

Ministère des Enseignements Secondaires;  
Supérieurs et de la Recherche Scientifique

République du Mali  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



ANNEE UNIVERSITAIRE: 2008-2009



N° 287/

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES  
ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTÉ  
DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE VI  
D'OCTOBRE 2006 À MAI 2007

## THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le ...04../...04.../2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie

Par

Monsieur Moussa Mamadou SANOGO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

### Jury

**PRESIDENT :**

**Professeur Sy Assitan SOW**

**MEMBRES :**

**Docteur Sylvain KEITA**

**CODIRECTEUR :**

**Docteur Boubacar TRAORE**

**DIRECTEUR DE THESE :**

**Docteur Moustaph TOURE**

**FACULTÉ DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR  
 1<sup>er</sup> ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES  
 2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES  
 SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR  
 AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, <b>Chef de D.E.R</b>
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**2. MAITRES DE CONFERENCES**

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Fillifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssef COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophthalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de DER</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITE  
Mr Arouna TOGORA  
Mme KAYA Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURE  
Mr Idrissa A. CISSE  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATE  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Cheick Oumar GUINTO  
Mr Mahamadoun GUINDO  
Mr Ousmane FAYE  
Mr Yacouba TOLOBA  
Mme Fatoumata DICKO  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA  
Mr Modibo SISSOKO  
Mr Ilo Bella DIALLO  
Mr Mahamadou DIALLO

Dermatologie  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine Interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-entérologie  
Hépatogastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Neurologie  
Radiologie  
Dermatologie  
Pneumo-phthisiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Neurologie  
Psychiatrie  
Cardiologie  
Radiologie

### D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE  
Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**  
Pharmacie Chimique  
Pharmacologie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE  
Mr Ababacar I. MAIGA  
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales  
Galénique  
Chimie Analytique  
Toxicologie  
Pharmacognosie

#### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE  
Mr Saïbou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA  
Mr Yaya COULIBALY  
Mr Abdoulaye DJIMDE  
Mr Sékou BAH  
Loséni BENGALY

Galénique  
Législation  
Parasitologie Moléculaire  
Législation  
Microbiologie-Immunologie  
Pharmacologie  
Pharmacie Hospitalière

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

### 2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

### 3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

## ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

# DEDICACE ET REMERCIEMENTS

## DEDICACE

Je dédie ce travail à :

- Mon père Mamadou SANOGO, homme intègre qui m'a montré le sens des mots : justice, honneur, bonté et persévérance. Tu es pour moi un père, un ami, un modèle à suivre. Tu m'as donné ta protection, ton affection, tu m'as appris à donner et à recevoir, tu as fait de moi un homme. Ce travail est le fruit de ta sueur. J'espère être et resté digne de toi.

- Ma mère Assetou NIAMBELE, femme au grand cœur, ton amour, ta tendresse, ta disponibilité, ton sens de l'écoute et de la compréhension ont fait de moi un homme épanoui.

- Mes frères et sœurs Abdramane, Korotimi, Mariam et Fauta ; j'espère, en tant qu'aîné répondre à vos attentes. Puisse cette harmonie qui règne entre nous, persister jusqu'à la fin des temps. J'espère que ce travail vous donnera plus de courage dans vos études et vous montrera qu'avec la volonté et le courage on peut arriver à surmonter toutes les épreuves. Gardez la foi en DIEU et persévérez dans vos entreprises.

- Ma femme Minata KABA : le souhait de tout homme est de rencontrer son âme sœur avec qui la vie serait une éternelle symphonie, avec qui les fardeaux seraient moins lourds, les problèmes moins pesant ; je pense bien que mon souhait a été réalisé. Ce travail est aussi le tien.

- Mon fils Bocar SANOGO ; les chemins de la vie sont truffés d'embûches, j'espère être présent pour t'aider à les surmonter. Sache que pour moi tu es un cadeau du ciel car en plus du bonheur que tu me procure tu me donne le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent.



- Mon cousin Feu Bocar GAKOU, répose en paix, que la terre te soit légère.
- Mes amis Iben LAMIZANA, Seydou OUEDRAOGO, Moussa TRAORE, ALDIOUMA SISSOKO, Paulin DRABO, Badian DIARRA, Sékou Tiémoko KONE, Blaise ZAMPALIGRE, Fabrice, Valery, Nestor, Bouba, Ismaël, Hamdi et les autres qui ont toujours été là pour me soutenir dans les moments d'incertitude et de déprime; qui ont partagés mes moments de joie et de bonheur ; qui restent toujours pour moi un soutien indéfectible.
- Ma grand-mère Minata TRAORE et toute la grande famille NIAMBELE, merci pour tout.
- Mes oncles Salif et Dramane TRAORE, vous avez toute ma gratitude et tout mon respect.

## REMERCIEMENTS

### Mes remerciements vont :

- A mes collègues Mountaga KANE, Mariam DIANCOUMBA, Moutaga TOURE, Seydou SIDIBE, Pierre KARAMBIRI, Boubacar DIASSANA, Sekoussala KAREMBEU, Babou TRAORE, Abdouramane KOUNGOULBA, TIMBELY, Souleymane SANOGO, Sidiki SANOGO, Lamine CAMARA, Lamine DEMBELE, Fousseyni MINTA, Sékou SANGARE, Daouda SAMAKE, Robert SOGOBA, Drissa TRAORE ; j'espère que les moments que nous avons passés ensemble ne sont que le début d'une longue collaboration basée sur la confiance, le respect mutuel et l'entre-aide.

-A mes aînés Dr Sinayogo, Dr Mama SY, Dr Sidiki COULIBALY, Dr DIASSANA, Dr COULIBALY, Dr CISSE, Dr BALLO, Dr DICKO merci d'avoir partagés vos expériences avec moi et d'avoir éclairés ma lanterne chaque fois que l'occasion s'est présentée.

-Aux gynécologues obstétriciens et chirurgiens Dr TRAORE Aminata Dr Pierre COULIBALY, Dr Mamadou DIALLO, Dr Mamadou KEITA, Dr Djakaridja KONE, Dr FANE aucun mot ne serait vous témoigner toute ma gratitude, vous avez toujours su corriger nos insuffisances et répondre a nos attentes.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY**

### **Professeur SY Assitan SOW**

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique
- Chef du service de gynécologie obstétrique du C.S.REF.C.II
- Présidente de la société malienne de gynéco-obstétrique(SOMAGO)
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé

Honorable maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre sensibilité, votre abord facile, votre esprit scientifique, votre souci du travail bien fait font de vous un maitre accompli.

Permettez nous de vous appeler très affectueusement **Tantie**

Respectée et respectable, trouvez ici cher maitre l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre considération.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Touré Moustaphe**

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du C.S.REF.C.IV
- Maître Assistant à la FMPOS
- Chevalier de l'ordre national du Mali

Honorable maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre rigueur, votre humilité, votre souci de bien faire, et votre qualité d'enseignement font de vous un homme respectable.

Trouvez ici l'expression de notre sincère remerciement.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

### **Docteur Traoré Boubacar**

- Gynécologue obstétricien
- Médecin Chef du C.S.REF.C.VI
- Trésorier Général de la société malienne de gynéco-obstétrique(SOMAGO)

Cher maitre nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en nous acceptant dans votre service.

A vos cotés nous avons beaucoup appris et nous avons aimés encore plus la gynéco-obstétrique.

Votre disponibilité, votre souci constant du travail bien fait, votre enseignement font de vous un maitre avéré.

Ce travail n'aurait jamais été sans vous, nous vous prions d'accepter toute notre gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur Keita Sylvain**

- MD MSC Epidémiologie
- D.I.U. Epivac
- Médecin au C.S.REF.C.VI

Cher maître, nous vous remercions pour toute la disponibilité et la patience dont vous avez fait preuve durant la lecture de la thèse.

Votre sociabilité, votre souci du travail bien font de vous un bon exemple.

Recevez ici notre plus grande sympathie.

## **SOMMAIRE**

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>Page 1</b>
<b>I-INTRODUCTION .....</b>	<b>Page 2</b>
<b>II-ENONCE DU PROBLEME.....</b>	<b>Page 3</b>
<b>III-OBJECTIFS.....</b>	<b>Page 5</b>
<b>IV-GENERALITES.....</b>	<b>Page 6</b>
<b>V-METHODOLOGIE.....</b>	<b>Page 29</b>
<b>VI-RESULTATS.....</b>	<b>Page 38</b>
<b>VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>Page 62</b>
<b>VIII-CONCLUSION.....</b>	<b>Page 73</b>
<b>IX-RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>Page 74</b>
<b>X-BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>Page 75</b>
<b>XI-ANNEXE .....</b>	<b>Page 80</b>



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- C.S.REF. C.VI : centre de santé de référence de la commune VI
- CPN : consultations prénatales
- IVG: interruption volontaire de la grossesse
- Nné : nouveaux nés
- OGE : organes génitaux externes
- OGI : organes génitaux internes
- OMS : organisation mondiale de la santé
- ORL : oto-rhino-laryngologie
- PEV : programme élargi de vaccination
- SFA : souffrance fœtale aigue

# INTRODUCTION

## I- INTRODUCTION

La vie humaine passe par plusieurs étapes, l'une des étapes les plus importantes est l'adolescence. Selon l'OMS cette adolescence se situe entre 10 et 19ans.

Le mot adolescence vient du verbe Latin « *adolescere* » qui signifie grandir vers (ad : vers, olescere : grandir) [1].

L'entrée dans une vie sexuelle active se traduit parfois chez l'adolescente par une grossesse non désirée sauf dans les cas où cette grossesse relève d'un projet personnel. Ces grossesses chez ces adolescentes entraînent souvent des complications aussi bien chez la mère que chez l'enfant.

Les issues défavorables de ces grossesses et accouchements compliqués sont essentiellement: l'accouchement prématuré, la souffrance fœtale, la naissance d'un enfant de faible poids et de décès du nouveau né.

Outre ce facteur âge, certaines caractéristiques antérieures à la grossesse telles que le désir ou non de grossesse, le statut matrimonial, la parité, l'état nutritionnel et de santé, la qualité du suivi prénatal semblent déterminer le déroulement et l'issue de la grossesse.

# ENONCE DU PROBLEME

## II- ENONCE DU PROBLEME

La poussée hormonale de l'adolescence provoque une déstabilisation de l'équilibre de l'enfance qui a des conséquences sur tout le champ de la personnalité [1].

La précocité des premières relations sexuelles est aujourd'hui une donnée incontournable et la diminution de l'âge du premier rapport sexuel s'est accentué [2].

Le taux de fécondité des adolescentes a augmenté dans certains pays développés comme le Canada (25‰) et les Etats-Unis (53‰), alors que dans d'autres pays tels que la France et la Suisse il reste stable ou en baisse constante à 9,2‰ et 4,6‰ respectivement [3]. Cette fécondité reste élevée dans les pays en voies de développement elle varie entre 38‰ au Sri Lanka à 219‰ au Niger, au Sénégal 103‰ [3]. L'enquête morbidité en Afrique de l'ouest réalisée dans six pays dont le Sénégal a estimé l'incidence de ces complications maternelles sévères à 5,95 pour 100 accouchements [3].

En Afrique subsaharienne et précisément au Mali la situation de la grossesse chez l'adolescente est plus complexe car lorsqu'elle survient au sein d'un ménage, elle constitue un facteur de prospérité. Ce qui explique la fréquence élevée des mariages précoces.

Sur le plan social, la maternité peut avoir des effets préjudiciables non seulement pour la mère qui risque de perdre une chance de poursuivre ses études ou d'améliorer sa situation économique mais aussi pour l'enfant et le père de l'enfant, en particulier s'il s'agit d'un adolescent. Dans certains cas, on a recourt

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

à l'avortement provoqué qui entraîne d'autres risques, surtout si l'intervention doit être clandestine à cause des pressions judiciaires et sociales.

Le pronostic de ces grossesses précoces dépend souvent du suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié, d'une éducation et d'une information de ces futures mères sur les probables risques de la grossesse.

Ainsi, face à cette situation nous nous sommes posé certaines questions :

Quelle serait la fréquence de l'accouchement des adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI entre Octobre 2006 et Mai 2007 ?

Quels sont les pronostics maternel et fœtal ?

C'est dans le but de répondre à toutes ces questions que la présente étude trouve toute sa place vue l'ampleur du phénomène, sa morbidité et l'insuffisance des mesures prises pour améliorer la situation.

# OBJECTIFS

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

### **III- OBJECTIF**

#### **1-Objectif général**

Etudier l'accouchement des adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de Bamako d'Octobre 2006 et Mai 2007.

#### **2-Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement des adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI d'Octobre 2006 et Mai 2007.
- Décrire le profil sociodémographique de ces adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI d'Octobre 2006 et Mai 2007.
- Décrire les caractéristiques cliniques de ces adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI d'Octobre 2006 et Mai 2007.
- Décrire le pronostic materno-fœtal de l'accouchement des adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI d'Octobre 2006 et Mai 2007.



# GENERALITES

## **IV- GENERALITES**

Pour comprendre la physiologie de la grossesse chez l'adolescente ainsi que les facteurs de risques, il convient de rappeler les différents éléments dans l'évolution de la grossesse et de l'accouchement.

### **1-Rappel physiologique et embryologique**

#### **-La fécondation**

La fécondation est réalisée par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mûr, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un œuf diploïde, et déclenche le développement.

#### **-La segmentation**

Les phénomènes de la segmentation suivent immédiatement ceux de la fécondation et se poursuivent pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus.

L'œuf se divise en deux cellules égales puis en quatre et huit blastomères. A partir de ce stade atteint le 4<sup>ème</sup> jour, la division devient inégale. On observe de petites cellules claires, les micromères et de grosses cellules sombres les macromères. Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent dans une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf. Les macromères constituent l'embryon proprement dit.

A ce stade les cellules de l'œuf sont rassemblées en un amas sphérique, la morula. A la périphérie persiste encore la zone pëllucide, légèrement amincie.

La croissance du trophoblaste est rapide, une fente apparaît entre ses cellules et celles de l'embryon, constituant la cavité du blastocyste.

Cette cavité centrale se remplit de liquide. Les macromères forment un amas de cellules, le bouton embryonnaire et se localisent à un pôle de l'œuf.

A ce stade l'œuf arrive dans l'utérus.

### **-Migration**

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé chemine dans la lumière de la trompe, c'est la migration. La progression est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe, qui atteignent leur amplitude maximale après l'ovulation ; accessoirement par les mouvements vibratiles de l'épithélium tubaire et par le courant liquide de la sérosité péritonéale vers la cavité utérine.

Les hormones ovariennes jouent un rôle dans la migration en réglant la contractilité musculaire de la trompe.

### **-Implantation ou nidation**

La nidation est la fixation de l'œuf dans la cavité utérine. Le blastocyste pénètre au sein de la muqueuse utérine progestative

## **Embryologie**

L'œuf humain comme celui de la plupart des mammifères est très pauvre en substances de réserves. Sa vie libre ne peut être que très brève et le placenta doit se former très rapidement. Le développement de l'œuf dépend de la qualité des gamètes et du message héréditaire qu'ils portent.

**-A la fin de la première semaine**, il a commencé son implantation dans la muqueuse utérine. Il est au stade de blastocyste et mesure 150 microns à la périphérie, la couche superficielle se différencie en trophoblaste, futur placenta. A l'intérieur un amas cellulaire forme le bouton embryonnaire qui va se répartir en trois feuillets fondamentaux : ectoblaste, entoblaste et mésoblaste.

**-Au cours de la deuxième semaine**, alors que s'achève la nidation, les cellules du bouton embryonnaire se différencient en deux couches distinctes : une profonde l'entoblaste; une superficielle située à proximité du trophoblaste, l'ectoblaste. Ces deux feuillets forment un disque embryonnaire didermique. L'espace compris entre le trophoblaste et le bouton embryonnaire est occupé par un tissu mésenchymateux appelé mésenchyme extra embryonnaire.

Au sein de ce mésenchyme se creuse une cavité : le coelome externe ou extra embryonnaire, qui entoure le bouton embryonnaire sauf à l'endroit où il se

rattache au trophoblaste ; cette zone de rattachement est appelée pédicule embryonnaire.

Une fissuration apparaît bientôt entre l'ectoblaste et le trophoblaste, donnant naissance à la cavité amniotique. A la partie profonde, l'entoblaste s'étale en un feuillet dont le bord s'éloigne du bouton embryonnaire. A ce bord fait suite une couche de cellules mésothéliales dite membrane de Heuser, l'ensemble formant une cavité vitelline primitive ou exocoelomique. Continuant leur prolifération, les cellules de l'entoblaste vont tapisser entièrement cette cavité et la transformer en vésicule vitelline secondaire ou lécithocèle.

**-Au début de la troisième semaine,** survient un phénomène fondamental, la gastrulation, dont l'essentiel est la mise en place d'un troisième feuillet : le mésoblaste ou chordomésoblaste. Celui-ci se place entre l'ectoblaste et l'entoblaste. Il s'étend le long de l'axe antéro-postérieur de l'embryon, que marque la ligne primitive ; il s'est édifié aux dépens de cellules ectoblastiques par un phénomène de migration cellulaire.

Ainsi l'embryon qui jusqu'à la gastrulation, était un disque didermique en continuité avec ses annexes sur toute sa périphérie, devient dès lors tridermique. A l'union de la partie caudale du disque et du lécithocèle apparaît un diverticule entoblastique : l'allantoïde. Cependant le disque se transforme en un tube et s'isole de ses annexes auxquelles il n'est plus relié que par un mince pédicule, futur cordon ombilical ; tous phénomènes dits de <<délimitation>>.

**-Au cours de la quatrième semaine**, le coelome externe diminue, refoulé par la cavité amniotique qui s'agrandit et peu à peu entoure l'embryon. Le lécithocèle s'étrangle et se divise en deux parties : la vésicule ombilicale et l'intestin primitif, reliés entre eux par le canal vitellin.

L'allantoïde progresse dans le pédicule embryonnaire accompagné d'une émanation mésenchymateuse, origine des vaisseaux ombilicaux allantoïdiens. Ceux-ci s'anastomosent au réseau vasculaire né dans les villosités pour former la circulation foeto-placentaire.

**-Entre la quatrième et la huitième semaine** du développement, chacun des trois feuillets amorce sa propre différenciation en un certain nombre de tissu spécifiques et d'organes : l'entoblaste donnera le tissu nerveux et les téguments ; le mésoblaste donnera naissance au squelette, au tissu conjonctif, aux muscles, à l'appareil rénal, à l'appareil circulatoire ; l'ectoblaste donnera l'appareil digestif et ses glandes annexes, l'appareil respiratoire.

**-Pendant le deuxième mois**, la morphologie de l'embryon se transforme par le développement des membres, de la face, des oreilles, du nez et des yeux. Vers la fin du deuxième mois l'essentiel de la morphologie est acquise.

A la fin de cette période le coelome externe disparaît, effacé par le développement de la cavité amniotique. La vésicule ombilicale est accolée à la

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

zone placentaire au bout d'un long canal vitellin qui bientôt va disparaître. L'allantoïde après s'être étendue sur presque toute la longueur du cordon se résorbe dans la partie distale. Seuls persisteront les vaisseaux ombilicaux.

La période qui s'étend de la quatrième à la huitième semaine est la période embryonnaire. C'est celle de la formation des différents organes. Elle s'oppose à la période fœtale qui s'étend de la neuvième semaine à la fin de la vie intra-utérine pendant laquelle les phénomènes de croissance l'emportent sur la différenciation tissulaire.

## **2- Rappel anatomique du bassin**

Il s'agit du bassin obstétrical qui comporte deux parties :

-le bassin osseux et

-le bassin mou

### **2-1-Le bassin osseux**

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs. Le développement du bassin osseux passe par plusieurs étapes.

#### **2-1-1-L'ostéogenèse**

##### **a- L'embryogenèse**

Les os du pelvis passent du stade mésenchymateux (35<sup>ème</sup> jour) au stade cartilagineux (40<sup>ème</sup> jour)

L'ossification n'apparaît qu'au 3<sup>ème</sup> mois de la vie intra utérine.

### **b-Pendant l'enfance à la puberté**

Il apparaît des points d'ossifications secondaires qui vont unir les vertèbres entre elles. Les points d'ossifications secondaires distaux apparaissent à 13ans pour la crête iliaque, la tubérosité ischiatique, l'angle pubien ;

Les points d'ossifications secondaires proximaux apparaissent à 8ans ; cotyloïdien antérieur ou os acétabulaire antérieur, supérieur ou épiphyse acétabulaire postérieure ou os acétabulaire postérieure.

La fusion au squelette primaire se fait généralement entre 16-18 ans. Le bassin ne termine définitivement sa configuration que vers la 23ème année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16ans.

### **2-1-2-Morphologie du bassin osseux**

Chez le nouveau-né, l'angulation sacro-lombaire est de  $160^{\circ}$  environ. Le bassin osseux garde une forme circulaire jusqu'à quatre mois, puis il devient ovalaire à grand axe antéropostérieur. La différenciation s'accroît avec les pressions exercées par la colonne vertébrale et par les membres inférieurs. Ainsi sous l'effet de cette pression la base du sacrum bascule en avant, le pubis s'abaisse pendant que le coccyx est retenu par la pression des ligaments sacro-tubéraux et sacro-épineux. Aussi le sacrum se recourbe-t-il ?

Au cours de ce redressement du tronc, le bassin tend à se verticaliser mais cette extension est limitée par les ligaments antérieurs de la hanche et les muscles



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

fléchisseurs de la cuisse; donnant cette configuration en entonnoir au bassin normal.

### **2-1-3-Rappel anatomique du bassin normal**

Il s'agit d'un anneau ostéo-articulaire constitué de quatre pièces osseuses et de quatre articulations; Ce sont

L'os coxal qui représente la fusion des os iliaques, de l'ischion et du pubis. il est pair et symétrique.

Le coccyx

Le sacrum en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire (L5) fait saillie; cette saillie est dénommée le PROMONTOIRE

L'union des os pubiens en avant représente la symphyse pubienne

La ceinture pelvienne a donc la forme d'un entonnoir à grande base supérieur;  
La filière pelvienne est décrite selon trois étages :

-l'orifice d'entrée ou détroit supérieur

-l'excavation ou détroit moyen

-l'orifice inférieur ou détroit inférieur.

## -LE DETROIT SUPERIEUR

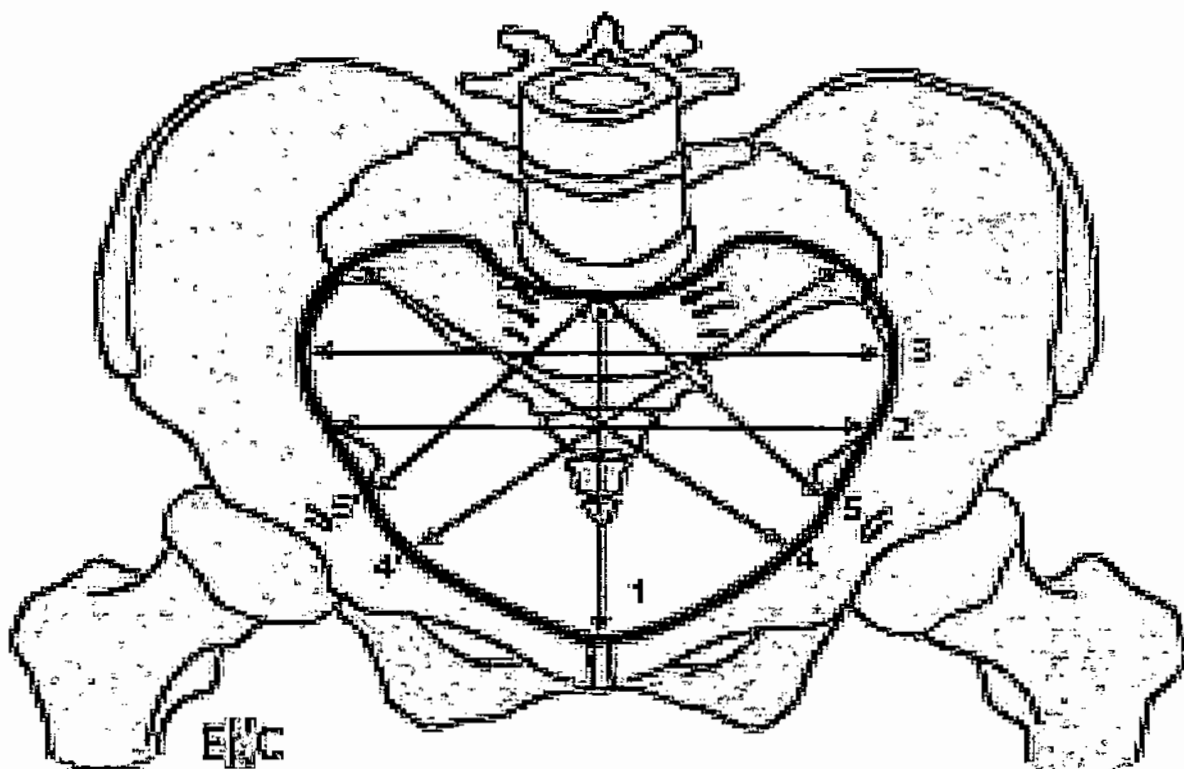


Figure 1 : Schéma annoté du détroit supérieur

1-Promonto-retro pubien=10,5 cm

2-Diamètre transverse médian=12,5 a 13 cm

3-Diamètre transverse maximum anatomique=13,5 cm

4-Diamètre oblique anatomique gauche=12,5 cm

4'-Diamètre oblique anatomique droite=12,5 cm

5-Diamètre sacro cotyloïdien gauche 9cm

5'-Diamètre sacro cotyloïdien droit 9cm

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Le détroit supérieur ou <<cylindre d'engagement>> de DEMELIN est limité :

En haut par le plan passant par le bord supérieur de la symphyse pubienne et par le promontoire ;

En bas par le plan passant par les lignes innominées, le point sacro-pubien de la symphyse pubienne et la face antérieure de la première pièce sacrée (s1)

### **Les diamètres du détroit supérieur**

**Le transverse médian: mesure 13 cm**, situé à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne.

**Le promonto -sus pubien ou conjugué anatomique mesure 11 cm**, va du promontoire à l'extrémité supérieur du pubis.

**Le promonto-retro pubien mesure 10,5cm**; part en avant du point retro-pubien et va en arrière sur la face antérieure de la première vertèbre sacrée (s1).

Les obliques droit et gauche vont d'une éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque du côté opposé ; ils mesurent chacun 12cm.

Les différents diamètres permettent de définir le pronostic de l'accouchement.

Dans ce cadre, plusieurs indices ont été proposés dont celui de **MAGNIN [14]**

**Indice de MAGNIN (IM)=Promonto-rétro-pubien+transverse médian**

Le pronostic de l'accouchement est jugé :

**-Bon si IM supérieur à 23cm**

**-Encore favorable à 22cm**

**-Défavorable pour un indice inférieur à 22cm**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Aussi on distingue plusieurs formes de détroit supérieur classées selon différents auteurs.

L'une des classifications la plus répandue est celle de **CALDWELL** et **MOLOY** [4] qui décrivent quatre types de bassin :

**-Bassin gynécoïde**

**-Bassin androïde**

**-Bassin platypéloïde**

**-Bassin anthropoïde**

**Le bassin gynécoïde** : c'est le bassin commun que nous venons de décrire si haut .C'est un bassin de forme arrondie. Le diamètre transverse est plus large que le diamètre antéropostérieur .Les échancrures sont larges. Il est fréquemment rencontré (50%).

**Le bassin de type androïde** : de forme triangulaire représente 23%.Le transverse médian est inférieur à 2cm ou plus que le transverse maximal. Les échancrures sciatiques sont étroites ainsi que l'arcade pubienne. Le pronostic de l'accouchement par voie basse est réservé.

**Le bassin de type platypelloïde ou bassin plat** représente 2% des cas .le diamètre antéropostérieur est diminué, inférieur au diamètre transverse. L'arcade pubienne est large mais les échancrures sont réduites.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

**Le bassin de type anthropoïde** : de forme ovalaire, allongée d'avant en arrière (25%). La réduction des diamètres transverses est généralement modérée, composée par un agrandissement du diamètre antéro-postérieur. Le pronostic obstétrical est beaucoup plus favorable.

On utilise encore la classification anatomique de **THOMS** basée sur le classement des clichés radiopelvimétriques.

### **L'excavation**

Elle unit le détroit supérieur au détroit inférieur. Elle a la forme d'un entonnoir. A l'union du tiers supérieur, il existe un plan oblique passant par les deux épines sciatiques qui constituent le détroit moyen. Les diamètres à ce niveau sont insuffisamment larges pour laisser passer le mobile fœtal :

**Diamètre oblique=11cm**

**Diamètre antéropostérieur=12cm**

**Transverse bi-sciatique=10cm**

### **Détroit inférieur**

Le détroit inférieur ou orifice inférieur du canal pelvien porte trois faces. Il est ostéo-fibreux. Les diamètres sont :

**Le sous-coccy-sous-pubien=9,5cm**, peut atteindre 12cm en cas de répulsion du coccyx.

**Le sous sacro-sous-pubien=11cm**

**Le bi-ischiatique =11cm.**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

A ce niveau aussi on calcule un indice qui est :

**L'Indice de BORELL=bi ischiatique+ bi sciatique+sous sacro-sous pubien.**

Cet indice permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin.

Si l'indice est supérieur à 29,5cm le pronostic est bon le plus souvent.

Par contre lorsque l'indice est inférieur à 29,5cm la dystocie est à craindre.

## **2-2-Le bassin mou ou diaphragme pelvi-périnéal**

Il ferme la cavité pelvienne en bas. Son importance obstétrical est moindre car intervient peu dans le pronostic obstétrical.

## **3-La puberté**

### **3.1-Définitions**

C'est l'étape du développement sexuel, survenant normalement entre 8 et 18 ans chez la fille, entre 9 à 10 et 18 ans chez le garçon et se traduisant par le développement des organes génitaux, l'apparition des caractères sexuels secondaires et une élévation du taux des gonadotrophines hypophysaires [5]

Selon **BRAUNER .R** et **COLL** [6], la puberté normale peut être considérée comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est caractérisée par des transformations somatiques, psychoaffectives et plus particulièrement hormonales conduisant à la faculté de procréer .D'après ces définitions il est inexact de donner un âge précis, puisque la puberté est un phénomène lent et progressif étendu sur 3 ou 4 ans, avec souvent une dissociation de la puberté sexuelle et des phénomènes morphologiques.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Cependant on considère que la puberté se produit vers 13 ans, de 11 à 13ans en moyenne.

Les limites extrêmes de 10 à 17ans sont fonctions de

-facteurs raciaux

-facteurs familiaux

Sous nos climats on considère que

-avant 8 ans, on peut parler de puberté précoce, et il faudra en rechercher la cause, en particulier organique

-après 18ans il s'agit d'une puberté tardive, et il faudra rechercher une anomalie de l'axe hypophyso-gonadique expliquant ce retard pubertaire

### **3.2-Descriptions des phénomènes**

Tout au long de ce chapitre et des autres sur la puberté nous allons approfondir les descriptions plus chez les filles que chez les garçons.

#### **a-Modifications sexuelles et apparitions des caractères sexuels secondaires**

En 1962 **TANNER** [7] a décrit avec précision dans les deux sexes le déroulement normal de la puberté, il en a tiré une cotation appliquée à certains caractères sexuels secondaires qui est couramment utilisée. Pour lui, la puberté commence plus tôt chez les filles que chez les garçons, avec un retard d'un an chez ces derniers. Aussi, il a illustré donc cette description en donnant les différents stades de développement chez la fille et chez le garçon ; d'où la reconnaissance de la classification de **TANNER**. Voir tableau I. [8]

**Tableau I : Stades du développement mammaire (S) et de la pilosité (P) chez la fille. Selon la classification de Tanner**

Stade du développement mammaire(s)	Stade de développement de la pilosité pubienne(P)
Stade S1: Pré adolescente Saillie simple du mamelon	Stade P1 : duvet pubien semblable a celui de l'abdomen ; absence de pilosité pubienne
Stade S2 : apparition du bourgeon mammaire, soulèvement du sein et de l'aréole. Le diamètre de celui-ci augmente	Stade P2 : apparition de quelques poils épais, longs, un peu pigmentés, droits ou à peine bouclés, surtout sur les grandes lèvres.
Stade S3: l'élargissement et la saillie du sein et de l'aréole s'accroissent, mais leurs contours ne sont pas distincts	Stade P3 : poils plus denses, plus épais et bouclés, s'étendant peu au dessus de la symphyse pubienne.
Stade S4 : projection en avant de l'aréole et du mamelon qui forment une saillie en avant et distincte de celle du sein	Stade P4 : aspect ressemblant à la pilosité de l'adulte, mais moins étendue, sans extension à la cuisse.
Stade S5 : maturité ; seul le mamelon qui fait saillie, l'aréole se confond avec le contour général du sein	Stade P5 : aspect adulte à topographie horizontale ; extension à la partie interne des cuisses.  Stade P6 : extension encore plus marquée latéralement et en haut vers l'ombilic



### **-Les seins**

L'apparition des bourgeons mammaires est le meilleur repère du début de la puberté chez la fille, et/ou précédée par la pilosité des grandes lèvres. Les seins apparaissent vers 11 ans. Leur développement passe par cinq stades (voir Tableau I). Bien que petits, leur morphologie est complète (6 à 12 mois avant les premières règles). Parfois, certaines asymétries au niveau des seins se dessinent, mais secondairement tout se normalise.

### **-La pilosité génitale ou pubienne**

Elle passe aussi par cinq stades (voir Tableau I).

### **-La pilosité axillaire**

D'abondance variable, en retard sur la pilosité pubienne, elle est observée 12 à 18 mois après la pilosité pubienne aux stades 3 et 4 du développement mammaire S3 et S4.

### **-Le développement des organes génitaux externes [O.GE].**

Les grandes lèvres se développent. Il en est de même pour les petites lèvres dont la face externe se pigmente.

### **-Le développement des organes génitaux internes [O.G.I]**

Un développement similaire se produit au niveau des O.G.I.

Le vagin s'étoffe, s'humidifie, les couches cellulaires vaginales se développent, sur les frottis vaginaux apparaissent les cellules superficielles acidophiles, témoins de l'activité œstrogénique des ovaires.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

D'alcalin, le pH vaginal devient acide, ceci étant lié au développement des bacilles de Doderlein, responsables de la lyse glycogénique.

L'utérus, longtemps difficile à percevoir comme un renflement médian au toucher rectal (T.R), s'étoffe, grossit, s'enrichit en fibres musculaires. Il perd progressivement son aspect infantile ou les longueurs du col et du corps sont identiques.

Les ovaires, difficiles à percevoir cliniquement, contiennent les follicules primordiaux qui se développent lentement. Leur sécrétion œstrogénique est responsable du bon épanouissement des O.G.E et O.G.I.

### **-Les premières règles**

Les premières règles apparaissent avant la complète maturation des O.G.I. L'apparition des règles est inopinée le plus souvent, parfois précédée de petites modifications: pesanteur pelvienne, tension mammaire ou abdominale. Ces signes peuvent exister de façon cyclique dans les mois précédant la première menstruation. Au début, les règles sont rarement régulières et le plus souvent anovulatoire, comme en témoigne la courbe de température.

### **b-Phénomènes morphologiques**

Plusieurs auteurs s'y sont intéressés

### **Pours certains**

Les phénomènes morphologiques portent sur la croissance; poids, taille et stature, autant de renseignements bien appréciés par le morphogramme. La croissance staturale est rapide en période pré pubertaire, surtout aux dépens des membres inférieurs et le rapport du segment inférieur sur le segment supérieur ne redevient voisin de 1 que progressivement par croissance secondaire du thorax.

Les diamètres bi-acromial et bi trochantérien sont identiques dans les deux sexes avant la puberté. En période pré pubertaire, ces diamètres augmentent mais inégalement. Le rapport du diamètre bi-acromial sur le diamètre bi-crête va marquer l'orientation pubertaire sexuelle. Ce rapport chute chez les filles, par le développement du bassin, qui est rapide vers 8ans et à 12 ans, et se poursuit au delà de 16 ans.

**Pour d'autres; tels M.P.ROY et COLL. [6] Constatent :**

La croissance staturale chez la fille subit en période pré pubertaire des variations

-Ralentissement pré pubertaire physiologique inconstant, qui précède toujours l'apparition des caractères sexuelles secondaires; il est dispersé dans le temps

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

entre les âges de 7 ans et  $\frac{1}{2}$  et de 11 ans, avec une moyenne située entre 9 et 10 ans et dont le rythme moyen est de 4,7cm par an.

Pratiquement, le pic de croissance est par contre constant, également très variable dans le temps puisqu'on peut l'identifier entre les âges extrêmes de 10 à 15 ans, en moyenne entre 12 ans et 12 ans et  $\frac{1}{2}$ , c'est-à-dire au milieu de la puberté; ce pic atteint une hauteur moyenne de 8,4 cm par an, avec des extrêmes de 6,3 à 12 cm

Après l'apparition des premières règles la croissance ralentit beaucoup. Elle ne sera en moyenne que de 8 à 9 cm jusqu'à l'obtention de la taille définitive, ce gain de taille étant pratiquement acquis dans les deux ans qui suivent l'apparition de la première menstruation.

Il a été en outre démontré que l'accélération pubertaire était surtout due à l'allongement du rachis. Ce qui explique ainsi l'apparition ou l'aggravation de certaines scoliozes chez les adolescentes.

### **Etude de l'âge osseux.**

C'est la meilleure indication de la croissance staturale, elle permet de prévoir, d'une certaine mesure de voir l'apparition de la puberté.

En pratique grâce à une radiographie du poignet de la main gauche, on peut définir l'âge osseux, en le comparant à la représentation photographique qui s'en approche le plus dans l'atlas de **GRENLICH** et **PYLE** [7].

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

C'est la méthode actuellement la plus utilisée, mais elle demande un observateur entraîné. La répétition des clichés tous les 6 mois permet de comparer l'évolution de la maturation osseuse à celle de la taille.

En effet les premiers signes de la puberté coïncident généralement avec l'apparition de l'os sésamoïde du pouce à 11 ans chez la fille, à 13 ans chez le garçon. Cependant il n'y a pas une concordance absolue et la puberté peut se manifester lorsque l'âge osseux varie de 9 à 12 ans dans le sexe féminin, et de 11 à 14 ans dans le sexe masculin. Ainsi devra t-on rechercher la cause d'un retard pubertaire si aucun caractère sexuel secondaire n'est apparu pour les maturations osseuses les plus avancées.

Croissance pondérale

De plus la répartition des tissus et des graisses est plus nette sur la partie inférieure du corps, et dans l'ensemble le corps prend progressivement le type féminin.

### **3.3-Modifications psychologiques ou maturation psycho-sexuelle**

A la puberté il y a de profondes modifications de la personnalité affective et intellectuelle, et une adaptation à des nouveaux problèmes, en particulier sexuels. Le comportement souvent difficile, agressif, hypersensible de cet âge est le témoin de la prise de conscience de l'adolescent en face du monde des adultes dans lequel, il va plus ou moins, rapidement s'intégrer.

Cette période est celle de questionnement de l'adolescente, qui du jour au lendemain, constate que son corps subit des transformations, ce qui lui cause

généralement des problèmes psychologiques et souvent psychopathologiques, pouvant la conduire à consulter des gynécologues ou d'autres spécialistes.

En effet, les jeunes adolescentes sont préoccupées par des modifications de leur corps au cours de la puberté. Il s'agit de l'apparition des seins et de l'apparition des règles. Plus tard, dans les dernières parties de l'adolescence, après 16 ans, les jeunes filles doivent aborder les difficultés d'adaptation aux responsabilités de la vie des adultes, et leur adolescence peut être prolongée voir interminable, tant sur le plan social que psychologique [9].

#### \*La première période de l'adolescence

C'est une phase critique qui peut porter sur l'identité ; ou à la puberté il y'a remise en cause des processus d'identification par l'adolescente ; après le silence conflictuel (première poussée sexuelle) qui marque l'intensité du refoulement de la période pré pubérale (dite phase de latence) ; La deuxième poussée sexuelle réintroduit les désirs avec la culpabilité et la honte qu'ils déterminent ; ces désirs sont d'autant plus violents que les désirs sexuels sont maintenant réalisables.

Ainsi, cette deuxième poussée sexuelle œdipienne conduit à l'affrontement avec les parents, d'où les difficultés des processus identificatoires.

L'identité sexuelle peut être remise en cause, en particulier par l'homosexualité psychique (ou réalisée) qui détermine le dégoût du sexe masculin. D'où l'existence de positions bisexuelles et la mise en œuvre d'une sexualité purement opératoire, pour des raisons narcissique et/ou sociale.

En somme, nous sommes en face de deux positions contradictoires ; L'adolescente est honteuse de ses formes féminines, elle dissimule ses seins et cache ses proéminences. Elle fuit son père, elle peut avoir des flammes homosexuelles [9].

Elle est aussi inquiète de l'image intérieure qu'elle a de son corps. En même temps qu'elle fuit les réalisations sexuelles, désormais possibles ou licites qu'elle précipite, elle est encore émue par ses vœux œdipiens qui la retiennent affectivement et sexuellement à ses deux parents. Cette contradiction affecte la forme d'un déni de réalité et de ce fait caractérise ce qu'on peut appeler la position psychotique de l'adolescente.

**LAUFER. M et E [10]** décrivent cette période comme une rupture qui ne saurait être résolue que par la mise en cause du « fantasme masturbatoire central » qu'on peut définir comme la version paradigmatique des fantasmes et des fantaisies de l'enfance qui jouent un rôle anachronique à cette période.

\*La deuxième période de l'adolescence

Elle est celle de l'éclosion des troubles mentaux graves qui prennent dès cette période une allure chronique.

Sa prolongation est un phénomène d'ordre culturel. Par exemple, dans les cultures occidentales contemporaines la dysharmonie culturelle est favorisée par diverses causes ;

- Précocité de l'évolution pubérale ;
- Prolongation de la dépendance liée à la scolarité, à la formation universitaire ou professionnelle ;

- Exacerbation des désirs qui deviennent des besoins dans une civilisation qui vise à l'accroissement de la consommation ;
- Facilité d'accès à la vie sexuelle.

Tous ces facteurs sont l'objet d'attitudes stéréotypées qui viennent de la classe des adolescents aussi bien que celle des adultes. Il faut encore ajouter que les parents refusent de prendre leur place dans l'inévitable conflit des générations, qu'ils imitent leurs enfants devenus adolescents et qu'ils facilitent leurs écarts de comportement pour ce contre identifier à des plaisirs qui leurs étaient interdits au moment de leur adolescence. La nostalgie de l'adolescence, ses identifications héroïques, sa dépression d'infériorité témoignent de sa fragilité narcissique et des processus d'idéalisation qui la soumettent à la rigueur des exigences de celle-ci. Il n'est cependant pas possible d'opposer radicalement les facteurs sociaux et les aspects psychopathologiques des conflits de cette période.

Les difficultés psychologiques peuvent se trouver aplanies, ou plus souvent aggravées par de nouvelles modes de vie de l'adolescente, en particulier par l'importance du taux de divorce. Non seulement les pratiques sexuelles sont précoces, mais la cohabitation juvénile est devenue d'une extrême fréquence.

L'amour sincère et partagé peut transformer des jeunes hostiles et dérégés ; mais le partage de la vie commune (comme dans la plupart des familles africaines) peut être une entreprise irréalisable et très décevante.

Enfin, les changements des rapports entre les filles et leurs compagnons, les soucis d'égalité ne sont pas toujours des facteurs d'épanouissement.



# METHODOLOGIE

## **V - METHODOLOGIE**

### **1 – Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune VI (CSRéf Commune VI).

#### **1.1– Présentation du CSREF CVI**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des plus anciens des six (6) centres de référence du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004. Il est d'accès facile car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

La commune VI est la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako avec 94 km<sup>2</sup> de superficie et 620360 habitants en 2009 et une densité de 6599 habitants par km<sup>2</sup>.

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger
- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Les principales activités menées par la population sont : l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le commerce, transport et artisanat. L'industrie y est peu développée. Les industries alimentaires, de plastique et de BTP contribuent à l'essor économique de la commune.

Le climat de la ville de Bamako est de type tropico-soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

## **1.2-Organisation du service :**

### **1.2.1- Infrastructure du service**

Le service se compose de deux bâtiments :

➤ Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :

- Deux salles d'opération,
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgien,
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de stérilisation des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ Un second bâtiment en étage :

• Au rez-de-chaussée on a :

- La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits,

Une unité de consultation prénatale,

- Deux salles de consultation pour médecin généraliste,
- Une salle de consultation pour médecin chirurgien,
- Une unité ORL,
- Une unité ophtalmologique,

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

- Une unité odonto-stomatologique,
- Un laboratoire,
- Une salle d'injection,
- Une salle de pansement,
- Une unité PEV,
- Une pharmacie pour médicaments génériques.
- A l'étage on a :
  - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène},
  - Une salle de consultation gynécologique,
  - Une salle de consultation pédiatrique,
  - Une salle d'hospitalisation pédiatrique,
  - Une unité de planning familial,
  - Une salle de réunion,
  - Trois toilettes.

**Par ailleurs, il y a :**

- Une maison pour le gardien,
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- six toilettes.

Le CSRéf est en plein rénovation avec la construction d'un nouveau complexe mère enfant.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

**1.2.2- Le personnel**

**Tableau II : Répartition du personnel du C.S.Ref commune VI selon leur qualification**

<b>Qualification</b>	<b>Nombre</b>
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	2
Médecin chirurgien	1
Etudiants thésards	23
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2
Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Aide soignant	16
Manceuvres + gardien	9
<b>Total</b>	<b>139</b>

### 1.2.3- Le fonctionnement du service

Le service dispose de deux blocs opératoires septique et aseptique qui fonctionnent vingt quatre heures sur vingt quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales. Le programme opératoire est réservé aux mardis et jeudi. Les jours de consultations gynécologiques sont les lundis et mardis, le dépistage du cancer du col les Mercredis et les séances d'échographie les vendredis.

Un staff se tient tous les jours ouvrables.

Une équipe de garde assure vingt quatre heures sur vingt quatre les activités de la salle d'accouchement avec un médecin comme chef d'équipe.

Une visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée par un médecin spécialiste.

Le centre de sante dispose de deux salles de consultation pour médecin généraliste et une salle pour le médecin chirurgien.

Des consultations prénatales, pédiatriques, de planning familial se font tous les jours ouvrables. Les unités d'O.R.L, du P.E.V, d'ophtalmologie, d'odontostomatologie et de laboratoire fonctionnent tous les jours ouvrables.

## **2-Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive.

## **3-Période d'étude**

L'étude s'est déroulée d'octobre 2006 à Mai 2007

## **4-Population d'étude**

L'étude a porté sur les adolescentes de 10 à 19 ans reçues à la maternité du CSRéf CVI pour accouchement.

## **5-Echantillonnage**

**-Méthode et technique :** Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif.

**-Taille de l'échantillon :** Notre étude a concerné 400 adolescentes ayant accouchées dans le service pendant la période d'étude.

## **6- Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude toutes parturientes âgées de 10 à 19 ans, venues accoucher dans le service ou s'y présentant dans les 24h après accouchement.

## **7- Critères de non inclusion**

Toutes adolescentes se présentant dans le service pour des motifs autres que les précédents. Toute adolescentes en travail ou non, évacuée vers les hôpitaux avant l'accouchement.

## **8- Collecte des données**

### **Technique**

Elle a consisté à une enquête par questionnaire adressé aux adolescentes de 10 à 19 ans répondant à nos critères d'inclusion. Le questionnaire a été administré par des enquêteurs(les internes) que nous avons formés à cet effet.

### **Outil de collecte**

Le questionnaire d'enquête a été l'outil utilisé.

## **9- Les variables**

Nous avons utilisé les variables suivantes :

Age, sexe, résidence, statut matrimonial, profession, parité, gestité, taille, ethnie, ménarche, nombre de CPN, poids, qualité du bassin, type de présentation, mode d'accouchement, terme de la grossesse, assistance pendant l'accouchement, existence de complications traumatique, type de délivrance, complications de la délivrance, nombre d'avortement, suite de couche, poids du NNé, APGAR, état du NNé.

## **10- Plan d'analyse et traitement des données**

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO, version 6.0, du CDC d'Atlanta et de l'OMS.

La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2007 et EXCEL pour les tableaux et graphiques.



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Le test du Khi 2 ( $X^2$ ) de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé.

### **11- Aspects éthiques**

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement des enquêtés a été obtenu avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des informations recueillies leur a été garantie. La dignité et la liberté des enquêtés ont été respectées par les enquêteurs durant toute l'enquête.

### **12- Déroulement de l'enquête**

Nous avons entrepris des démarches avant le démarrage des enquêtes:

- Choix d'un superviseur (gynécologue-obstétricien au CSREF CVI)
- Formation de l'enquêteur principal. Cette formation a comporté un enseignement rigoureux sur l'entretien (comment formuler chaque question d'une manière simple, en langue Bambara qui est la langue la plus parlée et en Français au besoin).
- Les fiches d'enquêtes ont été déposées dans le service et ont été confiées aux autres enquêteurs qui ont été formés par l'enquêteur principal pour la collecte des données, afin qu'aucune adolescente répondant à nos critères d'inclusions ne puisse échappée à notre attention.

Pour la collecte des données, nous avons procédé à :

Un interrogatoire et une observation clinique

L'examen des registres de consultations prénatales, d'accouchement, de compte rendu opératoire.

L'examen des carnets de consultations prénatales

### **13-Difficultés rencontrées**

Pendant cette période d'étude quelques difficultés ont été rencontrées :

- La non disponibilité des carnets de CPN pendant l'accouchement, car dans la précipitation certaines parturientes oublient de l'apporter avec elles.
- La difficulté de certaines parturientes à comprendre les raisons de cette enquête.
- La difficulté de revoir les parturientes après l'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des nouveaux nés et des suites de couches.

# RESULTATS

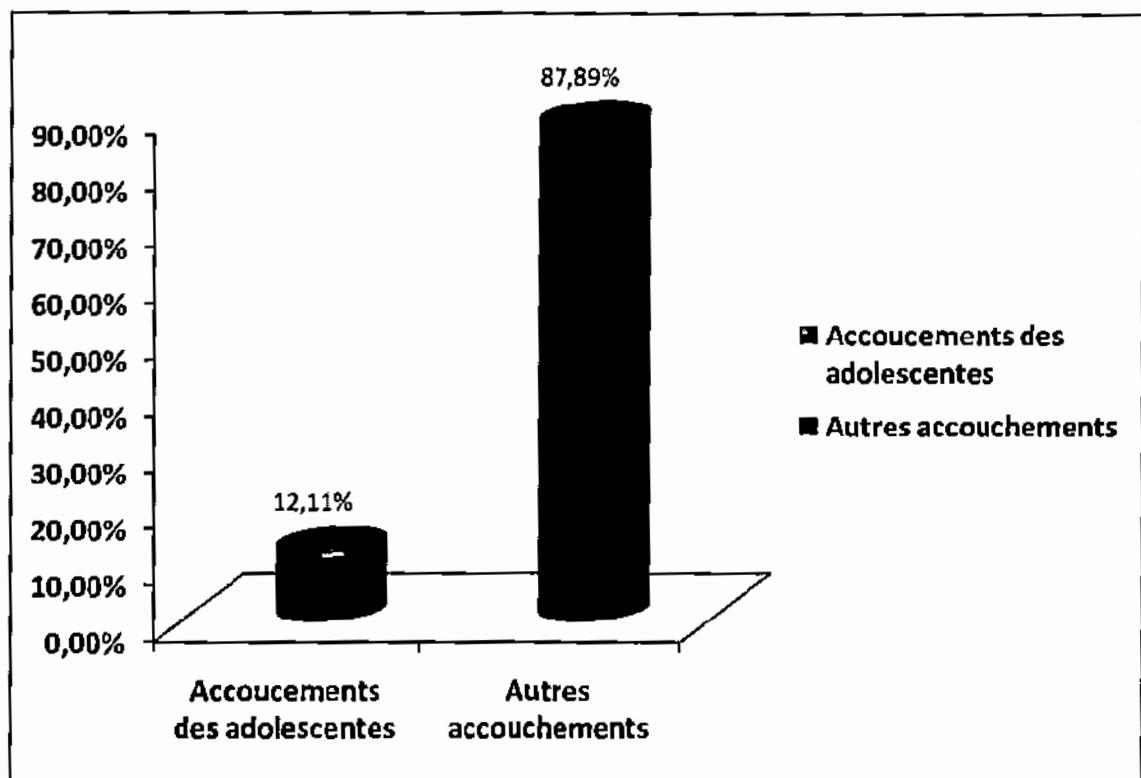
## VI- RESULTATS

Nous reçus 400 adolescentes âgées de 10 à 19 ans entre Octobre 2006 et Mai 2007.

Au total le CSRéf CVI a enregistré 3303 accouchements pendant la période d'étude.

Nos résultats seront présentés en fonction de nos objectifs spécifiques.

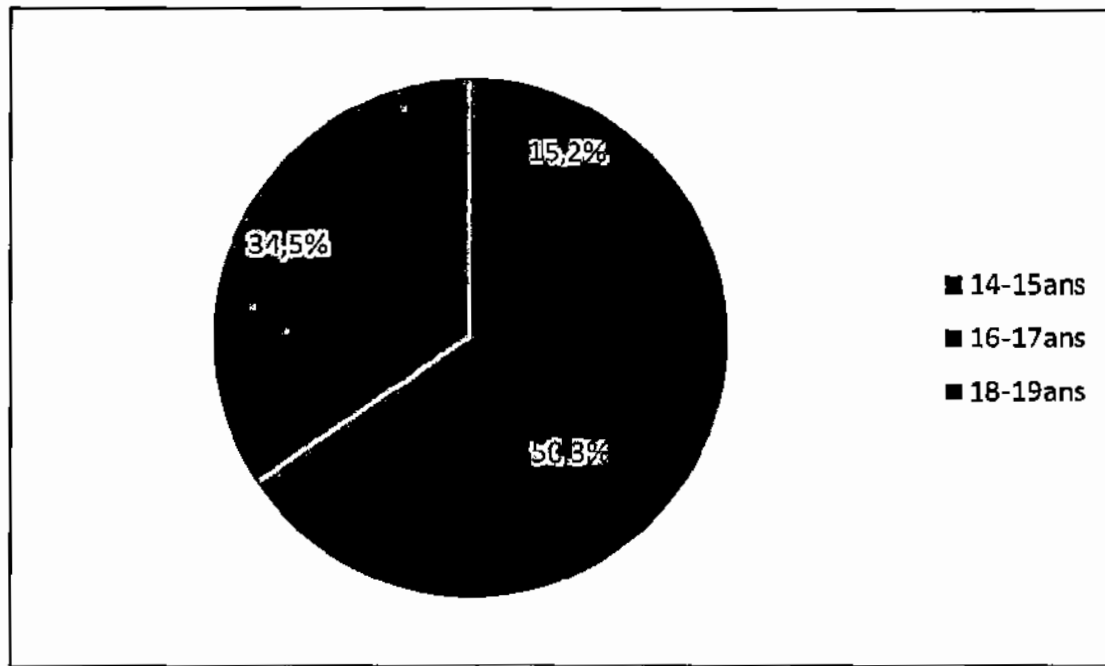
### 1. Figure 2 : Fréquence de l'accouchement des adolescentes



**L'accouchement des adolescentes a représenté 12,11%.**

## 2. Caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques

### 2.1. Figure 3 : Répartition selon l'âge



Dans notre étude la tranche d'âge de 16-17 ans était majoritaire avec 50,3%.

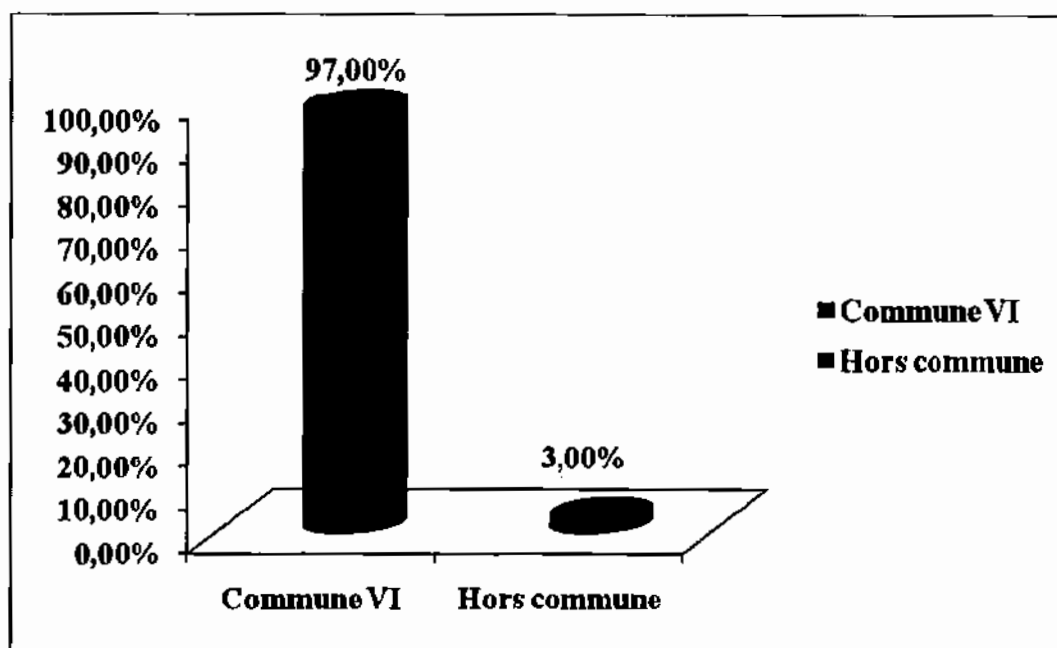
## 2.2. Tableau III : Répartition selon la taille

Taille (en mètre)	Effectif	Fréquence
<b>Inférieur a 1,50</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
Supérieur à 1,50	399	99,7
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

## 2.3. Tableau IV: Répartition selon le groupe socioprofessionnel

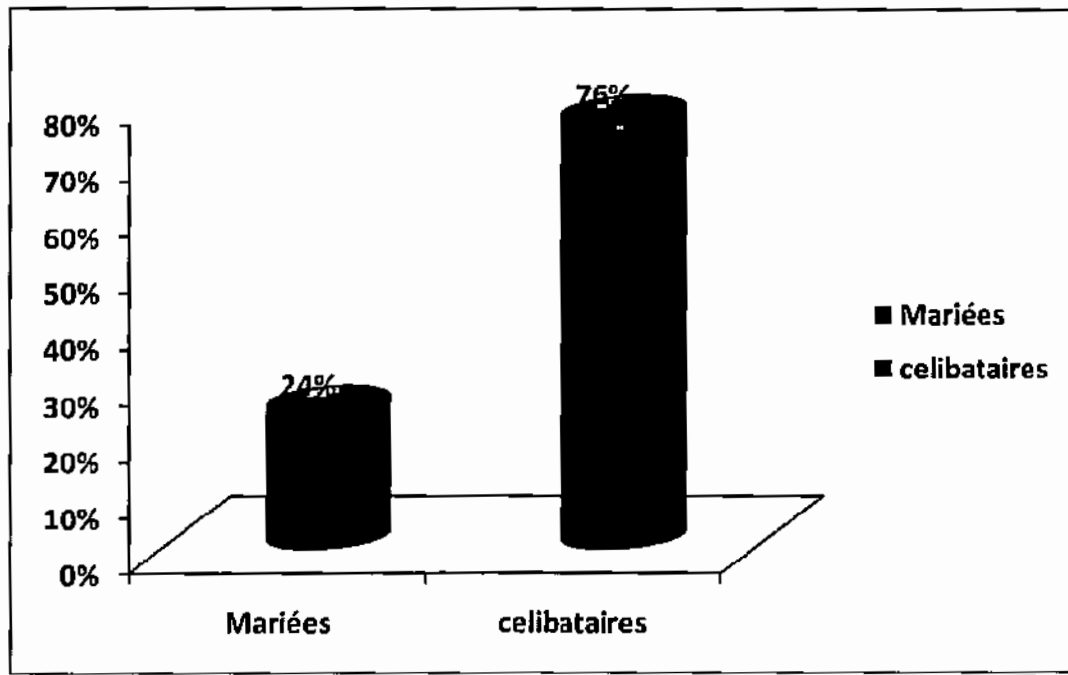
Groupe socioprofessionnel	Effectif	Fréquence
Elève	119	29,8
Etudiante	3	0,8
<b>Ménagère</b>	<b>206</b>	<b>51,5</b>
Couturière	27	6,8
Aide-familiale	35	8,8
Commerçante	10	2,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

#### 2.4. Figure 4 : Répartition selon la résidence



La majorité des adolescentes (97%) habitaient dans la commune VI du district de Bamako

**2.5. Figure 5 : Répartition selon le statut matrimonial**



La majorité des adolescentes (76%) étaient célibataires



## 2.6. Tableau V : Répartition de l'âge et du statut matrimonial

Statut matrimonial Age	Mariée		Célibataires		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
14-15ans	24	25	37	12,1	61	15,2
16-17ans	52	54	149	49	201	50,3
18-19ans	20	21	118	38,9	138	35,5
Total	96	100	304	100	400	100

$$X^2 = 27,20 \quad \text{ddl} = 4 \quad p = 0,00001810$$

Dans la catégorie des mariées 25% avaient entre 14-15ans, 54% avaient entre 16-17ans.

Chez les célibataires la tranche d'âge 16-17ans était la plus représentée avec 49%.

**2.7. Tableau VI : Répartition du nombre de CPN en fonction du statut matrimonial**

Statut matrimonial Nombre de CPN	Mariée		Célibataires		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
0	40	41,6	65	21,4	105	26,3
1-3	52	54,2	222	73	274	68,5
≥4	4	4,2	17	5,6	21	5,2
Total	96	100	304	100	400	100

$$X^2 = 17,57 \text{ ddl} = 5 \text{ } p > 0,05$$

54,2% des adolescentes mariées ont fait entre 1-3 CPN.

73% des célibataires ont fait entre 1-3 CPN.

**2.8. Tableau VII : Répartition du nombre de CPN en fonction de la profession**

Nombre de CPN Profession	0		1-3		4e+		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Elève	17	16,2	96	35	6	28,6	119	29,6
Etudiante	0	0	0	0	3	14,2	3	0,7
Ménagère	59	56,3	136	49,7	11	52,4	206	51,5
Couturière	3	2,8	24	8,8	0	0	27	6,8
Aide-familiale	25	23,8	10	3,6	0	0	35	8,8
Commerçante	1	0,9	8	2,9	1	4,8	10	2,56
Total	105	100	274	100	21	100	400	100

$X^2 = 108,84$  ddl=15  $p < 0,05$

52,4% des adolescentes ayant fait des CPN  $\geq 4$  étaient des ménagères.

### 3. Caractéristiques cliniques

#### 3.1. Tableau VIII : Répartition selon la ménarche

Ménarche	Effectif	Fréquence (%)
10ans	57	14,3
11ans	91	22,8
<b>12ans</b>	<b>120</b>	<b>30</b>
13ans	74	18,5
14ans	48	12
15ans	10	2,5
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

#### 3.2. Tableau IX : Répartition des adolescentes anémiée ou non

Anémie	Effectif	Fréquence
Oui	81	20,3
Non	319	79,7
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

**3.3. Tableau X : Répartition selon le mode d'admission**

Mode d'admission	Effectif	Fréquence
Venues d'elles mêmes	220	55
Evacuées	180	45
Total	400	100

**3.4. Tableau XI : Répartition selon la tension artérielle**

Tension artérielle	Effectif	Fréquence
<14 /9	352	88
14/9-16/10	42	10,5
>16/10	6	1,5
Total	400	100

**3.5. Tableau XII : Répartition selon la phase du travail à l'admission**

Phase du travail	Effectif	Fréquence
Phase de latence	265	67
Phase active	130	33
Total	395	100

**3.6. Tableau XIII : Répartition selon le nombre de CPN**

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence
0	105	26,2
<b>1-3</b>	<b>274</b>	<b>68,5</b>
≥4	21	5,3
Total	400	100

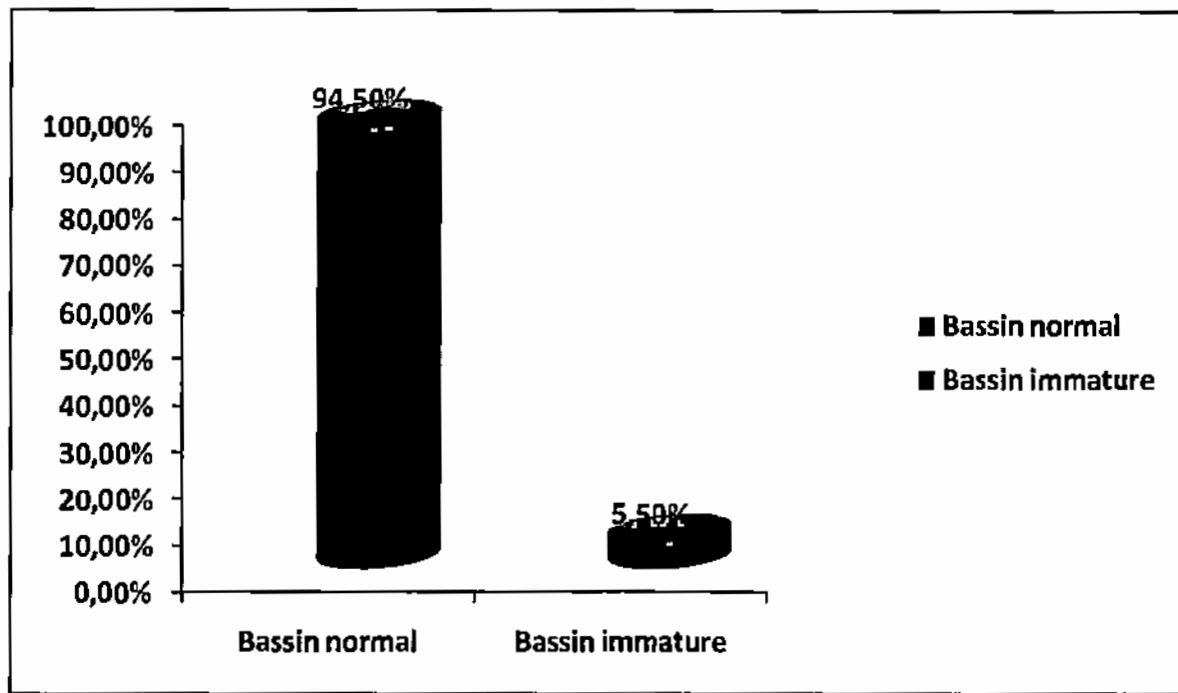
### 3.7. Tableau XIV : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence
<b>Nullipare</b>	<b>342</b>	<b>85,5</b>
Primipare	51	12,8
Deuxième pare	6	1,5
Troisième pare	1	0,3
Total	400	100

### 3.8. Tableau XV : Répartition selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortement	Effectif	Fréquence
0	392	98,0
1	7	1,7
2	1	0,3
Total	400	100

**3.9. Figure 6 : Répartition selon la qualité du le bassin**

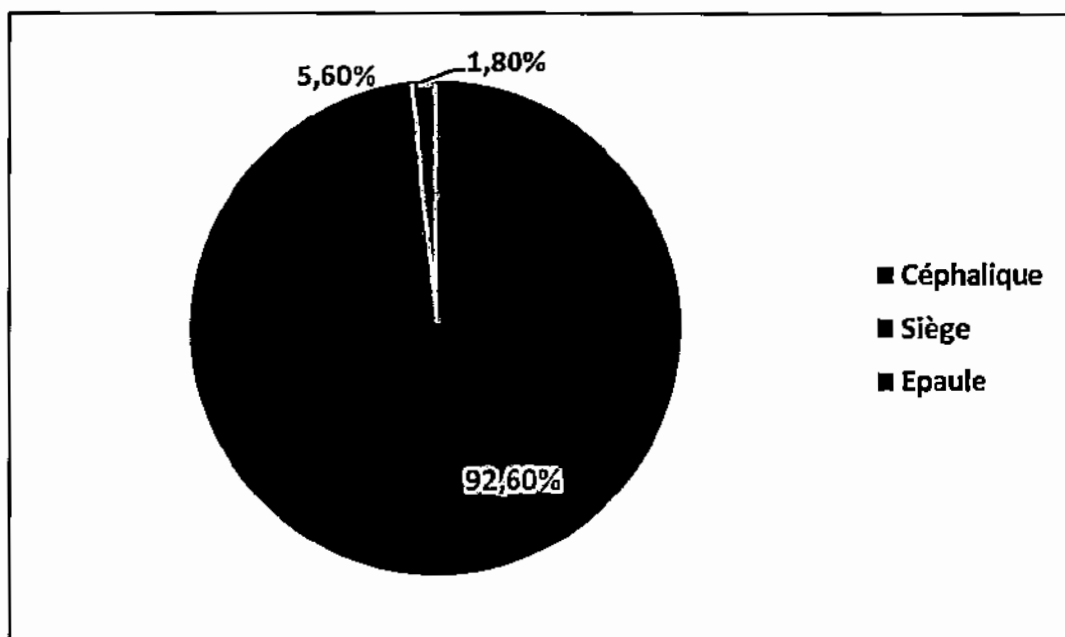


**Le bassin était normal dans 94,50% des cas.**



#### 4. Pronostic materno- fœtal

##### 4.1. Figure 7 : Répartition selon le type de présentation

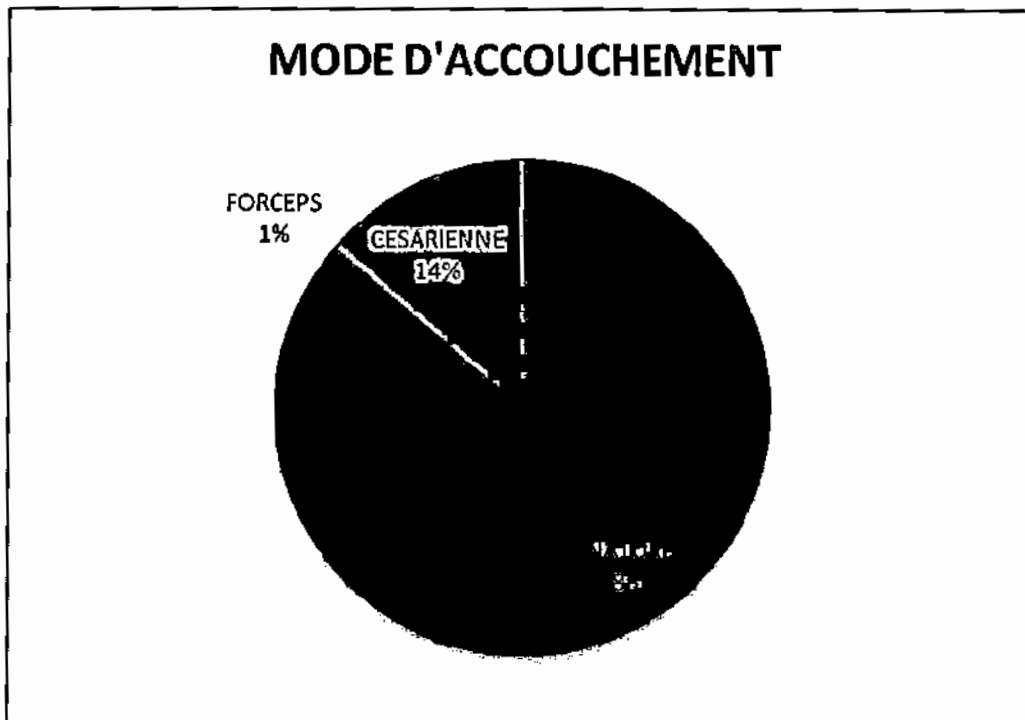


La présentation était céphalique dans 92,60%.

**4.2. Tableau XVI : Répartition selon le terme de la grossesse**

Accouchement	Effectif	Fréquence
Prématurité	21	5,3
<b>Terme</b>	<b>378</b>	<b>94,6</b>
Post terme	1	0,3
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

4.3. Figure 8 : Répartition selon le mode d'accouchement



La voie basse a été utilisée dans 85% des cas, la césarienne dans 14% des cas.

**4.4. Tableau XVII : Répartition selon qu'il ait épisiotomie ou non**

Episiotomie	Effectif	Fréquence
Oui	316	79
Non	84	21
Total	400	100

**4.5. Tableau XVIII : Répartition selon l'indication de la césarienne**

Indication	Effectif	Fréquence
<b>Présentation de siège chez une primigeste</b>	<b>12</b>	<b>21,8</b>
<b>Bassin immature</b>	<b>12</b>	<b>21,8</b>
Souffrance foetale aigue	11	20
Présentation de l'épaule	5	9,1
Procidence du cordon battant	3	5,5
Présentation du front	2	3,6
Temps d'expulsion supérieur 45 mn	3	5,4
Agglutination du col	1	1,8
Dystocie de démarrage	1	1,8
Présentation de la face	1	1,8
Hématome retro placentaire	1	1,8
Disproportion foeto-pelvienne	1	1,8
Rétention du deuxième jumeau	1	1,8
Dépassement du terme	1	1,8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

**4.6. Tableau XIX : Répartition selon l'assistance à l'accouchement**

Assistance	Effectif	Fréquence
Domicile	5	1,3
Accouchement assisté	395	98,7
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

**4.7. Tableau XX : Répartition selon les complications traumatiques**

Complications	Effectif	Fréquence
Déchirure incomplète du périnée	6	1,5
Déchirure complète du périnée	2	0,5
Déchirure complète et compliquée du périnée	1	0,25
Déchirure du col	1	0,25
<b>Déchirure vaginale</b>	<b>13</b>	<b>3,25</b>
Pas de complications	377	94,25
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

**4.8. Tableau XXI : Répartition selon le type de délivrance**

Type de délivrance	Effectif	Fréquence
Naturelle	5	1,25
Artificielle	2	0,5
<b>Dirigée active</b>	<b>393</b>	<b>98,25</b>
Total	400	100

**4.9. Tableau XXII : Répartition selon les suites de couches**

Suites de couches	Effectif	Fréquence
Physiologiques	382	95,5
<b>Pathologiques</b>	<b>18</b>	<b>4,5</b>
Complications	0	0
Total	400	100

**4.10. Tableau XXIII : Répartition des nouveaux nés selon leur poids**

Poids en gr	Effectif	Fréquence
<b>Inférieur à 2500</b>	<b>99</b>	<b>24,5</b>
Entre 2500 et 3999	301	74,68
Supérieur à 3999	3	0,74
<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>100</b>



**4.11. TableauXXIV : Répartition des nouveaux nés selon le score d'apgar à la première minute**

Apgar	Effectif	Fréquence
Apgar $\leq$ 7	84	21
<b>Apgar<math>&gt;</math>7</b>	<b>319</b>	<b>79</b>
Total	403	100

**4.12. Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon leurs états**

Nouveaux nés	Effectif	Fréquence
Mort-nés	17	4,2
<b>Vivant</b>	<b>386</b>	<b>95,8</b>
Total	403	100

**4.13. TableauXXVI: Répartition des nouveaux nés selon la mortalité néonatale**

Nouveaux nés	Effectif	Fréquence
Mort néonatales précoce	4	1
<b>Vivant</b>	<b>399</b>	<b>99</b>
Total	403	100

**4.14. Tableau XXVII : Répartition de l'apgar des nouveaux nés en fonction de l'âge des parturientes**

Apgar	≤7		>7		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
14-15ans	29	34,5	32	10,2	61	15,2
16-17ans	42	50	160	50	202	50
18-19ans	13	15,5	127	39,8	140	34,8
Total	84	100	319	100	403	100

$$X^2=16,59 \quad \text{ddl}=3 \quad p= 0,956180$$

Dans la tranche d'âge 16-17ans la souffrance fœtale est survenue dans 50% des accouchements, et dans la tranche d'âge 14-15ans elle est survenue dans 34,5% des cas.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1 .Fréquence

La fréquence de l'accouchement des adolescentes est de 12,11% dans notre étude. En effet selon LEKE J.F.R. l'incidence de la grossesse chez l'adolescente en Afrique Noire varie entre 5 et 20%.

En 2000 NIANE M. [11] avait trouvé à Kayes une fréquence de l'accouchement des adolescentes à 12,9%, ce qui est similaire à la notre. En 2002 TRAORE F. [12] avait trouve dans son étude une fréquence de l'accouchement des adolescentes (27,7%) supérieure à celle retrouvée dans notre étude. Selon JOHN LIBBEY [2] cette prévalence est beaucoup moins élevée dans les pays développés comme le Canada avec 2,5%, les USA avec 5,3%, la suisse avec 0,46%. Ainsi, la fréquence rapportée par notre étude se rapproche des résultats retrouvés dans la littérature Africaine.

Cette différence entre les fréquences observées en Afrique et ailleurs dans le monde pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des mariages précoces dans nos contrées, la faiblesse du niveau d'instruction et la précocité de l'activité sexuelle.

## **2. Profil sociodémographique et anthropométrique**

### **2.1. Age**

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche 16-17ans avec 50,3%, alors que John LIBEY [2] a trouvé que la tranche d'âge la plus représentée était 18-19ans avec 71%.

### **2.2. Taille**

La taille inférieure à 1,5m, facteur péjoratif pour l'accouchement par voie basse a été retrouvé seulement chez une adolescente soit 0,3% de l'ensemble des adolescentes de notre étude. Ainsi, nous pouvons dire qu'avec le développement actuel des programmes de santé particulièrement de la nutrition, la taille des adolescentes semble s'améliorer, ce qui justifie la faible représentativité dans notre échantillon des adolescentes de taille inférieure à 1,5m.

### **2.3. Groupe socioprofessionnel**

Les ménagères étaient les plus nombreuses avec 50% des cas. Les élèves représentaient 30,6% des adolescentes

A Kayes l'étude menée par NIANE M. en 2000 [11] a trouvée que seulement 14% des adolescentes recensées étaient des élèves.

Cette fréquence élevée des élèves dans notre étude s'explique par la promotion de la scolarisation des filles au Mali.

#### **2.4. Résidence**

La majorité des adolescentes de notre étude (97%) résidait en commune VI. Ce qui confirme la bonne fréquentation du CSRéf par la population de la commune et l'amélioration des prestations de service.

#### **2.5. Statut matrimonial**

Dans notre étude 24% des adolescentes étaient mariées. Ce résultat est différent de ceux retrouvés par TRAORE F. (62%) [12], ONGOIBA (64%) [16] et de SOW Y (56%) [15].

Cette différence peut s'expliquer d'une part par la diminution du mariage précoce et d'autre part par le fait que le mariage précoce n'est pas le seul facteur favorisant de la grossesse chez les adolescentes. D'autres facteurs très importants pourraient expliquer cette fréquence élevée de grossesse chez les adolescentes notamment la précocité des rapports sexuels, la faiblesse du niveau d'instruction et le manque d'information sur les moyens de planification familiale.

#### **2.6. L'âge des adolescentes en fonction du statut matrimonial**

Dans notre étude 25% adolescentes mariées avaient entre 14 et 15ans ; 54% adolescentes mariées avaient entre 16 et 17ans. Cette situation peut s'expliquer par une légère augmentation de l'âge du mariage des filles et la perception des inconvénients du mariage précoce par la communauté.

## **2.7. Nombre de CPN en fonction du statut matrimonial**

Environ 62% des adolescentes n'ayant pas fait des CPN étaient célibataires. Le taux bas de CPN chez les célibataires pourraient s'expliquer par le manque de soutien financier et moral, la grossesse étant illégitime, et par le fait que certaines adolescentes par crainte de la réaction de leur parents cachent leurs grossesses.

Nous pensons que le fait d'être marié est un facteur motivant les femmes à aller vers les structures de santé pour protéger leur grossesse. Ce qui paraît logique car nos mœurs n'acceptent pas les grossesses hors mariage.

## **2.8. Nombre de CPN en fonction du groupe socio professionnel**

Les adolescentes scolarisées ont fait des CPN dans leur grande majorité.

Ce qui prouve une corrélation entre scolarisation et importance du suivi de la grossesse.

## **3. Profil clinique des adolescentes**

### **3.1. La ménarche**

Age à laquelle surviennent les premières règles, varie selon les individus. Dans notre étude 30% des adolescentes ont vu les premières règles à 12ans.

Ces premières règles entraînent une modification psychologique chez ces adolescentes qui se sentent désormais femme, et sont donc exposées à l'envie de rentrer dans une vie sexuelle active avec tous les risques qu'elle comporte.



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

### **3.2. L'anémie**

Dans notre étude 20,3% des adolescentes étaient anémiées. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence des adolescentes n'ayant pas fait de CPN, donc n'ayant pas reçue une supplémentation en Fer.

### **3.3. Mode d'admission**

Dans notre étude 55% des adolescentes sont venues d'elles mêmes.

Les évacuations qui ont représentées 45% avaient pour motif : présentation de siège chez les primigestes, bassin immature et primipare jeune.

### **3.4. La tension artérielle**

La prééclampsie a représenté 12% dans notre étude, chiffres assez proche de ceux trouvés par John LIBBEY 17,5% [2].

Ces chiffres sont supérieurs à ceux de la littérature qui rapporte que la prééclampsie est trouvée chez 5% des femmes.

Pourrait t-on dire qu'il ya une corrélation entre le jeune âge et /ou la parité des parturientes et la survenue de la prééclampsie ?

Nous pensons que ces chiffres à eux seuls ne peuvent pas répondre avec certitude à ces questions.

### **3.5. Phase du travail**

Les adolescentes reçues au service en phase de latence du travail de l'accouchement ont représenté 67%.

### **3.6. CPN**

Le but de la consultation prénatale est de sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher normalement d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins à donner aux nouveaux nés.

Dans notre enquête nous avons trouvé 26,3% de grossesses non suivies. Cette fréquence est supérieure à celle trouvée par TRAORE F [12] qui était de 12,5%, NIANE [11] 13,2%, tandis qu'une étude effectuée en République Centrafricaine avait rapporté 38% [17].

### **3.7. Parité**

Dans notre étude 14,6% des adolescentes étaient déjà mères. Cette fréquence est proche de celle trouvée par NIANE M. [11] 12,8%.

### **3.8. Antécédent d'avortement**

Dans notre étude 2% des enquêtées avaient des antécédants d'avortement spontanés alors qu'une étude effectuée au Nigeria a trouvé un taux d'avortement (avortement spontanée et interruption volontaire de la grossesse) de 23,5% [30].

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Nous n'avons pas recensé des cas d'antécédents d'interruption volontaire de la grossesse, sans doute car les adolescentes n'osaient pas avouer leurs actes, l'IVG étant illégale, puni et condamné par la loi au Mali.

### **3.9. Type de bassin**

A cause de l'âge nous avons préféré diviser le bassin en deux types : normal et immature. Les adolescentes n'ayant pas encore terminé leur croissance le bassin peut encore se développer, pour éviter de compromettre leur avenir obstétrical nous avons évité les termes de bassin généralement rétréci, limite ou transversalement rétréci.

Le bassin était normal chez 94,5% de nos adolescentes.

## **4. Pronostic materno – fœtal**

### **4.1. Type de présentation**

La présentation céphalique était la plus fréquente avec 92,6%.

Ce type de présentation est le plus souvent en faveur d'un accouchement eutocique.

#### **4.2. Terme de la grossesse**

La prématurité a été observée chez 5,3% des accouchements alors que John LIBBEY [2] a trouvé 15%, et d'autres études effectuées au Cameroun ont trouvé 19,6% [18]

Cette prématurité est néfaste sur le devenir de ces nouveaux nés déjà fragilisés par un accouchement quelques fois laborieux

#### **4.3. Mode d'accouchement**

Les accouchements par voie naturelle ont représenté 85% dans notre étude. Nos résultats sont inférieurs à ceux de TRAORE F [12] qui étaient de 94,8%, mais supérieurs à ceux trouvés par NIANE [11] à Kayes qui étaient de 75,9%. Toute fois nous pouvons dire que dans la grande majorité des cas l'accouchement des adolescentes se fait par voie naturelle comme en témoignent ces différents résultats. Ces accouchements ont nécessité une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement à travers le partogramme

Le forceps a été utilisé dans 1,3% des accouchements.

Dans cette étude, 13,75% des adolescentes ont été césarisées pour différentes indications, contre 5,2% trouvés par TRAORE F [12], 24,1% par NIANE [11], 15,78% par YATTASSAYE [19] et 20,4% par ONGOIBA [16].

#### **4.4. L'épisiotomie**

L'épisiotomie est une opération qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve ; elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et tout le faisceau pubo-rectal. [14]

Cette épisiotomie protège le périnée contre les traumatismes souvent compliqués et récidivants dans les accouchements ultérieurs.

Elle a été pratiquée dans 79% des accouchements dans notre étude.

#### **4.5. Indications de césarienne**

Les deux indications les plus fréquentes de césarienne étaient : l'immaturité du bassin et la présentation de siège chez les primigestes, représentant chacune 21,8%. Selon NIANE [11] la présentation de siège chez les primigestes comme indication de césarienne a représenté 8,77%.

Ce taux s'explique probablement par le fait que la présentation de siège chez les primigestes est une indication systématique de césarienne dans notre service.

L'immaturité du bassin a représenté également 21,8% des indications de césarienne. Cette immaturité du bassin entraîne une dystocie mécanique. L'avenir obstétrical de ces adolescentes est donc compromis, car même si avec la croissance le bassin atteignait des dimensions normales, la cicatrice utérine est péjorative pour les grossesses à venir.

#### **4.6. Assistance à l'accouchement**

Les accouchements assistés ont représenté 98,7%. Les accouchements non assistés étaient ceux survenus à domicile 1,3%. Ces accouchements non assistés sont déplorable car mettant en danger la vie aussi bien de la mère que de l'enfant.

#### **4.7. Complications traumatiques**

Les complications traumatiques étaient constituées par des déchirures incomplètes du périnée (1,5%), des déchirures complètes du périnée (0,5%), une déchirure complète et compliquée (0,2%), une déchirure du col (0,2%) et des déchirures vaginales (3,2%).

#### **4.8. Type de délivrance**

Le type de délivrance utilisé était la délivrance active dirigée (98,2%). Dans 2 cas une délivrance artificielle a été nécessaire car il s'agissait des cas de rétention placentaire. Ce ci s'explique par le fait que dans le service ce type de délivrance est le plus consigné. Les cas de délivrance naturelle ont concerné les accouchements à domicile.

#### **4.9. Suites de couches**

Les suites de couches ont été pathologiques dans 4,5% des cas. L'endométrite était la pathologie la plus fréquente et a concerné les adolescentes n'ayant pas observé une antibiothérapie après l'accouchement.

#### **4.10. Poids des nouveaux nés**

Dans notre étude 24,5% des nouveaux nés étaient de faible poids de naissance. Ce taux est supérieur à celui trouvé par TRAORE F 13,5% [12], par DIALLO D 11,8% [20], par ONGOIBA A 11% [16], par JOHN LIBBEY 23% [2].

Le faible poids de naissance peut-être soit des prématurés dont le poids correspond à l'âge gestationnel, soit des hypotrophes dont le poids est inférieur à l'âge gestationnel.

Ce petit poids de naissance est préjudiciable pour ces nouveaux nés dont la survie dépend d'un suivi rigoureux par la famille et par les agents de la néonatalogie.

L'association entre le jeune âge maternel et le petit poids du nouveau-né est rapportée par plusieurs travaux à travers la littérature [22,23].

En revanche, les résultats de l'étude multivariée effectuée par le Forum et al. [24] ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids.

#### **4.11. Apgar à la première minute**

Dans notre étude, une souffrance fœtale estimée par un indice d'Apgar inférieur à 7 à la première minute a été trouvé chez 21% des nouveaux nés, tandis que JOHN LIBBEY [2] a trouvé 40%, d'autres études effectuées au Cameroun ont trouvé des taux de 26,4% [18]. Ces taux sont supérieurs à ceux de notre étude.

#### **4.12. Etats des nouveaux nés à la naissance**

Les morts nés ont représenté 4,2% dans notre étude. JOHN LIBBEY [2] a trouvé 7,1%. La grande majorité des morts nés soit 76,4% sont issus d'une grossesse non suivie.

Ce qui confirme l'intérêt des consultations prénatales dans la prévention de la morbidité et de la mortalité néonatale.

#### **4.13. Mortalité néonatale**

Dans notre étude nous avons trouvé 1% de mort néonatale. Ce taux est discutable à cause de la réticence de certaines accouchées à venir dans le service pour des suivis du post partum immédiat et pour les besoins de l'enquête.

#### **4.14. Le score d'apgar en fonction de l'âge des adolescentes**

Chez les adolescentes ayant entre 14-15ans la souffrance fœtale a représenté 34,5%, dans la tranche d'âge 16-17ans 50%, alors qu'elle a représenté 15,5% dans la tranche d'âge 18-19ans. Cela pourrait indiquer, que pour un âge inférieur à 17ans la souffrance fœtale est fréquente.



# CONCLUSION

## VIII -CONCLUSION

Notre étude s'est déroulée d'Octobre 2006 à Mai 2007 au centre de santé de référence de la commune VI et a concerné toutes les adolescentes venues pour accouchement ou venues dans les 24 heures après l'accouchement.

Cette étude nous a permis d'atteindre nos objectifs avec la méthodologie utilisée et d'arriver aux conclusions suivantes que :

- l'accouchement des adolescentes est très fréquent en commune VI,
- les adolescentes célibataires et non scolarisées sont les plus nombreuses,
- la fréquence des grossesses non suivies est élevée et concerne surtout les adolescentes célibataires et non scolarisées,
- la voie basse est la plus sollicitée et les indications de césarienne les plus fréquentes sont : la présentation de siège chez les primigestes et le bassin immature. Quelques cas de complications traumatiques sont retrouvés notamment la déchirure du col et la déchirure complète et compliquée du périnée.
- La souffrance fœtale et le faible poids de naissance représentent une proportion non moins importante.

# RECOMMENDATIONS

## **IX-RECOMMANDATIONS**

### **Aux décideurs :**

- Soutenir la politique de scolarisation des filles.
- Mettre un accent sur la promotion des services de santé de reproduction des adolescentes.
- Renforcer les programmes de promotion de la planification familiale chez les adolescentes.

### **Aux agents socio-sanitaires :**

- Faire un counseling pour le changement de comportement en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle et les inconvénients du mariage précoce.
- Mener correctement les CPN intégrées.
- Appliquer le plan d'accouchement.
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de planification familiale

### **A la population :**

- Faire régulièrement les consultations prénatales dans le but de diagnostiquer d'éventuelles complications
- Sensibiliser les adolescentes sur le danger encouru par une sexualité et une grossesse précoce
- Sensibiliser les parents à accepter de discuter de la sexualité avec leurs enfants.
- Lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction des jeunes filles comme le mariage précoce.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

## **X-BIBLIOGRAPHIE**

1- <http://fr.wikipedia.org/wiki/adolescence> du 19-01-2005

2- Grossesse et Adolescence 2<sup>ème</sup> journée de Médecine et santé de l'adolescent-  
9 Decembre 2000-Poitiers

### **3-JOHN LIBBEY**

[www.john-libbey-eurotext.fr](http://www.john-libbey-eurotext.fr) le 15-05-2007

### **4-ALY ABBARA**

[www.aly-abbara.com](http://www.aly-abbara.com) le 15-05-2007

### **5-DICTIONNAIRE DE MEDECINE**

FLAMMARION 7<sup>ème</sup> édition p740

### **6-BRAUNER R., LIMAL J.M., RAPPAPORT R.**

La puberté normale et pathologique. Encyclopédie Médicale et chirurgicale.

(Paris, France) 1984. Gynécologie 1,36 A<sup>10</sup>, 2p

### **7-ROBERT HG. PALMER R., BOURY C., HEYLER, COHEN**

Précis d'obstétrique. 2<sup>ème</sup> édition revue et augmentée. 1979 Masson.

Paris-New York-Barcelone-Milan. 137-140

### **8-BRAUNER R., LIMAL J.M., RAPPAPORT R.**

Puberté normale et pathologique. Encyclopédie Médicale Chirurgicale

(Paris, France) Pédiatrie 6,4107B<sup>10</sup>, 7-1987, 14p

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

**9-SALOMON Y., RONZIER M., DUFLOS-COHADE C. ET COLL.**

Les gynécologues et les problèmes psychologiques et psychopathologiques de l'adolescente. Encyclopédie Médical Chirurgical (Paris, France), Gynécologie 4, 1987. 802A<sup>10</sup>, 11-15p

**10- BOURY-HEYLER., COHEN J**

Abrege de physiologie Gynecologie.Masson, Paris, 1976

ISBN 2-225-43329-1, 205-213.

**11-NIANE M**

Etude épidémio-clinique de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes a l'hôpital régional de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2000

**12-TRAORE F**

Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain.

Thèse de Médecine Bamako 2002

**13-UNNIVERSITE PARIS V**

[www.uvp5.univ-paris5.fr/campus](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus) le 15-05-2007

**14-MERGER. LEVY J. MELCHIOR**

Précis d'obstétrique 6ème édition Manson

**15-SOW Y.**

Sexualité des adolescentes. Etude sur 531 cas dans le district de Bamako

Thèse de Médecine Bamako 1997

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

**23-ANANDALASKSHMY PN, BUCKSHEE K. TEENAGE.** Pregnancy and its effect on maternal and child health- a hospital experience. India J Med Sci 1993; 47:8-11

**24-Forum L, Ducic S, Seguin L.** Facteurs associés a la naissance des enfants de faible poids. Santé 1999; 9:7-11

**25-JOHN LIBBEY**

[www.john-libbey.fr](http://www.john-libbey.fr) du 26/07/08

**26-KEETTERLINUS RD, HENDERSON SH, LAMB ME.** Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behavior: influences on neonatal risk status. J Adolesc Health Care; 11:423-31.

**27- SLAP GB, SCHAWARTZ JS.** Risk factors for low birth weight to adolescent mothers. J Adolesc Health Care 1989; 10: 267-74

**28- HAMPTON HL, POWEL LH.** Obstetric outcome in the very young adolescent. J Miss State Med Assoc 1999; 40:411-4

**29- AUBRY C SCHWEITZER M, DESCHAMPS JP.** Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. Arch Fr Pediatr 1988 ; 45 : 539-43

**30-ODUJINRIN O.M.T.**

Sexual activity, contraceptive, practice and abortion among adolescents in Lagos, Nigeria.

Int. Jr. Gynecol. Obstet, 1991, 34 : 361-366



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

**16-ONGOIBA AISSATA**

Grossesse et accouchement chez les adolescentes à l'hôpital du point G

Thèse de Médecine Bamako

**17-SEPOU A, YANZA MC, NGUEMBI E, BANZAMINGO JP, NALI MN**

Soins prénatal dans une zone urbaine de la république centrafricaine :  
Fréquence, facteurs influents, pronostic maternelle et néonatal. Med Trop Mars  
2000. 257-61

18-

[www.gfmer.ch/Activites internationales Fr/parite adolescentes Cameroun.htm](http://www.gfmer.ch/Activites_internationales/Fr/parite_adolescentes_Cameroun.htm)

15-05-2007

**19-YATTASSAYE A.**

L'accouchement chez l'adolescente a la maternité de l'hôpital Gabriel  
TOURE

Thèse de Médecine Bamako 1998

**20-DIALLO D**

L'accouchement chez les adolescentes en milieu pérurbain

Thèse de Médecine Bamako 1995

[21-www.inrp.fr/bioetic/procreat/determin/html/puberNor.htm](http://www.inrp.fr/bioetic/procreat/determin/html/puberNor.htm)

**22-LEE MC, SUHNG LA, LU TH, CHOU MC.** Association of parental  
characteristics with adverse outcomes of adolescent pregnancy. Fam Pract  
1998; 15: 336-42.

**31- VINATIER D, PATEY-SAVATIER P, MONNIER JC.** Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Obstétrique, 5016D10, 1987.

**32- VAN WINTER JO, SIMMONS PS.** A proposal for obstetric and pediatrics management of adolescent pregnancy. Mayo clin Proc 1990 ; 65 : 1061-1066

**33- JOURDAIN C.** Entretiens de Bichat. Les mères adolescentes et leurs bébés, 1998 : 189-192

**34- LEROY BILLARD M, CHATANE A, PUECH F.** La grossesse chez la très jeune fille. MPN Médecine 1991 ; (suppl 178) : 14-15

**35- BLONDEL B, MARSSHALL B.** Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 25 : 729-36.

**36- GUIBERT E, FORGET G, CHARBONNEAU L, FRAPPIER JY, GAUDREAU A, MARQUIS N.** Etre adolescente et fertile : une responsabilité personnelle et sociale. Contracept Fertil Sex 1988 ; 16 : 977-981

# ANNEXES

## XI- ANNEXES

### FICHE DENQUETE

N d'enquête /...../

L'accouchement chez les adolescents au centre de sante de référence de la commune VI

Q0 : Age /...../

Q1 : Nom /...../

Q2 : Prénom /...../

Q3 : Taille en mètre/...../

Q4 : Groupe socioprofessionnel /...../

1 : Elève

2 : Etudiant

3 : ménagère

4 : Couturière

5 : Aide familiale

6 : Autres (à préciser)

Q5- Ethnie /...../

1 : Bambara

2: Soninke

3: Peulh

4: Sénoufo

5: Bobo

6: Dogon

7: Malinké

Q6- Résidence /...../

1: Commune VI

2: Hors commune

Q7- Statut matrimonial /...../

1 : Célibataire

2 : Mariée

3 : Veuve

4 : Divorcée

Q8- Age ménarche /...../

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

Q9- CPN /...../

1 : Oui

2 : Non

3 : Si oui le nombre

Q10- Gestité /...../

Q11- Parité /...../

Q12- Vivant /...../

Q13 : Avortement /...../

Q14 : Examen général

1 : Poids en kg /...../

2 : TA /...../

3 : Température en degré c /...../

4 : Œdème Oui /...../ Non /...../

5 : Anémie Oui /...../ Non /...../

6 : Cœur /...../

7- Poumons /...../

Q15- Examen obstétrical

Q16- Inspection /...../

Q17- Palpation /...../

Q16- HU /...../

Q19- BCF /...../

Q20- Col direction /...../ dilatation /...../



L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI

- 1- Naturelle  
3-Dirigée active
- 2-Artificielle

Q31- Complication de la délivrance /...../

- 1- Oui  
3-Si oui préciser
- 2-Non

Q32- Morbilité maternelle /...../

- 1- Oui  
3-Si oui préciser
- 2-Non

Q33- Décès maternelle /...../

- 1- Oui  
3-Si oui la cause
- 2-Non

Q34- Etat du nouveau né

Q35- Poids en gramme /...../

Q36- Taille /...../

Q37- PC /...../

Q38- PT /...../

Q39- Apgar à 1mn /...../ à 5mn /...../

Q40- Réanimé Oui /...../ Non /...../

Q41- Mort né Oui /...../ Non /...../

Q42- Mort néo-natale Oui /...../ Non /...../

Q42- Suites des couches tardives /...../

Q43- physiologiques

Q44 Pathologiques

Q45- Complications

## FICHE SIGNALITIQUE

**NOM :** SANOGO **PRENOM :** Moussa Mamadou

**TITRE :** L'accouchement chez les adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune VI du District de Bamako d'octobre 2006 à Mai 2007.

**Année universitaire :** 2008-2009

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Secteur d'intérêt :** Gynéco-obstétrique.

**Lieu de dépôt :** Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Adresse e-mail : docsanogo@yahoo.com

### Résumé

Il s'agit d'une étude transversale descriptive allant d'octobre 2006 à Mai 2007 portant sur 400 adolescentes de 10 à 19 ans qui ont accouchés au centre de sante de référence de la commune VI ou qui s'y sont présentées dans les 24 heures qui ont suivis l'accouchement. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement des adolescentes est de 12,11%.

La majorité des adolescentes avaient entre 16 et 17ans (50,3%), et les célibataires représentaient 76%.

Les grossesses non suivies représentaient 26,3%.

La césarienne a été la voie d'accouchement dans 14% des cas et les principales indications étaient le siège chez les primigestes et le bassin immature.

La souffrance fœtale est survenue chez 21% des nouveaux nés, le faible poids de naissance a été retrouve chez 24,6% des nouveaux nés.

**Mots clés :** Adolescentes ; Accouchements ; Souffrance fœtale ; Faible poids de naissance



### **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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**