

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN peuple - Un But - Une Foi



U.S.T.T.B

UNIVERSITE DES SCIENCES
DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de gynéco- obstétrique à l'hôpital de Sikasso

Présentée et soutenue publiquement le 05 / 10 /2020 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mme. MALLE Aïssata GUINDO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Membres : Dr Soumana O TRAORE

: Dr Belco MAIGA

Co-Directeur: Dr Soumaila Alama TRAORE

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH Le tout puissant, le très et le tout miséricordieux, qui par sa grâce nous a permis de mener à bien ce travail.

Au prophète MOHAMED : Paix et salut sur lui

A mon père Ampiléma GUINDO dit BABA

Tu as été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui, Cher père les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments. Tu as été à nos côtés mes sœurs, mon frère et moi, tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de l'honnêteté. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille ; travailleur acharné, rigoureux, honnête et exigeant envers soi et les autres. Tes conseils, tes bénédictions, tes soutiens financiers, moraux, matériels et affectifs n'ont jamais fait défaut. Je veux te dire merci, merci pour la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait pour moi et ce que tu continues à faire pour moi. **BABA** que **DIEU** te bénisse et te donne une longue vie pleine de bonheur et de prospérité à nos côtés.

A ma mère GUINDO DJENEBA GUINDO

Chère mère ce travail est le tien, brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse et source de ma vie, tu nous as toujours enseigné, conseillé, rassuré et réconforté. Tu incarnes l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices feront de nous ce que tu souhaites, tu es et seras notre fierté tout le temps. Tes prières, tes soutiens, tes accompagnements matériels et financiers ont toujours été pour moi un grand soutien tout au long de mon existence. Je ne trouve jamais des mots pour t'exprimer mon affection et mon admiration. Au nom de ma sœur, mon frère et moi-même, nous te disons merci. Tu seras toujours pour nous un modèle et un exemple, que DIEU te bénisse et te garde aussi longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits murs dont tu as souffert pour l'entretien. Que

l'avenir te soit meilleur.

*A mes sœurs Hawa GUINDO (INA), Maïmouna GUINDO
(MOUNA) et à mon frère Waly GUINDO*

Je ne saurais exprimer l'étendu de mon affection, mon amour et ma considération pour vous, j'espère être un modèle, une source de motivation. Vous m'avez toujours aimé, respecté et accompagné je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite. Que ce travail vous serve de repère et de motivation pour faire mieux que moi. Mon souhait est de vous voir hisser plus haut et afin d'ébranler plus haut l'image de la famille GUINDO A.

A mon cher époux Dr Daouda MALLE

Ta rencontre a été un des plus beaux cadeaux de ma vie. Je ne sais pas comment te remercier pour tout ce que tu as fait et ce que tu continues de faire pour moi depuis notre rencontre. Ce travail est le tien. Ton amour sans faille, ton respect, ta considération envers moi et ma famille sont sans équivoques. Tu es pour moi un modèle, une source d'inspiration et de vocation Merci pour tes soutiens financiers, intellectuel, moraux pour l'élaboration de ce travail, qu'ALLAH te récompense, qu'il bénisse notre union et qu'il nous accorde une fin pieuse.

A notre fils Amadou Daouda MALLE dit FAH

Mon trésor tu as rempli mon cœur de bonheur, ta présence dans ma vie m'a donné le courage de continuer ce travail. Personne d'autre ne connaîtra la force de mon amour pour toi. Peu importe où la vie te mènera, je prierai pour que tu sois en sécurité, qu'ALLAH t'accorde une longue vie pleine de bonheur.

*A mon tonton et tuteur à BAMAKO Lamine TRAORE
(POUA)*

Ce travail est le tien. Merci pour tes surprises financières, encouragement, conseils et affection à mon égard. Merci de m'avoir aimé comme l'une de tes filles. Retrouve ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

REMERCIEMENTS

A Gabriel GUINDO et famille (Guindo Bintou ONGOÏBA et ses enfants)

Merci pour l'attention, l'affection, le soutien et l'intérêt que vous portez à mon égard. Merci de m'avoir considéré comme l'une de vos progénitures. Vous m'avez accueilli à bras ouvert, je me suis toujours sentie chez moi à votre domicile.

A tonton Dr Sidy El Moctar CISSE retrouver ici mes sincères grattitudes pour les soutiens financiers, tes encouragements et conseils tout au long de ce cycle.

A mes chers ami(e)s et collaborateurs

Kounta Nana DIALLO, TRAORE Mariam DOUMBIA, Fatoumata KOUMARE, Aïssata BAH, Adam TRAORE plus des amies, vous êtes des sœurs, qu'ALLAH puisse nous accorder une longue et heureuse vie !

A Guindo Alima TRAORE, Laya GUINDO, interne Doumbia Mariam DOUMBIA, Maïmouna BASSOUM, Djeneba KEÏTA, Alimatou DIARRA, Dr OUATTARA Djenebou KONE, Fanta SAMAKE, Fatoumata SANOGO, Dr OUATTARA Biba BERTHE, Dr Yacouba OUMBIA, Dr Drissa B SANOGO, Dr Zoumana SANGARE, Dr OUATTARA Gaoussou, Dr Ibrahim Monzon DIARRA, Dr Oumar DOLO, Mr Mamadou BAH, Dr Paul DEMBELE, Dr N'golo FOFANA, DR Elisabeth DIARRA , Dr Adama KONE, Dr Mariam TANGARA, Dr Yaya COULIBALY, Dr Ali SOGORE, Dr Abdoul Fatah DIABATE, Dr Lamine DIARRA, Dr Mohamed DEMBELE, Dr Issa TRAORE, Interne Daouda SANOGO, Interne Alou TRAORE, Interne Jean TIENKA, Interne Ali KONATE, Interne Kaman DIARRA, Interne Bakary KONE, Dr Amadou MINTA, Djibril SANOGO, Issa SIDIBE je suis très ravie de vous avoir rencontré dans ma vie, qu'ALLAH nous aide à garder nos liens.

A ma belle-famille à SANANDO (famille AMADOU MALLE)

Amadou MALLE (Boua), MALLE Kadidiatou COULIBALY, Feu Tata MALLE, Mamadou MALLE, Fanta MALLE, Lassine MALLE, Chiaka MALLE, Alima MALLE, Mallé Alima DIARRA, Mallé Assitan TRAORE, TRAORE Sokona BAGAYOGO et autres. Merci à cette belle et harmonieuse famille. Vous m'avez accueilli à bras ouvert dans votre famille. Vous m'avez soutenu, aimé et accompagné. Que Dieu vous garde !

A mes cadets de la FMOS

SANGHO Hamadou, SANOGO Oumar, Fatoumata Dite Mah DIALLO, Mamadou DIARRA, Mamadou DIAKITE, Diakalia OUATTARA, Interne Awa DIARRA, Dr Zeïnab DIARRA, Kadidiatou DIARRA, Kafouné SANOGO, Abou SOGODOGO, Djibi DIARRA et autres

A mes grandes sœurs

DOUMBIA Fatoumata DIARRA, TOGO Founé TOGO,

C'est un plaisir pour moi de vous avoir comme grandes sœurs, merci pour tout, qu'ALLAH vous récompense !

A la 9^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS

A l'équipe promo pharma sikasso (AIPP)

A la grande famille allurienne de la FMOS

A l'AESACKS et à la jeunesse GUINA DOGON de la FMOS

Aux personnels du service de gynéco-obstétrique de sikasso :

Dr COULIBALY Moussa, Dr Oumou TOURE, Dr CISSE Amara veuillez recevoir chers maîtres ma profonde gratitude pour votre disponibilité et votre dévouement pour notre encadrement.

Aux aînés du service

Dr SANOGO Oumar, Dr FANE Binefou, Dr DIARRA Bakary, Dr DIALLO Amadou et autres. Grace à vous mon intégration a été facile dans le service.

Aux cadets du service

Interne Sékou MALLE, Interne Sarata DIAKITE ; Merci pour ces moments passés ensemble dans la joie et dans le bonheur

Que ce travail vous serve de référence et que le tout puissant vous garde. Amen

Aux sages-femmes du service

Aïssata BAH, Fatoumata CAMARA, Aïchatou BALLO, Fatoumata KANE, Raïssa THERA, Meba OUELEGUEM, Mariam BADA, Fatoumata KONE, Anchata BERTHE, Adiaratou BALLO, Oumou DOUMBIA, Mariam DIALLO, Bissa DIARRA, Ramata KEÏTA, Mariétou DEMBELE, Saoudatou TANGARA, Bintou DIARRA, Safiatou TRAORE, Safoura SANOGO, merci à vous pour toutes les considérations et soutiens tout au long de l'élaboration de ce travail.

Aux infirmières obstétriciennes et stagiaires du service

Oumou DAOU, Bintou KONE, Rokia DOUMBIA, M'Bamakan KEÏTA, Djariata BENGALY, Fanta SANOGO, Wassa TRAORE, Salimata Toumani COULIBALY, merci à vous pour la bonne collaboration et pour votre humanisme durant l'élaboration de cet travail.

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- ☞ Professeur Agrégé et maître de conférences à la FMOS
- ☞ Président de la Commission Médicale d'établissement du CHU-
GABRIEL TOURE « CME »
- ☞ Spécialiste en Hématologie pédiatrique
- ☞ Chef de service de la pédiatrie générale du CHU-GABRIEL TOURE
- ☞ Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des maladies
infectieuses tropicales
- ☞ Responsable de l'Unité de prise en charge des enfants atteints de
drépanocytose au CHU Gabriel TOURE.

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette soutenance malgré votre emploi du temps chargé.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre respectueuse reconnaissance, votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont été un atout considérable tout au long de ce travail.

A notre maître et juge

Docteur Belco MAIGA

- ☞ Médecin Pédiatre au CHU-Gabriel Touré
- ☞ Praticien Hospitalier
- ☞ Chef de Service des Urgences Pédiatriques

Cher Maître

En dépit de vos multiples occupations vous avez accepté de venir juger ce travail. Vous nous avez impressionnés par votre travail bien fait et votre simplicité. Vos connaissances intellectuelles, morales et sociales suscitent une grande admiration.

Permettez-nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements

A notre Maître et juge

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- ☞ Maître Assistant de Gynécologie Obstétrique à la FMOS
- ☞ Praticien gynécologue- obstécien au service de Gynécologie Obstétrique au CSRéf de la Commune V
- ☞ Certifié formateur du programme GESTA international
- ☞ Animateur des activités d'audit de décès maternel au CSRéf de la Commune V

Cher maître,

Votre humilité, votre richesse scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, votre esprit et méthode d'organisation ont forcé notre admiration.

Veillez croire, cher maître, en l'expression de notre très sincère reconnaissance et notre attachement indéfectible.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Docteur Soumaïla Alama TRAORE

- ☞ Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Sikasso
- ☞ Secrétaire général de la SOMAGO – Sikasso
- ☞ Secrétaire général du CROM-Sikasso
- ☞ Membre de la SAGO
- ☞ Chargé de recherche au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme, votre respect et votre combat quotidien pour l'amélioration de la qualité du service font de vous un exemple à suivre. Nous avons beaucoup appris à vos côtés. Vous nous avez enseigné l'amour du travail bien fait, la modestie et le respect de la déontologie. Veuillez recevoir nos sincères remerciements pour l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

A notre maître et Directeur de Thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- ☞ Professeur Agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS
- ☞ Praticien Hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- ☞ Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- ☞ Facilitateur national de la Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH au Mali
- ☞ Titulaire d'un Diplôme Universitaire en Méthodologie de Recherche Clinique et en épidémiologie de Bordeaux II
- ☞ Membre d'African Federation of Obstetrics and Gynecology (AFOG)
- ☞ Trésorier de la Fédération Africaine de Gynécologie (AFG)
- ☞ Vice-Président de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique (SAGO)
- ☞ Vice membre de la Fédération Francophone de Gynécologie (FeFOG)
- ☞ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- ☞ Enseignant chercheur

Cher Maître,

Votre disponibilité, votre ouverture d'esprit, votre humilité à vous mettre au même niveau que votre prochain nous ont tant impressionné. Votre capacité à écouter et à comprendre les autres, votre amour du travail bien fait ne peut que laisser des traces sur celui qui vous approche. Les mots nous manquent pour exprimer tous ce que nous avons gagné à vos côtés car vous ne nous avez pas donné qu'un enseignement académique, mais et surtout toute une conduite de notre vie de tous les jours.

ABREVIATIONS

AESACKS : Association des Etudiants en Sante du Cercle de Koutiala et Sympathisants.

ATCD : AnTéCéDent

BIE : diamètre bi-épineux

BTS : Battements

β HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CAN : Coupe d'Afrique des Nations

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'Odontostomalogie

AFOG: African Federation of Obstetrics and Gynecology

GEU: Grossesse Extra Utérine

G1: groupe 1

G2 : groupe 2

FPN: Faible Poids à la Naissance

HTA : HyperTension Artérielle

IC : Intervalle de Confiance

IMOC : Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PRP : Promonto-Retro-Pubien

RDC : République du Démocratique du CONGO

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOCHIMA: **SO**ciété de **CHI**irurgie du **MA**li.

SOMAGO : **SO**ciété **MA**lienne de Gynécologie **Ob**stétrique.

SAGO: Société **A**fricaine de Gynécologie et **Ob**stétrique.

TM : **T**raverse **M**aximun

Km² : kilomètre carré

g : gramme

Khi2 : test statistique chi carré

mm : millimètre

n=Effectif

p: probabilité

RR : **R**isque **R**elatif

TO : **T**raverse **O**blique ou (TO)

UNICEF : **UN**ited Nations **I**nternational Children's **E**mergency **F**und/**F**onds des Nations Unis pour l'Enfance

UNFPA : **UN**ited Nations **P**opulation **F**und in English /**F**onds des Nations Unis pour la Population

UNF3S : **UN**iversité **N**umérique **F**rancophone des Sciences de la **S**anté et du **S**port

VIH : **V**irus de l'**I**mmunodéficience **H**umaine

Liste de tableaux

Tableau I: Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique	14
Tableau II: Classification des bassins rétrécis symétriques non déplacés	15
Tableau III: Classification des bassins selon Thoms	16
Tableau IV: Classification de Caldwell – Moloy [7]	17
Tableau V: récapitulatif des variables.....	36
Tableau VI: Répartition en fonction du niveau d’instruction.....	40
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la profession.....	40
Tableau VIII: Répartition selon le statut matrimonial	42
Tableau IX: Répartition en fonction du mode d’admission.....	42
Tableau X : Répartition selon le nombre de CPN réalisée	43
Tableau XI: Répartition selon les raisons de la non réalisation des CPN	43
Tableau XII: Répartition selon les antécédents médicaux.....	44
Tableau XIII: Répartition des participantes à l’étude selon les antécédents chirurgicaux	44
Tableau XIV: Répartition en fonction de la gestité	45
Tableau XV: Répartition selon l’antécédent d’avortements.....	45
Tableau XVI: Répartition selon le contexte de survenue de la grossesse	45
Tableau XVII: Répartition en fonction de l’arrivée à terme de la grossesse.....	46
Tableau XVIII: Répartition selon la présence de l’élévation de la pression artérielle (HTA).....	46
Tableau XIX : Répartition selon la présence de crises éclamptiques	47
Tableau XX: Répartition en fonction du bruit du cœur fœtal.....	48
Tableau XXI: Répartition selon la nature de bassin	48

Tableau XXII : Répartition en fonction de la voie d'accouchement.....	49
Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1ère minute.....	50
Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.....	51
Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon leur transfert à la néonatalogie	51
Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon les raisons du transfert en néonatalogie	52
Tableau XXVIII: Répartition des nouveau-nés selon le pronostic périnatal.....	53
Tableau XXIX: Répartition des mères selon leur devenir.....	53
Tableau XXX: Répartition en fonction des causes du décès maternel.....	53

Liste des figures

Figure 1: Transformation progressive du corps à la puberté	9
Figure 2: Bassin osseux obstetrical (Source: ci-desgyneco.com).....	10
Figure 3:bassin (anatomie)-Wikipédia.....	11
Figure 4: Les différents diamètres du détroit supérieur (Source Wikipédia et Unf3s).....	13
Figure 5: Détroit inférieur (Source :univ.ency-education)	19
Figure 6: Paramètre en jeux pendant l'accouchement	24
Figure 7: Carte de la région de SIKASSO	30
Figure 8: Répartition des participantes selon l'âge.....	39

Table des matières

DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	i
DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
Table des matières	xviii
ABREVIATIONS	xii
Liste de tableaux	xv
Liste des figures	xvii
I. Introduction	1
II. OBJECTIFS.....	3
1. Objectif général.....	3
2. Objectifs spécifiques.....	3
III. GENERALITES	4
3.1.Définition du concept	4
A. Caractéristiques de l'adolescence.....	7
A.1.Modifications Morphologiques	7
A.2.Modification des caractères sexuels secondaires.....	7
3.2.Bassin obstétrical.....	9
3.2.1. Déroit Supérieur.....	11
3.2.2.Excavation ou déroit moyen	18
3.2.2.1.Situation	18
3.2.3.Déroit inférieur	19
3.2.3.1.Situation	19
3.2.4.Bassin mou.....	20
3.3.Consultation prénatale	21
3.4.L'accouchement.....	23
3.5.Complications obstétricales et périnatales	24
3.6. Stratégie de lutte des grossesses précoces et de la mortalité néonatale	27

IV. METHODOLOGIE	29
4.1. Le cadre de l'étude.....	29
4.1.1. Description.....	29
4.1.3. Présentation du service de gynécologie de l'hôpital	29
V. RESULTATS.....	38
5.1.Prévalence de l'accouchement chez les adolescentes dans le service de Gynéco- obstétrique de l'hôpital de Sikasso.....	39
5.2.Profil des adolescentes ayant accouchés dans le service de Gynéco- obstétrique	40
5.3.Facteurs pronostiques	46
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	54
6.1. Prévalence de l'accouchement chez les adolescentes	54
6.2.Profil des adolescentes ayant accouchés dans le service.....	55
6.3.Pronostic maternel et périnatal.....	57
VII CONCLUSION	61
VIII.RECOMMANDATIONS.....	63
IX. REFERENCES	64
X. ANNEXES	68

I. Introduction

L'adolescence période de transition entre l'enfance et la vie adulte est un temps essentiel d'acquisition de l'indépendance sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour établir son rôle d'adulte, est aussi souvent emmaillée par l'adoption des comportements néfastes pour le bien être ou la santé. Les comportements sexuels à risque pendant cette période se soldent souvent par la contraction de grossesse. Cette grossesse peut entraîner des conséquences catastrophiques sur la santé des filles. De nombreuses adolescentes ne sont pas prêtes physiquement à une grossesse ou un accouchement, et sont par conséquent plus sujettes à des complications. En outre, les adolescentes qui tombent enceintes sont souvent issues de foyers à faible revenu et beaucoup souffrent de malnutrition, ce qui augmente les risques liés à la grossesse.

Près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans et quelque 1 million d'adolescentes âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année ; la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la deuxième cause de décès pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde. [1]

Chaque année, près de 3 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans subissent des avortements à risque. Les enfants de mères adolescentes ont un risque de mortalité sensiblement plus élevé que ceux de femmes âgées de 20 à 34 ans.

On estime que le taux mondial de fécondité chez les adolescentes a baissé de 11,6 % au cours de ces 20 dernières années. Il existe toutefois de grandes disparités entre les Régions. Le taux de fécondité des adolescentes en Asie du Sud-Est, par exemple, est de 7,1 tandis qu'il est de 129,5 en Afrique centrale. Des variations colossales existent également à l'intérieur d'un même pays. En Éthiopie, par exemple, le taux de fécondité total va de 1,8 à Addis-Abeba à 7,2 dans la région de Somali, avec un pourcentage des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant déjà au moins un enfant allant de 3 % à Addis-Abeba à 23 % dans la région d'Afar [2].

Les risques sont plus élevés si l'adolescente tombe enceinte juste après avoir atteint la puberté. Le taux de mortalité chez les mères de moins de 15 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est plus important que chez les mères déjà âgées d'une vingtaine d'années. Ces adolescentes, encore très jeunes, sont également confrontées à d'autres risques comme la fistule obstétricale.

Dans des études antérieures réalisées à Bamako en République du Mali par Sanogo M. S [3] en 2009 au Csref CVI et par DIARRA E [4] en 2016 au Csref CVI avaient rapporté respectivement des fréquences d'accouchement chez les adolescentes de 12,11% et 9,5%.

La grossesse chez l'adolescente reste l'un des principaux facteurs de mortalité de la mère et de l'enfant et contribue au cycle de la mauvaise santé et de la pauvreté.

Depuis 2011 sa prévention dans les pays ainsi que ses conséquences en matière de santé reproductive restent une priorité pour l'OMS, l'UNFPA.

Les grossesses précoces ne sont pas rares à Sikasso ; milieu culturel au regard du respect et de la sauvegarde de certaines pratiques traditionnelles considérées comme patrimoine sociétal dont le mariage précoce et souvent forcé, l'inégalité entre les sexes, le manque d'importance à la scolarisation des filles et le manque d'éducation sexuelle et souvent l'inaccessibilité et même la méconnaissance des méthodes de contraception. En effet beaucoup de facteurs y favorisent et maintiennent ce phénomène de génération en génération.

Face à cette situation de mariages précoces, de viols, de manque d'éducation sexuelle et de l'insuffisance de données nous avons jugé utile de mener cette étude afin d'évaluer le « **pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynéco- obstétrique à l'hôpital de Sikasso** ».

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

Evaluer le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynéco- obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente dans le service.
- Préciser le profil des adolescentes ayant accouché dans le service.
- Identifier les facteurs de risques liés à l'accouchement chez l'adolescente.
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes dans le service.

III. GENERALITES

3.1 Définition du concept

Le mot adolescence vient du verbe Latin « *adolescere* » qui signifie grandir [5]. Force est de reconnaître que les critères définitionnels de l'adolescence ont varié au fil de l'histoire.

C'est une période de la vie humaine caractérisée par l'évolution de la personnalité enfant vers la personnalité adulte ainsi que la maturité sexuelle ou la puberté. L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels ; en revanche, la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre cultures et selon les situations socio-économiques. On a assisté à de nombreux changements pendant cette période au cours du siècle dernier, notamment avec l'apparition plus précoce de la puberté, l'âge plus tardif du mariage, l'urbanisation, la communication au niveau mondial, et l'évolution des attitudes et des comportements sexuels [6].

L'adolescence s'individualise en deux périodes selon l'UNICEF [7] :

Adolescence (10–14 ans).

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.

Ces changements externes sont souvent flagrants et peuvent constituer une source d'anxiété comme une excitation ou une fierté pour l'individu dont le corps subit la transformation.

Les changements internes de l'individu, bien que moins flagrants, sont tout aussi profonds. Des recherches neuroscientifiques récentes ont démontré que dans ces années de première adolescence, le cerveau subit une poussée de développement électrique et physiologique. Le nombre de cellules du cerveau peut quasiment doubler en un an, et les réseaux neuronaux sont radicalement réorganisés, avec un fort impact émotionnel, physique, et mental. Le développement physique et sexuel est plus avancé chez les filles (qui commencent leur puberté en moyenne 12 à 18 mois plutôt que les garçons) et se reflète par des tendances similaires dans le développement du cerveau. Le lobe frontal, la partie du cerveau qui gouverne le raisonnement et la prise de décisions, commence à se développer lors de la première adolescence. Comme ce développement commence plus tard et prend plus de temps chez les garçons, leur tendance aux comportements impulsifs et aux modes de pensée peu critiques dure plus longtemps que chez les filles. Ce phénomène contribue à la perception commune selon laquelle les filles sont matures bien avant les garçons. C'est au cours de la première adolescence que les filles et les garçons deviennent plus conscients de leur sexe que lorsqu'ils étaient de jeunes enfants. Ils peuvent alors ajuster leur comportement ou leur apparence de manière à correspondre aux normes perçues. Ils peuvent devenir victimes de mauvais traitements ou y participer et peuvent aussi se sentir incertains quant à leur identité personnelle et sexuelle.

La première adolescence doit être un moment où l'enfant dispose d'un espace sûr et clairement défini pour gérer cette transformation émotionnelle, sexuelle et psychologique. Elle ne doit pas être encombrée par une implication dans des rôles d'adultes et doit recevoir l'appui total d'adultes bienveillants à la maison, à l'école et dans la communauté.

En raison des tabous sociaux souvent propres à la puberté, il est particulièrement important d'apporter aux adolescents toutes les informations nécessaires pour qu'ils puissent se protéger du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles, des grossesses précoces, des violences et de l'exploitation sexuelle. Trop nombreux sont les enfants qui prennent connaissance de ces informations trop tard s'ils en prennent connaissance, lorsque le cours de leur vie a déjà été affecté et que leur développement et leur bien-être sont déjà compromis.

Adolescence (15–19 ans).

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. L'opinion des enfants du même âge a toujours tendance à compter au début, puis sa portée diminue au fur et à mesure que l'identité et les opinions de l'adolescent lui-même se clarifient et se confirment.

La prise de risque, caractéristique commune de la première à la moyenne adolescence, où les individus testent les « comportements adultes », diminue lors de la seconde adolescence, alors que se développe la capacité à évaluer le risque et à prendre des décisions réfléchies. Néanmoins, l'expérience de la cigarette, des drogues et de l'alcool intervient généralement lors de la seconde phase de prise de risque et se prolonge dans la seconde adolescence et plus tard dans le monde adulte. Par exemple, on estime que 1 adolescent de 13 à 15 ans sur 5 fume, et qu'environ la moitié de ceux qui commencent à fumer pendant l'adolescence continuent pendant au moins 15 ans. Le revers du développement spectaculaire du cerveau qui se produit lors de l'adolescence est qu'il peut être sérieusement et définitivement endommagé par l'utilisation excessive de drogues et d'alcool.

Lors de la seconde adolescence, les filles ont plus tendance que les garçons à être exposées à des problèmes de santé comme la dépression, et ces risques sont amplifiés par les discriminations et les violences sexistes. Les filles sont particulièrement sujettes aux troubles du comportement alimentaire. Cette vulnérabilité provient notamment d'angoisses profondes liées à l'image du corps, nourries par des stéréotypes culturels et médiatiques de la beauté féminine.

En dépit de ces risques, la seconde adolescence est une période de possibilités, d'idéalisme et d'espoir. C'est au cours de ces années que les adolescents font leur entrée dans le monde du travail ou de l'enseignement supérieur, affirment leur propre identité et vision du monde et commencent à dessiner activement le monde qui les entoure.

A. 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 puberté se produisent des modifications morphologiques, physiologiques et physiques.

A.1. Modifications morphologiques

Les 1^{ères} 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 glande mammaire 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 une poussée 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 1^{ères} menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans.

A. 2. Modification des caractères sexuels secondaires [8]

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 individu à un autre, elles suivent toute selon un même schéma. L'échelle de Tanner propose 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.

Chez les deux sexes : les poils pubiens

- *Stade 1* : Préadolescence. On observe une absence de pilosité pubienne mais chez 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 la femme, la pilosité est plus dense.
- *Stade 5* : La pilosité atteint le type adulte et s'étend sur la surface interne des cuisses.

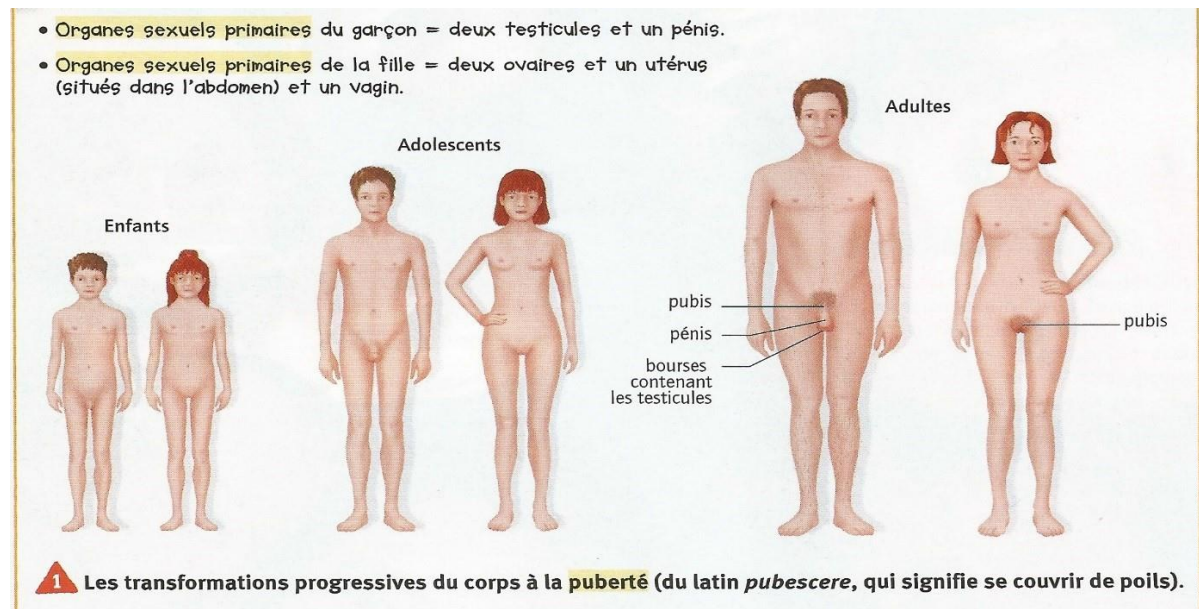


Figure 1: Transformation progressive du corps à la puberté (Source: www.logobio.fr)

3.2. Bassin obstétrical

En rappel le bassin osseux ne termine définitivement sa configuration que vers la 25^{ème} année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16 ans [9].

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 intérêt obstétrical 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

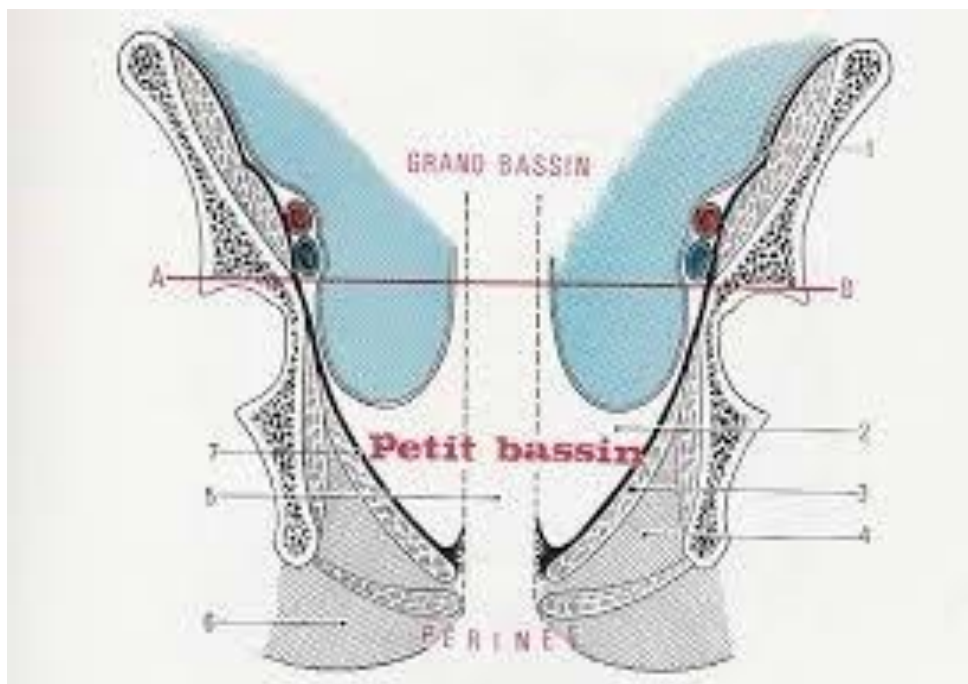


Figure 2: Bassin osseux obstetrical (Source: ci-desgyneco.com)

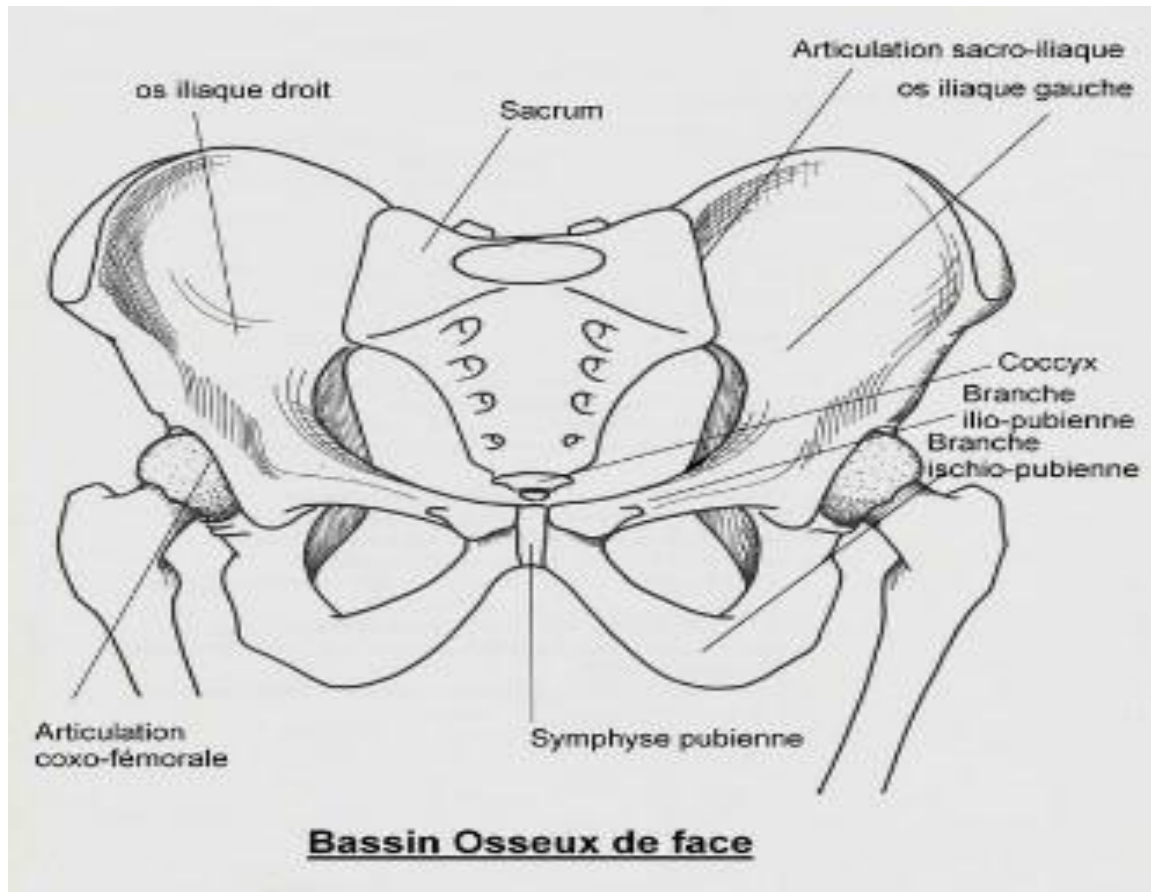


Figure 3: Bassin (anatomie)-Wikipédia

3.2.1. Déroit Supérieur

3.2.1.1. Situation

Il correspond à l'orifice supérieur de la cavité pelvienne. C'est une ceinture osseuse 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 déroit supérieur est le promontoire qui est la saillie que fait l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire (L5)

➤ **Importance obstétricale du détroit supérieur**

Le détroit supérieur constitue le 1^{er} obstacle que doit franchir le fœtus plus précisément la présentation (partie du fœtus qui se présente la 1^{ère} 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 gynécoïde 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 sont les 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 promonto-retro-pubien (PRP) : =10,5 cm dans un bassin normal

2=Le diamètre transverse maximum ou (TM) : passe par le milieu du bassin et perpendiculaire au PRP. Le TM= 13 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 ;

L'indice de MAGNIN : Il renseigne sur le pronostic de l'accouchement par l'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**

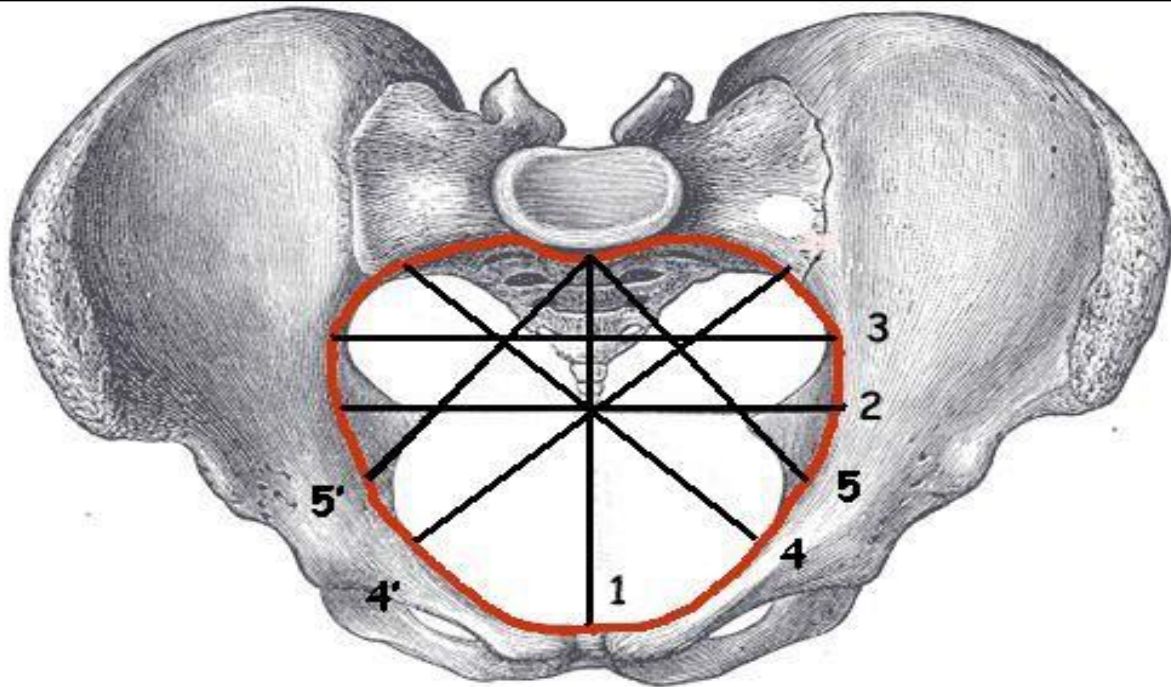


Figure 4: Les différents diamètres du détroit supérieur (Source: Wikipédia et Unf3s)

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 entraînent une plus grande fréquence des engagements en transverse.
- **Bassin anthropoïde ou ovale :** PRP est plus grand que le TM ce type de diamètre est souvent rencontré en Afrique. Il est transversalement rétréci. La quasi absence des arcs sacro-iliaques, l'allongement du promonto-Retro-Pubien et la diminution du Transverse Médian entraîne plus souvent un engagement selon un axe 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 promonto-Retro-Pubien et une diminution du transverse médian, mais l'arc antérieur étant fermé, l'engagement de la présentation est très difficile.

b) Classification du bassin obstétrical :

Il existe plusieurs classifications dont :

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

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	<220mm >200mm	<95mm > 80 mm	<90mm > 80 mm
Chirurgicaux	< 85 mm	< 95 mm	<200mm	< 80 mm	< 80 mm

Tableau II: Classification des bassins rétrécis symétriques non déplacés

Classification des bassins rétrécis symétriques non déplacés selon Merger (Précis d'Obstétrique. Masson 1995)	
Bassin aplati	Diminution isolée du diamètre promonto-rétro-pubien
Bassin transversalement rétréci	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution isolée du diamètre transverse maximum <ul style="list-style-type: none"> ○ Forme ovale : bassin anthropoïde ○ Forme triangulaire :
Bassin généralement rétréci	<ul style="list-style-type: none"> • Bassin bien proportionné mais : <ul style="list-style-type: none"> ✓ diamètre promonto rétro-pubien diminué et ✓ diamètre transverse maximum diminué
Bassin généralement rétréci et aplati	<ul style="list-style-type: none"> • diamètre promonto-rétro-pubien et transverse maximum diminués prédominant sur le diamètre promonto- rétro-pubien

Tableau III: 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 :	
<ul style="list-style-type: none"> • au niveau du détroit supérieur : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 IV: Classification de Caldwell – Moloy [10]

Classification de Caldwell – Moloy [10]	
<ul style="list-style-type: none"> • Elle prend en compte la forme du bassin. • Technique de mesure <ul style="list-style-type: none"> ▪ Division du détroit supérieur par une ligne qui passe par le plus grand diamètre transverse (TMx) ▪ Comparaison des deux parties ainsi divisés antérieure et postérieure du détroit postérieur en comparant <ul style="list-style-type: none"> ▪ le diamètre sagittal de la partie antérieure et celui de la partie postérieure ▪ l'aspect de la réunion des deux parties antérieure et postérieure de la ligne innominée 	
Bassin gynoïde	<ul style="list-style-type: none"> • Diamètre sagittal postérieur légèrement inférieur au diamètre sagittal antérieur ; • la réunion des deux parties forme un cercle • $PRP = TMx$ ou $PRP < TMx$ • BIE (diamètre bi-épineux) $>$ ou $= 10$
Bassin androïde	<p>Diamètre sagittal postérieur très inférieur au diamètre sagittal antérieur ;</p> <p>la réunion des deux parties se fait à angle aigu</p>
Bassin anthropoïde	<ul style="list-style-type: none"> • $PRP > TMx$ • Il existe souvent une sixième vertèbre sacré
Bassin platypelloïde	$TMx > PRP$

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

3.2.2. Excavation ou détroit moyen:

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

3.2.2.1. 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 inférieur 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 passe le plan du détroit moyen.

➤ Forme

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 détroit moyen 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 ne soient pas trop saillantes ce qui va arrêter la progression de la présentation.

3.2.3. Détroit inférieur

Il a une forme losangique à grand axe antéro- postérieur.



Figure 5: Détroit inférieur (Source : univ.ency-education)

3.2.3.1. 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 sacro-sciatiques.

On lui décrit 3 diamètres principaux :

- **Diamètre sous-coccyx-sous pubien** : 9,5 cm mais souvent 11 cm voire 12 cm en 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 coccy-sous pubien

Si INDICE de BORELL supérieur à 31cm le pronostic est bon.

Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.

3.2.4. Bassin mou

3.2.4.1. Composition

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui soutend 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 1er 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.

3.3. Consultation prénatale

La grossesse est le développement d'un fœtus au sein de l'organisme maternel. L'hormone chorionique gonadotrope ou β HCG secrétée par les cellules du syncytio- 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 [11].

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 de l'évolution de la grossesse. Une prise en charge correcte est sans conséquences sur la mère et le fœtus.

Les soins prénataux, soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveaux – nés 2003 [12].

Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les soins prénataux constituent l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle, en particulier là où l'état de santé général des femmes laisse à désirer [13].

La surveillance prénatale de la grossesse normale s'inscrit dans une démarche de dépistage et de prévention de complications maternelles ou fœtales. Les dispositions réglementaires et recommandations professionnelles ont pour but d'assurer un accès universel à un suivi de qualité. L'information des femmes est au premier plan de la prévention, notamment celles concernant certaines maladies infectieuses, la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances toxiques. La continuité des soins est importante pour la sécurité et pour le bien-être. L'organisation en réseaux périnataux implique entre autres les praticiens libéraux et hospitaliers, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes ainsi que généralistes. Elle peut nécessiter l'assistance de psychologues et d'assistantes sociales. Sept consultations prénatales, des dépistages sanguins et trois échographies sont prévus. La consultation du 1^{er} trimestre est déterminante car elle détecte des grossesses à risque particulier et permet d'orienter la femme enceinte vers le suivi le plus adapté. La suite du suivi mensuel permet de détecter d'éventuelles pathologies ou risques accrus. Les séances de préparation et les consultations de fin de grossesse permettent de préparer l'accouchement et le post-partum. Les consultations non programmées, ou urgentes, font partie intégrante du suivi d'une grossesse.

3.4. 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 génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint son terme théorique de 28 SA (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 fœtale de 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 lente jusqu'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. Ce sont :

- Les syndromes vasculo-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 37^{ème} SA et la fin de la 42^{ème} SA est dit à terme. On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 28 et de la 37^{ème} 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 indication pathologiques. L'accouchement est naturel lorsqu' il se fait sous l'influence de seul 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 déroulement physiologique 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.



Figure 6: Paramètre en jeu pendant l'accouchement

(Source researchgate.net)

3.5. Complications obstétricales et périnatales

❖ **Avortement spontané**

C'est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale. C'est celui qui survient de lui-même en dehors de toute emprise locale ou générale volontaire. Lorsqu'il survient avant 14 semaines d'aménorrhée, on parle d'avortement spontané précoce. Entre 14 et 28 semaines, c'est l'avortement spontané tardif. Parmi les causes on peut citer l'hypotrophie des organes génitaux, tel le cas chez l'adolescente dont les organes génitaux ne sont pas arrivés à maturité.

❖ **Avortement provoqué clandestin**

Est considéré comme avortement clandestin toute interruption de la grossesse effectuée en dehors du cadre légal défini par le pays de résidence de la femme. Ces avortements sont motivés par plusieurs raisons (peur, de la honte ou du désespoir) sous l'effet desquelles raisons bon nombre de jeunes filles sont prêtes à risquer leur vie pour mettre fin à une grossesse accidentelle.

Phénomène fréquent, mais difficile de donner une fréquence chiffrée exacte à cause de son caractère clandestin.

Ils sont réalisés hors du milieu médical souvent pratiqué par une personne non qualifiée et dans de mauvaises conditions, avec des méthodes moyenâgeuses par l'utilisation de produits chimiques, le percement de l'œuf par aiguilles ou objets contondants et perçants, par absorption de plantes ; prise de grosse quantité de médicaments (nivaquine, aspirine, antibiotiques), coups dans le ventre, chutes et exercices physiques violents.

A travers le monde l'avortement est un phénomène trop courant chez les adolescentes. Selon des estimations de l'OMS, le nombre d'IVG pratiqué chaque année sur des jeunes filles se situe entre 1 à 4,4 Millions [14].

Si tous les avortements clandestins ne sont pas nécessairement dangereux, force est de reconnaître qu'ils sont malgré tout, associés à des taux élevés de maladies et de décès. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions peuvent entraîner une hémorragie, une infection, synéchies.

Au Mali, l'aspect juridique est donné par les articles 170 ; 171; 172 du code pénal qui stipule : « Quiconque par aliment, breuvage, médicament, manœuvre, violence ou par tout autre moyen procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle ait consenti ou non est puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans plus une amende de 150 000 à 500 000 FCFA »

❖ **L'accouchement prématuré**

La prématurité est définie par un terme de naissance inférieur à 37 SA [15].

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 \geq 22 SA ou un poids \geq 500 grammes.

On distingue également la prématurité spontanée et la prématurité induite (ou 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 %) des nouveau-nés prématurés naissent entre 32 et 36 SA. Les naissances avant 28 SA représentent environ 0,5 % des naissances [15].

La prématurité est la plus forte cause de morbidité (50 % des infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC) et de mortalité périnatales (50 % des décès).

❖ **Les accouchements dystociques**

Un âge de moins de 18 ans est facteur de dystocie parmi d'autres [16]. L'accouchement dystocique (*dys* : difficulté et *tokos* : accouchement) est un accouchement qui entraîne des difficultés voire une impossibilité d'accouchement par 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 contenant avec 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 **fœto-pelvienne** lorsque les diamètres du mobil fœtal sont supérieurs à ceux du bassin maternel.

❖ Les syndromes vasculo-rénaux

Toxémie gravidique ou pré-éclampsie

Elle est caractérisée par la triade suivante : des œdèmes, une protéinurie, et une hypertension artérielle. Elle survient chez une primipare sans antécédents vasculo-rénaux et dans le dernier trimestre de la grossesse.

A n'importe quel moment dans l'état pré-éclamptique, une crise éclamptique peut se déchaîner.

L'éclampsie est la phase suprême de la toxémie gravidique. Elle est consécutive à 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 se déclenche après l'accouchement.

Sa fréquence est particulièrement 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 haute après ouverture de l'utérus gravide.

3.6 . 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 avant l'âge de 20 ans
- ✓ Augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes qui risquent de tomber enceintes sans le vouloir
- ✓ Réduire le nombre de rapports sexuels forcés chez les

❖ **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.

IV. METHODOLOGIE

4.1. Le cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au service de Gynéco-obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

4.1.1. Description

4.1.2. Présentation géographique de la région de Sikasso (Figure 1)

La région de Sikasso ou la 3^{eme} région administrative du Mali occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière Ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière Burkinabé d'autre part.

Elle est limitée au nord par la région de Ségou, au sud par la république de côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro.

D'une superficie de 71790 Km² soit 5,8% du territoire national, la région de Sikasso compte 7 cercles (Sikasso, Bougouni, Koutiala, Kadiolo, Kolondièba, Yanfolila, et Yorosso), 3 communes urbaines (Sikasso, Bougouni, Koutiala), 144 communes rurales et 1831 villages avec une population de 3.434.000 habitants en 2017. Sur le plan sanitaire, la région de Sikasso compte des districts sanitaires parmi lesquels le district de Sikasso qui abrite l'hôpital qui constitue la référence régionale. La région de Sikasso, la seule région du Mali s'étendant en exclusivité dans la zone humide et subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes 750 mm au nord et 1400 mm au sud.

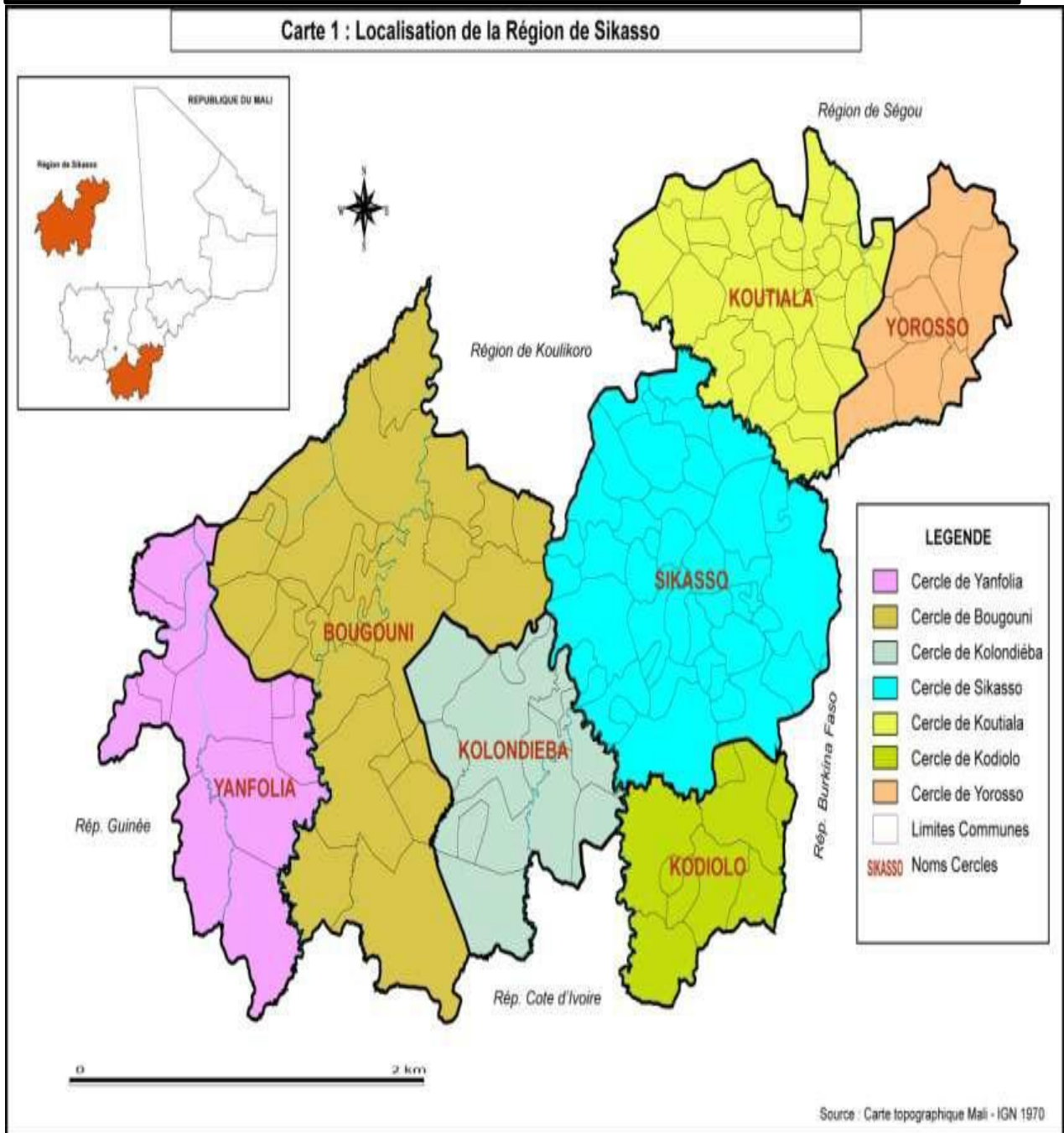


Figure 7: Carte de la région de SIKASSO

4.1.3 Présentation du service de gynécologie de l'hôpital

Le service de la gynécologie obstétrique est divisé en trois grandes unités qui sont :

- Le bloc obstétrical;
- L'hospitalisation;
- Les consultations externes.

Le bloc obstétrical comprend:

✓ L'accueil:

Cet espace est disposé de trois salles : une salle d'échographie, une salle de tri et une salle pour les soins après avortement.

Un ascenseur de service servant de transport des malades hospitalisés à l'étage.

✓ Le secteur d'accouchement comprend trois salles distinctes :

La salle d'accouchement ; la salle opératoire ou sont prise en charge toutes les urgences gynéco-obstétricales et la salle de réveil avec trois lits.

✓ La zone accouchement comprend:

1 salle de travail avec 3 lits, 1 salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement, 1 lit d'accouchement et 1 coin de réanimation des nouveau-nés de 2 postes constitué d'un appareil d'aspiration et de 2 lampes chauffantes ; 1 salle de suites de couches de 6 lits ;

Cette entité est sous la surveillance de trois sage-femmes et deux infirmières obstétriciennes.

Le bloc opératoire comprend

1 salle d'opération pour toutes les urgences gynéco-obstétriques et une salle de réveil avec 3 lits surveillés par deux infirmières.

L'hospitalisation

✓ L'hospitalisation de la gynécologie obstétrique, regroupe les suites de couches, les césarisées ; les grossesses pathologiques et la gynécologie médicale et chirurgicale.

✓ La consultation externes est disposée en salle de consultation gynécologique (CPN de référence, et grossesses à risque) ; une salle de CPN (pour grossesse normale et planification familiale) ; une salle de dépistage du cancer du col et une salle de préparation à l'accouchement (Ecole des mères).

4.1.4 Personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso

Le personnel de la maternité de l'hôpital de Sikasso est composé de :

- ✓ Quatre gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- ✓ Trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne ;
- ✓ Dix-sept sages-femmes;
- ✓ Sept infirmières obstétriciennes;
- ✓ Des stagiaires en perfectionnement;
- ✓ Huit filles de sale;
- ✓ Quatre brancardiers.

4.1.5 Organisation des activités

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours au box de consultation par les gynécologues obstétriciens sauf les mercredis (jour de bloc opératoire). La prise en charge des urgences est effective 24heures/24 aussi bien que les consultations prénatales, post natales et l'échographie gynéco-obstétricale. Une réunion (staff) unissant tout le personnel se tient tous les jours ouvrables à 8h 00 mn sauf Vendredi (jour de staff général). (Lundi 07H45min) pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par un gynécologue. La visite est journalière et elle est dirigée par un gynécologue.

Il existe une permanence qui est assurée par une équipe composée d'un gynécologue, d'un interne, de 3 sages-femmes, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, deux infirmières, une fille de salle et deux brancardiers. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre en salle d'accouchement sous la supervision d'un gynécologue obstétricien. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de trois sages-femmes, d'un étudiant faisant fonction d'interne, de deux infirmières, de 2 brancardiers, un technicien supérieur en anesthésie, d'un aide de bloc et de deux filles de salle.

Le service de gynécologie obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires des districts sanitaires de Sikasso, Kignan, Nièna, Kadiolo, Koutiala et très rarement des autres districts sanitaires de la région.

Chaque Vendredi a lieu le staff général de l'hôpital ou tout le personnel se retrouve pour statuer sur un sujet donné.

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude cohorte rétrospective allant du 01 janvier 2017 au 31 Décembre 2018 soit deux années.

4.3 Population d'étude

Toutes les parturientes adolescentes de 10 à 19 ans et primipares de 20 à 34 ans résident dans le cercle de Sikasso et ayant accouchés dans le service du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018.

4.4 Echantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif des adolescentes de 10 à 19 ans et les primipares âgées de 20 à 34 ans.

- **Critères d'inclusion**

Ont été incluses toutes les parturientes adolescentes de 10 à 19 ans et les primipares âgées de 20 à 34 ans résidant dans le cercle de Sikasso et ayant accouchés dans le service.

Groupe 1 : Toutes les parturientes primipares de 10 à 19 ans dont le terme de la grossesse était supérieur ou égal à 28SA et ou le poids du nouveau-né était \geq 1000g.

Groupe 2: Toutes les parturientes âgées de 20-34ans primipares dont le terme de la grossesse était supérieur au égal à 28SA et ou le poids du nouveau-né était \geq 1000g.

- **Critères de non inclusion**

Groupe 1

Toutes les parturientes de 10 à 19 ans n'ayant pas accouché dans le service, mais adressées dans le service pour prise en charge et les parturientes n'ayant pas un dossier obstétrical au complet.

Groupe 2

Toutes les parturientes d'âge compris entre 20-34 ans primipares ayant accouché dans d'autres structures mais adressées dans notre centre pour prise en charge et les parturientes n'ayant pas un dossier obstétrical au complet.

4.5 Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées: âge, profession, statut matrimonial, nombre de CPN, résidence, niveau d'instruction, mode d'admission, antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux, tension artérielle, hauteur utérine, contraction utérine, bruits du cœur fœtal, terme de la grossesse, présentation du fœtus, type de présentation, bassin, mode d'accouchement, indication de césarienne, complication, poids du nouveau-né, Apgar, pronostic maternel et périnatal.

Tableau V: récapitulatif des variables

	Variable	Echelle	Source
Age	Quantitative	10-34 ans	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Niveau d'instruction	Qualitative	Primaire, secondaire, Medersa, Non scolarisée et Supérieur	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Profession	Qualitative	Femme au foyer, Aide-ménagère, Elève, Etudiante, Vendeuse, Couturière et Autres	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Statut Matrimonial	Qualitative	Marié, Célibataire, Divorce et Veuve	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Mode Admission	Qualitative	Venue d'elle-même et Référée	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Hospitalisation	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Antécédents Médicaux	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical; registre d'accouchement
Antécédents Chirurgicaux	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical, Register d'accouchement
Fracture du Bassin	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical, registre d'accouchement

Gestité	Qualitative	Primi-geste et Multi-geste	Dossier obstétrical, registre
Parité	Qualitative	Primipare et Multipare	Dossier obstétrical, registre
Avortement	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical, registre
Nombre de CPN réalisable	Quantitatif	1 à 3 CPN, Supérieure ou	Dossier obstétrical, registre
Grossesse à Terme	Qualitative	A Terme, Avant Terme et Post Terme	Dossier obstétrical, registre d'accouchement
Conjonctive	Qualitative	Colorées, Moyennement	Dossier obstétrical, registre
			Dossier obstétrical, registre
Notion de convulsion Eclamptique	Qualitative	Oui ou Non	Dossier obstétrical, registre d'accouchement

4.6 Supports des données

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelle à partir :

- des dossiers obstétricaux;
- des registres d'accouchement;
- des registres de compte rendu opératoire

4.7 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 20. Le test statistique utilisé pour la comparaison a été le Khi2 calculé par le logiciel $x^2EpiCalc$.

Le risque relatif RR et l'intervalle de confiance (IC) nous ont permis de comparer les différentes fréquences avec la valeur p de la probabilité.

4.8 Définitions opérationnelles

Gestité : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une

femme **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse

Primigeste : c'est une femme qui a contracté 1 grossesse

Paucigeste : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses

Multigeste : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses

Grande multigeste : on parle de grande multigeste lorsque le nombre de grossesse est contracté est ≥ 6

Parité : c'est le nombre d'accouchement

Nullipare : c'est une femme qui n'a jamais accouché

Primipare : c'est une femme qui a accouché 1 fois

Pauci pare : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois

Multipare : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois

Grande multipare : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6

Adolescence : L'OMS définit l'adolescence comme des personnes appartenant au groupe d'âge de 10-19 ans ; la tranche d'âge de 10-14 ans est considérée comme la jeune adolescence et celle de 15-19 ans la grande adolescence [2].

Adolescente : c'est une jeune fille à l'âge de l'adolescence.

Pronostic : c'est la prévision faite par le médecin sur l'évolution et l'aboutissement d'une maladie.

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 28 SA ou le poids fœtal supérieur ou égale 1000g.

Décès périnatal : la perte du produit de conception survenant entre les vingt huitième semaines d'aménorrhée et la première semaine de la vie.

V. RESULTATS

5.1. Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes dans le service de Gynéco- obstétrique de l'hôpital de Sikasso

Pendant notre période d'étude nous avons recensé 3404 accouchements.

Parmi ces accouchées 195 ont concerné les adolescentes et 266 étaient des femmes âgées de 20 à 34ans primipares. Le khi2 a été le test statistique utilisé; la valeur de p et le RR nous ont permis de comparer ces deux groupes.

La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était de 5,72%.

Cette fréquence signifie qu'il ya eu 1 cas d'accouchement d'adolescente pour chaque 17 accouchement faits dans le service.

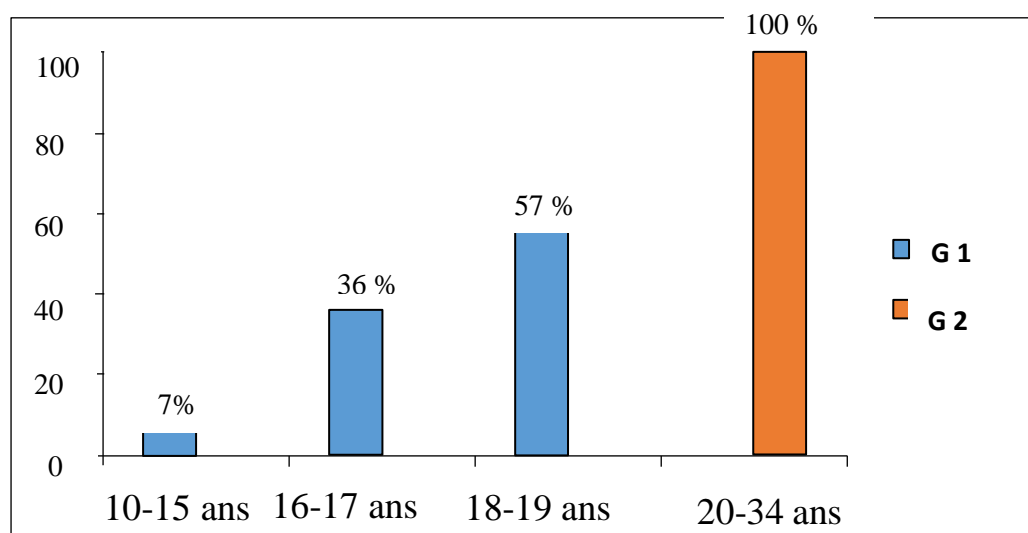


Figure 8: Répartition des participantes selon l'âge

5.2. Profil des adolescentes ayant accouché dans le service de Gynéco-obstétrique

Tableau VI: Répartition en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Non scolarisée	51	26	149	56	0,46	p<0,001	[0,36-0,6]
Primaire	57	29	10	4	7,77	p<10⁻³	[4,07-14,8]
Secondaire	85	44	86	32	1,3	p<0,025	[1,06-1,7]
Supérieur	1	1	15	6	0,09	p<0,005	[0,01-0,68]
Medersa	1	1	6	2	0,22	p<0,25	[1,06-1,7]
Total	195	100	266	100			

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la profession

PROFESSION	Groupe1		Groupe2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
Femme au foyer	106	54,35	144	54,13	1,04	p<0,97	[0,84-1,19]
Aide-ménagère	8	4,10	6	2,25	1,8	p<0,50	[0,6-5,15]
Élève	76	39	47	17,7	2,2	p<0,001	[1,61-3,01]
Étudiante	2	1,02	16	6,01	0,17	p<0,01	[0,04-0,73]
Vendeuse	1	0,51	8	3,00	0,17	p<0,1	[0,02-1,35]
Couturière	2	1,02	3	1,13	2,73	p<0,50	[0,2-29,8]
Autres	-	-	42	15,78			
Total	195	100	266	100			

Autres : Non spécifiées

Tableau VIII: Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Mariée	158	81,03	256	96,2	0,84	$p < 10^{-3}$	[0,78-0,90]
Célibataire	37	18,97	10	3,75	5,04	$p < 10^{-3}$	[2,5-9,9]
Total	195	100	266	100			

Tableau IX: Répartition en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Venu d'elle-même	135	69,23	230	86,5	8	$p < 10^{-3}$	[0,72-0,88]
Référée/évacuée	60	30,76	36	13,5	2,27	$p < 10^{-3}$	[1,57-3,29]
Total	195	100	266	100			

Tableau X : Répartition selon le nombre de CPN réalisée

Nombre de CPN Réalisée	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
1-3	126	64,6	107	40,22	1,6	p<10 ⁻³	[1,34-1,92]
≥ 4	48	24,6	149	56,01	1,16	p<0,50	[0,83-1,64]
0	21	10,8	10	3,77	2,86	p<0,005	[1,38-5,94]
Total	195	100	266	100			

Tableau XI: Répartition selon les raisons de la non réalisation des CPN

Raison de zéro CPN	Groupe1		Groupe2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
Manque de moyen financier	19	90,47	10	90,90	2,59	p<0,01	[1,23-5,44]
Par peur	2	9,53	1	9,1	1,16	p<0,50	[0,83-1,64]
Total	21	100	11	100			

Tableau XII: Répartition selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Diabète	0	0	1	0,38			
VIH positif	0	0	2	0,75			
Autres	1	0,5	0	0			
Absence d'antécédants	194	99,5	263	98,87	1	p<0,50	[0,99-1,02]
Total	195	100	266	100			

Autres non spécifiées:

Tableau XIII: Répartition des participantes à l'étude selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Laparotomie (pour GEU)	1	0,51	2	0,75	0,68	p<0,9	[0,06-7,46]
Absence d'ATCD	194	99,49	264	99,25	1,002	p<0,9	[0,98-1,01]
Total	195	100	266	100			

Tableau XIV: Répartition en fonction de la gestité

Gestité	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Primigeste	194	99,5	262	98,5	1,01	p<0,5	[0,99-1,02]
Multigeste	1	0	4	1,5	1,002	p<0,9	[0,03-3,02]
Total	195	100	266	100			

Tableau XV: Répartition selon l'antécédent d'avortements

Avortement	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
OUI	6	3,07	6	2,25	1,3	p<0,7	[0,44-4,1]
NON	189	96,93	260	97,75	0,99	p<0,9	[0,9-1,02]
Total	195	100	266	100			

Tableau XVI: Répartition selon le contexte de survenue de la grossesse

Grossess Désirée	Groupe1		Groupe2		<i>RR</i>	<i>p</i>	<i>IC</i>
	N	%	N	%			
OUI	187	95,9	266	100	0,95	p<0,7	[0,93-0,98]
NON	8	4,1	-	-			
Total	195	100	266	100			

5.3. Facteurs pronostiques

Tableau XVII: Répartition en fonction de l'arrivée à terme de la grossesse

TERME	Groupe1		Groupe2		<i>RR</i>	<i>p</i>	<i>IC</i>
	N	%	N	%			
A terme	184	94,35	258	97	0,97	p<0,2	[0,92-1,01]
Avant terme	11	5,65	8	3	1,87	p<0,2	[0,76-4,57]
Total	195	100	266	100			

Tableau XVIII: Répartition selon la présence de l'élévation de la pression artérielle (HTA)

HTA	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
OUI	21	11	12	5	2,38	p<0,25	[1,20-4,73]
NON	174	89	254	96	0,9	p<0,01	[0,88-0,98]
Total	195	100	266	100			

Tableau XIX : Répartition selon la présence de crises éclamptiques

Crises Éclamptiquee	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
OUI	20	10,76	8	3	3,4	p<0,005	[0,87-0,97]
NON	175	89,24	258	97	0,92	p<0,005	[0,88-0,98]
Total	1	100	266	100			

Tableau XX: Répartition en fonction du bruit du cœur fœtal

Bruit du cœur fœtal	Groupe1		Groupe2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
absent	9	4,6	10	3,7	1,2	p<0,7	[0,5-2,9]
< 120bts	6	3,0	4	1,5	2,04	p<0,7	[0,5-7,1]
120-160bts	178	91,2	250	93,9	0,9	p<0,5	[0,9-1,0]
>160 bts	2	1,02	2	0,7	1,3	p<0,7	[0,1-9,6]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXI: Répartition selon la nature de bassin

Nature du Bassin	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Normal	177	90,8	258	97	0,93	p<0,005	[0,89-0,98]
Asymétrique	1	0,5	1	0,4	1,3	p<0,9	[0,08-21]
BGR	11	5,6	5	1,9	3	p<0,05	[1,06-8,49]
Bassin immature	4	2,1	1	0,4	5,4	p<0,10	[0,6-48,4]
Bassin limite	2	1	1	0,4	2,7	p<0,5	[0,24-29,8]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXII : Répartition en fonction de la voie d'accouchement

Voie	Groupe1		Groupe2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
Voie basse	131	67,2	211	79,3	0,8	p<0,005	[0,75-0,95]
Césarienne	64	32,8	55	20,7	1,5	p<0,005	[1,16-2,16]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXIII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1ère minute et à la 5^{ème} minute

	Groupe 1		Groupe 2		<i>RR</i>	<i>p</i>	<i>IC</i>
	N	%	N	%			
Apgar à la 1ère Minute							
0 sur 10	9	4,6	10	3,8	1,2	p<0,7	[0,50-2,96]
1-3 sur 10	1	0,5	2	0,7	0,68	p<0,9	[0,06-7,4]
4-7 sur 10	5	2,6	7	2,7	0,9	p<0,9	[0,31-3,02]
8-10 sur 10	180	92,3	247	92,8	0,99	p<0,9	[0,9-1,04]
Total	195	100	266	100			
Apgar à la 5^{ème} minute							
0 sur 10	9	4,6	10	3,8	1,2	p<0,7	[0,50-2,96]
1-3 sur 10	1	0,5	2	1,5	1,7	p<0,9	[0,06-7,4]
4-7 sur 10	3	1,6	5	3,0	0,8	p<0,9	[0,1-3,3]
8-10 sur 10	182	93,3	249	91,7	0,9	p<0,9	[0,9-1,0]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
<2500g	35	17,9	33	12,4	1,4	p<0,10	[0,93-2,24]
2500-3999g	157	80,5	233	87,6	0,9	p<0,05	[0,8-0,99]
≥4000g	3	1,5	-	-			
Total	195	100	266	100			

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon leur transfert à la néonatalogie

Transfert à la néonatalogie	Groupe 1		Groupe 2		RR	p	IC
	N	%	N	%			
OUI	80	41,02	53	19,92	2,05	p<0,001	[1,53-2,76]
NON	115	59,98	213	80,08	0,7	p<0,001	[0,64-0,84]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon les raisons du transfert

Raisons du transfert à la Néonatalogie	N		%		RR	P	IC
	N	%	N	%			
Hypotrophie	35	43,7	33	62	1,4	p<0,10	[0,93-2,24]
Prématurité	11	13,7	3	6	5,0	p<0,01	[1,41-7,68]
Souffrance néonatale	13	16,3	1	2	11,0	p<0,05	[1,4-83,7]
Macrosomie	-	-	1	2			
Mère diabétique	-	-	1	2			
Mère hypertendue	21	26,3	12	22	1,3	p<0,5	[0,7-2,29]
Mère VIH positive	-	-	2	4			
Total	80	100	53	100			

en néonatalogie

Tableau XXVIII: Répartition des nouveau-nés selon le pronostic périnatal

pronostic fœtal	Groupe 1		Groupe 2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
Mort-né	9	4,6	10	3,7	1,2	p<0,7	[0,5-2,96]
Décès périnatal	-	-	2	0,8			
Vivant	187	95,4	257	96,6	0,99	p<0,7	[0,9-1,03]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXIX: Répartition des mères selon leur devenir

Décès maternel	Groupe 1		Groupe 2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
OUI	2	1,02	2	0,8	1,3	p<0,9	[0,19-9,6]
NON	193	98,98	264	99,2	0,99	p<0,9	[0,98-1,01]
Total	195	100	266	100			

Tableau XXX: Répartition en fonction des causes du décès maternel

Causes de décès maternel	Groupe 1		Groupe 2		RR	P	IC
	N	%	N	%			
Hémorragie du post partum	1	50	1	50	1,3	p<0,9	[0,08-21,67]
HTA	1	50	1	50	1,3	p<0,9	[0,08-21,67]
Total	2	100	2	100			

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1. Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes

Pendant notre période d'étude nous avons recensé 3404 accouchements parmi lesquels 195 ont concerné les adolescentes. La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était de 5,72%.

Ce résultat était supérieur à celui de Hamada H. et al au Maroc [17] qui ont trouvé une fréquence de 2,6 %. Par contre il était inférieur à celui retrouvé par **Sanogo M.S.** [3] qui a trouvé 12,11% en 2009 au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. Ces différences concordent avec les données de la littérature.

Auteurs	Années	Pays	Fréquence
Hamada H. et <i>al.</i> [17]	2004	Maroc	2,6%
Sanogo M. S. [3]	2009	Mali	12,11%
Tebeur P.M [18]	2005	Cameroun	26,6%
Diarra E [4]	2016	Mali	9,5%
Notre etude	2020	Mali	5,72%

La fréquence varie d'un pays à un autre et d'une année à une autre (confère tableau ci-dessus). Toutes les études antérieures concernant l'accouchement chez les adolescentes au Mali ont eu lieu dans des structures de santé. Nous n'avons pas eu de données de la population concernant le dit phénomène.

6.2 PROFIL DES ADOLESCENTES AYANT ACCOUCHE DANS LE SERVICE

La tranche d'âge 18-19 ans est la plus représentée avec 57%. Ce résultat est comparable à celui de Drabo. A [19] dans la commune 2 du district de Bamako qui a trouvé dans son étude la prédominance de la tranche d'âge 16- 19 ans avec 92,4%.

Hamada H. *et al* [17] et Ndiaye O [20] au Sénégal ont retrouvé respectivement des moyennes d'âge de 17 ans et 4 mois et $17,7 \pm 1,2$ ans. Ce résultat pouvait s'expliquer par le fait que la jeune fille s'initie à la sexualité rarement avant 17ans. Les adolescentes de **niveau secondaire** de scolarisation étaient les plus représentées avec 44%. Ce résultat corrobore celui de **Luhete P.K *et al* [21]** au Congo RDC avec 79,1% de niveau secondaire.

En Afrique la grossesse chez les adolescentes scolarisées n'est pas étrange ; L'UNFPA confirme cet état de fait au Sénégal [22] et au Burundi [23] avec des fréquences élevées dans le milieu scolaire. Cependant ce résultat était opposé à celui de Faucher [24] en France métropolitaine qui a observé dans son étude que 45,2 % d'adolescentes enceintes étaient non scolarisées.

D'autres auteurs avaient fait le lien entre la contraction de la grossesse à l'adolescence et le faible niveau de scolarisation :

Combes [25], à la REUNION avec 47 % d'adolescentes **non scolarisées**.

The Allan Guttmacher Institute [26] aux États-Unis a retrouvé que les adolescentes scolarisées moins de 12 ans avaient 6 fois plus de risque de devenir mère avant 18 ans.

Ces différences pouvaient s'expliquer par les lieux, les années d'études, les échantillons étudiés mais aussi par la différence des réalités socioculturelles et religieuse

Les femmes au foyer ont été les plus fréquentes (54%) et 80% des adolescentes dans notre étude étaient mariées. Ce résultat s'est rapproché de près à celui de **Drabo. A [19]** avec 54,9% de femme au foyer et 73,6% d'adolescentes mariées. Egalement notre taux était très proche de celui de **Luhete P.K et al [21]** au Congo RDC où 81,4% d'adolescentes étaient mariées.

Ces taux élevés s'expliqueraient par le mariage précoce qui était vécu comme normal dans la région de Sikasso. Les adolescentes célibataires avaient **5 fois** plus de risque de tomber enceinte par rapport aux adultes célibataires ($p < 10^{-3}$; RR=5,04 ; IC : 2,5-9,9).

Le nombre de CPN réalisé compris entre **1-3** était de 64,6% chez les adolescentes contre 40% chez les adultes ce qui présage une insuffisance de suivi des grossesses en général. Les adolescentes avaient 2,86 fois plus de risque de manquer des suivis pendant la grossesse que les adultes pour faute de moyens économique ($p < 0,005$; RR=2,86 ; IC : 1,38-5,94). Ce résultat réconforte celui de **Luhete P.K et al [21]** avec 31,8% des grossesses non suivies chez les accouchées adolescentes versus 20,5% chez les accouchées adultes avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$). Notre constat rejoint tout de même d'autres études qui ont objectivé le mauvais ou manque de suivi prénatal des adolescentes [26-29].

Les adolescentes avaient **2 fois** plus de risque d'être admises au service par suite de **référence/évacuation** des autres centres de santé de niveau inférieur par rapport aux adultes ($p < 10^{-3}$; RR= 2,27 ; IC : 1,57-3,29).

Ce mode d'admission par suite de référence/évacuation peut s'expliquer par la fréquence des complications qui miment les grossesses chez les adolescentes.

6.3 PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL

Le **risque d'avortement** était 1,3 fois plus élevé chez les adolescentes que chez les adultes ($p < 0,7$; RR= **1,3** ; IC : 0,44-4,1). **Drabo. A [19]** a retrouvé le même constat ($P=10^{-7}$). Par contre chez **Ndiaye. O [20]** les antécédents d'avortement étaient plus fréquents chez les adultes (3 contre 20 % ; $p < 0,01$).

Ces avortements pouvaient s'expliquer par l'insuffisance voire le manque de suivi de ces grossesses mais aussi par l'insuffisance de l'éducation sexuelle et d'information sur la santé mère-enfant.

Il ressort de cette étude que la majorité des grossesses chez les adolescentes étaient **désirées** à 95,9%. Ce taux s'expliquerait du fait qu'elles sont survenues majoritairement dans un contexte de mariage. Cependant une proportion non négligeable (4,1% versus 0%) reste non désirée. Ces grossesses non désirées seraient certainement dues à la non pratique de la contraception et ou même au refus ou à la méconnaissance.

Les **accouchements prématurés** étaient **1,87fois plus élevés** chez les adolescentes que chez les adultes ($p < 0,2$; RR= **1,87** ; CI : 0,76-4,57). Ce résultat rejoint l'étude de **Kawakita et al [30]** en 2016 qui ont trouvé également un risque augmenté d'accouchement avant 37 SA chez les filles ayant 15.9 ans et moins (OR=1.36 ; CI : 1.14–1.62), et un peu moins élevé mais quand-même statistiquement significatif chez celles âgées de 16-19.9 ans (OR=1.16 ; CI : 1.08–1.25). Notre étude est en conformité avec celle d'**Alouini. S [31]** qui a trouvé que l'accouchement prématuré était statistiquement plus fréquent chez les adolescentes par rapport aux témoins ($p=0,018$).

H. Hamada [17] n'avait pas trouvé de différence entre les deux groupes. Le manque de suivi associé souvent aux conditions socio-économiques défavorables (travaux domestiques comme champêtre dans un contexte rural) pouvaient exposer les parturientes à la prématurité et toutes les conséquences qui s'ensuivent.

L'HTA était 2,38 fois plus fréquente chez les adolescentes comparées aux adultes 11% contre 5% ($p < 0,25$; RR=2,38 ; CI : 1,20-4,73). Ce résultat rejoint celui de **Ndiaye O et al [20]** à Dakar qui ont trouvé un taux de 6,2 % contre 2 % ; $p = 0,01$. D'autres auteurs [32] [33] ont décrit un risque plus accru à l'HTA chez l'adolescentes enceinte de moins de 15 ans.

L'hypertension pouvait s'expliquer d'une part par l'immaturité biologique et endocrinienne de l'organisme mais d'autre part souvent par le stress tout au long de la grossesse surtout dans un contexte de primiparité, la consommation abusive de sel et souvent par la sédentarité. Les adolescentes avaient **3,4fois** le risque de faire une crise éclamptique que les adultes ($p < 0,005$; RR= 3,4 ; CI : 0,87-0,97). Ce résultat rejoint celui de **Luhete P.K et al [21]** qui a trouvé qu'une mère adolescente présente 4fois plus de risque de faire l'éclampsie en péripartum qu'une mère adulte (OR ajusté=4,4 (1,3-14,5).

Les bassins normaux dominaient dans les deux groupes avec des proportions statistiquement non significative 90,8% chez les adolescentes et 97% chez les adultes. Ce résultat pouvait s'expliquer par la prédominance de la tranche d'âge 18- 19 ans dans notre série. Concernant les autres anomalies du bassin notamment le BGR ($p < 0,05$; RR: 3 ; IC : 1,06-8,49), bassin immature ($p < 0,10$; RR: 5,4 ; IC : 0,6- 48,4), et bassin limite ($p < 0,5$; RR: 2,7 ; IC : 0,24-29,8) les adolescentes avaient respectivement **3fois** ; **5,4fois** et **2,7fois** plus de risque que les adultes.

Chez l'adolescente, le bassin croit plus lentement et progressivement jusqu'à l'âge avancé. Les formes matures de bassin son acquises à partir de 16ans. Elle ne finit définitivement sa configuration que vers la 25^{ème} année [9]. Cette immaturité du bassin est responsable des anomalies du bassin (bassin limite, bassin généralement rétréci) chez l'adolescente.

Les adolescentes avaient accouché par voie basse (67,2% versus 79,3% chez les adultes). Ces proportions étaient différentes mais pas statistiquement significatives. Ce résultat était proche de celui d'**Alouini S. [31]** qui a trouvé 87,27% contre 87,27 %. Le taux de césarienne était **2fois** plus élevé chez les adolescents que chez les adultes ($p < 0,005$; RR: **2,7** ; IC : 1,16-2,16). Ce résultat corrobore celui de **Luhete P.K et al [21]** où la césarienne était le mode d'accouchement chez 11,4% d'adolescentes contre 7,4% (OR ajusté=1,9 (1,1-3,1) mais également avec l'étude de **Ndiaye O. [20]** au Sénégal où l'accouchement par césarienne était 5fois plus pratiqué chez les adolescentes que chez les adultes (7,2 contre 1,5 % ; $p = 0,0007$). Notre résultat était différent de celui de **Soula [34]** en France qui n'a pas trouvé de différence entre les deux groupes avec 11% et 10,5% chez les témoins, ceux ci pouvait s'expliquer par des critères de limites d'âge (adolescentes moins 15 ans et témoins 18 ans et plus) . Le **décès maternel** était également **1,3fois** plus élevé chez les adolescentes que chez les adultes ($p < 0,90$; RR : **1,3** ; IC : 0,19-9,6). Certains auteurs n'avaient pas retrouvé de différence de taux de décès maternel statistiquement significative entre les adolescentes et les adultes ($p > 0,05$) [**21, 35, 36**].

L'hémorragie du postpartum et l'HTA ont été les deux causes de décès maternels et étaient **1,3fois** plus élevées chez les adolescentes que chez les adultes ($p < 0,90$; RR : **1,3** ; IC : 0,08-21,67). Le risque d'avoir les BDCF absents était **3,7fois** plus élève chez les adolescentes que chez les adultes.

Les adolescentes avaient 1,2 fois plus de malchance d'accoucher de mort-nés par rapport aux adultes ($p < 0,7$; RR : **1,2** ; IC : 0,5-2,96).

A la 5ème minute les nouveau-nés issus de grossesse d'adolescentes avaient **1,7 fois** plus la malchance de bénéficier de soins urgents par rapport au nouveau-nés issus de grossesse chez les adultes ($p < 0,9$; RR : 1,7 ; IC : 0,06-7,4).

C'est le même constat chez **N Diaye. O [20]** au Sénégal avec 28 % des cas contre 16 % pour les témoins ($p = 0,04$). **Luhete P.K et al [21]** n'avaient pas trouvé de différence entre les deux groupes.

Le faible poids de naissance avait concerné (Poids <2500g) **1,4fois** les nouveau-nés issus de grossesse adolescente par rapport à ceux issus de grossesses chez les adultes ($p < 0,10$; RR : 1,4 ; IC : 0,93-2,24). Notre résultat est proche de **Luhete P.K et al [21]** qui avaient trouvé que la malchance que présentait ces mères adolescentes d'accoucher un FPN est de 2 fois comparés aux mères adultes (19,6 contre 10,7% ; OR ajusté=2,0 (1,3-3,0)). Ces auteurs [20-21] ont trouvé aussi comme nous que les nouveau-nés issus de grossesse d'adolescentes étaient plus concernés par le faible poids de naissance.

Les nouveau-nés de mères adolescentes avaient respectivement **1,4fois**, **5fois**, **11fois** plus de malchance d'être **hypotrophe**, **prématuré** et de présenter une **souffrance néonatale** que ceux de mères adultes. Concernant la mort périnatale, nous n'avons pas enregistré de décès chez les enfants des mères adolescentes mais par contre 0,8% chez ceux de mère adultes. Ce résultat s'oppose à celui de **Luhete P.K et al [21]** chez qui la malchance de décès périnatal était de deux fois élevée en défaveur des enfants nés des mères âgées de moins de 20 ans (OR=2,0 (1,1-3,7)).

VII. CONCLUSION

La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes est toujours élevée soit 5,72%. La grossesse expose les adolescentes à des complications souvent très redoutables comme l'hypertension artérielle, les crises éclamptiques, l'hémorragie du post partum, la prématurité, la césarienne et plus grave à la mortalité maternelle et périnatale. Un bon suivi pourrait éviter et réduire considérablement ces complications. Le renforcement de l'éducation sexuelle et l'éviction de mariages précoces contribueront à prévenir ce fléau aux conséquences tragiques qui demeure un problème de santé publique.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons quelques recommandations

A l'endroit :

Des Autorités administratives, civiles et décideurs

- Offrir davantage des opportunités d'éducation sexuelle formelle et non formelle aux adolescentes
- Rendre les CPN gratuites pour les adolescentes.

De la population

- Eviter les mariages avant l'âge de 18 ans
- Accompagner et inciter les adolescentes à faire les CPN dès le premier trimestre de la grossesse

Des agents de Santé

- Informer et sensibiliser la population sur les conséquences des grossesses et l'accouchement chez l'adolescente.
- Sensibiliser la population sur les risques de l'avortement à risque
- Sensibiliser davantage la population sur les avantages de la CPN
- Faire la promotion de la planification familiale.

IX. REFERENCES

- [1] **OMS.** La grossesse chez les adolescentes [en ligne], juin 2009. Vol 87, pp405-484 [Consulté le 17 Novembre 2019] Disponible à l'adresse : (www.who.int/about/privacy/fr/).
- [2] **OMS.** La grossesse chez les adolescentes [en ligne], 31 janvier 2020. [Consulté le 23 Septembre 2020] Disponible à l'adresse: (www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy).
- [3] **Sanogo M S.** L'accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la commune VI de Bamako. Thèse Med. Bamako 2012, N°45
- [4] **Diarra E.** Accouchement chez les adolescentes : Pronostic materno-fœtal au Csref de la CV de Bamako. Thèse Med. Bamako 2016.
- [5] **Huerre P.** L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de psychologie 2005/5 numéro 479 pages 521-534. Disponible à l'adresse : https://BUPSY_479_0521.pdf.
- [6] **OMS.** Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent [en ligne] OMS 2019 [Consulté le 16 Décembre 2019] Disponible à l'adresse : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
- [7] **UNICEF.** La situation des enfants dans le monde. Rapport Février 2011. New York, Etats-Unis, unicef ISBN : 978-92-806-4558-3 [Consulté le 14 Décembre 2019] Disponible à l'adresse : www.unicef.org pdf.
- [8] **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.
- [9] **Ruf H et al.** Dystocie osseuse. *Encycl Med Chir- Obstétrique.* 1987; 50-50A16.
- [10] **Caldwell WE Moloy HC,** *Am J Obstet Gynecol* 1933; 26:

479

[11] **Bondiagina V.** Précis d'obstétrique. Edition Mir : 243 – 244

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

[13] **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.

[14] Network Family health international volume 20, N° 3 2000.

[15] **Campus de Pédiatrie** - Collège National des Pédiatres Universitaires (CNPU). Prise en charge du nouveau-né. [En ligne] 01-12-2014 [consulté le 17-12-2019] Disponible à l'adresse:

http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/nouveau_ne/site/html/4.html Cours.

[16] **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.

[17] **Hamada H et al.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil à propos de 311 cas à la maternité des Orangers, Rabat, Maroc. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° 7 - Novembre 2004 pp. 607-614

[18] **Tebeur P. M. Kouanl. Obama Am.T., Wamba T.R, Ngassa P., Kamdom Moyo J., Doh A.S.** Quel serait l'âge de la Parité précoce chez les adolescentes au Cameroun ? 5 années d'expériences, CHU-Yaoundé (Cameroun) Med Afrique N 2002 ; 49 (10) : 417-424

[19] **Drabo A.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de

santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med. Bamako 2012, N° 15M85.

[20] **Ndiaye O. et al.** Risques obstétricaux et néonataux associés à l'accouchement des adolescentes. Service de pédiatrie centre hospitalo-universitaire de Dakar, Sénégal ; service de gynéco-obstétrique centre hospitalo-universitaire de Dakar, Sénégal. Arch Pédiatr 2002 ; 8 : 874-5

[21] **Luhete P.K et al.** Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. The Pan African Medical Journal. 2017 ;26 :182

[22] **UNFPA.** Etude sur les grossesses précoces en milieu scolaire au Sénégal. Rapport Juin 2015, 115 p.

[23] **UNFPA.** Etude sur les grossesses en milieu scolaire au Burundi. Rapport 2013, 65 p.

[24] **Faucher et al.** Maternité précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; MAI 2014 Vol 43, N° 5 page 351-360

[25] **Combes JC, Reynaud B.** Adolescence et maternité à la Réunion. Rev de Ped 1988; 24: 261-4.

[26] **The Allan Guttmacher Institute.** Into a new world: young women's sexual and reproductive lives. New York : The institute ; 1998.

[27] **Alouinia S et al.** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015 ; 44 (5) : 443-450

[28] **Debras E et al.** Devenir obstétrical et néonatal des grossesses chez

les adolescentes : cohorte de patientes en Seine-Saint-Denis. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2014 ; 42 (9) : 579-584.

[29] **Guiota O et al.** Grossesses évolutives chez les mineures en Guadeloupe : nouvel état des lieux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2013; 42 (4): 372–382.

[30] **Kawakita T.** Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2016, 29(2), 130– 136.

[31] **Alouini S.** Facteurs de risques de la grossesse et du post partum des adolescentes dans le département du Loiret. *Journal de gynécologie et biologie de la reproduction*. Volume 44, Issue5, Mai 2015, Pages 443-450.

[32] **Marceli D., Alvin P.** Grossesse et adolescence, Actes du colloque, 2ème journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, édition F.I.R.E.A., Poitiers, 9 décembre 2000, p. 105-116.

[33] **Seince N., Pharisen I., Uzan M.,** Grossesse et accouchement des adolescentes, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5- 016-D-10, 2008. 6p.

[34] **Soula O.** Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans. Étude de 181 cas en Guyane française. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Vol 35, N° 1- janvier 2006 pp. 53-61.

[35] **Fouelifack FY et al.** Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Mar 17; 14: 102.

[36] **Ayuba II, Gani O.** Outcome of teenage pregnancy in the Niger delta of Nigeria. *Ethiop J Health Sci*. 2012; 22(1): 45-50.

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION

Q1: Nom:

Prénom:

Résidence:

Q2: Age en année

1= 10-15ans

2=16-17ans

3=18-19ans

4= 20-34 ans

Q3: Niveau d'instruction

1-primaire

2-secondaire

3-medersa

4-non scolarisée

5-

supérieur

Q4: Profession

1-Ménagère

2-Aide-ménagère

3-Elève

4-Etudiante

5- Vendeuse

6-couturière

7-Autres à préciser

Q5: Statut matrimonial

1-Mariée

2-Célibataire

3-Divorcée

4- Veuve

Q6: Mode d'admission

1-Venue d'elle-même

2-Référée

Q7: Hospitalisation

1-Oui 2-Non

Q8: procréateur Connu

1-Oui 2-Non

II. LES ANTECEDENTS

Q9: ATCD Médicaux

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

VIH positif

6- Autres à préciser

Si HTA ou drépanocytose préciser respectivement le type, la classe et la forme

Q10: ATCD Chirurgicaux

1-Laparotomie (GEU) 2-aucun

Q11: Fracture du bassin

1-Oui 2-Non

Q12: ATCD Gynécologiques

1- Ménarche : a) inconnue b) < 12 ans c) :12-16
ans

2-pratiquez-vous une méthode contraceptive?

a .Oui b .Non

Q13: ATCD Obstétricaux

a-Gestité

a primigeste

b-Parité

b- Primipare

c-Avortement

c1-Oui

c2-Non

III. HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q14: La grossesse actuelle est-elle désirée?

1-Oui

2-Non

Q15: Nombre de CPN réalisée

1=1-3 CPN

2= \geq 4

3= néant

4- si non, donner la raison:

a :par manque de moyen économique,

b :par peur ,

c : grossesse non désirée ,

d : conflit ,

e : autre à préciser

Q16: Terme

1 à Terme : 2 : avant terme 3 : post terme

IV. EXAMEN A L'ADMISSION

EXAMEN GENERAL

Q17: Conjonctives

1-Colorées

2- Moyennement colorées

3- pâles

Q18: présence de crise éclamptiques

1-Oui

2-Non

Q19: Présence d'hypertension artérielle

1 oui

2 non

EXAMEN OBSTETRICAL

Q20: Hauteur utérine

1HU : < 32cm

2HU : 32-35cm

3HU : $\geq 36\text{cm}$

Q21 Bruit du cœur fœtal (BDCF)

1 : BDCF absents

2 : BDCF INFÉRIEUR A 120

3 : BDCF ENTRE 120-160

4: BDCF Supérieur à 160

Q22: Notion de contractions utérines

1-Oui

2-Non

Q23: Notion d'hémorragie

1-Oui

2-Non

Q24: Etat du col:

1-modifié

2-non modifié

Q25: Etat de la poche des eaux

1-rompue

2-intacte

Q26: si la poche des eaux rompue, préciser l'aspect

1-clair

2-verdâtre

3-rouge

4-chocolat

5-jaune

6-autres à préciser

Q27: Type de présentation

1-céphalique

2- siège

3-autre autres à précise

Q28: nature du bassin

1-normal

2-asymétrique

3-BGR

4-autres à

préciser

5-bassin immature

6-bassin limite

V. MODE D'ACCOUCHEMENT

Q29: Voie d'accouchement

1-voie basse

2-césarienne

Q30: Type d'accouchement

a. Unique

b. multiple

Q31 : Si voie basse a : accouchement normal

b : accouchement par

ventouse

c: Autres à préciser

Q32: si césarienne:

1. Gestes associés:

- a : Ligature b : Hystérectomie c : Laparotomie pour
hystérorraphie d : autres à préciser.....
e-aucun

Q33: COMPLICATIONS TRAUMATIQUES

- 1-déchirure vulvo-vaginales 2-déchirure vaginales 3-
rupture utérine
4-déchirure du col 5-accidents urinaires 6-relâchement
symphysaire 7-autres à préciser 8-aucune

VI. DELIVRANCE

Q 34 COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE (hémorragie de la
délivrance)

- 1:Rétention placentaire 2 : Atonie 3 : coagulopathie ,
4 : inversion utérine 5-aucune

VII. PRONOSTIC PERINAL

Q35 : Apgar à la naissance

1 : 1^{ère} minute

- a: 0/10 b: 1-3 /10 c : 4-7/10 d : 8-10/10

2 : 5^{ème} minute a 0/10 b : 1-4/10 c : 4-7/10

d) 8-10/10

Q36: Poids du nouveau_né à la naissance

- 1 : < 2500g 2 : 2500-3999g 3: ≥4000g

Q37: Sexe de l'enfant

1 : Masculin

2 : Féminin

Q38 : Référé à la néonatalogie 1-Oui 2-Non

Q39: Si Oui, motif:

1-Hypotrophie

2 –Prématuré

3-Souffrance néonatale

4-macrosomie

5-dépassement de terme

6-Mère diabétique

7-mère drépanocytaire 8-Mère hypertendue 9-Mère VIH positive 10-

Autres à préciser

Q40: Pronostic périnal

1-mort-né

2-décès périnatal

3-vivant

Q41 Cause de décès

1-malformation

2- prématurité

3- autres à préciser

LE PRONOSTIC MATERNEL

Q42: Morbidité

1-Hystérectomie

2-Ligature des trompes

3-Fistule vésico-

vaginale

4-Déchirure périnéale

5-Déchirure du col

6-Relâchement

symphysaire

7-Autres à préciser 8-aucune

Q43 Décès maternel

1-Oui 2

-Non

Q44 Si Oui cause 1-hémorragie du postpartum 2- HTA 3-Autres à

préciser

FICHE SIGNALETIQUE

Prénom : Aïssata

Nom : GUINDO

Titre : Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso.

Année académique : 2019-2020 **Nationalité :** Malienne **Ville de Soutenance**
: Bamako **Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique, santé publique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Résumé :

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 01 janvier 2017 au 31 Décembre 2018 étudiant le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de gynéco-obstétrique à l'hôpital de Sikasso. 195 adolescentes âgées de 10 à 19 ans ont été comparées à 266 femmes âgées de 20ans à 34 ans primipares. Nous avons trouvé une fréquence d'accouchement chez les adolescentes de 5,72%. Les adolescentes étaient mariées (80%), d'âges compris majoritairement entre 18-19 ans. L'insuffisance de suivi de la grossesse était **2fois** plus accentuée chez les adolescentes que chez les adultes, de même le risque d'avortement était **1,3** fois plus élevé chez les adolescentes. Les adolescentes étaient **1,87fois** plus concernées par les accouchements prématurés, **2,38fois** de plus par l'HTA et **3fois** de plus par les crises éclamptiques que les adultes ; de même que les anomalies du bassin comme le BGR, le bassin limite et le bassin immature à respectivement **3 fois; 2,7fois** et **5,4** fois de plus que chez les adultes. Le risque de césarienne était de **2fois** plus élevé chez les adolescentes que chez les adultes aussi bien que le risque de décès maternel à **1,3fois** de plus que chez les adultes. Les mères adolescentes avaient **1,4** fois plus de malchance d'accoucher un FPN que les mères adultes.

Les nouveau-nés de mères adolescentes avaient respectivement **1,4**fois, **5**fois, **11**fois plus de malchance d'être hypotrophe, prématuré et de présenter une souffrance néonatale que ceux de mères adultes.

Mots clés : Adolescentes, accouchement, pronostic maternel et perinatal, risque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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