antérieure et latérale. Il existe de part et d'autre une dépression : ce sontles sinus sacro-iliaques. C'est cette disposition qui fait que l'arc postérieur du bassin au niveau du plan du détroit supérieur n'est pas régulier tandis que l'arc antérieur est concave en arrière et régulier.

Au niveau du détroit supérieur on décrit les diamètres suivants (**confère schéma)**

: 1=Le diamètre antéro-postérieur ou diamètre utile ou promotor-retro-pubien(PRP) : ≥10,5 cm dans un bassin normal

2=Le diamètre traverse maximum ou (TM) : passe par le milieu du bassin etperpendiculaire au PRP. Le TM= 13 cm.

3= Diamètre maximal = 13,5 cm

et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 cm

; 5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9 cm ;

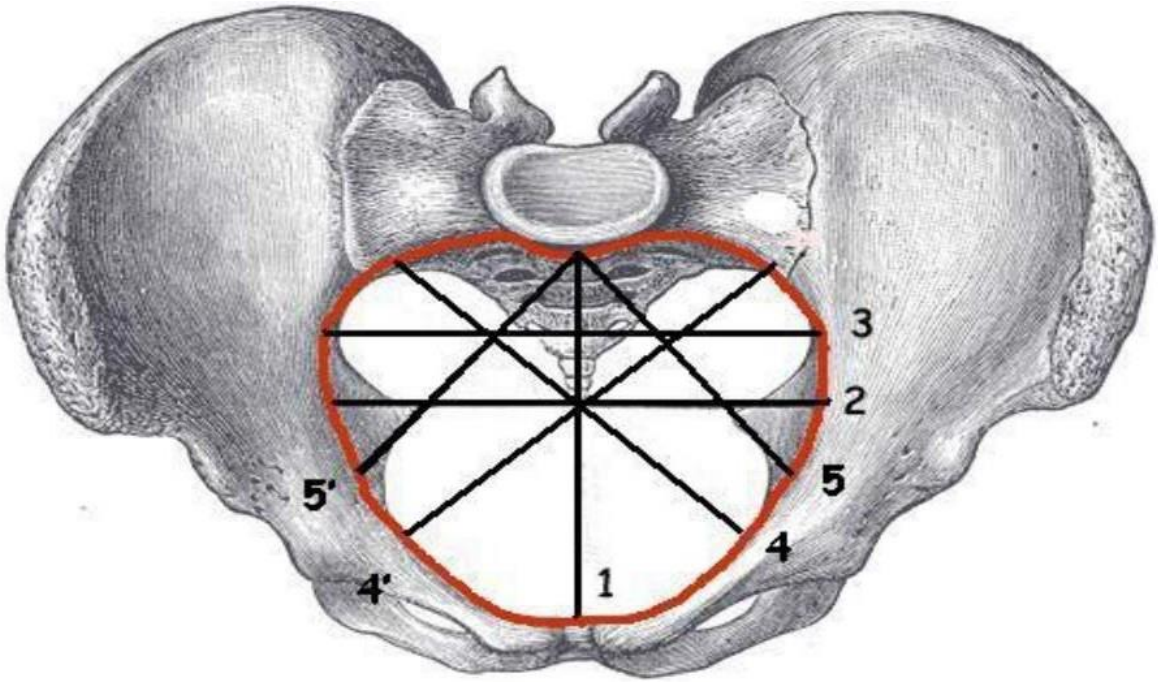
L'indice de MAGNIN : Il renseigne sur le pronostic de l'accouchement parl'appréciation de la perméabilité pelvienne.

Indice de MAGNIN= TM + PRP ≥ 23 cm

Le pronostic de l'accouchement est favorable s'il est ≥ 23 cm

Incertain, s'il est compris entre 21 – 22cm

Mauvais, s'il est < 21 cm



1= Promonto-Rétro-Pubien (PRP) = 10,5 à 11 cm; 2 = Transverse médian (TM) ou utile = 12 cm à 12,5 cm; 3 = Transverse maximal = 13,5 cm; 4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 cm; 5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9 cm;

Figure 1 :Les différents diamètres du détroit supérieur [20]

Il est possible de décrire d'autres morphotypes

- **Bassin platypelloïde ou plat :** TM est très important mais le PRP est réduit. Il est souvent rencontré dans les populations de morphotype asiatique. La petite dimension des axes obliques et l'effacement des arcs sacro-iliaques entrainent uneplus grande fréquence des engagements en transverse.
- **Bassin anthropoïde ou ovale :** PRP est plus grand que le TM ce type de diamètreest souvent rencontré en Afrique. Il est transversalement rétréci. La quasi absencedes arcs sacro-iliaques, l'allongement du promonto- Retro Pubien et la diminution du Transverse Médian entraine plus souvent un engagement selon unaxe antéro-postérieur.
- **Bassin androïde ou triangulaire :** forme triangulaire avec une concavité Exagérée dans sa partie postérieure et la partie antérieure est fortement rétrécie. C'est le bassin des hommes, sans intérêt obstétrical.

Il se caractérise par l'allongement du promotor-Retro-Pubien et une diminution du transverse

médian, mais l'arc antérieur étant fermé, l'engagement de la présentation est très difficile.

a) Classification du bassin obstétrical :

Il existe plusieurs classifications :

Tableau I**:** Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique (Mécanique et Technique Obstétricale ; JP. Scala, D. Riethmuller, R. Maillet) [21].

Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique (Mécanique et Technique Obstétricale ; JP. Schaal, D. Riethmuller, R. Maillet). Editeur : SAURAMPS Médical, 1998					
Bassins	PRP	**TM**	**Indice de Magnin**	**Bi-Sciatique**	**Bi-Ischiatique**
Normaux	≥ 105mm	≥ 115	≥ 220	≥95 mm	≥90 mm
Limites	<105mm > 85	<115mm > 95 mm	<220mm >200 mm	<95mm > 80 mm	<90mm > 80 mm
Chirurgicaux	< 85 mm	< 95 mm	<200mm	< 80 mm	< 80 mm

Tableau II: Classification des bassins selon Thoms

Classification des bassins selon Thoms (selon les dimensions du détroit supérieur) (Précis d'Obstétrique. Masson 1995)	
Les diamètres pris en compte : • au niveau du détroit supérieur : ▪ le diamètre antéropostérieur promontorétropubien (PRP) ; ▪ le diamètre transverse maximum (TMx) • elle ne prend pas en compte la forme du bassin.	
Bassin dolichopellique :	PRP > TMx
Bassin mésatipellique	• PRP = TMx • ou PRP < TMx de 1 cm
Bassin brachypellique	PRP < TMx de 1 à 3 cm
Bassin platypellique :	PRP < TMx de plus de 3 cm

Tableau III: Classification de Caldwell – Moloy [22]

Elle prend en compte la forme du bassinTechnique de mesure Division du détroit supérieur par une ligne qui passe par le plus granddiamètre transverse (TMx) Comparaison des deux parties ainsi divisés antérieure et postérieure dudétroit postérieur en comparant Le diamètre sagittal de la partie antérieure et celui de la partie postérieureL'aspect de la réunion de deux parties antérieure et postérieure de la ligneinnominée	
Bassin gynoïde	Diamètre sagittal postérieur légèrement inférieur au diamètre sagittal antérieur ; la réunion des deux partiesforme un cercle PRP=TMx ou PRP < TMx BIE (diamètre bi-épineux) > ou =10
Bassin androïde	Diamètre sagittal postérieur très inférieur au diamètresagittal antérieur ;la réunion des deux parties se fait àangle aigu
Bassin anthropoïde	PRP > TMx Il existe souvent une sixième vertèbre sacré
Bassin platypelloide	TMx > PRP

Ces quatre types de bassin représentent 50 % des cas, les autres bassins sont desformes mixtes.

3.6 Excavation ou détroit moyen :

C'est la partie du bassin où la présentation effectue sa descente et sa rotation.

- **Situation**

Elle est limitée :

- En avant par la face postérieure du pubis
- En arrière par le sacrum et le coccyx
- Latéralement par les bords inférieurs des formations musculaires et tendineuses Ischio-pubiennes, l'ischion, le bord inferieur de l'échancrure sciatique et le trou obturateur. Au niveau de

l'excavation, on note la présence d'une saillie correspondant aux épines sciatiques situées de part et d'autre par lesquelles passele plan du détroit moyen.

Forme du bassin

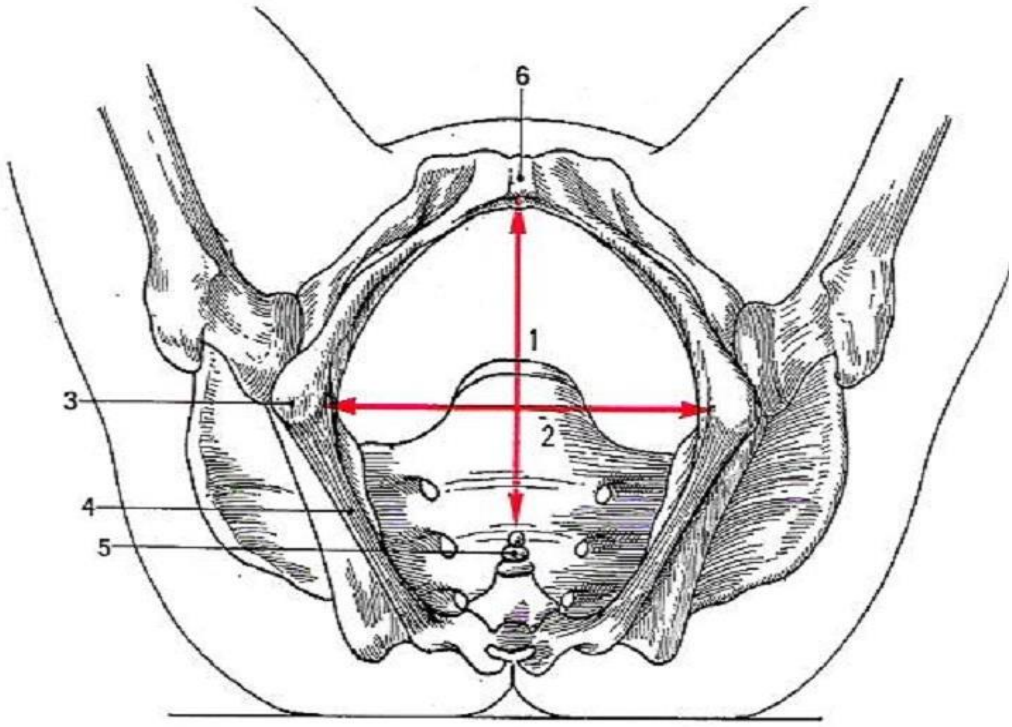
Vue de Face : L'excavation forme un canal à peu près régulier. A mi-chemin, les épines sciatiques constituent un rétrécissement léger : c'est le plan du détroitmoyen mesuré par la distance entre les deux plans iliaques (distances bi - épineux)donne une valeur de 10,8 cm.

Vue de Profil : L'excavation forme un canal courbe à concavité antérieure.

Importance Obstétricale du détroit moyen

Le fœtus évolue dans le canal pelvien en procédant à une descente mais aussi à une rotation axiale. Pour que ces mouvements et ces déplacements soient faciles,il est important que la concavité sacrée soit favorable, que les épines sciatiques nesoient pas trop Saillantes ce qui va arrêter la progression de la présentation

2.3.2 Détroit inférieur il a une forme losangique à grand axe antéro- postérieur.



1=diamètre pubo-coccygien ; 2=diamètre bi-ischiatique 3=tubérosité ischiatique 4=ligament sacro-tubéral ; 5=coccyx ; 6=symphyse pubienne.

Figure 2**:** Détroit inférieur vue inférieure du bassin (d'après FARABEUF). [20]

2.3.3. Situation

Il est limité :

- En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- En arrière par le coccyx.
- Latéralement par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord Inférieur des tubérosités ischiatiques, le bord inférieur des ligaments sacrosciatiques.

On lui décrit 3 diamètres principaux :

- **Diamètre sous-coccyx-sous pubien :** 9,5 cm mais souvent 11 cm voire 12 cmen cas de rétropulsion du coccyx.

Diamètre sous sacro-sous pubien : 11 cm

- **Diamètre transverse bi-ischiatique :** 11 cm, relie les faces internes des tubérosités ischiatiques.

- **Importance obstétricale du détroit inférieur**

Au niveau du détroit inférieur les éléments importants sont : le diamètre bi ischiatique, et l'ouverture de l'ogive pubienne (angle formé par les 2 os pubiens).

Au niveau du détroit inférieur on calcule :

- L'INDICE DE BORELL : qui permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin : Bi-ischiatique + sous-sacro-sous pubien + sous coccyx-sous pubiens INDICE de BORELL supérieur à 31cm, le pronostic est bon. Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.

3.7 Bassin mou

- **Composition**

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui soutenu les viscères du petit bassin à savoir : vessie, utérus, rectum. Il constitue un plancher représentant un obstacle que le fœtus doit franchir pour se dégager des voies génitales.

Il y a 2 plans :

- **Plan profond :** c'est celui des muscles releveurs de l'anus.
- **Plan superficiel :** c'est celui des muscles périnéaux plus précisément les muscles transverses superficiels et profonds du périnée.

- **Importance obstétricale du bassin mou**

Au cours de l'accouchement, la présentation dans un premier temps entre en contact avec les faisceaux internes des muscles releveurs de l'anus qui participent ainsi à la rotation en faisant correspondre le grand axe de la présentation à celui de l'axe antéro-postérieur de la fente des boutonnières, dans un 2ème temps au fur et à mesure que la présentation descend la boutonnière s'élargit grâce à un écartement sur les côtés des muscles du périnée mais aussi à leur étirement. Son importance obstétricale est moindre car il intervient peu dans le pronostic obstétrical.

3.8 Consultation prénatale

La grossesse est le développement d'un fœtus au sein de l'organisme maternel.

L'hormone chorionique gonadotrope ou hc g secrétée par les cellules du sanction- trophoblaste est présente dès le 8ème jour de la fécondation. Sa présence dans les urines à l'aide de bandelettes permet de poser le diagnostic de la grossesse. Sous l'influence des nouvelles conditions causées par le développement du fœtus, des modifications nouvelles et complexes surviennent dans l'organisme maternel.

Ces modifications sont physiologiques : elles favorisent le développement normal du fœtus, préparent l'organisme maternel à l'accouchement et à l'allaitement du nouveau-né [23]**.** Depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement, la durée de la grossesse est de 9 mois soit 37 à 42 semaines d'aménorrhées. Mais cette évolution peut être émaillée de divers évènements pouvant influencer sur le devenir de la grossesse, ce sont : les infections uro-génitales ; les infections parasitaires notamment le paludisme ; les vomissements gravidiques pouvant entraîner un état de dénutrition ; l'anémie.

Ces symptômes pris séparément ou associés constituent des accidents au cours del'évolution de la grossesse. Une prise en charge correcte est sans conséquences sur la mère et le fœtus.

Les soins prénatales , soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aidentà assurer des résultats sains pour la femme et les nouveaux – nés 2003 [24]**.**

Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les soins prénatales constituent l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle, en particulier là où l'état de santégénéral des femmes laisse à désirer [25]**.**

Les soins prénatals sont essentiels car ils permettent aux intervenants d'offrir aux femmes enceintes une prise en charge, un soutien et des informations, notamment de favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, y compris une bonne nutrition, de détecter et de prévenir des maladies, de donner des

conseils en mati-re de planification familiale et d'aider les femmes éventuellement victimes de violence de partenaire intime.

Suivant le nouveau modèle de l'OMS pour les soins prénatals, le nombre de consultations prénatales passe de quatre à huit. Ce nouveau model fait augmenter le nombre d'examens de la mère et du fœtus afin de détecter des problèmes, améliore la communication entre les prestataires de soins et les femmes connaissent une issue positive. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient prévues aux 20^{e} ,26^{e} ,30^{e} ,34^{e} ,36^{e} ,38^{e}, et 40^{e} semaines.

On trouve des conseils sur l'alimentation saine et la pratique d'exercice physique pendant la grossesse.

Une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique par voie orale est recommandée à raison de 30mg à 60mg de fer élémentaire et 400ug (0,4mg) d'acide folique pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie, la septicémie puerpérale et les naissances prématurées

La vaccination antitétanique est recommandée selon le statut vaccinal de la femme enceinte, afin d'éviter que le tétanos n'entraine le décès du nouveau-né

Une échographie avant la 24^{e} semaine de grossesse est recommandée afin d'estimer l'âge gestationnel de l'enfant, d'améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire le nombre d'accouchement provoqués en cas de grossesse prolongée et d'améliorer l'expérience des femmes

3.9 L'accouchement

Elle résulte de l'ensemble des phénomènes physio-dynamiques et hormonaux qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitalesmaternelles à partir du moment où la grossesse a atteint son terme théorique de 28SA (6 mois) ou poids fœtal supérieure ou égal à 1000 g. Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtalede en particulier, à celles du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

Il se décompose en trois phases :

- La première est la dilatation qui comprend l'effacement, la dilatation lenteJusqu'à 5- 6 cm

d'ouverture du col et la dilatation rapide jusqu'à 10 cm.

- La deuxième est l'expulsion du fœtus.
- La troisième est la délivrance qui correspond à l'expulsion du placenta et des membranes.

Au cours du travail d'accouchement apparaissent les contractions d'abord de façon intermittente, plus ou moins rapprochées et douloureuses. Ensuite, elles vont être de plus en plus longues, elles favorisent l'effacement et l'ouverture du col utérin et la sortie de fœtus.

D'autres fois l'accouchement se fait par césarienne (Voie haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et/ou de la mère. Les complications qui peuvent survenir au cours de l'accouchement sont :

- Les syndromes Vasco-rénaux : Toxémie gravidique, éclampsie, hématome retro-placentaire.
- Les dystocies dynamiques et mécaniques
- Les hémorragies, procidence du cordon etc.

L'accouchement qui se produit entre le début de 37ème SA et la fin de la 42ème SAest dit à terme. On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la finde la 28 et de la 37ème semaine d'aménorrhée. Au-delà de 42 semaines d'aménorrhée, on parle alors de post-terme. L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Il est provoqué, lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. Il est dit programmé lorsqu'il est provoqué sans indicationpathologiques. L'accouchement est naturel lorsqu' il se fait sous l'influence de la physiologie ; sinon est dirigé. Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulementphysiologique normal. Il dystocique dans le cas contraire. On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.

3.10 Complications obstétricales et périnatales

- **L'accouchement prématuré**

La prématurité est définie par un terme de naissance inférieur à 37 SA [26]**.** On distingue (définitions OMS) la prématurité moyenne, voire tardive (Naissance entre 32 et 36 SA + 6 j), la

grande prématurité (naissance entre 28 et 31 SA + 6 j)et la très grande prématurité (ou prématurité extrême) (naissance entre 22 SA et 27 SA + 6 j). La limite de viabilité est un terme ≥ 22 SA ou un poids ≥ 500 grammes.

On distingue également la prématurité spontanée et la prématurité induite (où consentie) résultant d'une décision médicale d'arrêter la grossesse avant son terme pour une pathologie maternelle ou fœtale. Sa prévalence est estimée à 7–8
% des naissances. La très grande majorité (80 à 85 %) naissent entre 32 et 36 SA. Les naissances avant 28 SA représentent environ 0,5 % des naissances [26] **.** La prématurité est la plus forte cause de morbidité avec 50 % des infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC) et de mortalité périnatales et 50 % des décès.

- **Les accouchements dystociques**

Un âge de moins de 18 ans est facteur de dystocie parmi d'autres [27]**.** L'accouchement dystocique (deys : difficulté et topos : accouchement) est un accouchement qui entraine des difficultés voire une impossibilité d'accouchementpar voie basse.

On distingue 2 sortes de dystocies :

- Les dystocies dynamiques : dysfonctionnement du moteur utérin et/ou des anomalies de la dilation utérine
- Les dystocies mécaniques : ces dernières sont réparties en anomalies du contenantavec les dystocies osseuses et les dystocies des tissus mous, les anomalies du mobile fœtal puis les anomalies des deux (disproportion fœto-pelvienne). On parle de disproportion fœtaux-pelvienne lorsque les diamètres du mobile fœtal sont supérieurs à ceux du bassin maternel.

Les syndromes Vasco-rénaux toxémie gravidique ou pré-éclampsie. Elle est caractérisée par la triade suivante : des œdèmes, une protéinurie, et une hypertension artérielle. Elle survient fréquemment chez une primipare sans antécédents vasco-rénaux et dans le dernier trimestre de la grossesse.

A n'importe quel moment dans l'état pré-éclamptique, une crise éclamptique peutse déclencher.

L'éclampsie est la phase suprême de la toxémie gravidique. Elle est consécutiveà la pré-éclampsie. Elle survient le plus souvent au cours du travail d'accouchement et plus rarement au cours de la

grossesse. Quelques fois, elle sedéclenche après l'accouchement. Sa fréquence est particulière élevée chez les primipares. Les dystocies qu'elles soient dynamiques ou osseuses ainsi que la crise éclamptique nécessitent souvent une césarienne pour sauver la mère et l'enfant.

- **La césarienne**

C'est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par voie hauteaprès ouverture de l'utérus gravide.

3.11 Stratégie de lutte des grossesses précoces et de la mortalité maternelle périnatale

Les interventions doivent avoir pour but de prévenir les grossesses précoces :

- Réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans ;
- Susciter la compréhension et l'appui à la réduction du nombre de grossesses avantl'âge de 20 ans ;
- Augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes qui risquent detomber enceintes sans le vouloir
- Prévenir les conséquences négatives en matière de santé reproductive ;
- Réduire le nombre d'avortements à risque chez les adolescentes ;
- Accroître l'utilisation de soins qualifiés durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre d'étude et lieu d'étude

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

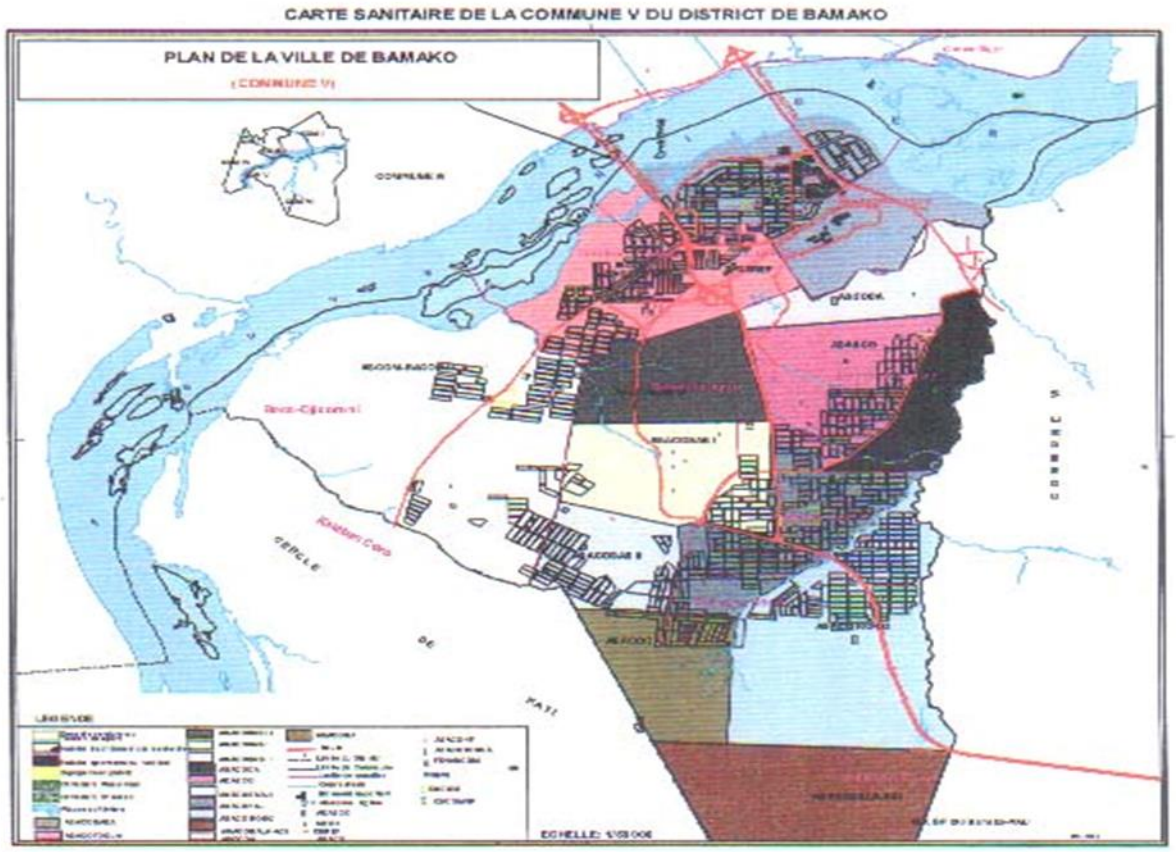
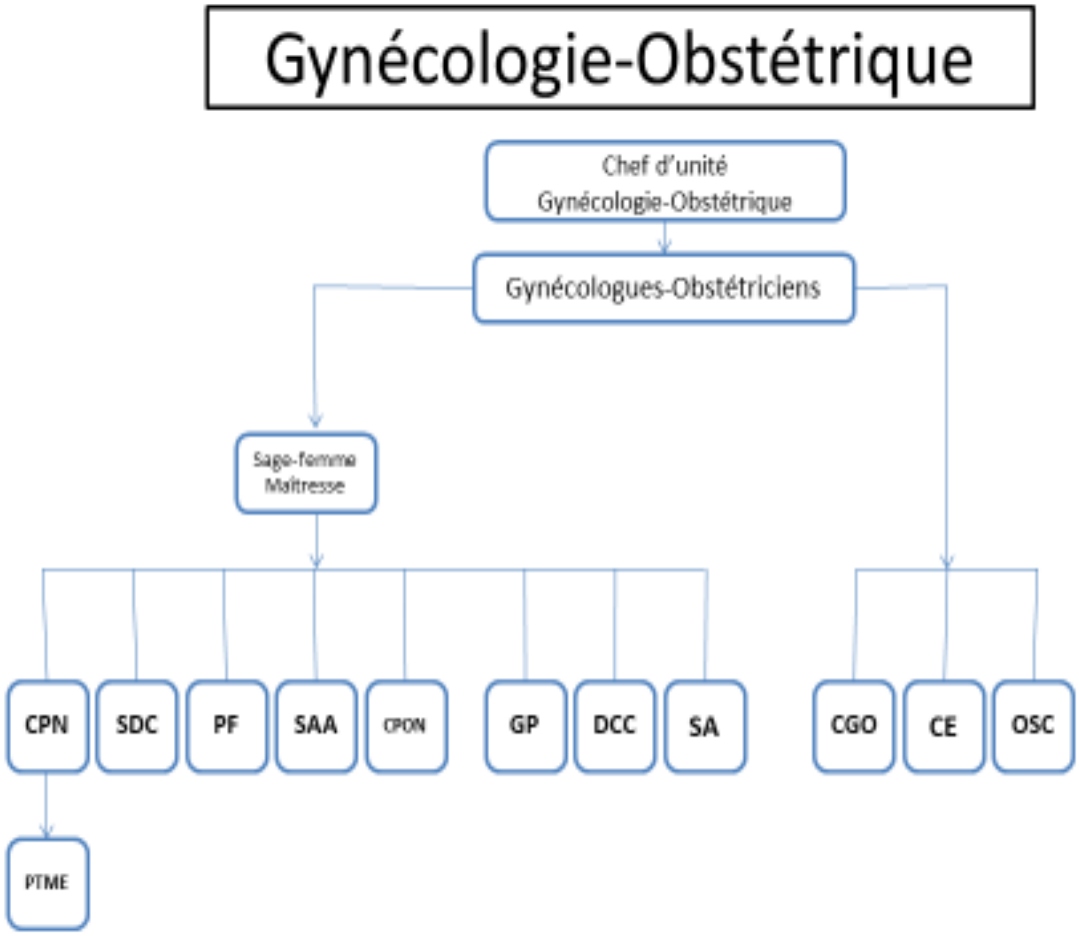


Figure 3: Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.

Organigramme du service de gyneco-obstetrique du CSREF CV



Le personnel

Il comporte **:**

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Quatre médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sage-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

a. Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein est fait tous les jours ouvrables est assuré par deux sage-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de l'unité ou par un médecin gynécologue obstétricien.
Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.
Une séance d'audit de décès maternel est tenue à chaque fois qu'il y a un dossier de décès maternel.
Une salle d'accouchement constitué de quatre (4) tables d'accouchement, deux (2) sources de robinet permanente, une salle de travail constitué de deux (2) lits.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude que Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes suivies de moins de 20 ans et une population témoin de primipares de 20 ans et plus suivies. Elle a été menée sur une période allant de Mars 2024 à décembre 2025 soit 21 mois avec une période de collecte de donnée allant de janvier à septembre 2025.

4.3 Population d'étude

Elle concernait toutes les adolescentes primipares qui ont accouché dans le district sanitaire de la commune v.

Population cible : toutes les adolescentes primipares suivies pour la grossesse et l'accouchement dans les centres de santé de référence

Population source : les adolescentes primipares ayant accouché au centre de santé de référence de la commune v durant la période d'étude

- **Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans cette étude pour les :
Cas : Toutes les adolescentes primipares de moins de 20 ans suivies en prénatal qui ont accouché dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence du commun v pendant la période d'étude.

Témoins : Toutes les femmes primipares âgées de 20 ans et plus suivies en prénatal qui ont accouché dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V pendant la même période.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude pour les :

Cas : Toutes les adolescentes primipares non suivies en prénatal ou qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

Témoins : Toutes les femmes âgées de 20 ans et plus primipares non suivies en prénatal ou qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

- **Echantillonnage :**

La taille de l'échantillon :

. La taille d'échantillon a été estimée selon la formule de Fliess pour les études cas-témoins, en tenant compte d'un ratio témoins/cas de 2:1.

Les paramètres utilises sont les suivants :

- Proportion d'exposition chez les témoins : p0 = 0,35
- Proportion d'exposition chez les cas : p1 = 0,20
- Risque alpha : alpha = 5% (Z = 1,96)
- Puissance statistique : 80 % (Z = 0,84)
- Ratio témoins/cas : c = 2

La formule appliquée est :

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \cdot \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

En remplaçant les valeurs :- p_= (0,35 + 2 x 0,20) / 3 = 0,25

- n(cas) environ 97,3
- n(témoins) = 2 x 97,3 soit environ 195

La taille minimale de notre échantillon est donc égale à **97**.

Par prudence, nous avons arrondi à 100 cas et 200 témoins.

4.4 Collecte de données

Le recueil de données sera fait sur une fiche d'enquête et a été complétée à partir des registres et les carnets de consultations prénatales (CPN)

4.5 Variables étudiées

Les variables suivantes étudiées

Variables	**Paramètres**	**Source**	**Echelle**
Quantitative	Age	Dossier obstétrical	Année
Qualitative	Statut matrimonial	Dossier obstétrical	Mariée-célibataire
Qualitative	Niveau d'instructions	La parturiente	Scolarisée-non scolarisée
Qualitative	Profession	Dossier obstétrical	Nominale
Qualitative	Lieu de résidence	Dossier obstétrical	Nominale
Quantitative	Nbre de CPN	Dossier obstétrical	Numérique
Quantitative	Age de la grossesse	Dossier obstétrical	Semaine d'aménorrhée
Quantitative	Durée du travail	Dossier obstétrical	Numérique
Qualitative	Mode d'accouchement	Dossier obstétrical	Nominale
Qualitative	Utilisation d'ocytocine	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	Episiotomie	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	Rupture prématurée des membranes	Dossier obstétricales	Nominale (oui/non)
Qualitative	Anémie	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	HTA	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	HRP	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	Prééclampsie/éclampsie	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Qualitative	Issue maternelle	Dossier obstétrical	Nominale (vivante/décédée)
Qualitative	Issue néonatale	Dossier obstétrical	Nominale(vivant/décédé)
Qualitative	Prématurité	Dossier obstétrical	Nominale (oui/non)
Quantitative	Score d'Apgar	Dossier obstétrical	Numérique
Quantitative	Poids de naissance	Dossier obstétrical	Grammes

4.6 Traitement et analyse des données

La fréquence, la moyenne ont été utilisées pour analyser les résultats avec le logiciel SPSS version 25. L'odds ratio (OR) a été calculé et présenté avec ses limites dans l'intervalle de confiance à 95% (IC à 95%) et le seuil de significativité a été fixé à $p<0,05$

Un odds ratio :

- ɯ < 1 signifie une diminution de la probabilité de succès pour la variable indépendante concernée. En d'autres termes il y aurait ɯ fois moins de chance ou risque de succès lorsque X augmente
- ɯ = 1 signifie l'absence d'effet
- ɯ > 1 signifie une augmentation de la probabilité de succès lorsque la variable indépendante concernée augmente. En d'autres termes il y aurait ɯ fois plus de chance ou risque de succès lorsque X augmente

Considération éthique

Nous avons obtenu une autorisation du Chef de service de la maternité du CSRef de la Commune V du District de BAMAKO. Le consentement verbal et éclairé a été obtenu de la part de toutes les patientes. L'analyse des données a été faite en respectant les principes de confidentialité.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 fréquences

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 100 cas d'accouchement chez les adolescentes et 200 cas d'accouchement chez les témoins (toutes suivies en prénatales) sur 6372 cas d'accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef de la commune V avec un nombre total d'accouchement chez les adolescentes de 664 cas soit une **fréquence de 10,4%**

5.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau IV: Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Cas	Témoins	P
< 16 ans	3	1	0,07
16 à 19 ans	97	12	0,001
20 à 34 ans	0	186	0,001
> 34 ans	0	1	1
Total	100	200	

Nous avons trouvé un âge moyen de 20,81 ans, un écart type de 3,28 et des extrêmes de 14 et 36 ans

Tableau V: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	**Cas (%)**	**Témoins (%)**	**P**
Célibataire	7(7)	7(3,5)	0,175
Mariée	93(93)	193(96,5)	0,175
Total	100	200	

Les adolescentes étaient célibataires dans 7**%** contre 3,5**%** chez les adultes.

Tableau VI: Répartition des patientes selon le niveau de scolarisation

Niveau de Scolarisation	**Cas**	**Témoins**	**P**
Ecole coranique	0	1	
Non scolarisée	12	14	0,146
Primaire	10	22	0,791
Secondaire	60	94	0,033
Supérieur	18	69	0,002
Total	100	200	

Les adolescentes étaient 1,2**%** non scolarisées contre 7**%** chez les témoins.

Le niveau secondaire était majoritaire

Tableau VII: Répartition des patientes selon leur profession

Profession de la patiente	**Cas (%)**	**Témoins (%)**	**P**
Ménagère	64(64)	127(62,5)	0,006
Elève/étudiante	27(27)	51(25,5)	0,861
Fonctionnaire	0	20(10)	0,003
Aide-ménagère	9(9)	2(1)	0,001
Total	100	200	

Les ménagères représentaient 64**%** chez les adolescentes contre 62,5**%** chez les témoins

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	**Cas (%)**	**Témoins (%)**	**P**
Ouvrier	54(54)	79(39,5)	0,004
Commerçant	26(26)	62(31)	0,209
Fonctionnaire	15(15)	57(28,5)	0,004
Elève /étudiant	5(5)	2(1)	0,003
Total	100	200	

Le conjoint des adolescentes était 54**%** des ouvriers contre 39,5**%** chez adultes

Tableau IX: Répartition des patientes selon l'antécédents personnels

Antécédents personnels	**Cas**	**Témoins**	**P**
Aucun	100	196	0,315
Asthme	0	1	
Hiv	0	1	
HTA	0	1	
Laparotomie pour Hernie ombilicale	0	1	
Total	100	200	

Nous n'avons trouvé pas trouvé d'antécédant personnel chez les adolescentes

Tableau X: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	**Cas (%)**	**Témoins (%)**	**P**	**OR**	**IC**
1 – 3	35(35)	42(21)	0,008	0,486	[0,28-0,83]
≥ 4	65(65)	158(79)	0,598	1,621	[0,26-9,92]
Total	100	200			

Les patientes ayant réalisés au moins 4 CPN représentaient 79**%** des adultes contre 65**%** des cas.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent de la CPN

Qualité de l'agent de la CPN	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Sage-femme	84(84)	141(70,5)	0,01	0,17	[0,04-0,77]
Médecin généraliste	12(12)	37(18,5)	0,08	1,83	[0,90-3,71]
Médecin spécialiste	4(4)	22(11)	0,01	5,66	[1,28-24,91]
Total	100	200			

Les adolescentes étaient suivies dans 84**%** par des sage-femmes contre 70,5**%** chez les adultes

5.5 données cliniques à l'admission

Tableau XII: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Venue d'elle-même	80(80)	160(80)	0,001	0,062	[0,03-0,11]
Evacuée	20(20)	40(20)	0,5	1	[0,54-1,82]
Total	100	200			

Les patientes étaient majoritairement venues d'elle-même dans les deux groupes.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Contractions utérines douloureuses	74(74)	150(75)	0,389	0,506	[0,10-2,44]
Perte des eaux	2(2)	8(4)	0,389	1,973	[0,40-9,52]
Prééclampsie	4(4)	6(3)	0,647	0,74	[0,20-2,70]
Manque d'effort expulsif	3(3)	8(4)	0,690	1,326	[0,33-5,10]
Toxémie gravidique	1(1)	0(0)	0,156		
Autre*	16(16)	28(14)	0,438	0,756	[0,19-0,67]
Total	100	200			

Les gestantes étaient venues majoritairement pour contractions utérines douloureuses dans 74**%** chez les adolescentes contre 75**%** chez les adultes

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail	Cas	Témoins	P	OR	IC
Période expulsive	8	19	0,198	1,74	[0,74-4,10]
Phase active	52	81	0,001	4,26	[2,68-6,77]
Phase de latence	40	100	0,002	2	[1,26-3,16]
Total	100	200			

La phase active était plus retrouvée chez les adolescentes que les adultes (OR=4,26)

Tableau XV: Répartition des patientes selon les pathologies associées à la grossesse

Pathologies associées	Cas N (%)	Témoins N (%)	P	OR	IC
Prééclampsie sévère	1 (1,0)	0	0,385		
RPM	0	1 (0,5)	0,999		
Anémie	5 (5)	5 (2,5)	0,255	2,05	[0,50-8,41]
Infection urogénitale	0	3 (1,5)	0,219		
HTA	0	1	0,999		

Nous avons trouvé que l'anémie est plus fréquente chez les adolescentes que chez les adultes (OR=2,05)

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le type de présentation

Type de présentation	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Céphalique	92(92)	196(98)	0,012	4,261	[1,25-14,51]
Siège	8(8)	4(2)	0,534	1,182	[0,69-2,01]
Total	100	200			

La présentation était céphalique majoritairement dans 92**%** chez les adolescentes contre 98**%** chez les adultes

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'état du bassin à l'admission

Etat du bassin	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Normal	91(91)	181(90,5)	0,875	0,928	[0,36-2,35]
Limite	7(7)	15(7,5)	0,875	1,077	[0,42-2,73]
Rétréci	1(1)	4(2)	0,526	2,011	[0,22-18,25]
Immature	1(1)	0(0)	0,160	0,055	[0,01-38,58]
Total	100	200			

Le bassin des gestantes étaient majoritairement normal dans 91**%** chez les adolescentes contre 90,5**%**chez les adultes

Accouchement

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Voie basse	78(78)	147(73,5)	0,396	0,782	[0,443-1,38]
Césarienne	22(22)	53(26,5)	0,396	1,278	[0,724-2,256]
Total	100	200			

L'accouchement par voie basse était majoritairement plus fréquent avec 78**%** chez les adolescentes contre 73,5**%** chez les adultes

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indication de la césarienne	Cas	Témoins	P	OR	IC
Asphyxie fœtale	7	18	0,947	0,96	[0,38-2,41]
Présentation de siège chez une primipare	5	3	0,076	3,45	[0,80-14,76]
Prééclampsie Sévère	2	5	0,786	0,79	[0,15-4,17]
BGR	2	3	0,748	1,34	[0,22-8,15]
Syndrome de pré rupture utérine	1	4	0,261	0,49	[0,05-4,48]
Grossesse gémellaire j1 en présentation de siège	3	1	0,037	6,15	[0,63-59,93]
HRP grade 2 de sher	0	3	0,109		
Défaut d'engagement	0	2	0,158		
Dépassement de terme	0	2	0,158		
Oligoamnios sévère	0	2	0,158		
Placenta prævia	2	0	0,022		
RPM	0	2	0,158		
Sommet mal fléchi	0	2	0,158		
Autres*	0	6	0,040		

Autres* : Échec de l'épreuve de travail par pathologie funiculaire, Grossesse induite sur bassin limite, Macrosomie fœtale, présentation de front, Primipare âgée, Utérus fraîchement cicatriciel

Pronostic

Tableau XX: Répartition des patientes selon les suites des couches

Suites des couches	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Simple	98(98)	1(100)	0,154	3,04	[2,586-3,576]
Complication	2(2)	1(0)	0,154	0,05	[0,001-32,74]
Total	100	200			

Complication : Anémie, crise d'éclampsie, décès maternel

Les suites de couches étaient simples dans 98**%** chez les adolescentes contre 100**%** chez les adultes

Tableau XXI: Répartition des patientes selon les complications maternelles

Complications maternelles	Cas N (%)	Témoins N (%)	P	OR	IC
Atonie utérine	0 (0,0)	1 (0,5)	0,47	-	[0,00-34,98]
Déchirures des parties molles	1 (1)	0(0,0)	0,15	-	-
Rétentions placentaires	0 (0,0)	1(0,5	0,47	-	[0,00-34,90]
HRP	0	3 (1,5)	0,177		
Aucun	99 (99)	195(97,5)	1	1,00	[0,07-28,20]

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'issue maternel

Issue maternelle	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Vivante	100(100)	199(99,5)	0,616	2,010	[0,12-32,47]
Décédée	0(0)	1(0,5)	0,616	0,497	[0,03-8,03]
Total	100	200			

Les gestantes sont majoritairement sorties vivantes aussi bien chez les adolescentes que les adultes. Nous déplorons un cas de décès chez les adultes.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le pronostic fœtal

Pronostic fœtal	Cas (%)	Témoins (%)	P	OR	IC
Nouveau-né vivant	100(100)	197(98,5)	0,258	0,06	[0,01-35]
Mort-né macéré	0(0)	2(1)	0,3166	10,15	[0,01-58]
Mort-né frais	0(0)	1(0,5)	0,4765	5,07	[0,01-33]
Total	100	200			

Les nouveaux nés étaient vivants dans 100**%** chez les adolescentes contre 98,5**%** chez les témoins

Tableau XXIV: Répartition des nouveau-nés selon les paramètres suivants

Paramètres	Cas (%)	Témoins (%)	p	OR	IC
APGAR à la naissance					
[4-7]	5(5)	12(6)	0,724	1,213	[0,41-3,54]
[8-10]	95(95)	188(94)	0,702	0,825	[0,28-2,40]
Poids à la naissance					
<2500g	17(17)	34(17)	0,940	1,025	[0,540-1,94]
[2500 -4000g]	83(83)	165(82,5)	0,985	1,00	[0,524-1,88]
> 4000g	0(0)	1(0,5)	0,478	0,503	[0,03-8,14]
Transféré à la néonatologie					
Oui	25(25)	54(27)	0,711	1,110	[0,64-1,92]
Non	75(75)	146(73)	0,711	0,901	[0,52-1,56]

Le score d'APGAR était compris entre 8 et 10 chez les nouveaux nés dans 95**%** des adolescentes contre 94**%** des adultes.

Le poids des nouveaux nés était compris entre 2500g et 4000g dans 83**%** chez les adolescentes contre 82, **%** chez les adultes

Les nouveaux nés n'ont majoritairement pas été transférés en néonatologie avec 75**%** chez les adolescentes contre 73**%** chez les témoins

Tableau XXV: Répartition des patientes selon les complications fœtales

Complications	**Cas**	**Témoins**	**P**	**OR**	**IC**
	N (%)	**N (%)**			
Asphyxie néonatale	7 (7,0)	17 (8,5)	0,651	0,81	[0,32-2,02]
Hypotrophie	5 (5,0)	12 (6,0)	0,724	0,82	[0,28-2,40]
Prématurité	11 (11,0)	15 (7,5)	0,311	1,52	[0,67-3,45]

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

La prévalence des accouchements chez les adolescentes observées dans notre étude était de 10,4%. Dembélé Z[8]. avait rapporté en 2021 au CSRéf de la Commune V une prévalence de 13,9 % et Diarra W[30] avait rapporté une fréquence de 26,64% au CSRef de la commune V en 2023. Biaye B[36]. a rapporté en 2025 au Sénégal une fréquence de 9,86% et Salifou Z L [37]et al avaient rapporté 14,43% au Niger. La baisse des fréquences observées dans notre étude pourrait s'expliquer par une amélioration progressive de la scolarisation des jeunes filles, un renforcement des activités de sensibilisation en santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'une meilleure accessibilité aux services de planification familiale. Les différences observées entre les études pourraient également être liées à des variations méthodologiques.

Malgré la fréquence relativement plus faible observée dans notre étude, celle-ci demeure comparable aux données rapportées dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, où les grossesses adolescentes constituent encore un problème majeur de santé publique.

Niveau d'instruction

Nous avons trouvé les patientes non scolarisées avec 12,0% pour les cas et 7,0% pour les témoins dans cette étude. Samaké et al [7] qui ont rapporté 39,67% d'adolescentes non scolarisées contre 30,67% chez les témoins (p=0,02) en 2022 au centre de santé de référence de la commune IV, Dembélé Z[8] avait rapporté en 2021 66,4% des adolescentes contre 48% des témoins , Salifou Z L et al avaient rapporté 69,5% au Niger .

Ces résultats confirment le rôle déterminant du faible niveau d'instruction dans la survenue des grossesses précoces.

Profession et statut matrimonial

La majorité des patientes étaient ménagère soit (64,0%) pour les cas et (63,5%) pour les témoins.

Cette prédominance des ménagères chez les adolescentes reflète le faible niveau de scolarisation et l'insertion professionnelle limitée observés dans cette tranche d'âge, en particulier dans notre contexte socio-économique.

Dembélé Z [8] avait trouvé dans son étude 56,4% d'adolescentes ménagères contre 42% pour les témoins et Salifou Z L[37] avait rapporté 88,1% de ménagère chez les adolescentes.

Ces similitudes suggèrent que la grossesse à l'adolescence fréquemment associée à l'arrêt précoce des études et à une dépendance économique accrue.

Nous avons trouvé les adolescentes célibataires dans 7,0% contre 3,5% chez témoins. Sissoko et al [29], avait rapporté 31,3 % des adolescentes célibataires contre 7,7% pour le groupe témoin et Salifou Z L[37] et al avaient rapporté 1,4% de célibataires chez les adolescentes

Ces résultats pourraient être dus au mariage précoce très rependu dans notre société.

2. Caractéristique clinique

Mode d'admission :

Les patientes étaient évacuées dans 20,0% dans les deux groupes dans notre étude. la valeur de P non significative (0,5) et OR=1 indique aucune différence entre les adultes et les témoins pour ce mode d'admission. Diarra W[30] avait trouvé 28% chez les adolescentes ,Dembélé N O [38] avait trouvé 26,5% .Ces résultats pourraient expliquer par une meilleure accessibilité aux structures de soins dans notre zone d'étude ou par une amélioration de la référence obstétricale au cours des dernières années.

Motif d'admission

Nous avons trouvé les contractions utérines douloureuses comme principal motif avec 74,0% pour les cas et 75,0%. Dembélé N O [38] a trouvé les contractions utérines douloureuses dominant soit 86,8% chez les cas contre 91% chez les témoins, Diarra W avait trouvé 71,8% chez les adolescentes. Ces résultats suggèrent que le début du travail obstétrical se manifeste de manière comparable quelques soit l'âge maternelle.

Antécédents gynéco-obstétriques :

Nous avons trouvé des adolescentes primigeste dans 99,0% contre 87,5% de témoins. Diarra W [30] avait trouvé les adolescentes primigestes à 72,28% , Dembélé N O avait trouvé 78,5%

Dans notre étude, l'antécédant d'avortement était de 1,0% chez les adolescentes contre 10,0% de témoins.

Diarra W [30] avait trouvé 6,93 % des adolescentes avec des antécédents d'avortements, Dembélé N O [38] avait trouvé 4,9% d'antécédent d'avortements chez les adolescentes .

Cette observation pourrait s'expliquer par une durée de vie reproductive plus longue chez les témoins, augmentant l'exposition aux grossesses antérieures et, par conséquent au risque d'avortement

Dans notre étude, aucune adolescente n'utilisait la contraception contre (3,5%) pour les témoins. Dembélé N O[38] a trouvé 28,8% d'adolescentes qui avaient utilisé une méthode contraceptive

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'incompréhension des avantages de la contraception par les adolescentes. Des nombreuses études ont montré la faible utilisation des contraceptions chez les adolescentes et elle est considérée comme un de facteur déterminant de la survenue de la grossesse.

Consultation prénatale

Les patientes ayant réalisés au moins 4 consultations prénatales représentaient 35% des adolescentes contre 21% des adultes avec une valeur de P=0,008 (OR=0,486) indiquant une différence statiquement significative. Cette observation suggère que le suivi prénatal insuffisant pourrait être associé à une augmentation du risque de complication ou d'issues défavorables chez les patientes. En revanche,65% des adolescentes et 79% des adultes ont réalisé 4 consultations prénatales ou plus (OR=1,621). Ces résultats corroborent les recommandations de l'OMS qui préconisent au moins 4 consultations prénatales pour assurer un suivi adéquat de la grossesse. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative (P=0,598) avec un IC large (0,26-9,92) traduisant une incertitude importante, probablement liée à la taille de l'échantillon ou à des facteurs confondants non contrôlés.

Koné K. [32] avait rapporté les parturientes ayant réalisés plus de 4 CPN représentaient 59,5% des cas contre 70,3% des témoins .Salifou ZL . [37] la grossesse n'était pas bien suivie dans 57,7% chez les adolescentes.

Ces résultats peuvent s'expliquer d'une part par les moyens économiques car la majorité des conjoints des patientes étaient des ouvriers et d'autre part par la méconnaissance de l'avantage de la consultation prénatale correcte par les adolescentes.

Qualification de l'agent de consultation prénatale :

Les sage-femmes ont suivi 84% des adolescentes contre 70,5% des témoins (OR=0,17) et p=0,01 indiquent que les adolescentes sont beaucoup plus susceptibles d'être suivies par des sages femmes que par d'autres professionnels.

Les médecins spécialistes ont suivi 9% des adultes contre seulement 2% des adolescentes (OR=5,66) et P=0,01(significative) suggère que les adultes sont nettement plus susceptibles d'être suivies par des spécialistes.

Le recours majoritairement aux sage-femmes chez les adolescentes peut refléter une accessibilité accrue, une approche plus communautaire pour un suivi moins médicalisé.

Etat du bassin :

Le bassin était normal dans 91,0% et 90,5% respectivement chez les adolescentes et les témoins. Le bassin généralement rétréci a été retrouvé chez 1,0% des adolescentes contre 2,0% des témoins. Cela signifie que l'état du bassin à l'admission n'est pas un facteur discriminant entre les adolescentes et les adultes dans notre étude.

Drabo A [33] avait rapporté un taux de BGR de 4,3% chez les adolescentes et 3,7% chez les témoins. Koné K. [32]avait rapporté 13,5% de bassin généralement rétréci chez les adolescentes contre 2,3% chez les adultes.

Ceci peut être dû aux faits que les adolescentes ne sont pas au même stade de maturation osseuse.

Présentation du fœtus

La présentation céphalique était la plus fréquente des présentations fœtales chez les cas et chez les témoins avec respectivement (92%) et (98,0%). Koné K. [32] avait trouvé la présentation céphalique dans la majorité soit 93,5% chez les cas et 92,3% chez les témoins. Dans l'étude de Drabo A [33], la présentation céphalique représentait 98,5% pour cas et 98,3% pour les témoins (p=0,870 ; OR=1,08). Cela peut s'expliquer par le respect de la loi d'accommodation chez la majorité de nos gestantes.

Accouchement

Nous avons eu recours à la césarienne avec (22,0%) chez les cas contre (26,5%) chez les témoins, les adolescentes présentent 1,278 fois plus élevée d'accoucher par césarienne comparativement aux adultes OR=1,278 IC [0,724-2,256] .Toutefois l'intervalle de confiance est large et la p-value est non significative. Il n'existe donc pas d'association stastiquement significative entre l'adolescence et la survenue d'une césarienne.

Drabo A [33]n'a pas trouvé de différence statistiquement significative de la césarienne chez les adolescentes par rapport aux adultes (p=0,069 ; OR=1,46). Koné K avait rapporté que les adolescentes avaient 1,69 fois plus de risque d'être césarisées par rapport aux témoins.

Ces résultats suggèrent que le recours à la césarienne dépend davantage des indications obstétricales que de l'âge maternel isolé.

3. Pronostic

Morbidité maternelle

Dans notre étude, les suites de l'accouchement étaient simples chez les adolescentes dans 98,0% et 100% chez les témoins.

L'OR (OR=0,154) suggère une probabilité plus faible de suites de couches normales chez les adolescentes mais l'intervalle de confiance (IC=0,001-2,374) est large ce qui infirme toute association significative.

Koné K. [32] avait trouvé une suite simple chez les adolescentes dans 95,9% et 99% chez les témoins. Coulibaly A [40]avait rapporté des suites de couches simples chez 97,0% des adolescentes contre 92,9% chez les adultes avec une différence significative (p=0,921 ; OR=0,671)

Ainsi bien que nos données suggèrent une évolution postpartum globalement favorable chez les adolescentes, elles ne permettent pas de conclure à une différence significative par rapport aux adultes .Des études complémentaires, avec des effectifs plus importants et une stratification des facteurs de risque, seraient nécessaires pour affiner cette analyse.

Mortalité maternelle

Nous avons enregistré un cas de décès maternel chez les adultes. Cette différence bien que marquée sur le plan descriptif n'est pas statistiquement significative(p=0,616 ;OR=0,497 ; IC[0,03-8,3]

Dans l'étude de Koné K. [32] aucun cas de décès maternel n'a été enregistré aussi bien chez les adolescentes que parmi les témoins. Coulibaly A [40] avait trouvé 2 décès maternels parmi les adolescentes primipares.

Cette variabilité souligne l'importance du contexte de prise en charge obstétricale et non de l'âge maternel seul dans la survenue de la mortalité maternelle.

Pronostic fœtal

Nous avons trouvé un score d'APGAR compris entre 8 et 10 dans 95% des adolescentes contre 94% des témoins à 1ère minutes. La proportion de scores d'APGAR bas (4-7) était faible dans les deux groupes 5% chez les adolescentes contre 6% chez les témoins.

L'analyse statistique ne montre aucune différence significative entre les deux groupes(p>0,05) les OR (1,213 et 0 ,825) et les IC larges indiquent que l'âge maternel n'a pas influencé de façon significative l'état néonatal immédiat évalué par le score d'Apgar

Koné K [32] avait trouvé un score d'Apgar entre (4-7) chez 5% des adolescentes contre 1,3% des témoins à 1ère minutes. Dans l'étude de Drabo A [33], le score d'APGAR à la première était compris entre 4 et 7 chez 5% des cas contre 3,7% des témoins.

Ces résultats suggèrent que l'âge maternel n'influence pas de manière significative l'état néonatal immédiat lorsque la prise en charge obstétricale est adéquate.

Le transfert en néonatologie concernait 25% des nouveaux nés des adolescentes contre 27% chez les adultes sans différence statistiquement significative (p=0,711 ; OR=1,110)

Samaké et al[7] avaient rapporté 22,3% de nouveaux nés issus de mères adolescentes ont été référés à la néonatalogie contre 12,67% de ceux des adultes avec une différence statistiquement significative.

Ces divergences pourraient être liées aux différences de contexte sanitaire, de méthodologie, de taille de l'échantillon et de qualité de la prise en charge obstétricale et néonatale.

Concernant le poids de naissance, la proportion de faible poids de naissance (inférieur à 2500) était identique chez les adolescentes et les adultes (17% dans les deux groupes) sans différence significative

Koné K [32] avait trouvé 10,5% faible poids de naissance chez les adolescentes contre 11,3% chez les adultes sans différence statistiquement significative .

L'absence de différence dans notre étude pourrait être expliquée par un suivi prénatal relativement satisfaisant et une référence précoce des grossesses à risque.

Décès périnatal

Tous les nouveau-nés des adolescentes étaient vivants contre un taux de décès périnatal de 1,5% chez les témoins.

Chez Dicko A [31] les décès périnataux étaient de 5,67% chez les adolescentes et 6,33% chez les témoins. Drabo A [33] a enregistré 6 décès périnatals dont (3 pour les cas, 3 pour les témoins).

Notre résultat démontre des efforts au niveau de la santé sexuelle et de reproduction chez les adolescents afin de réduire la morbidité et la mortalité des grossesses précoces.

Facteurs de risque

Asphyxie néonatale : elle a été observée chez 7% des nouveaux nés issus des adolescentes contre 8,5% chez les adultes. Cette différence n'était pas statiquement significative (P=O,651). OR=0,81 suggère une légère diminution chez les adolescentes, sans signification statistique.

Hypotrophie : concernait 5% des nouveaux nés des adolescentes contre 6% chez les adultes sans différence significative(p=0,724). OR=0,82 confirme l'absence d'association significative entre l'âge maternel et l'hypotrophie.

Prématurité : était plus fréquente chez les adolescentes (11%) que chez les adultes (7,5%) toutefois, cette différence n'était pas statistiquement significative(p=0,311). OR=1,52 suggère une tendance à un risque plus élevé chez les adolescentes, sans preuve statistique formelle.

Prééclampsie sévère : un cas a été observé chez les adolescentes (1%) contre aucun chez les adultes sans différence statistiquement significative.

Hématome rétro placentaire : aucun cas n'a été observé chez les adolescentes contre 1,5% chez les adultes sans différence statistiquement significative.

Anémie : elle était retrouvée chez 5% des adolescentes contre 2,5% des adultes. Cette différence n'était pas significative(p=0,218). OR nul avec un IC large reflète la rareté des cas.

Rupture prématurée des membranes : aucun cas de RPM n'a été observé chez les adolescentes contre 0,5% chez les adultes sans différence statistiquement significative.

Dans l'ensemble, aucun facteur des risque étudiés n'était significativement associé à l'adolescence. Bien que certains (prématurité, anémie) apparaissent plus fréquentes chez les adolescentes, ces différences n'ont pas atteint le seuil de significativité statistique.

Biaye B[36] n'avait pas trouvé une association statistiquement significative entre l'adolescence et la souffrance fœtale aigue(p=0,56) et prématurité(p=0,6)

Dans l'ensemble, nos résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux montrant que dans un contexte de prise en charge obstétricale adéquate, l'adolescence n'est pas systématiquement associée à un pronostic materno-néonatal défavorable.

Limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites méthodologiques.

-le caractère rétrospectif de l'étude expose à des biais d'information liés à l'utilisation des dossiers médicaux. Certaines données importantes, telles que le nombre réel de consultations prénatales, l'âge gestationnel exact ou certaines complications obstétricales, n'étaient pas toujours complètement renseignées, ce qui pourrait influencer les associations observées.

- l'étude étant réalisée dans un centre de santé de référence, elle concerne principalement des cas référés, souvent compliqués. Cela peut expliquer la fréquence élevée de certaines complications obstétricales et limite la généralisation des résultats à l'ensemble des adolescentes primipares de la population générale.

- bien que certaines complications aient montré une association statistiquement significative avec l'adolescence, d'autres n'ont pas atteint le seuil de significativité. Cela pourrait être lié à la taille de l'échantillon, insuffisante pour mettre en évidence des différences pour des événements rares.

-certains facteurs de confusion potentiels, notamment le niveau socio-économique, l'état nutritionnel, l'environnement familial et la qualité réelle du suivi prénatal, n'ont pas pu être pris en compte dans l'analyse, ce qui pourrait influencer les résultats observés.

Enfin, cette étude s'est limitée aux complications maternelles et néonatales immédiates. Les conséquences à moyen et long terme chez la mère et le nouveau-né n'ont pas été évaluées, constituant ainsi une limite supplémentaire. Malgré ces limites, cette étude apporte des informations utiles sur les risques obstétricaux chez les adolescentes primipares et souligne l'importance d'un suivi prénatal renforcé dans cette population

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Notre étude montre que l'adolescence à elle seule ne constitue pas un facteur de risque accru de complications obstétricales ou néonatales lorsque la grossesse est correctement suivie. Les adolescentes primipares ayant bénéficié de consultations prénatales régulières et conformes aux recommandations ont présenté un déroulement de la grossesse et de l'accouchement comparable à celui des femmes adultes.

Les complications observées étaient surtout liées à l'insuffisance du suivi prénatal plutôt qu'au jeune âge maternel. Ainsi, la consultation prénatale apparait comme un élément clé de la prévention des complications et de l'amélioration du pronostic materno-fœtal.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer l'accès et la qualité des consultations prénatales chez les adolescentes enceintes, ainsi que la sensibilisation et l'accompagnement de ce groupe vulnérable. Une grossesse adolescente bien suivie peut donc évoluer favorablement sans risque accru de complications.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires

- ✓ Renforcer la promotion des services de santé de reproduction des adolescentes.
- ✓ Renforcer et appliquer les lois qui interdissent le mariage d'enfants et protègent les adolescentes contre les violences sexuelles
- ✓ Mise en place d'une politique nationale d'éducation sexuelle complète obligatoire et adaptée à l'âge dans les écoles, avec modules sur la contraception.
- ✓ Renforcer le plateau technique des structures de référence afin d'assurer une prise en charge plus optimale des complications liées aux accouchements chez les adolescentes (crise d'éclampsie, prématurité, anémie…)

Aux agents socio-sanitaires

- Former et sensibiliser le personnel à la prise en charge spécifique des adolescentes enceintes, incluant communication bienveillante, confidentialité et accompagnement psychologique
- Orienter systématiquement les adolescentes vers un centre disposant de capacités d'interventions obstétricales
- Renforcer la prise en charge post-natale incluant : contraception, sensibilisation pour la reprise de la scolarité ou d'une formation

Aux adolescentes

- ✓ Utiliser les services de santé sexuelle et reproductive
- ✓ Suivre régulièrement les consultations prénatales

REFERENCES

REFERENCES

[1] « Organisation mondiale de la santé. Journée mondiale de la santé: Maternité sans risques : Retarder les naissances. Genève : Avril 1998 :1-3 ».

[2] « Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020. ».

[3] « Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016 ».

[4] « Kiemtore S, Toure B, Ouattara A, Sawadogo YA, Zamane H, Ouedraogo I, et al. Grossesse chez les adolescentes : fréquence et pronostic dans cinq formations sanitaires de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. 2018;19(2):41-5. ».

[5] « Koita APK, Gueye SMK, William V, Barry A, Ndoye A. Prise en charge de la grossesse chez l'adolescente : à propos de 166 cas suivis dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. 2021;22(1):24-30. ».

[6] « Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2024. Septième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2023–24. Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF. ».

[7] « Samaké S, Diarra L, Traoré S, Keita M, Haidara M, M D, et al. Accouchement chez les Adolescentes au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de District de Bamako: Accouchement chez les adolescentes à Bamako. Health Sci Dis. 28 avr 2022;23(5):11-4. ».

[8] « Dembélé Z. Accouchement chez les adolescentes primipares au Centre de Santé de Reference de la commune v du district de Bamako [Thesis]. USTTB; 2021; N°308, 124p »;.

[9] « Organisation mondiale de la santé. Journée mondiale de la santé : Maternité sans risques : Retarder les naissances. Genève : Avril 1998 :1-3. ».

[10] « Organisation mondiale de la Santé. Journée mondiale de la santé: Maternité sans risques : Mortalités maternelles. Genève: 1998 : 1-61 ».

[11] « Reynold H., Wright K., Olukoya A., Neelofur-kan D. Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série ; 2004, No 11, p 1-4. ».

[12] « World Health Organization. Santé des adolescents [Internet]. [cité 4 sept 2025]. Organisation mondiale de la Santé; 2024 : 88 pages. ».

[13] « Merger R, Levy J, Melchior M. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008. ».

[14] « Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016. ».

[15] « United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022 - Special Aggregates, Online Edition; 2022. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/ (en anglais). ».

[16] « Zambia Statistics Agency, Ministry of Health (MOH) Zambia, and ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka, Zambia, and Rockville, Maryland, USA: Zambia Statistics Agency, Ministry; 2018. ».

[17] « Philippine Statistics Authority (PSA) and ICF. Philippines National Demographic and Health Survey 2017. Quezon City, Philippines, and Rockville, Maryland, USA: PSA and CF; 2018. ».

[18] « Piekarski DJ, Johnson CM, Boivin JR et al. La puberté marque-t-elle une transition dans les périodes sensibles de plasticité dans le néocortex associatif ? Brain Res 2017 ; 1654 (Pt B) : 123-144. ».

[19] « Ruf H et al. Dystocie osseuse. Encycl Med Chir– Obstétrique. 1987; 50-50A16. ».

[20] « Détroit inférieur vue inférieure du bassin (d'après FARABEUF). (Source :uni.ency-education)µ », Bing. Consulté le: 25 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.bing.com/images/search?q=Détroit+inférieur+vue+inférieure+du+bassin+(d%27après+FARABEUF).+(Source+%3auni.ency-education)µ&FORM=HDRSC3

[21] « Classification des bassins féminins en Obstétrique ». Consulté le: 25 novembre 2025. [En ligne]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/pelvimetrie/classification_bassin_feminin.html

[22] « Caldwell WE Moloy HC, Am J Obstet Gynecol 1933; 26:479. ».

[23] « Bondiagina V. Précis d'obstétrique. Edition Mir : 243 – 244. ».

[24] « Seguy B. Dossiers Médico-chirurgicaux (DMC) Fascicules obstétriques. Maloine S A EDITEUR. 27, rue de l'école de médicine - 75 006 Paris 1986, 64p ».

[25] « Konate S. Qualité de la surveillance prénatale dans le CSRef de la commune II du District de Bamako. Thèse de Médecine. Université de Bamako ; 2002, M 33. ».

[26] « Campus de Pédiatrie - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU). Prise en charge du nouveau-né. [En ligne] 01-12-2014 [consulté le 10-09-2024] Disponible sur http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/ nouveau_ne/site/html/4.html ».

[27] « N'diaye P, Diallo I, Fall C. Un nouvel outil décisionnel dans la lutte contre la mortalité maternelle. Le score de risque dystocique. Santé : 2001 Avril– Juin ; 11 : 133- 8. ».

[28] « Dembélé Z. Accouchement chez les adolescentes primipares au Centre de Santé de Reference de la commune v du district de Bamako [Thesis]. USTTB; 2021; N°308, 124p »;.

[29] « Sissoko H, Kodio S, S Diarra, Traoré S, Traoré M, Fomba I et al. Pronostic materno-foetal en cas d'accouchement chez l'adolescente dans un centre de sante de Bamako. Jaccr Africa 2022; 6(1): 83-91 ».

[30] « Diarra W .Grossesse et accouchement chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse de medecine USTTB 2023 ».

[31] « Dicko OH. Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de reference de commune vi de district de bamako : etude cas –temoins [Thesis]. USTTB; 2019; N°342, 108p ».

[32] « Koné K. Accouchement chez les adolescentes au centre de Santé de Référence de la Commune III du district de Bamako (Cas-Témoins). Thèse de médecine USTTB 2024 N°24M230 ».

[33] « Drabo A. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. 2015;(85):82. ».

[34] « Kiemtore S, Toure B, Ouattara A, Sawadogo YA, Zamane H, Ouedraogo I, et al. Grossesse chez les adolescentes : fréquence et pronostic dans cinq formations sanitaires de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. 2018;19(2):41-5. ».

[35] « Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. Eur J Public Health. avr 2006;16(2):157-61. ».

[36] « Biaye B . JOURNAL DE LA SAGO(Gynécologie-Obstétrique et Santé de la Reproduction) 26(3)2026».

[37] «Salifou Z L,Garba S O,Abdou A I. Jounal de la SAGO(Gynécologie-Obstétrique et Santé de la Réproduction)25(2)2024».

[38] «Dembélé N O .Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de bamako».

[39] «Dembélé N O .Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de bamako».

[40] «Coulibaly A .Evaluation du pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune v du district de bamako».

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête :

I. **Données socio démographiques** :

Q**1** Date d'entrée /…. /…. /…. /

Q2 Dossier n° /……. /

Q3 Nom ……

Q4 Prénom …….

Q5 Ethnie ……

Q6 âge : 1=< 19ans 2= 19-35 ans 3=> 35 ans

Q7 : Niveau d'instruction : /_ / 1. Non scolarisée, 2. primaire, 3. secondaire, 4. Supérieur. 6. Autre à préciser……

Q8 Statut matrimonial /……. / 1=mariée 2=célibataire

Q9 Profession / / 1=ménagère 2= aide-ménagère 3=élève/étudiante 5= fonctionnaire

Q10 Profession du conjoint / …/ 1=commerçant, 2=élève /étudiant, 3=fonctionnaire 4=ouvrier

Q13 Résidence/ /1=commune V 2= autres communes de bko 3=hors Bamako

II.**ANTECEDENTS**

.**ATCD Obstétricaux :**

Q14: Gèstité/ / 1= primigeste 2= paucigeste 3= multigeste

Parité /. / 1= primipare 2= paucipare 3= multipare

Avortement /…. /

Vivant / /

5. Décéder/…/

Préciser à quel âge est survenu le décès et la cause du décès :…… Si décéder :

Mort-né frais□, Mort-né macéré□

II-d- ATCD Gynécologiques :

Q15 Ménarche /. /

Q16 Cycle:/./ 1. Régulier ; 2. irrégulier

Q17 Contraception:/… / 1. Oui, 2. Non

Si 1. Préciser le type et durée d'utilisation……

Q 18 fibrome/ / 1= oui 2= non

Q19 myome/ / 1= oui 2= non

Q20*Antécédents personnels* : **/**… ..... **/,**

1. HTA, 2.asthme, 3.drépanocytose, 4.Diabète, 8. Autres à préciser :……

II-b-ATCD chirurgicaux :

Q21. /…. / 1. Oui, 2.Non, Si 1. Préciser:/…/……..

1. Césarienne, 2. hysterorraphie pour rupture utérine, 3. salpingectomie pour GEU, 4. Myomectomie ; 5. kystectomie de l'ovaire, 6. Plastie tubaire ; 7. autre……

II-c-ATCD Familiaux:/…/ 1. Drépanocytose, 2.HTA, 3. diabète, 4. Autre à préciser...……

I. **<u>Période prénatale</u>** :

Q22.Date des dernières règles : âge gestationnel : terme probable :

Q23. a. La grossesse est-elle désirée:/…/ 1.oui, 2. Non

Si 2. Préciser la circonstance de survenu:/…/ 1. Viol, 2. Inceste, 3. échec de contraception, 4. Avec consentement, 5. Autre à préciser……

Q24.b. La grossesse est survenue:/…/ 1. Dans un mariage, 2. Hors du mariage.

Q25. CPN faites:/…/ 1. Oui, 2. Non

Si non préciser pourquoi:/…/ 1. Problème financier, 2. méconnaissance, 3. Peur, 4. Manque de volonté, 4. Autre à préciser…….

<u>SI OUI :</u>

Q26.a. nombre/… /

Q26. b. Lieu:/…/ 1. Csréf, 2. CSCom, 3. Cabinet, 4. Autre : ……

Q26.c. Auteur : / _/ 1. Médecin 2. Sage-femme 3. Infirmière obstétricienne

4. Autres à préciser……..

Q27.d. Bilan prénatal : fait/…. / 1. Oui, 2. Non

Si Oui cocher : Groupage-rhésus □, Nfs □, sérologie Toxoplasmose □, rubéole □, BW □, glycosurie □, albuminurie □, test d'Emmel □, HIV□, Ag Hbs □, Glycémie à jeun, Echographie : 1er trimestre □,2e trimetre□,3e trimestre□, Autre à préciser :…….

Q28e. Chimio prophylaxie antipaludique : /_ / 1. Oui 2. Non.
Si oui nombre de dose : 1. =1, 2. =2, 3=3, 4=4, 5. Autre à préciser……

Utilisation de moustiquaire imprégnée d'insecticide : /_ / 1 : oui 2 non

Q 29.f. VAT : /_ / 1.à jour 2.non à jour

Q30.a. Supplémentation martiale:/_ / 1.oui 2.non

Q30.b.si oui dose /…...

Q31. Evolution émaillée de complication:/……/ 1oui ; 2non

Si oui préciser la nature /……/

1. vomissement gravidique, 2. paludisme, 3. infections uro-génitales, 4. anémie, 5. autres …….

Q32. Hospitalisation /… / 1=oui 2=non

Q32a. Motif :…….

Q32b. Durée d'hospitalisation (nombre de jour) /……/

II. ETUDE CLINIQUE :

Q33. Mode d'admission /… /1=venue d'elle-même 2=évacuée 3=déjà hospitalisée

Q34 Motif d'admission:/…/ 1. Contractions utérines douloureuses, 2. Perte des eaux, 3. saignements sur grossesse, 4. Procidence du cordon 5. Non engagement a dilatation

complète 6. Manque d'effort expulsif 7. Souffrance fœtal 8. Non coopérante 9. Présentations vicieuses10. Autre :……

Q35. Etat général/…/ 1. Bon, 2. Passable, 3. Altéré

Q36. Glasgow:/_ / 1 : 15/15 2 :14-10/15 3 :9-7/15

4 :6-3 /15

Q37 : conjonctives : /_ / 1. Pales 2. Colorées

Q38 : Pression artérielle /…/ 1. <13/08mmhg ; 2. ≥14/09mmhg

Q39 : Température ..... ◦c

Q40 : Taille : /_ /1. < 1,5m 2. > 1,5

Q41 : Poids……Kg. Indice de masse corporelle..... Kg/m2

Q42 : HU : /_ / 1<36cm 2. > 36cm

Q43 : BDCF : /_ / 1. Absent ;2. <120bat /mn ; 3. [120-160] bat /mn ; 4. >160 bat/mn

Q44 : période du travail : 1= phase de latence 2= phase active 3= période expulsive

Q43 Etat des membranes /… / 1=intact 2=rompue

Q43a Si rompue /…. / 1=prématuré 2=précoce 3=tempestive

Q43 b Si rupture prématuré, préciser l'intervalle entre celle-ci et l'accouchement en Heure /… ..... /

Q43c Mode de rupture /…. / 1=spontané 2=artificielle

Q44 Aspect du liquide amniotique /…. / 1=clair ; 2=hématique ; 3=Méconial 4=Absent

Q45 Présentation /…. /

1=céphalique sommet ; 2=céphalique face antérieure ; 3=céphalique face postérieure ;

4=céphalique bregma ; 5=céphalique front ;6=siège ; 7=épaule ; 9=autres …. /

Q46 Bassin:/ /1=normal ; 2=Immature ,3=rétréci ,4=limite

Q47a.Accouchement par voie basse simple /… / 1=oui ; 2=non

Q47b. Si oui, type /…. / 1=naturel 2=dirigé 3=provoqué

Q48.Accouchement instrumental /…. / 1.oui ; 2.non

Si oui préciser la nature……

Q49 manœuvres : 1= oui 2= non

Si oui préciser le type

Q50 épisiotomie : 1= oui 2 = non

Q51 déchirure périnéale : 1=oui 2= non

Si oui suture faite 1= oui 2= non

Q52.GATPA/…../ 1.oui ; 2.non

Q53 Nature de la délivrance /… / 1=spontanée 2=artificielle, 3=Naturelle

Q54 Placenta et membranes au complets /…/ ; 1.oui ; 2.non

Si non CAT : révision utérine/…../ 1.oui ; 2.non

Q51. Cesarienne/…./ 1.oui ; 2.non

Si oui préciser / / 1= programmée 2= d'emblée d'urgence

3= d'urgence secondaire

L'indication :……..

V. PRONOSTIC MATERNEL

Q52 Complication hémorragique:/...../ 1. Oui, 2.non

Q52a .Si 1. Préciser : /……/ 1.atonie utérine ; 2.retention placentaire ; 3.dechirure des parties molles ; 4.trouble de la coagulation

Prise en charge : /…/1.oui ; 2.non……

Q53.pronostic maternel : mère /…. / 1. vivante ; 2.decedée

Si décès préciser la cause du

décès :……

…….

VI. PRONOSTIC NEONATAL :

Q54 : Nombre d'enfant……

Q55 : Nouveau-né vivant /_ /1. Oui 2. Non

Si non mort-né frais□ ; mort-né macéré□……

Q56 : Apgar à la naissance des nouveau-né vivants : /_ / 1. [1-3] ; 2. [4-7] ; 3. [8-10]

Q57 : Poids : /……/ 1. <2500g ,2. [2500 -4000g] ,3> 4000g

Q58: Taille :……..cm, Périmètre crânien :…….cm, Périmètre thoracique….cm

Q59 : Sexe:/_/ 1. Masculin ,2. Féminin

Q60 : Réanimé:/ _ / 1. Oui ,2. Non .Si oui durée /……mn/

Q61 : Transféré à là néonatologie : /_ / 1.oui 2. Non

Si oui cause:/ _ / 1. Hypotrophie ,2. Prématurité ,3. Asphyxie néonatale, 4. Mère diabétique ,5. Mère Aghbs positive ; 6. Mère HIV positive ; 7. Macrosomie 8. Autres à préciser ……..

Q62: Lésion traumatique:/ _ / 1. Oui 2. Non.

Si 1. type/… .....

Q63 : Mode de sortie:/…../ 1.vivant ; 2.deces néonatal

Si décès néonatal préciser les causes :…….

Décès néonatal:/….. / 1. Précoce (<07jours) ; 2. tardif (8-28jours)

III. SUITES DE COUCHES :

Suites de couche simple:/…../ 1.oui ; 2.non

Suites de couche pathologique / …. / 1.oui ; 2.non

Q64. Si oui, préciser /…/ 1. Anémie ; 2. crise d'éclampsie ; 3. endométrite ; 4. infections urinaires ;5. pelvipéritonite ;6. péritonite ;7. septicémie ;8. pyoannexe ;9. thrombo-embolie ;10.mastite abcédée ;11.mastite non abcédée ;12.engorment mammaire ;13.crévasse du sein ;14.gerçure des seins ;15.psychose puerpérale 16. Décès maternel

Q65. Hospitalisation 1=oui 2=non /…. /

Q66. Durée d'hospitalisation en jour:/.../ 1. (<2jours) ; 2. (2-5jours) ; 3. (5-10jours) ;

4. (>10jours)

Q67. Antibiothérapie : / _/ 1. Oui 2. Non

Q68. Antalgique : / _/ 1. Oui 2. Non

Q69. Transfusion:/_ /1. Oui ,2. Non

Q70 anticoagulants / / 1. Oui 2. Non

Q74. Traitement martiale ou Supplémentation:/ _/ 1. Oui 2. Non

Q75.Contraception proposée:/…/ 1. Oui, 2.Non

Si 1. Préciser si accepter ou non……

Si accepter, préciser le type……

Si non, préciser pourquoi……

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Assanatou

Téléphone : (00223) 78952332

Titre de la thèse : accouchements chez les adolescentes primipares suivies au centre de sante de reference de la commune V

Année universitaire : 2024 – 2025

Pays d'origine : Mali Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétricale.

Résumé :

Introduction : L'adolescence est une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'âge adulte Objectif : Etudier l'accouchement chez les adolescentes primipares suivies au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Méthodologie : Il s'agissait d'une étude que Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes suivies de moins de 20 ans et une population témoin de primipares de 20 ans et plus suivies. Elle a été menée sur une période allant de Mars 2024 à décembre 2025 Résultats : Nous avons trouvé un âge moyen de 20,81 ans et des extrêmes de 14 et 36 ans. Les patientes ayant réalisés au moins 4 CPN représentaient 79% des adultes contre 65% des cas. Les adolescentes étaient suivies dans 84% par des sage-femmes contre 70,5% chez les adultes. Les gestantes étaient venues majoritairement pour contractions utérines douloureuses dans 74% chez les adolescentes contre 75% chez les adultes. Nous avons trouvé que l'anémie est plus fréquente chez les adolescentes que chez les adultes (OR=2,05). La présentation était céphalique majoritairement dans 92% chez les adolescentes contre 98% chez les adultes. L'accouchement par voie basse était majoritairement plus fréquent avec 78% chez les adolescentes contre 73,5% chez les adultes. Les suites de couches étaient simples dans 98% chez les adolescentes contre 100% chez les adultes. Les gestantes sont majoritairement sorties vivantes aussi bien chez les adolescentes que les adultes. Nous déplorons un cas de décès chez les adultes. Les nouveaux nés étaient vivants dans 100% chez les cas contre 98,5% chez les témoins Conclusion : l'adolescence à elle seule ne constitue pas un facteur de risque accru de complications obstétricales ou néonatales

Mots clés : accouchements, adolescentes primipares, au CSRef de la commune V

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure