

Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CSRéf CII du district de Bamako

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE  
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 – 2015

N°

**TITRE**

**Grossesse et accouchement chez  
l'adolescente au centre de santé de référence  
de la commune II du district de Bamako**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2015 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

***Mr Adama DRABO***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

**JURY**

**Président : Professeur Salif Diakité**

**Membre : Dr Mamadou Désiré Mary Keita**

**Co-directeur : Dr Sakoba Konaté**

**Directrice de thèse : Professeur Sy Assitan Sow**

## **DEDICACES**

Je dédie ce travail

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

**AU PROPHETE MOHAMED** «paix et salut sur lui»

### **A MON PERE FEU SOUMAILA DRABO**

Vous avez été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui. Vous m'avez enseigné le saint coran depuis l'enfance. J'aurais voulu que vous soyez présent le jour de ma soutenance, mais le grand Dieu en a décidé autrement. Je continue à sentir douloureusement votre absence, qui a créé dans ma conscience un vide infini et un immense chagrin. Père que le grand Dieu ait pitié de vous et qu'il vous accueille dans son paradis «Amène».

### **A MA MERE FANTA SEREME**

J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser tous les malheurs passés, pour que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurai encore besoin de ton amour.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaires et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

## **REMERCIEMENTS**

### **A MES FRERES ET SŒURS :**

Mamadou Lamine Drabo, Natié Zerbo, Mariam Coulibaly, Mme Drabo Massitan Koné, Dr Mahamadou Drabo, Mme Koné Kadidia Drabo, Abdoul wahab Drabo, Awa Drabo, Habibatou Drabo, Chaka Drabo.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.

Puissent nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore.

### **A MES AMIS :**

Dr Mamadou Coulibaly, Dr Sidy Coulibaly, Dr Mamadou Malla, Dr Djibril Traoré, Dr Chiaka Mariko, Dr Zoumana Diarra, Int Lassana Coulibaly, Aminata dite Fily Konfrou, Nakia, Tony Almeida, Aboubacar Minhta, Moudirou Cissé, Alkadi Haidara, Fatoumata Ami Keita, Fatoumata Dao, Manda Sissoko, en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles

### **A MON MEILLEUR AMI OUMAR HAIDARA**

Depuis le secondaire nous sommes devenus inséparables. Cher ami les mots me manquent pour te dire merci, car à travers toi, j'ai connu le vrai sens du mot amitié. Ton humour, ton amour du prochain et ta bonne éducation n'ont jamais cessé de m'impressionner. Je prie Dieu pour que notre amitié résiste contre tous les obstacles de la vie, ce travail est le tien.

**A NOS MAITRES** DOCTEUR MAMADOU HAIDARA, DOCTEUR SEYDOU Z DAO, DOCTEUR MOHAMED DIABY, DOCTEUR SAKOBA KONATE, DOCTEUR ABOUBACAR TRAORE.

Les conseils fructueux que vous nous avez prodigués ont été très précieux, nous vous en remercions. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grand estime et profond respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

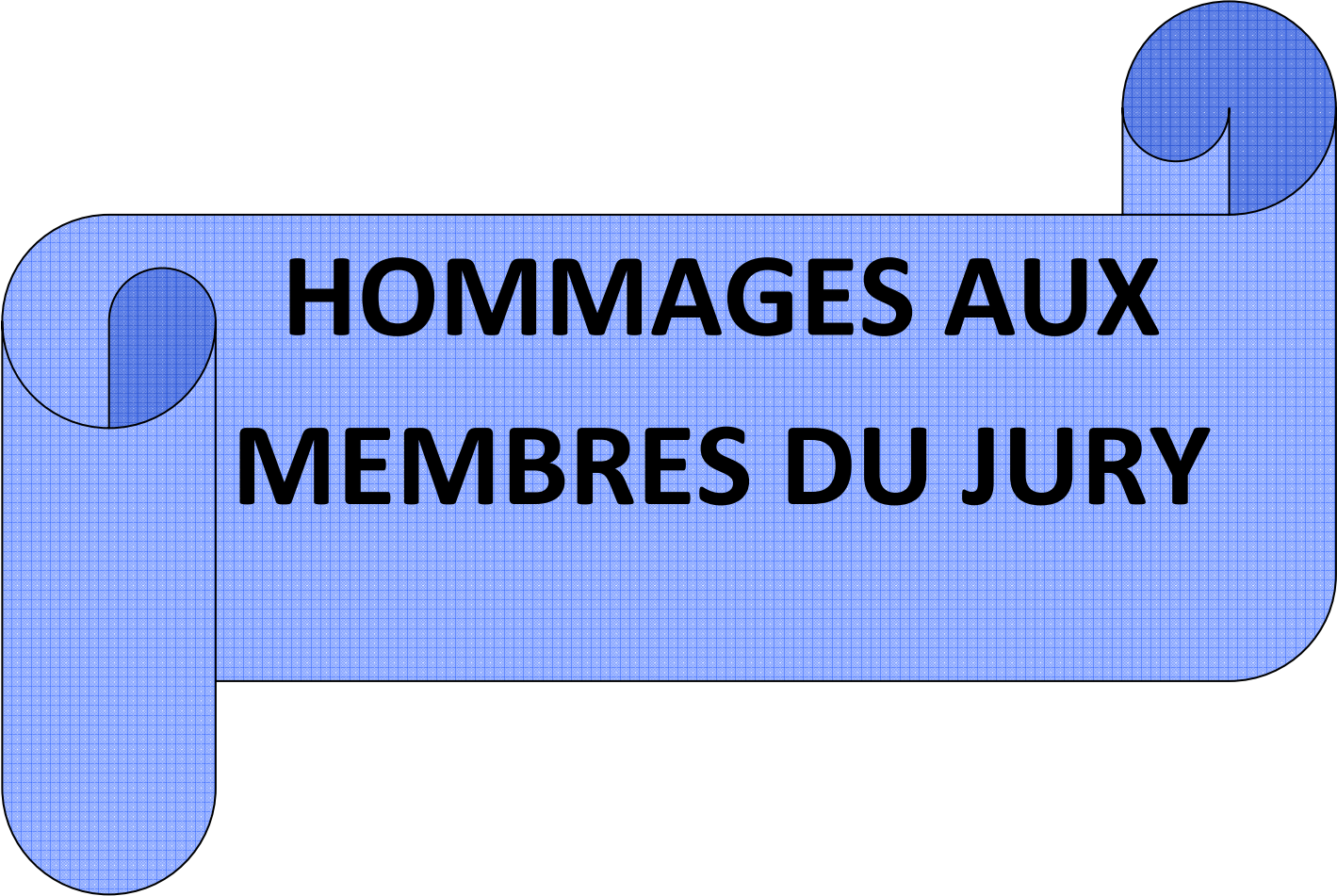
**AUX DOCTEURS:** SAYON KAMISSOKO, DOUNIA KANAMBAYE, BOCARY KONE, MOCTAR DIABY, SIRAMA DIARRA, DAOUDA DOUMBIA, BOUBACAR SIDIBE, JEAN WAMIAN KONE, NIAGALE SYLLA, AWA DIARRA MACALOU, BOURAMA KONE, BOUBACAR KONATE, YACOUBA BAGAYOKO, IBRAHIM FOMBA, SALIFOU DIABATE, ADAMA DIARRA, DAOUDA TRAORE, KASSOUM SIDIBE BOUBACAR KASSAMBARA.

La jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement ; la rigueur et le souci du travail bien fait.

**A TOUS LES THESARDS DU CSREF C II.** Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

**AUX SAGES FEMMES :** **Merci** pour la collaboration et votre disponibilité.

**A tous ceux** qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce document. Je vous dis merci.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

**NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Salif DIAKITE**

**• Professeur titulaire honoraire de gynécologie obstétrique à la FMOS**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.

Homme de qualité scientifique, homme de principe, homme de foi, honorable maître, votre souci constant du travail bien fait et votre sens social élevé mérite un grand respect.

Permettez nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre expérience.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

**Professeur SY Assitan SOW**

**• Professeur titulaire honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS du Mali.**

**• Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**

**Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Chère maître,

C'est avec abnégation et le souci constant du travail bien fait que vous avez dirigé ce travail malgré vos multiples occupations. Honorable maître, nous avons été fascinés par votre sens élevé de pédagogie. Votre simplicité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre humanisme et votre franchise nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici chère maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

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

**DR MAMADOU DESIRE MARY KEITA,**

- **Gynécologue obstétricien,**
- **Médecin chef de centre de sante de référence de la commune II,**
- **Chevalier du mérite national de la santé**

**Cher maitre**

En plus de l'enseignement remarquable dont nous avons bénéficié dans votre service, vous avez cultivé en nous le savoir être et le savoir faire.

Honorable Maître, votre rigueur, votre souci constant du travail bien fait et votre faculté d'écoute ont forcé notre admiration. Vous avez par l'éloquence de vos discours, votre enseignement quotidien et votre expérience médicale, inspiré en nous l'amour de la gynécologie obstétrique.

Puisse le Tout Puissant vous donner longue vie et la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et de la femme en particulier.

Soyez assuré, cher Maître, de notre reconnaissance éternelle.



**A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Sakoba KONATE**

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service adjoint de la gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.**

**Cher maître,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Ce travail est surtout le vôtre. En nous acceptant dans votre service, vous nous honorez pleinement. Et nous gardons de vous l'image d'un grand maître dévoué et serviable. Qu'il nous soit permis de vous adresser nos sincères remerciements.

**ABREVIATIONS**

<b>BDCF</b>	: Bruit du cœur foetal
<b>BGR</b>	: Bassin généralement rétréci
<b>BIP</b>	: Diamètre bipariétal
<b>C</b>	: Commune
<b>CAT</b>	: Conduite à tenir
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire
<b>Cm</b>	: Centimètre
<b>CPN</b>	: Consultation prénatale
<b>CS Réf</b>	: Centre de santé de référence
<b>CSCOM</b>	: Centre de santé communautaire
<b>CUD</b>	: Contraction utérine douloureuse
<b>DFP</b>	: Disproportion fœto-pelvienne
<b>DI</b>	: Détroit inférieur
<b>DM</b>	: Détroit moyen
<b>DS</b>	: Détroit supérieur
<b>Eff</b>	: Effectif
<b>FMOS</b>	: Faculté de médecine et d'odontostomatologie
<b>GEU</b>	: Grossesse extra-utérine
<b>HRP</b>	: Hématome rétro placentaire
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>HU</b>	: Hauteur utérine
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>LA</b>	: Liquide amniotique
<b>MAP</b>	: Menace d'accouchement prématuré
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé
<b>PP</b>	: Placenta prævia
<b>PEV</b>	: Programme élargi de vaccination

## Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CSRéf CII du district de Bamako

<b>PF</b>	: Planification familiale
<b>PRP</b>	: Promonto-retro-pubien
<b>%</b>	: Pourcentage
<b>≤</b>	: Inferieur ou égal
<b>RCIU</b>	: Retard de croissance intra-utérin
<b>RPM</b>	: Rupture prématurée des membranes
<b>SA</b>	: Semaine d'aménorrhée
<b>SFA</b>	: Souffrance fœtale aigue
<b>≥</b>	: Supérieur ou égal
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine

**SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>4</b>
<b>II. GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
<b>III. METHODOLOGIE.....</b>	<b>21</b>
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>50</b>
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>56</b>
<b>VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES</b>	



# **I. INTRODUCTION**

## **I-INTRODUCTION :**

On estime à 15 millions le nombre de naissances révélées chaque année chez les adolescentes. Cela représente environ 11% de l'ensemble des naissances annuelles [1]. On compte en moyenne 65 naissances dans le monde pour 1000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Il existe néanmoins d'importantes différences selon les régions.

En Europe, ce taux varie d'un pays à un autre avec une moyenne de 25 pour 1000 ; il est de 4 pour 1000 en Suisse ; 57 pour 1000 en Bulgarie.

En Afrique, ce taux est de 45 pour 1000 à l'Ile Maurice ; de 229 pour 1000 en Guinée Conakry et de 188 pour 1000 au Mali, avec une moyenne de 143 pour 1000 [2, 3,4].

Les taux de grossesse et de natalité des adolescentes ont diminué dans la plupart des pays développés ainsi que dans une grande partie des pays en voie de développement [5].

L'âge du premier mariage a reculé de manière significative et ce phénomène s'est accompagné d'une baisse des grossesses précoces en Afrique du Nord et en Asie. Cependant la proportion d'adolescentes qui accouchent reste très élevée en Afrique sub-saharienne. En outre la part des naissances chez les adolescentes non mariées augmente dans certains pays et devrait poursuivre son ascension si l'utilisation de moyens contraceptifs chez les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives, ne connaît pas une hausse rapide [6].

Le recours plus fréquent à l'avortement à risque constitue un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle chez les adolescentes. Dans les pays disposant de statistiques fiables, 40 à 60% des grossesses chez les adolescentes se soldent par un avortement provoqué [10].

L'enquête de 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 1000 accouchements [7].

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.

## **Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CSRéf CII du district de Bamako**

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. Au Mali, plusieurs d'études ont été faites sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. Mais vue l'ampleur du phénomène et de ses complications materno-fœtales, la présente étude trouve sa place.

**OBJECTIFS :**

**1-Objectif général :**

- Etudier la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

**2-Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente dans le service.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des adolescentes admises dans notre service.
- Identifier les facteurs de risques liés à la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente.
- Décrire le pronostic maternofoetal de l'accouchement des adolescentes.





## II-GENERALITES

## II-GENERALITES

### 1-Définitions

- ❖ L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée). [8]
- ❖ Le mot adolescence vient du verbe Latin « *adolescere* » qui signifie grandir vers (ad : vers, olescere : grandir) [9]

C'est une période de la vie humaine caractérisée par l'évolution de la personnalité enfant vers la personnalité adulte ainsi que la maturité sexuelle ou la puberté.

L'OMS définit les adolescentes comme des personnes appartenant au groupe d'âge de 10-19 ans; la tranche d'âge de 10-14 ans est considérée comme la jeune adolescence et celle de 15-19 ans la grande adolescence.[25]

### 2 - Caractéristiques de l'adolescente

L'adolescence est un processus physique, psychique et physiologique naturellement engagée par le corps dans une fourchette qui varie entre 13-19 ans selon le climat, le génome et la densité de la population. Ainsi elle démarre plus tôt dans les régions tropicales et méditerranéennes entre 9 -11ans et plus tard dans les régions nordiques qui sont entre 14-19 ans tandis que les régions tempérées la connaissent entre 11-14 ans. Le processus de l'adolescence varie encore selon le sexe d'environ deux (2) ans plus tôt chez la fille que chez le garçon.

L'adolescence démarre plus tôt en ville qu'à la campagne probablement suite à des stimulations divers (bruit, stress par exemple). [11]

Cerner la fin de l'adolescence est la chose la moins aisée. Considérons que celle-ci se termine quand les remaniements identificatoires inhérents aux processus d'adolescence, aboutissent à l'assomption d'une identité sexuelle stable, irréversible. [22]

Les phénomènes liés à la maturité sexuelle sont de trois (3) ordres: physique (visible), psychique (mentaux comportementaux) et physiologique (organes internes). [11]

## **2.1- Caractères physiques**

La puberté se caractérise par l'apparition de la pilosité sur les jambes, le pubis et sous les aisselles. Les seins se développent exclusivement sous contrôle œstrogénique et se produit entre 2 à 3 ans. Les organes génitaux externes se développent en cinq (5) grades.

Ces différentes modifications morphologiques souvent associées entre elles permettent de caractériser cinq (5) étapes pubertaires. Selon Tanner.

**Stade1** : Stade pré pubertaire : élévation de la papule seulement, pas de poils pubiens.

**Stade2** : Bourgeonnement mammaire: présence de poils sur les grandes lèvres.

**Stade3** : Développement palpable du tissu glandulaire mammaire. Pas de délimitation des contours. La pilosité de grandes lèvres diffuse sur le pubis.

**Stade4**: Poursuite de l'accroissement des seins avec saillie de l'aréole formant un relief secondaire. Diffusion latérale légère de la pilosité sur le pubis.

**Stade5** : Contour unique de la poitrine et de l'aréole. Développement latérale de la pilosité pubienne formant un triangle pointe en bas (apparition des règles).

[23]

## **2.2- Caractères psychiques**

L'adolescence est le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté [24]. Avec le développement physique, la puberté inquiète et questionne la fille.

Cependant peu nombreux sont les adultes, actuellement à se sentir capable d'expliquer leur évolution dès la fin de l'enfance et encore moins pendant l'adolescence, car la nouvelle envergure de la jeune fille au plan sexuel, jointe aux difficultés à se gérer au plan socio affectif, mettent l'adulte mal à l'aise, et d'autant plus que certains tabous subsistent.

La nouvelle envergure de la jeune fille est bien sûr nécessaire, et déclenche spontanément des difficultés socio affectives. Ces difficultés sont socioculturelles d'une part et naturelles d'autre part.

Au plan socioculturel, puisque l'adulte est généralement indisposé par la maturité sexuelle du jeune et d'autant plus que des phénomènes tels que le jeunisme ou l'adolescence prennent de l'ampleur. Cela brouille les pistes entre les générations, et le jeune s'interroge sur la maturité sociale du monde dans lequel il vit. Les réponses qu'il trouve successivement, ou qu'il affine, lui permettent de définir sa propre démarche sociale de futur adulte.

Au plan naturel, les difficultés socio-affectives sont notamment liées à la montée du désir. La jeune fille doit nécessairement parvenir à se restituer dans son environnement social (famille, enseignant, petit ami(e)s, copines, camarades, fréquentations).

Vis à vis de ses parents, un nouveau rapport doit émerger, afin que le jeune puisse s'émanciper à l'aise.

Si une nouvelle distance ne s'instaure pas, il sera toujours plus mal dans sa peau. La psychanalyse parle de nécessaires réactions du complexe d'Œdipe, lors desquelles, les parents ont leur rôle à jouer. Le jeune est dans une situation paradoxale, puisque autant il a régulièrement besoin du soutien matériel, financier, social et affectif de sa famille, autant il a nécessairement besoin de marges de manœuvres toujours plus vastes, ou libérés. Il doit donc régulièrement se tourner vers des personnes dont il aspire à quitter la dépendance.

De ces éducateurs de manière générale (parents, professeurs) ainsi que des adultes qu'il est amené à fréquenter. Souvent, il attend d'être reconnu à sa juste valeur: il a besoin de confiance, d'écoute et de responsabilité, autant que d'autorité (une autorité de compétence) de limite et de sécurisation, car c'est en testant et se confrontant au cadre, qu'il peut même construire sa propre démarche d'adulte, et qu'apprendre à mieux se connaître et gérer son impulsivité, son émotivité et ses nouvelles facultés.

Vis-à-vis de la sexualité, le jeune désire plus assouvir son désir avec un partenaire. Enfin l'adolescente ne se passe pas d'idéalisme au sens courant, non philosophique, bien qu'il lui donne un caractère philosophique et politique. La jeune a soif d'absolu et de valeur à concrétiser dans le monde environnant. Ses euphories et ses désirs sont d'autant plus intenses que le monde diffère de ses attentes.

L'idéalisme adolescent n'est nécessaire au jeune qu'à travers lui, il doit pouvoir définir ses propres valeurs afin de fonder ses démarches d'adulte, qu'il s'agisse du nihilisme (ou absence de valeurs) comme de la liberté, de l'égalité et de la fraternité réelle. [13]

### **2.3- Les troubles de la vie sexuelle de l'adolescente**

La vie sexuelle commence de plus en plus tôt chez les adolescents.

En 1972 l'âge était de 19,2 ans en France pour les filles. Dans une enquête récente, l'âge s'abaissait à 17ans pour les filles (16 ans pour les garçons). L'âge du premier rapport sexuel et le taux de virginité ne varie pas selon l'origine

socioprofessionnelle ou religieuse. Chez les jeunes filles encore vierge, l'attente du premier rapport sexuel est de l'ordre du bonheur plus tôt que du plaisir.

Mais la majorité des filles sont déçues par les premiers rapports sexuels. Le premier rapport sexuel généralement non protégé par la contraception (dans 60% des cas d'après l'enquête ci-dessus), apparaît comme une exigence sociale, un risque à prendre et bien entendu comme un désir de satisfaction alors que pendant la virginité le bonheur amoureux était espéré. Ainsi, déception, douleur ne sont-elles pas le lot de ces premières expériences? Le risque de survenue d'une grossesse est également notable. [10]

### **3. Facteurs ayant une incidence sur la grossesse et l'accouchement des adolescentes :**

Une série de facteurs sociaux et biologiques ainsi que des facteurs liés à la prestation de services, contribuent aux forts taux de grossesse et d'accouchement des adolescentes.

#### **3.1-Facteurs contribuant à la grossesse et à l'accouchement des adolescentes :**

**-Diminution de l'âge des premières règles :** L'âge des premières règles est passé de plus ou moins 15 ans à plus ou moins 12,5 ans dans les pays développés et dans les zones urbaines de nombreux pays en voie de développement.

**-Allongement de la durée des études et recul de l'âge du mariage pour certaines adolescentes ; mariage précoce et pression pour avoir des enfants pour d'autres :**

Un nombre croissant d'adolescentes font des études plus longues, ce qui retarde l'âge du mariage. Pour beaucoup d'autres adolescentes, le statut de femme est associé au mariage et à la maternité. Elles sont obligées de se marier jeune et subissent des pressions immédiates destinées à prouver leur fécondité.

**-Premiers rapports sexuels à l'adolescence :**

Dans de nombreuses régions du monde, les adolescentes deviennent sexuellement actives, qu'elles soient mariées ou non. L'activité sexuelle chez les adolescentes non mariées augmente dans de nombreuses régions du monde. Toutefois, il est important de souligner que l'âge du premier rapport sexuel a augmenté ou est resté inchangé dans plusieurs pays, notamment en Asie et en Amérique latine.

**-Rapport sexuel forcé et viol :** Les adolescentes sont parfois contraintes à avoir des rapports sexuels généralement avec des adultes et avec des pairs appartenant à leur cercle social. Ces agressions peuvent entraîner des grossesses. Les filles, victimes d'abus sexuels et de viol, peuvent souffrir de graves conséquences physiques et psychologiques pendant toute leur vie.

**-Niveau d'éducation :** Ce facteur influe fortement sur la grossesse des adolescentes. En effet dans de nombreux pays, les femmes non scolarisées, ont des enfants avant l'âge de 20 ans, ce qui est moins le cas chez les femmes scolarisées.

**-Facteurs socio-économiques :** les difficultés économiques peuvent obliger les jeunes filles à quitter leur foyer et à travailler ailleurs. L'exploitation sexuelle et la prostitution en sont parfois les conséquences. Les jeunes filles, qui ignorent l'existence des moyens de contraception, qui n'ont pas accès au service de contraception et qui ne parviennent pas à imposer l'utilisation de préservatifs, peuvent facilement tomber enceinte.

**-Autres comportements à risque :** La consommation d'alcool et autres substances toxiques est parfois associée à une activité sexuelle non protégée, ce qui entraîne des grossesses non désirées.

**-Manque de connaissance :**

Des campagnes d'information et de sensibilisation en matière de santé sexuelle et de la reproduction ont eu lieu à différents endroits, ce qui permet de renforcer les connaissances et la compréhension en la matière. Pourtant dans bien de régions, les adolescentes manquent encore de connaissances et ont toujours des idées fausses sur la sexualité et la reproduction.

**-Accès insuffisant aux services :**

Dans de nombreux pays, une série d'obstacles entrave l'accès des adolescentes aux services de contraception dont elles ont besoin. Par ailleurs, l'interruption de grossesse est illégale dans beaucoup de régions du monde et lorsqu'elle est légale, les adolescentes y ont rarement accès.

Les grossesses chez les adolescentes sont généralement plus fréquentes dans les régions où la prévalence de la contraception est moins élevée. Qui plus est, dans de nombreux pays en voie de développement, les progrès récents en matière de prévalence de la contraception concernent presque exclusivement les femmes plus âgées et mariées, et non les adolescentes.

### **3-2-Risques associés à la grossesse et à l'accouchement chez l'adolescente et en quoi ces risques diffèrent de ceux observés chez les adultes :**

La grossesse et l'accouchement chez les adolescentes sont beaucoup plus risqués pour la santé de la mère et de l'enfant que chez les femmes adultes. Cette différence est due aussi bien à des facteurs biologiques qu'au contexte social. Un âge maternel peu avancé, lorsqu'il est associé à une situation sociale précaire et à un accès insuffisant aux soins de santé, contribue à la forte mortalité maternelle constatée chez les adolescentes d'un grand nombre de pays en voie de développement. Les risques sont élevés pendant la période prénatale, l'accouchement et le postpartum. Les enfants nés de mères adolescentes présentent également un risque accru de faible poids de naissance, le taux de morbidité et de mortalité est plus élevé.

### **3-3-Problème en période anténatale**

#### **a. Hypertension due à la grossesse :**

Les données sur l'incidence des maladies hypertensives liées à la grossesse chez les adolescentes sont contradictoires.

Des études révèlent néanmoins une incidence accrue de ce trouble chez les adolescentes par rapport aux femmes âgées de 30 à 34 ans. [17]

#### **b. Anémie :**

Les résultats d'une méta-analyse montrent un risque accru d'anémie chez les adolescentes des pays en voie de développement par rapport aux femmes de plus de 20 ans. L'anémie en période de grossesses est souvent due à des carences nutritionnelles, notamment en fer et en acide folique ainsi qu'aux parasites intestinaux et au paludisme. Les carences en vitamine A et l'infection à VIH peuvent aussi entrer en ligne de compte. [17]

#### **c. Infections sexuellement transmissibles :**

Les adolescentes sexuellement actives, qui sont vulnérables sur les plans biologique et social, présentent un risque accru de contracter des IST, y compris l'infection à HIV. On constate également un risque accru de transmission mère-enfant du VIH chez les adolescentes car l'infection est généralement récente et par conséquent associée à des charges virales plus élevées.

La présence d'autres IST (syphilis, gonorrhée, chlamydiae) associées à une inflammation locale, peut accroître la diffusion du virus, augmentant ainsi le risque de transmission pendant l'accouchement.

**a. Paludisme grave :**

Le paludisme est l'une des principales causes d'anémie en période de grossesse en zone tropicale. Les femmes enceintes pour la première fois (ce qui concerne beaucoup d'adolescentes), sont plus exposées au paludisme que celles qui l'ont déjà été. En outre, elles risquent d'être atteintes des formes les plus sévères de la maladie. Leurs fœtus encourent également un risque de mort intra-utérine ou de faible poids de naissance.

**3.4-Problème survenant lors du travail et de la délivrance :**

**a-Naissance prématurée :**

Une méta-analyse fondée sur les données des pays développés et en voie de développement révèle que, par rapport aux femmes de plus de 20 ans, les adolescentes encourent un risque accru d'accouchement prématuré.

Ce constat peut s'expliquer par l'immaturation des organes génitaux des jeunes adolescentes. Cependant, des facteurs sociaux tels que la pauvreté, des facteurs comportementaux tels qu'une consommation excessive de substances psychotropes et une prise en charge prénatale insuffisante, ont une influence négative sur l'issue de la grossesse [17].

**b-Dystocie mécanique :**

La disproportion céphalo-pelvienne est plus fréquente chez les jeunes filles de moins de 15 ans que les adolescentes plus âgées et les femmes adultes. Cette différence s'explique par l'immaturation des os iliaques et par la petite taille de la filière pelvi-génitale.

Dans de telles conditions, l'absence de prise en charge médicale et chirurgicale peut se solder par une dystocie mécanique et tout ce que cela implique. Une dystocie mécanique prolongée peut provoquer des fistules vesico-vaginales et recto-vaginales qui, lorsqu'elles ne sont pas traitées, peuvent avoir de graves répercussions sur la vie sociale de la jeune femme.

**3-5-Problèmes du post-partum :**

**a) Anémie :**

Les adolescentes, qui ont souffert d'anémie lors de la grossesse, ont plus de risque d'être atteintes de ce trouble pendant le post-partum. L'affection est parfois aggravée par des pertes de sang lors du travail et de la délivrance et peut accroître le risque d'infection puerpérale.



**b) Pré-éclampsie**

Selon plusieurs études, la pré-éclampsie est plus fréquente chez les jeunes adolescentes. Les symptômes peuvent empirer lors des premiers jours du post-partum et il arrive que les premiers symptômes ne soient décelés qu'à cette période.[17]

**c) Dépression du post-partum :**

Les adolescentes sont également d'avantage exposées à la dépression du post partum ou à d'autres troubles de santé mentale.

**d) Les grossesses rapprochées**

Dans beaucoup de pays, les adolescentes non mariées qui souhaitent obtenir une contraception fiable sont confrontées à d'innombrables obstacles liés aux difficultés qu'elles rencontrent en matière de prestation de services de santé. Des rapports sexuels non protégés et des grossesses rapprochées ont été constatés chez 50% de ces jeunes femmes dans une période de 24 mois suivant l'accouchement.

**3-6-Problèmes affectant le nouveau né :**

**a-faible poids de naissance :**

Plusieurs études cliniques, menées dans des pays en voie développement et dans certains pays développés, ont révélé une incidence accrue du faible poids de naissance chez les nouveau nés de mères adolescentes (poids inférieur à 2500gr). [17]

**b-Mortalité périnatale et néonatale :**

Des études cliniques, menées dans des pays en développement et dans des pays développés ont montré des taux de mortalité périnatale et néonatale supérieurs chez les nouveau-nés de mères adolescentes que ceux nés de mères plus âgées [17].

**3-7.Prise en charge des nouveau-nés et pratiques d'allaitement maternel :**

Les jeunes mères, notamment celles qui ne sont pas mariées et vivent dans des situations socioéconomiques difficiles, ont parfois du mal à dispenser les soins dont leur enfant a besoin. Cette difficulté se reflète dans une mauvaise alimentation du nouveau-né, les pratiques d'allaitement maternel étant également concernées.

### **3-8-Pourquoi ces complications sont-elles plus graves chez les adolescentes que chez les adultes ?**

Les complications décrites ci-dessus ne sont en aucun cas limitées aux adolescentes. Les femmes plus âgées souffrent des mêmes complications. De plus la situation des adolescentes varie selon leur situation familiale et le soutien qu'elles reçoivent pendant la grossesse et l'accouchement. Les normes sociales et culturelles peuvent limiter l'accès des adolescentes (mariées et non mariées) aux informations et aux services de santé avant, pendant et après l'accouchement. Plusieurs raisons expliquent néanmoins pourquoi les complications sont plus graves chez les adolescentes :

- Les jeunes adolescentes n'ont pas la maturité biologique suffisante pour supporter l'effort imposé par une grossesse. Tout d'abord, sur le plan physique, leurs os iliaques ne sont pas complètement formés, ce qui peut entraîner une disproportion cephalo-pelvienne. Ensuite, la croissance des jeunes adolescentes peut se poursuivre pendant la grossesse. En d'autres termes, la mère et le fœtus ont tous les deux besoin des nutriments nécessaires à leur croissance et à leur développement. Si la croissance et le développement de l'adolescente ont été affectés par la sous-nutrition pendant l'enfance, elle va entamer sa grossesse avec des carences nutritionnelles ainsi qu'avec une croissance et un développement insuffisants renforçant ainsi le risque de complications. Enfin, les adolescentes ne sont pas psychologiquement prêtes à être mères, ce qui peut entraîner des troubles de la santé mentale tels que la dépression.

- Par rapport aux femmes plus âgées, les adolescentes sont moins habilitées à prendre des décisions sur des sujets liés à leur santé (ainsi que sur d'autres sujets). Si elles sont mariées, le mari est généralement vieux, mieux éduqué et subvient aux besoins de la famille. Dans certaines sociétés, la mère et ou les sœurs du mari ont parfois plus d'influence dans la prise de décisions concernant les questions domestiques que sa jeune épouse.

Lorsqu'elles ne sont pas mariées, elles doivent subir la honte d'une grossesse avant le mariage. Souvent, elles n'ont pas le droit de s'exprimer et peuvent être exclues de la famille. Dans d'autres communautés les adolescentes enceintes sont envoyées chez des parents éloignés jusqu'à l'accouchement. Dans de telles circonstances, il y a peu de chance pour que les adolescentes bénéficient du soutien psychologique et pratique dont elles ont besoin.

- En général, les adolescentes se rendent plus tardivement et moins dans des établissements de santé pour recevoir des soins prénatals. Les facteurs socio-économiques ont, de toute évidence, une influence majeure sur le recours aux

soins prénatals, tout comme la stigmatisation associée à la grossesse avant le mariage.

- Dans plusieurs pays, les adolescentes non mariées cachent leur grossesse le plus longtemps possible. Par ailleurs, les adolescentes mariées peuvent ignorer jusqu'à l'intérêt des soins prénatals et, dans le cas contraire, n'y ont parfois pas accès. Autrement dit, les adolescentes ne bénéficient pas d'un service dont le rôle positif a été prouvé.

- Dans de nombreux endroits, les adolescentes accouchent à domicile.

Elles ne se rendent ou ne sont transportées à l'hôpital qu'en dernier recours souvent avec de graves complications. Les facteurs qui y concourent sont:

- Les normes sociales et culturelles peuvent leur imposer d'accoucher à domicile ;
- Elles craignent parfois les hôpitaux ;
- Elles peuvent avoir entendu des histoires dissuasives de mauvais traitement par le personnel hospitalier (notamment le personnel de la salle de travail) ;
- Elles ne peuvent parfois pas payer les frais d'hospitalisation, voir le coût du transport privé pour s'y rendre.

Dès lors, un problème qui pourrait être évité ou traité rapidement dans un hôpital peut s'avérer très dangereux lors d'un accouchement à domicile.

-Dans certaines nations, les adolescentes enceintes, notamment celles qui ne sont pas mariées sont confrontées à un manque de respect de la part des membres du personnel médical et infirmier ainsi que des membres du personnel administratif et des autres catégories de personnel. Par ailleurs, peu de membres du personnel médical ont des connaissances requises pour la prise en charge des adolescentes en période de grossesse. Par conséquent, les consultations prénatales et l'expérience de l'accouchement peuvent être désagréables pour la jeune femme et s'avérer en outre inadaptées sur le plan technique.

### **3-9-Prise en charge des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum :**

Il y a beaucoup à faire pour réduire les problèmes et pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant (à naître), à savoir un diagnostic précoce de la grossesse et une grande efficacité en matière de soins prénatals, de prise en charge lors du travail, de la délivrance et du suivi post-partum.

### 3-9-1-Diagnostic précoce de la grossesse :

Le diagnostic précoce de la grossesse est une première étape importante qui permet d'orienter les adolescentes vers des soins prénatals. Les prestataires des soins de santé et les autres adultes régulièrement en contact avec les adolescentes, dont les membres de la famille, ont ensemble la responsabilité d'instaurer un environnement favorable au sein duquel elles se sentent capables de parler de leur situation. Les prestataires des soins de santé doivent être conscients qu'une jeune adolescente ne sait pas toujours qu'elle est enceinte, peut-être qu'elle ne se souvient pas des dates de sa dernière période menstruelle ou parce que ses règles sont irrégulières. Il faut aussi savoir que, si une adolescente n'est pas mariée, elle va peut-être vouloir cacher sa grossesse, voir l'interrompre.

Connaitre ces éléments et être à la recherche des signes révélateurs de grossesse précoce (tels que les nausées) va permettre d'établir un diagnostic précoce de la grossesse et de délivrer les soins et le soutien dont l'adolescente a besoin.

Un contact régulier avec le système de soins de santé accroît les chances de déceler et de traiter des problèmes qui affectent couramment les adolescentes enceintes. L'hypertension due à la grossesse peut être facilement détectée. L'hypertension non compliquée peut être prise en charge lors des consultations externes. En cas de complications (telles que la pré-éclampsie, l'éclampsie et le décollement placentaire), la patiente doit être dirigée vers un hôpital. L'anémie et le paludisme peuvent également être détectés et traités par des soins prénatals réguliers. Les consultations prénatales constituent aussi une bonne occasion de dépister les IST telles que la syphilis et de fournir le traitement adéquat. Elles permettent aussi de fournir des compléments alimentaires en cas de sous-nutrition. Il est important de souligner que les données relatives à l'efficacité des compléments alimentaires sur l'augmentation du poids de naissance restent limitées. Enfin, les consultations prénatales peuvent permettre d'identifier les adolescentes, notamment les très jeunes qui risquent d'accoucher avant terme, bien qu'il existe peu de moyen d'y remédier [17].

Les soins prénatals ne devraient pas se limiter à la détection et au traitement des problèmes. Ils constituent une bonne occasion de fournir des informations et des conseils dont les adolescentes ont besoin. L'OMS préconise au moins quatre consultations prénatales pour toutes les femmes enceintes [18].

Ces recommandations s'adressent particulièrement aux adolescentes, notamment celles non mariées qui requièrent un plus grand soutien.

Les soins prénatals offrent aussi la possibilité d'identifier les besoins et de délivrer les services d'aide sociale. La dispense des honoraires de consultation et la fourniture de médicaments tels que les antipaludiques et les compléments alimentaires gratuits, vont leur permettre de bénéficier de soins prénatals.

### **3-9-2-Conseils pendant la grossesse**

Comme indiqué ci-dessus, les prestataires de soins de santé devraient chercher à comprendre la situation dans laquelle se trouvent leurs clientes adolescentes et leur fournir les informations dont elles ont besoin. En outre, les adolescentes enceintes ont parfois des questions et des préoccupations qui leurs sont propres. Elles doivent avoir l'occasion de les soulever et d'en parler.

- La situation de l'adolescente y compris sa situation familiale et socio-économique, le soutien dont elle bénéficie de la part de son mari et ou partenaire, des membres de sa famille, de ses amis et d'autres personnes ;
- Les possibilités qui s'offrent à elle à la fin de la grossesse (dans certains endroits, il existe notamment des procédures discrètes visant à placer l'enfant à l'adoption peu après la naissance) ;
- Le soutien dont elle a besoin et de services d'aide sociale auxquels elle a droit ;
- L'accès aux services de santé pour y recevoir des soins prénatals régulièrement et en cas d'urgence ;
- Les dispositions prises pour l'accouchement ;
- Les dispositions prises pour les soins du bébé ;
- Les projets personnels en matière de poursuite d'études ou de carrière professionnelle après l'accouchement.
- Les conseils doivent aussi intégrer les problèmes de santé propres à la personne. Il peut s'agir de conseils nutritionnels, prévenir le paludisme, l'anémie et arrêter de fumer (et de consommer d'autres substances psychotropes). Le VIH/Sida est un autre point essentiel. Comme indiqué ci-dessus, les adolescentes présentent un risque accru de contracter le VIH et de transmettre l'infection à leurs enfants. Les services de conseils et de dépistage volontaire ainsi que les traitements antirétroviraux destinés à prévenir la transmission mère-enfant et à préserver la santé de la mère, sont disponibles dans un nombre croissant de pays.

Il est important d'encourager les adolescentes à demander des conseils et un dépistage en matière de VIH. En plus de permettre l'accès au traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission mère-enfant et de prévenir ou de réduire la prolifération du virus dans l'organisme, la connaissance du statut VIH

va permettre aux adolescentes infectées de prendre les mesures nécessaires pour ne pas contaminer d'autres personnes. Pour celles qui sont VIH négatives, c'est l'occasion de rappeler le message de prévention en matière d'IST et de VIH.

### **3-9-3-Prise en charge du travail et de la délivrance :**

Lorsque la grossesse d'une adolescente se déroule sans incidents, que les complications, comme l'anémie, sont traitées correctement, que l'accouchement a lieu à terme et que le fœtus se présente par le sommet, l'accouchement ne présente pas de risques particuliers. En revanche si l'adolescente est atteinte d'anémie sévère, une hémorragie du post-partum peut s'avérer dangereuse. Les adolescentes très jeunes présentent un risque accru d'accouchement prématuré ainsi que de dystocie mécanique. En d'autres termes, bien que l'accouchement ne soit généralement pas plus risqué chez les adolescentes que chez les adultes, certaines adolescentes présentent à l'évidence des risques élevés liés à des causes spécifiques.

En règle générale, si le travail s'annonce particulièrement risqué, il est conseillé de convaincre l'adolescente d'accoucher à l'hôpital. Dans certains pays, des centres d'accueil pour futures mères ont été fondés afin de permettre aux femmes qui nécessitent un accouchement à l'hôpital de ne pas courir le risque d'accoucher à domicile.

Des recommandations relatives à la fourniture de soins lors d'un accouchement normal ont été publiées par l'OMS [19]. En plus de l'observation et du suivi, le fait d'apporter un soutien à la femme et à son partenaire (ou son compagnon) est très important, surtout chez les adolescentes.

Des études ont montré que le soutien attentif et permanent d'une infirmière ou d'une sage-femme lors d'un accouchement se révèle très bénéfique pour la mère et pour l'enfant [17].

### **3-9-4-Suivi du post-partum :**

Le suivi du post-partum comprend la prévention, le diagnostic précoce et le traitement des complications postnatales chez la mère et l'enfant. Il intègre aussi la fourniture d'informations et de conseils sur l'allaitement maternel. L'alimentation de la mère et de l'enfant, la contraception et la prise en charge du bébé [20].

La mère adolescente aura besoin d'apprendre à s'occuper d'elle et de son bébé. Le suivi du post-partum est d'autant plus important que de nombreuses

adolescentes, notamment celles en situation sociale précaire, ne reçoivent pas les soins postnatals appropriés ou le soutien de leur partenaire et de leur famille.

▪ **Contraception :**

Beaucoup de grossesses rapprochées ne sont pas prévues et résultent de l'absence ou de l'insuffisance d'efforts en matière de contraception [17].

Le post-partum est une bonne occasion de prendre des mesures concrètes en matière de prévention de la grossesse et de promouvoir la double protection fondée sur l'utilisation de préservatifs.

▪ **Alimentation de la mère :**

Les adolescentes qui allaitent ont besoin d'une alimentation appropriée leur permettant de satisfaire les besoins de leur propre organisme, ainsi que des besoins supplémentaires nécessaires à la production du lait maternel.

▪ **Allaitement maternel :**

L'OMS a publié des recommandations sur l'allaitement maternel [20].

Une jeune adolescente, notamment lorsqu'elle n'est pas mariée a généralement besoin de soutien pour pouvoir allaiter correctement.

Entre 5 et 20% des enfants nés de mères séropositives risquent de contracter le VIH par le biais de l'allaitement maternel, en fonction de divers facteurs. Chaque mère infectée par le VIH devrait recevoir des conseils, notamment des informations sur les risques et les avantages des différentes possibilités d'alimentation du nourrisson, ainsi que des recommandations spécifiques lui expliquant comment choisir l'option la mieux adaptée à sa situation. La décision finale doit revenir à la mère qui a besoin d'être appuyée dans son choix. Lorsque l'alimentation artificielle s'avère réalisable, durable et sans risque, il est recommandé à toutes les mères infectées par le VIH d'éviter l'allaitement maternel. Dans les cas contraires, l'allaitement maternel est conseillé pendant les premiers mois puis doit être interrompu dès qu'un autre type d'alimentation devient envisageable [21].

▪ **Premières semaines et premiers mois d'une mère adolescente :**

De nombreuses adolescentes retrouvent, elles et leurs enfants, l'amour et le soutien de leur famille.

Beaucoup d'autres n'ont pas cette chance. Leur situation sociale est souvent très précaire. Si la mère adolescente n'est pas mariée ou n'a pas de partenaire, elle peut avoir des problèmes avec sa famille et sa communauté qui lui reproche son comportement.

Dans de telles circonstances, sa santé et son bien-être ainsi que ceux du bébé, sont menacés. Il a été prouvé que le fait de maintenir un contact permanent par

## **Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CSRéf CII du district de Bamako**

le biais de visites à domicile permettait de réduire les taux d'atteintes et de mauvais traitements chez les enfants. Outre le soutien en matière de prise en charge du bébé, l'adolescente va bénéficier d'une aide afin de préparer son avenir, ce qui peut s'avérer à la fois enrichissant et difficile.





### **III.METHODOLOGE**

### **III-METHODOLOGIE**

#### **1- Le cadre de l'étude:**

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la Commune II.

La Commune II couvre une superficie de 17 km<sup>2</sup> soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako.

**Le service de gynécologie-obstétrique** comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- un bureau pour la sage femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

#### **2-Le personnel comprend :**

- Trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

- 4 Infirmiers anesthésistes

- 4 Aides de bloc

### **3- Fonctionnement :** (Activités du service)

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées tous les jours sauf les vendredis par les gynécologues obstétriciens.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement sous la supervision des gynécologues obstétriciens. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un médecin en spécialisation de gynécologie obstétrique, d'un médecin généraliste , de 2 étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage femme pour la journée et une autre pour la nuit, d'une aide soignante, d'un chauffeur, de 2 manœuvres, d'un anesthésiste et d'un aide de bloc.

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à 8h 30mn pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Il est dirigé par le chef de service.

### **4-Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective cas témoins allant du 01 janvier au 31 décembre 2013 soit un(1) an.

### **5-Population d'étude :**

-Toutes les parturientes ayant accouché dans notre service pendant la période d'étude.

### **6-Echantillonnage:**

#### **✓ Critères d'inclusion :**

**Cas :** Toutes les parturientes âgées au plus de 19 ans dont le terme de la grossesse est supérieur ou égal à 28SA et ayant accouché dans notre service.

**Témoins :** Toutes les parturientes âgées de 20 à 29 ans ayant accouché dans notre service.

#### **Critère d'appariement**

Nous avons apparié un cas à deux témoins suivant l'âge.

✓ **Critères de non inclusion :**

**Cas:**

- Toutes les parturientes de plus de 19 ans ayant accouché dans notre service.
- Les adolescentes ayant accouché dans d'autres structures mais adressées dans notre centre pour prise en charge.

**Témoins:**

- Toutes les parturientes d'âge supérieur à 29 ans ayant accouché dans notre service.
- Toutes les parturientes d'âges compris entre 20-29 ans ayant accouché dans d'autres structures mais adressées dans notre centre pour prise en charge.

**7- Variables étudiées :**

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

**8- Supports des données**

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

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

**9- Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS version 17. Le test statistique utilisé pour la comparaison a été le Khi<sup>2</sup> de Pearson. La différence était significative si  $P < 0,05$ .

**10- Considérations éthiques :**

L'étude a été réalisée avec le consentement éclairé des parturientes et ou de leurs parents, après leur avoir expliqué les bénéfices de l'étude. Toutes les parturientes ont accepté de participer à l'étude.

**11- Définitions opérationnelles :**

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

## Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CSRéf CII du district de Bamako

- **Nulligeste** : c'est une femme qui n'a jamais contracté de grossesse
- **Primigeste** : c'est une femme qui a contracté 1 grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contracté entre 4 à 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est  $\geq 6$
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Nullipare** : c'est une femme qui n'a jamais accouché
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché 1 fois
- **Pauci pare** : c'est une femme qui a accouché 2 à 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché entre 4 à 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est  $\geq 6$
- **Adolescence** : L'OMS définit l'adolescence comme des personnes appartenant au groupe d'âge de 10-19 ans; la tranche d'âge de 10-14 ans est considérée comme la jeune adolescence et celle de 15-19 ans la grande adolescence. [25]
- **Décès périnatal** : la perte du produit de conception survenant entre la vingt huitième semaine d'aménorrhée et la première semaine de la vie.



## IV.RESULTATS

#### IV-RESULTATS

##### 1- La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes :

Pendant la période d'étude du 01 janvier au 31 décembre 2013, nous avons enregistré 2981 accouchements dont 397 chez les adolescentes soit une fréquence de 13,31%.

##### 2-Les caractéristiques socio démographiques :

**Tableau I : Répartition des parturientes en fonction de l'âge.**

Age( ans)	Effectif	Fréquence (%)
[10-15]	30	7,6
[16-19]	367	92,4
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée était 16-19 ans

Age moyen des adolescentes = 16,33±1,2 ans

**Tableau II : Répartition des parturientes selon leur résidence.**

Résidence	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
C1	57	14,4	130	16,4	0,367	0,86	[0,60-1,21]
<b>C2</b>	<b>320</b>	<b>80,6</b>	<b>530</b>	<b>66,8</b>	<b>0,000006</b>	<b>2,07</b>	<b>[1,54-2,80]</b>
C3	6	1,5	70	8,9	0,000001	0,16	[0,06-0,37]
C4	3	0,8	20	2,5	0,037	0,29	[0,06-1,00]
C5	5	1,3	34	4,2	0,005	0,29	[0,09-0,74]
C6	6	1,5	10	1,2	0,721	1,20	[0,36-3,68]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes résidant en commune II représentaient 80,6% pour les cas contre 66,8% pour les témoins.

**Tableau III : Répartition des parturientes en fonction de leur niveau d'instruction.**

Niveau d'instruction	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Primaire	137	34,5	40	5	$10^{-7}$	9,93[6,67-14,89]	
Secondaire	79	19,9	232	29,2	0,0005	0,60[0,44-0,81]	
Supérieur	2	2,8	67	8,4	$10^{-7}$	0,05[0,01-0,21]	
Medersa	11	0,5	20	2,5	<b>0,796</b>	<b>1,10[0,47-2,44]</b>	
<b>Non scolarisée</b>	<b>168</b>	<b>42,3</b>	<b>435</b>	<b>54,9</b>	<b>0,00004</b>	<b>0,61[0,47-0,78]</b>	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes ayant un niveau d'étude primaires représentaient 34,5% pour les cas contre 5% pour les témoins. La différence est statistiquement significative.  $P=10^{-7}$

**Tableau IV: Répartition des parturientes en fonction du niveau d'instruction de leurs coprocréateurs.**

Niveau d'instruction	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Primaire	73	18,4	102	12,8	0,0108	1,53[1,08-2,15]	
Secondaire	85	21,4	167	21	0,880	1,02[0,75-1,38]	
Supérieur	37	9,3	189	23,8	$10^{-7}$	0,33[0,22-0,48]	
Medersa	27	6,8	47	6	0,552	1,16 [0,68-1,94]	
<b>Non scolarisée</b>	<b>175</b>	<b>44,1</b>	<b>289</b>	<b>36,4</b>	<b>0,010</b>	<b>1,38 [1,07-1,77]</b>	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les coprocréateurs non scolarisés représentaient 44,1% pour les cas contre 36,4% pour les témoins avec une différence statistiquement significative  $P=0,010$



**Tableau V : Répartition des parturientes selon leur profession.**

Profession	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
<b>Femme au foyer</b>	<b>218</b>	<b>54,9</b>	<b>585</b>	<b>73,7</b>	<b>10<sup>-7</sup></b>	<b>0,44[0,34-0,57]</b>
Elève	100	25,2	132	16,7	0,0004	1,69[1,24-2,24]
Aide-ménagère	52	13,1	10	1,2	10 <sup>-7</sup>	11,82[5,84-26,34]
Vendeuse	22	5,5	48	6	0,727	0,91[0,52-1,57]
Couturière	2	0,5	7	0,9	0,477	0,57[0,06-3,01]
Etudiante	3	0,8	12	1,5	0,270	0,50[0,09-1,85]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

Les élèves et aides ménagères représentaient respectivement 25,2% et 13,1% pour les cas contre 16,2% et 1,5% pour les témoins avec des différences statistiquement significatives. (P=0,0004 ; P=10<sup>-7</sup>)

**Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession de leurs coprocréateurs.**

Profession du coprocréateurs	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Etudiant	94	23,7	125	15,7	0,0008	1,66	[1,21-2,25]
Elève	32	8,1	85	10,7	0,148	0,73	[0,46-1,14]
<b>Employés de Commerce</b>	<b>138</b>	<b>34,7</b>	<b>357</b>	<b>45</b>	<b>0,0007</b>	<b>0,65</b>	<b>[0,50-0,84]</b>
Chauffeur	24	6	73	9,2	0,0610	0,64	[0,38-1,04]
Tailleur	29	7,3	43	5,4	0,1971	1,38	[0,81-2,30]
Enseignant	80	20,2	111	14	0,0062	1,55	[1,11-2,16]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les étudiants représentaient 23,7% pour les cas contre 15,7% pour les témoins, avec une différence statistiquement significative. P=0,0008

**Tableau VII : Répartition des parturientes en fonction de leur statut matrimonial.**

Situation Matrimoniale	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Mariée	292	73,6	497	62,6	0,0001	1,66	[1,27-2,19]
Célibataire	105	26,4	297	37,4	0,0001	0,60	[0,46-0,79]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Dans notre étude les mariées étaient 73,6% pour les cas contre 62,6% pour les témoins. La différence est statistiquement significative P=0,0001

**Tableau VIII : Répartition des parturientes en fonction de leur mode d'admission.**

Mode d'admission	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Venue d'elle même	359	90,4	742	93,5	0,062	0,62	[0,42-1,05]
Référée	2	0,5	10	1,2	0,218	0,40	[0,04-1,88]
Évacuée	36	9,1	42	5,3	0,012	1,79	[1,09-2,91]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes évacuées étaient de 9,1% pour les cas contre 5,3% pour les témoins avec une différence statistiquement significative (P=0,012)

### 3-Les caractéristiques cliniques :

Tableau IX : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN

CPN	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
<b>0</b>	<b>27</b>	<b>6,8</b>	<b>22</b>	<b>2,8</b>	<b>0,0009</b>	<b>2,56[1,38-4,78]</b>
1-3	161	40,6	370	46,6	0,047	0,78[0,61-1,01]
≥ 4	29	52,6	402	50,6	0,511	1,08[0,85-11,66]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

La non réalisation de CPN était plus fréquente chez les adolescentes que chez les témoins avec les fréquences respectives de 6,8% contre 2,8%. La différence est statistiquement significative (P=0,0009).

Tableau X : Répartition des parturientes selon les raisons de l'absence de CPN.

Raison de l'absence de CPN	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
Economique	13	48,1	16	72,7	0,018	0,35[0,09-1,34]
<b>Grossesse non désirée</b>	<b>14</b>	<b>51,9</b>	<b>6</b>	<b>27,3</b>	<b>0,081</b>	<b>2,87[0,75-11,66]</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>		

La grossesse non désirée était fortement associée à la non réalisation de CPN, soit 51,9% pour les cas contre 27,3% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative. P=0,081

**Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction des antécédents médicaux**

ATCD médicaux	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
H T A	9	2,3	26	3,3	0,331	0,69	[0,28-1,53]
Drépanocytose	2	0,5	7	8,9	0,477	0,57	[0,06-3,01]
<b>Aucun</b>	<b>386</b>	<b>97,2</b>	<b>761</b>	<b>95,8</b>	<b>0,232</b>	<b>1,52</b>	<b>[0,74-3 ?37]</b>
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes n'ayant aucun antécédent médical représentaient 97,2% pour les cas contre 95,8% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative. P= 0,232

**Tableau XII : Répartition des parturientes en fonction des antécédents chirurgicaux.**

ATCD chirurgicaux	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Césarienne	3	0,8	36	4,5	0,0005	0,16	[0,03-0 ,51]
<b>Aucun</b>	<b>394</b>	<b>99,2</b>	<b>758</b>	<b>95,5</b>	<b>0,0005</b>	<b>6,24</b>	<b>[1,95-31,82]</b>
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes n'ayant aucun antécédent chirurgical représentaient 99,2% pour les cas contre 95,5% pour les témoins. La différence est statistiquement significative. P=0,0005

**Tableau XIII: Répartition des parturientes selon l'antécédent de contraception.**

Contraception	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Oui	36	9,1	198	25	$10^{-7}$	0,30[0,20-0,44]	
Non	361	90,9	596	75	$10^{-7}$	3,33[2,26-5,61]	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes n'ayant pratiqué aucune méthode contraceptive étaient de 90,9% pour les cas contre 75% pour les témoins, La différence est statistiquement significative  $P=10^{-7}$ .

**Tableau XIV : Répartition des parturientes en fonction de la Gestité.**

Gestité	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Primigeste	317	79,8	230	29	$10^{-7}$	9,72[7,21-13,14]	
Paucigeste	80	20,2	564	71	$10^{-7}$	0,10[0,08-0,14]	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les Primigestes étaient les plus représentées, soient 79,8% pour les cas contre 29% pour les témoins avec une différence statistiquement significative  $P=10^{-7}$

**Tableau XV : Répartition des parturientes en fonction de la parité.**

Parité	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Primipare	327	82,4	230	29	$10^{-7}$	0,03	[0,02-0,06]
Paucipare	70	17,6	564	71	$10^{-7}$	0,09	[0,06-0,12]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les primipares étaient les plus représentées chez les cas que les témoins, soit 82,4% contre 29%. La différence est statistiquement significative  $P=10^{-7}$ .

**Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement.**

Avortement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Oui	12	3	388	48,9	$10^{-7}$	0,03	[0,02-0,06]
Non	385	97	406	51,1	$10^{-7}$	30,66	[16,94 -60,74]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les parturientes n'ayant aucun antécédent d'avortement étaient de 97% pour les cas contre 51,1% pour les témoins, la différence est statistiquement significative ( $P=10^{-7}$ ).

**Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse.**

Grossesse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Désiré	300	75,6	654	82,3	0,005	0,66	[0,49-0,90]
Non désirée	97	24,4	140	17,7	0,005	1,51	[1,11-2,04]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les adolescentes ont une fois de plus le risque de contracter une grossesse non désirée (OR=1,51), soit 24,4% contre 17,7 % pour les témoins, la différence est statistiquement significative (P=0,005).

**Tableau XVIII: Répartition des parturientes en fonction de l'état des conjonctives.**

Etat des conjonctives	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Colorées	372	93,7	780	98,2	0,00003	0,27	[0,13-0,54]
Pâles	25	6,3	14	1,8	0,00003	3,74	[1,85-7,88]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

La pâleur conjonctivale était plus fréquente chez les adolescentes, soit 6,3% pour les cas contre 1,8% pour les témoins. La différence est statistiquement significative P=0,00003.



**Tableau XVIX : Répartition des parturientes en fonction de la température à l'admission**

Temperature °C	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
<38	378	92,2	781	98,3	0,001	0,33	[0,15-0,72]
≥38	19	7,8	13	1,7	0,001	3,02	[1,40-6,72]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

La température était  $\geq$  à 38 °C chez 7,8% des cas contre 1,7% des témoins. La différence est statistiquement significative (p=0,001).

**Tableau XX: Répartition des parturientes en fonction de la tension artérielle à l'admission**

Tension Arterielle CmHg	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
<14/9	387	97,5	775	97,6	0,894	0,95	[0,41-2,31]
≥14/9	10	2,5	19	2,4	0,894	1,05	[0,43-2,41]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

L'hypertension artérielle était associée à la grossesse dans 2,5% pour les cas contre 2,4% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,8945).

**Tableau XX : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse.**

Terme de la grossesse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
28SA-36SA+6j	6	1,5	3	0,4	0,033	4,05	[0,86-25,10]
<b>37SA-40SA+6j</b>	<b>390</b>	<b>98,2</b>	<b>785</b>	<b>98,8</b>	<b>0,373</b>	<b>0,64</b>	<b>[0,21-2,04]</b>
≥42SA	1	0,3	6	0,8	0,283	0,33	[0,01-2,75]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Les adolescentes avaient 4 fois de plus le risque de prématurité (OR=4,04) soit 1,5% contre 0,4% pour les témoins. La différence est statistiquement significative (P=0,033).

**Tableau XXI : Répartition des gestantes selon qu'elles soient en travail ou non.**

Travail	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
<b>Oui</b>	<b>396</b>	<b>99,7</b>	<b>771</b>	<b>97,1</b>	<b>0,002</b>	<b>11,8</b>	<b>[1,90-487,83]</b>
Non	1	0,3	23	2,9	0,002	0,08	[0,00-0,53]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

La plupart de nos parturientes étaient en travail, soit pour 99,7% pour les cas contre 97,1% pour les témoins. La différence est statistiquement significative (P=0,002)

**Tableau XXII: Répartition des parturientes selon le BDCF à l'admission.**

BDCF	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
0	2	0,5	3	0,3	0,751	1,34[0,11-11,70]
□120	14	3,6	20	2,5	0,324	1,41[0,65-2,98]
<b>[120-160]</b>	<b>380</b>	<b>95,7</b>	<b>769</b>	<b>97</b>	<b>0,317</b>	<b>0,73[0,37-1,45]</b>
□160	1	0,2	2	0,2		
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

Les BDCF étaient □120 chez 3,6% des cas contre 2,5% des témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,324).

**Tableau XXIII : Répartition des parturientes en fonction de l'état de la poche des eaux.**

Poche des eaux	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
Rompue	76	19,1	105	13,2	0,007	1,55[1,11-2,17]
<b>Intacte</b>	<b>321</b>	<b>80,9</b>	<b>689</b>	<b>86,8</b>	<b>0,007</b>	<b>0,64[0,46-0,90]</b>
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

La poche des eaux était rompue chez 19,1% des cas contre 13,2% des témoins. La différence est statistiquement significative (P=0,007)

**Tableau XXIV : Répartition des parturientes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.**

Aspect du LA	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Clair	380	95,7	770	97	0,261	0,70	[0,35-1,40]
Teinté	17	4,3	24	3	0,261	1,44	[0,71-2,82]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Le liquide amniotique était teinté chez 4,3% des cas contre 3% des témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,261).

NB : Teinté peut être : Jaunâtre; verdâtre; purée de pois.

**Tableau XXV : Répartition des parturientes selon le type de présentation.**

Présentation	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Céphalique	391	98,5	781	98,3	0,870	1,08	[0,38-3,51]
Siège	6	1,5	13	1,7	0,870	0,92	[0,28-2,62]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

La présentation céphalique était la plus représentée avec des fréquences respectives 98,5% pour les cas contre 98,3% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,870).

**Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le type de bassin**

Bassin	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Normal	380	95,7	765	96,3	0,594	0,85	[0,44-1,67]
BGR	17	4,3	29	3,7	0,594	1,18	[0,60-2,25]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Le bassin généralement rétréci a été trouvé chez 4,3% des Cas (dont 4 cas de bassin immature) contre 3,7% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,594).

**NB : les BGR pour les cas appartenait à la tranche d'âge de 18-19 ans  
4 cas de bassin immature avaient des âges < 18 ans.**

**Tableau XXVII: Répartition des parturientes selon mode d'accouchement**

Accouchement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Voie basse	354	89,2	733	92,3	0,069	0,69	[0,45-1,06]
Césarienne	43	10,8	61	7,7	0,069	1,46	[0,94-2,24]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 10,8% des cas contre 7,7% des témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,069)

**Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement par voie basse.**

Voie basse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
<b>Accouchement normal</b>	<b>353</b>	<b>99,1</b>	<b>733</b>	<b>99,6</b>	<b>0,743</b>	<b>1,44</b>	<b>[0,12-76,06]</b>
Accouchement instrumental	1	0,9	3	0,4	<b>0,743</b>	<b>0,69</b>	<b>[0,01-8,58]</b>
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>	<b>733</b>	<b>100</b>			

On eu recourt à l'accouchement instrumental dans 0,9% chez les adolescentes contre 0,4% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,743).

**Tableau XXIX: Répartition des parturientes en fonction des indications de la césarienne.**

Indications de césarienne	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
BGR	17	39,5	20	32,8	0,479	0,69	[0,26-1,78]
<b>Souffrance fœtale aigue</b>	<b>15</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>55,7</b>	<b>0,035</b>	<b>0,43</b>	<b>[0,17-1,02]</b>
Présentation de siège chez une primigeste	4	9,3	0	0			
Macrosomie fœtale	2	4,6	4	6,5	0,681	0,70	[0,06-5,13]
Défaut d'engagement	2	4,6	3	5	0,950	0,94	[0,08-8,62]
Dilatation stationnaire	3	7	0	0			
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>			

Le bassin généralement rétréci était la cause de la césarienne dans 39,5% pour les cas contre 32,8% pour les témoins avec une différence non statistiquement significative P=0,479.

Il ya eu 4 cas de césariennes pour présentation de siège chez primigeste

**Tableau XXX : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la première minute.**

Apgar 1 <sup>ère</sup> mn	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
[0]	2	0,5	3	0,3	0,751	1,34[0,11-11,70]	
] 0-3]	0	0	5	0,6			
[4-7]	20	5	30	3,7	0,306	1,35[0,72-2,50]	
<b>≥ 8</b>	<b>375</b>	<b>94,5</b>	<b>756</b>	<b>95,2</b>	<b>0,574</b>	<b>0,86[0,49-1,54]</b>	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

L'Apgar à la première était de 4-7 chez 5% des cas contre 3,7% des témoins avec une différence non statistiquement significative. P=0,306

**Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la cinquième minute.**

Apgar 5 <sup>ème</sup> mn	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
[0]	2	0,5	3	0,7	0,894	0,89[0,07-7,76]	
]0-3]	0	0	5	0,6			
[4-7]	5	1,3	36	4,5	0,003	0,27[0,08-0,69]	
<b>≥ 8</b>	<b>390</b>	<b>98,2</b>	<b>750</b>	<b>94,4</b>	<b>0,002</b>	<b>3,27[1,44-8,68]</b>	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Le score d'Apgar était  $\geq 8$  chez 98,2% des cas contre 94,4% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative (P=0,894)

**Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon leur poids de naissance.**

Poids(g)	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
< 2500	9	2,3	3	0,4	0,002	6,12[1,51-35,26]
[2500-4000[	<b>386</b>	<b>97,2</b>	<b>787</b>	<b>99,1</b>	<b>0,011</b>	<b>0,31[0,10-0,89]</b>
≥ 4000	2	0,5	4	0,5	1,00	1,00[0,09-7,01]
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

Le faible poids de naissance était plus de 6 fois retrouvé chez les cas, 2,3% des cas contre 0,4% des témoins. La différence est statistiquement significative (P=0,002, OR=6,12).

**Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon leur référence en néonatalogie.**

Nouveau-nés référés	Cas		Témoins		P	OR IC
	Eff	%	Eff	%		
Oui	18	4,5	38	4,8	0,746	0,94[0,02-1,72]
Non	<b>379</b>	<b>95,5</b>	<b>756</b>	<b>95,2</b>	<b>0,846</b>	<b>1,06[0,58-2,00]</b>
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>		

Parmi nos nouveau-nés 4,5% ont été référés en néonatalogie pour les cas contre 4,8% pour les témoins.



**Tableau XXXIV: Répartition des nouveau-nés selon leur motif d'évacuation en néonatalogie.**

Motif	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Hypotrophie	3	16,6	0	0			
Prématurité	6	33,3	3	7,9	0,015	5,83[1,01-40,24]	
Macrosomie	2	11,1	4	10,6	0,947	1,06[0,09-8,33]	
<b>Souffrance néonatale</b>	<b>7</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>81,5</b>	<b>0,006</b>	<b>0,001[0,14-0,59]</b>	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>			

P=0,015

La prématurité était le motif de référence en néonatalogie chez 33,3% des cas contre 7,9% pour les témoins. La différence est statistiquement significative.

**Tableau XXXV : Répartition des parturientes fonction de la survenue de complication maternelle**

Complication maternelle	Cas		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Déchirure du col	1	0,3	0	0
<b>Aucun</b>	<b>396</b>	<b>99,7</b>	<b>794</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>

P=0,157

On a enregistré un cas de déchirure cervicale chez les cas.

**Tableau XXXVII : Répartition des nouveaux nés en fonction du pronostic.**

Pronostic	Cas		Témoins		P	OR	IC
	Eff	%	Eff	%			
Décès périnatal	3	1	3	0,4	0,385	2,81[0,27-15,05]	
Vivant	394	99	791	99,6	0,385	0,50[0,07 - 3,74]	
<b>Total</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>794</b>	<b>100</b>			

Il y'a eu décès périnatal dans 1% des cas contre 0,4% pour les témoins. La différence n'est pas statistiquement significative. P=0,385

**Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge et le score d'Apgar à la première minute.**

Age (ans)	Apgar à la 1 <sup>ème</sup> mn				Total
	[0 ]	[0-3]	[4-7]	≥ 8	
[10-15]	2	0	2	26	30
[16-19]	0	0	18	349	367
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>375</b>	<b>397</b>

$$X^2=24,45 \quad P=0,000004$$

On a enregistré 2 cas de mort-nés dans la tranche d'âge 10-15 ans.

La différence est statistiquement significative (P=0,000004)

**Tableau XXXIX: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge et l'Apgar à la cinquième minute.**

Age(ans)	Apgar 5 <sup>ème</sup> mn				Total
	[0 ]	]0-3]	[4-7]	≥8	
[10-15]	2	0	1	27	30
[16-19]	0	0	4	363	367
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>390</b>	<b>397</b>

$$X^2=25,80 \quad P= 0,000002$$

On a enregistré 2 cas de mort-nés dans la tranche d'âge 10-15 ans.

La différence est statistiquement significative (P= 0,000002)

**Tableau XXXX : Répartition des parturientes en fonction de la tranche d'âge et du poids des nouveau-nés.**

Poids (g)	Age(ans)				Total	
	[10-15]		[16-19]		Eff	%
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
<2500	6	20	3	0,8	9	2,3
[2500-2999]	24	80	362	98,6	386	97,2
≥ 4000	0	0	2	0,6	2	0,5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	<b>397</b>	<b>100</b>

$$X^2=46,06 \quad P=10^{-7}$$

Le faible poids de naissance a été trouvé chez 16,7% dans la tranche d'âge

10- 15 ans contre 0,8% dans la tranche d'âge 16-19 ans. La différence est statistiquement significative. P=10<sup>-7</sup>

**Tableau XXXXI : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge et la référence des nouveau-nés en néonatalogie.**

Référé	Age (ans)				Total	
	[10-15 ]		[16-19]			
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
oui	13	43,3	5	1,3	18	4,5
non	17	56,7	362	98,7	379	95,5
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>367</b>	<b>100</b>	<b>397</b>	<b>100</b>

$$X^2=112,87 \quad P=10^{-7}$$

Parmi les nouveau-nés référés en néonatalogie 43,3% appartenait à la tranche d'âge 10-15 ans contre 1,3% pour la tranche d'âge 16-19 ans avec une différence statistiquement significative  $P=10^{-7}$

**Tableau XXXXII: Répartition des parturientes selon le motif de référence des nouveau-nés en néonatalogie et les tranches d'âge.**

Motif de référence en néonatalogie	Age(ans)				Total	
	[10-15 ]		[16-19]			
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Hypotrophie	1	7,7	2	40	3	16,6
Prématurité	6	46,2	0	0	6	33,3
<b>Souffrance neonatale</b>	<b>6</b>	<b>46,1</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>39</b>
Macrosomie	0	0	2	40	2	11,1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>


$$X^2=10,40$$

La souffrance néonatale était le motif de référence le plus fréquent, soit 46,1% pour la tranche d'âge 10-15 ans contre 20% pour la tranche d'âge 16-19 ans. La différence est statistiquement significative.  $P=0,0154$

**Tableau XXXXIX : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge et la survenue des complications maternelles.**

Complication maternel	age(ans)				Total	
	[10-15]		[16-19 ]			
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Déchirure du col	1	3,3	0	0	1	0,3
aucun	29	96,7	367	100	396	99,7
Total	30	100	367	100,	397	100

Nous avons enregistré un cas de déchirure du col dans la tranche d'âge 10-15 ans



**V.COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION**

## V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Fréquence

Durant la période d'étude il ya eu 2981 accouchements dont 397 concernaient les adolescentes, soit une prévalence de 13,31%. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de **Sanogo M.S. [26]** qui avait trouvé une fréquence de 12,11% en 2009 au centre de santé de référence de la commune VI. Par contre, il est nettement inférieur à celui de **Dembélé S. [27]** qui dans son étude réalisée en 2012 au centre de santé de référence de Dioila avait trouvé une fréquence de 25%. Dans la littérature, cette fréquence est beaucoup moins élevée dans les pays développés comme le Canada avec 2,5%, les USA avec 5,3%, la Suisse avec 0,46%. 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, le faible niveau d'instruction et la précocité de l'activité sexuelle.

### 2. Profil sociodémographique :

#### 2.1. Age

La tranche d'âge de 16-19 ans était la plus représentée avec 92,4%. Ce résultat est supérieur à celui de **Sanogo M S. [26]**, qui a trouvé une fréquence de 50,3%.

Cependant les adolescentes très jeunes (âge compris entre 10 - 15 ans) étaient les moins représentées. Ceci pouvait s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces adolescentes.

#### 2.2. Résidence

La majorité des adolescentes de notre étude (80,6%) résidaient en commune II (cas) et 66,8% pour les témoins. Ce qui confirme la bonne fréquentation du CSRéf par la population de la commune et l'amélioration des prestations de service.

#### 2.3. Statut matrimonial, Profession et niveau de scolarisation

Dans notre étude, 73,6% des adolescentes étaient mariées contre 62,6% des témoins; Les aides ménagères représentaient 13,1% pour les cas contre 1,5% pour les témoins avec une différence statistiquement significative.  $P=10^{-7}$  Ce résultat est inférieur à celui de **Sanogo S. [27]** qui a trouvé (35% des aides ménagères) et supérieur à celui de **.Dembélé S. [28]** qui a noté 6,6% des aides ménagères. 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 le faible niveau d'instruction et le manque d'information sur les moyens de planification familiale. Les parturientes ayant un niveau d'étude primaires représentaient 34,5% pour les cas contre 5% pour les témoins. La différence est statistiquement significative.  $P=10^{-7}$

Ce résultat est supérieur à celui trouvé par **Sanogo M.S. [26]** qui est de 8,8%.

La fréquence élevée des parturientes ayant un niveau d'étude primaires peu s'expliquer par le fait qu'il y a beaucoup d'abandons pour différents raisons (mariage précoce, survenue de grossesse à l'adolescence)

**2.4. Mode d'admission** Les parturientes évacuées étaient de 9,1% pour les cas contre 5,3% pour les témoins avec une différence statistiquement significative ( $P=0,012$ )

### **2.5. Consultation prénatale**

Le but de la consultation prénatale est de sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins du nouveau né [26]. La non réalisation de CPN était fréquente chez les adolescentes que les témoins avec les fréquences respectives 6,8% contre 2,8%. La différence est statistiquement significative ( $P=0,0009$ ,  $OR=2,56$ ). Ce résultat est nettement inférieur à celui de **Diallo A. [30]** qui est de 30,02% pour les cas contre 15,02% pour les témoins et à celui de **Traore B. [34]** qui a rapporté 23,7% des adolescentes n'ayant pas fait de CPN. Nous avons constaté aussi que la non réalisation de CPN était fortement associée aux grossesses non désirées ( $P=0,081$ ,  $OR =2,87$ ). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que dans notre société une grossesse non désirée est une honte pour la fille et sa famille. La famille ne se préoccupe pas du suivi de la grossesse et souvent le procréateur qui doit s'en occuper n'est pas connu.

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

### **3.1. Parité**

Les primipares étaient les plus représentées chez les cas que les témoins et avec des fréquences respectives 82,4% contre 26,2%. ( $P=10^{-7}$   $OR=13,16$ ). Cette fréquence est nettement supérieure à celle de **Dembélé S. [35]** qui avait trouvé 11,3% pour les cas contre 16,2% pour les témoins.



### 3.2. Antécédent d'avortement

Les parturientes n'ayant aucun antécédent d'avortement étaient de 97% pour les cas contre 51,1% pour les témoins, la différence est statistiquement significative ( $P=10^{-7}$ ). Une étude effectuée au Nigeria a trouvé un taux d'avortement (avortement spontané et interruption volontaire de la grossesse) de 23,5% chez les adolescentes [32]. 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, punie et condamnée par la loi au Mali.

### 3.3. Terme de la grossesse

Le risque de prématurité était multiplié par 4 chez les cas ( $OR=4,04$ ) soit 1,5% contre 0,4% pour les témoins. La différence est statistiquement significative ( $P=0,033$ ). Ce résultat est inférieur à celui de **Diallo D. [30]** qui a rapporté 29,19 % d'accouchement prématuré chez les adolescentes contre 3,7% chez les témoins ; également inférieur à celui de **Dembélé S. [35]** qui a trouvé 2,4% pour les cas contre 1,2% pour les témoins au CSRef de Diola en 2012. Ce faible taux de prématurité peut s'expliquer par un bon suivi des grossesses. Cette prématurité est néfaste sur le devenir de ces nouveaux nés déjà fragilisés par un accouchement quelque fois laborieux.

### 3.4. Etat des conjonctives à l'admission

La pâleur conjonctivale était plus fréquente chez adolescentes, soit 3 fois supérieur que chez les témoins ( $OR=3,74$ ). La différence est statistiquement significative ( $P=0,00003$ ). Ce résultat peut s'expliquer par la non réalisation de CPN chez certaines adolescentes.

### 3.5. La tension artérielle

L'hypertension artérielle était associée à la grossesse dans 2,5% pour les cas contre 2,4% pour les témoins ( $P=0,894$ ,  $OR=1,05$ ). La différence n'est pas statistiquement significative. Ce résultat est inférieur à celui de **Diallo A. [30]** qui était de 24,22% chez les cas contre 4,96% chez les témoins. Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que, dans notre service toutes HTA sévères sont évacuées aux CHU Gabriel Touré et ou Point G.

### 3.6. Type de bassin

Le bassin généralement rétréci a été trouvé chez 4,3% des Cas (dont 4 cas de bassin immature) et 3,7% pour les témoins ( $P=0,594$   $OR=1,18$ ). La différence n'est pas statistiquement significative.

**NB :** les BGR pour les cas appartenait à la tranche d'âge de 18-19 ans

### 3.7. Type de présentation

La présentation de céphalique était la plus représentée avec des fréquences respectives de 98,5% pour cas contre 98,3% pour les témoins ( $P=0,870$  OR=1,08)

La différence n'est pas statistiquement significative. Cela pourrait s'expliquer par le respect de la loi d'accommodation chez la majorité de nos gestantes.

### **3.8. Mode d'accouchement**

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 10,8% des cas contre 7,7% des témoins ( $P=0,069$  OR=1,46). La différence n'est pas statistiquement significative. Nos résultats sont nettement inférieurs à ceux de **Diallo A. [30]** qui était de 21,73% d'accouchement par césarienne pour les cas contre 22,7% chez les témoins, et à ceux de **Traore B. [34]** qui a trouvé 21,04% de césarienne chez les adolescentes. Ce taux faible de césarienne peut s'expliquer d'une part par le bon suivi des grossesses dans notre étude, d'autre part par la fréquence élevée des parturientes ayant des bassins normaux.

### **3.9. Indications de la césarienne**

Le bassin généralement rétréci était la cause de la césarienne dans 39,5% pour les cas contre 32,8% avec une différence non statistiquement significative  $P=0,479$

## **4-Pronostic maternofoetal**

### **4.1. Complications de l'accouchement**

Un cas de déchirure du col peu hémorragique a été enregistré chez les adolescentes dans la tranche d'âge 10-15 ans.

### **4.2. Poids des nouveaux nés**

Le faible poids de naissance était plus de 6 fois trouvé chez les cas, 2,3% des cas contre 0,6% des témoins. La différence est statistiquement significative ( $P=0,002$ , OR=6,12). Ce taux est inférieur à celui trouvé par **Traore F. [29]** qui avait trouvé 13,5%, par **Diallo D. [31]** qui a rapporté 11,8% par **Ongoiba A. [28]** qui a trouvé 11%, par **Libbey J. [7]** qui avait trouvé 23%. Nous avons constaté aussi que le faible poids de naissance était fréquent chez les jeunes adolescentes (10-15 ans), soit 20% contre 0,8% pour la tranche d'âge 16-19 ans. La différence est statistiquement significative ( $P=10^{-7}$ ). 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. En outre, les résultats de l'étude multi variée effectuée par

**Forum et al. [33]** ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids.

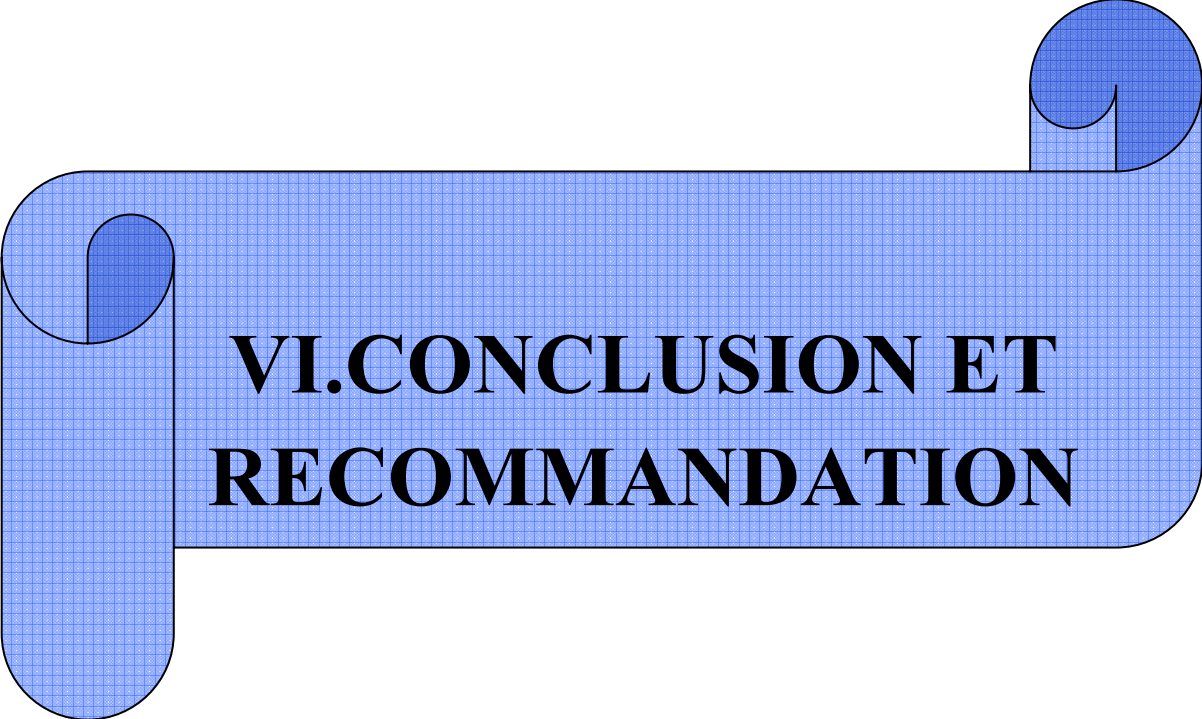
#### **4.3. Apgar des nouveaux nés**

L'Apgar à la première était de 4-7 chez 5% des cas contre 3,7% des témoins avec une différence non statistiquement significative.  $P=0,306$

Le score d'Apgar était  $\geq 8$  chez 98,2% des cas contre 94,4% pour les témoins ( $P=0,894$  OR=0,89). La différence n'est pas statistiquement significative.

#### **4.4. Mortalité périnatale**

On a enregistré 6 décès périnataux dont (3 pour les cas, 3 pour les témoins), dont 5 mort-nés et 1 décès néonatal précoce. Ce résultat est inférieur à celui de **Libbey J. [7]** a trouvé 7,1% de mort nés chez les adolescentes dont 76,4% étaient issus d'une grossesse non suivie. Ceci confirme l'intérêt des consultations prénatales dans la prévention de la morbidité et de la mortalité néonatale.



## **VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATION**

## **VI-CONCLUSION**

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle encore ancrée dans certaines communautés du Mali, ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents de complications comme les dystocies, les prématurités, les mort-nés, les déchirures périnéales. L'adolescente en temps qu'enfant, qui doit s'occuper de son bébé n'est pas une chose évidente. Il est difficile pour les adolescentes enceintes de poursuivre les études ce qui conduit à des échecs scolaires.

C'est un véritable problème de santé public dont la gestion implique plusieurs acteurs (enfants, parents, personnel soignant, autorités).

Des mesures préventives doivent être adoptées.

## VII-RECOMMANDATIONS

### 1. Aux décideurs :

- Renforcer 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.
- Respecter l'âge autorisé pour le mariage.

### 2. Aux agents socio-sanitaires :

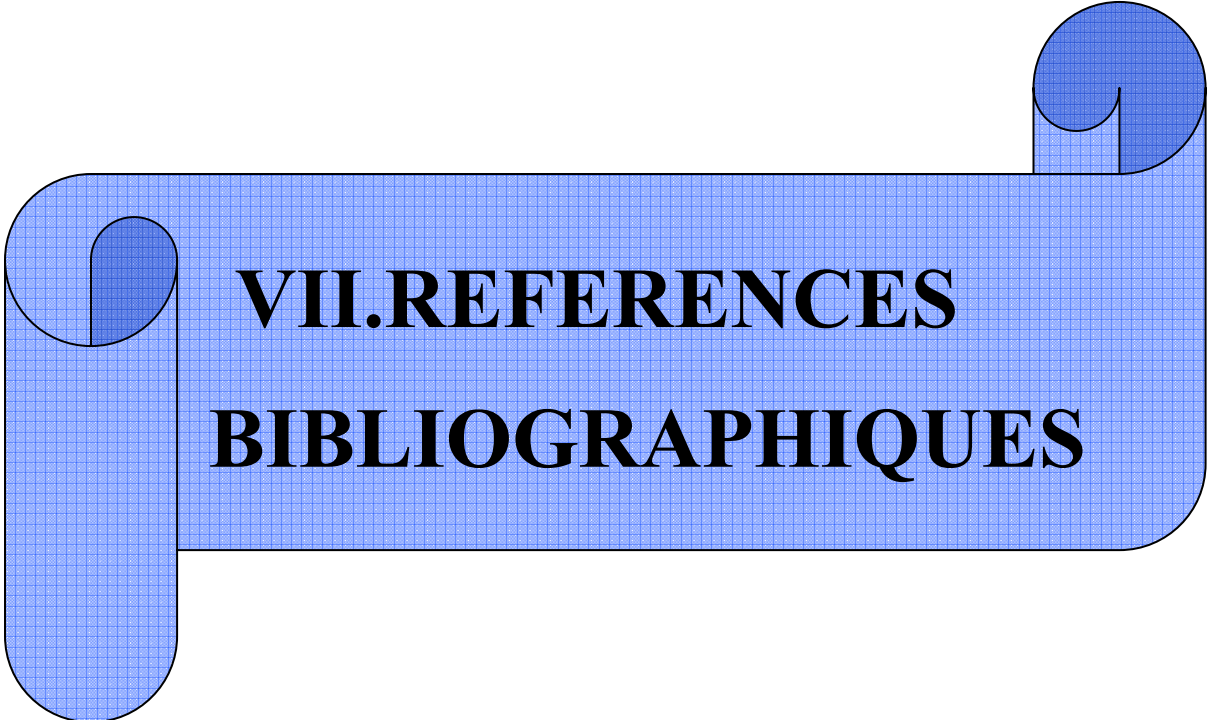
- Faire un counseling pour un changement de comportement en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle et les inconvénients du mariage et des grossesses précoces.
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de planification familiale

### 3. A la population :

- 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.

### 4. Aux adolescentes enceintes

- Suivre régulièrement les consultations prénatales



**VII.REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1- Senderowitz J.

Adolescent health: Reassessing the passage to adulthood World Bank. Discussion paper n° 272. Washington, 1995: 54.

### 2. UNICEF.

Le progrès de la nation. New York 1998: 22.

### 3. Wadhera S., Millar WJ.

Teenage pregnancies 1974 to 1994. Health reports 1997; 9: 9-17

### 4. UNFPA.

Les nouvelles générations. New York 1998: 27.

### 5. Singh S., Darroch J.E.

Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. Family planning perspectives. 2000, 32(1): 14-23

### 6. Sight S.

Adolescent childbearing in developing countries: A global review. Studies in family planning, 1998, 29 (2): 117-136.

### 7. Libbey J.

www.john-libbey-eurotext.fr le 15-05-2007

### 8-Merger., Levy J., Melchior.

Accouchement normal

Précis d'obstétrique 6<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001 : 624.

### 9-Vaillant M.

L'adolescence. <http://fr.wikipedia.org/wiki/adolescence>, 19-01-2005

### 10. Adolescent and unsafe abortion in developing countries

A preventable tragedy: based on the proceedings from the International Forum on Adolescent Fertility.

Center for Population Options, International Center on Adolescent Fertility; 1992: 68.



**11- Pierre G.**

L'adolescence-wikipedia, 21.4.2011:1

**12. Mc Cauley AP., Salter C., Kiragu K., Senderowitz J.**

Meeting the needs of young adults. Popul Rep J.1995; 41:1-43.

**13- Institut Guttmacher Alan**

Dans un nouveau monde : La vie sexuelle et reproductive des jeunes femmes.  
New York, 1998 :16.

**14-OMS.**

La santé et le développement des adolescents: la clé de l'avenir. Genève, 1995 :  
61.

**15-Sadik N.**

L'état de la population mondiale. UNFPA New York, 1997 : 95.

**16-Jaffer Y A., Afifi M M.**

Adolescent reproductive health

Family health international. Network, 1997, **17 (3):16-17.**

**17- Treffers PE. Olukoya AA., Ferguson BJ., Liljestrand J.**

Soins pour la grossesse et l'accouchement de l'adolescente. Int.J. Gynecol.  
Obstetric., 2001, 75: 111-121.

**18. World health organization**

Antenatal care. Geneva, 1994: 34.

**19. World health organization**

Care in normal birth: a practice guide. Geneva, 1996: 68.

**20. World health organization**

Post partum care of the mother and newborn. Geneva, 1998: 81.

**21. World health organization**

HIV and infant feeding: Framework for priority action. Geneva, 2003:8.

**22-Boulimie.**

Adolescence-fr.wikipedia.org/wiki, 18/03/2012.

**23-Lansac J., Lecomte P., Marret H.**

Etape du développement pubertaire féminin (d'après Marshall W.A et Tanner  
J.M.).

Gynécologie pour le praticien 7<sup>e</sup> édition. Paris 2007:359

**24-Traoré B.**

Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou-Mali. Med. Afr Noire, 2010 ; 57(10) : 449-454

**25 Uzan M., Pharisien I., et Seince N.**

La grossesse et l'accouchement des adolescentes, Hôpital Jean Verdier Bondy, JTA 2004:6.

**26-Sanogo M M.**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la commune VI Thèse Med. Bamako 2012, N°45

**27-Dembélé S.**

Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila. Thèse Med Bamako, 2009. N°77

**28-Ongoiba A.**

Grossesse et accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital du Point G Thèse Méd. Bamako, 2006, N°65

**29-Traore F.**

Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain. Thèse Méd. Bamako 2002, N°103

**30-Diallo A.**

Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse Méd. Bamako 2013, N° 146

**31-Diallo D.**

L'accouchement chez les adolescentes en milieu périurbain.

Thèse Méd. Bamako 1995, N°48

**32-Odujinrin O.M.T.**

Sexual activity, contraceptive, practice and abortion among adolescents in Lagos, Nigeria. Int. Jr. Gynecol. Obstet, 1991, 34: 361-366

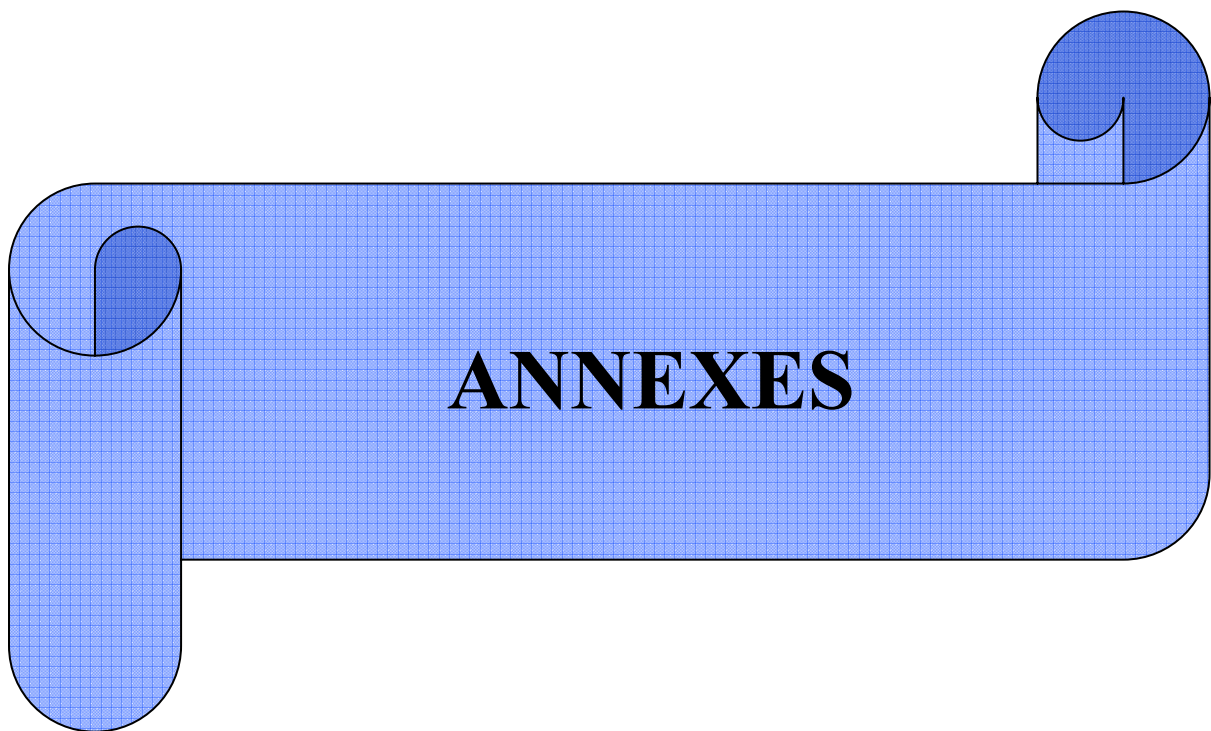
**33-Forum L, Ducic S, Seguin L.** Facteurs associés à la naissance des enfants de faible poids. Santé 1999; 9:7-11

**34- Traore B.**

Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou Med. Afr Noire 2010 ; 57(10)449-454

**35-Dembélé S.**

Accouchement chez l'adolescente au centre de sante de référence de Dioila. Thèse de Méd. Bamako, 2012, N°185.



**ANNEXES**

**FICHE DENQUETTE**

**I-DENTIFICATION**

**Q1 : Nom et Prénom**

**Q2 : Age en année**□

1= ≤15ans      2=16-17ans      3=18-19ans

**Q3 : Résidence**□

1=C1      2=C2      3=C3  
4=C4      5=C5      6=C6      7=hors de Bamako

**Q4 : Niveau d'instruction**□

1-primaire 2-secondaire 3-medersa 4-non scolarisée 5-supérieur

**Q5 : Profession**□

1-Ménagère 2-Elève 3-Aide ménagère 4-Vendeuse 5-couturière  
6-Autres 7-Etudiante

**Q6 : Statut matrimonial**□

1-Mariée 2-Célibataire 3-Divorcée 4-Veuve

**Q7:Mode d'admission**□

1-Venue d'elle-même 2-Référée 3-Evacuée

**Q8 : Hospitalisation**□      1-Oui      2-Non

**Q9 : procréateur Connu**□ 1-Oui      2-Non

**II. LES ANTECEDENTS**

**Q10 : ATCD Médicaux**□

1-HTA      2-Drépanocytose      3-Asthme 4-Diabète      5-Autres      6-Aucun

**Q11 : ATCD Chirurgicaux** □

1-Laparotomie      2-césarienne      3-aucun

**Q12 : Fracture du bassin**□

1-Oui      2-Non

**Q13 : ATCD Gynécologiques**

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

2- pratiquez-vous une méthode contraceptive ?

-Oui  -Non

**Q14 : ATCD Obstétricaux**

a- Gestité

1a primigeste 2a- pauci geste 3a-multi geste

b-parité

1b- Primipare 2b- pauci pare 3b- multipare

c-Avortement

1c-Oui  2c-Non

**III-HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE**

**Q15 : La grossesse actuelle est-elle désirée**  1-Oui  2-Non

**Q16 : CPN**

1=1-3 CPN 2= $\geq$ 4 3= aucune

4- si non pourquoi :

a : économique, b : peur, c : grossesse non désirée,

d : conflit, e : autre :

**Q17 : Terme**  1 : à terme  2 : avant terme  3 : post terme

**IV EXAMEN A L'ADMISSION**

**EXAMEN GENERAL**

**Q18 : Conjonctives**  1-pales  2-Colorées

**Q19 : Taille**  1- $\leq$ 1,5m  2->1,5m

**Q19a : Convulsions éclamptiques**  1-Ou  2-Non

**Q19b : hypertendue**  1 oui  2 non

**EXAMEN OBSTETRICAL**

**Q20 : HU**  : 1 : < 32cm,  2 : 32-35cm  3:  $\geq$  36cm

**BDCF**  1 : absents  2 : normaux  3 : anormaux

**Q21 : Contractions utérines**  1-Oui  2-Non

**Q22 :Hémorragie** □ 1-Oui 2-Non

**Q23 :Etat du col :** □ 1-modifié 2-non modifié

**Q24 : Poche des eaux** □ 1-rompue 2-intacte **Q25 :L'aspect** □ 1-clair

2-verdâtre 3-rouge 4-chocolat 5-jaune 6-autres

**Q26 : présentation** □ 1-céphalique 2- siège 3-autre

**Q27: Bassin** □ 1-normal 2-asymétrique 3-BGR 4-autres

5-bassin immature 6-bassin limite

### V-MODE D'ACCOUCHEMENT

**Q28 :Voie d'accouchement** □ 1-voie basse 2-césarienne

**Q29 : Si voie basse** □ a : accouchement normal b : accouchement par forceps c : accouchement par ventouse d : craniotomie e : Autres

**Q30 : si césarienne :**

1. Gestes associés : □ a : Ligature b : Hystérectomie

C : Laparotomie pour hystérorraphie d : autres à préciser e-aucun

**Q31:COMPLICATIONS TRAUMATIQUE** □

1-déchirure vulvo-vaginales 2-déchirure vaginales 3-rupture utérine

4-déchirure du col 5-accidents urinaires 6-relâchement symphysaire 7-autres

8-aucune

**VI-COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE** (hémorragie de la délivrance) □

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

5-aucune

### VII-PRONOSTIC FŒTAL

**Q32 : Apgar à la naissance**

1 : 1<sup>ère</sup> minute □ a) zéro b) : 3-4 c) : 5-7 d) : ≥ 8

2 : 5<sup>ème</sup> minute □ a) zéro b) : 3-4 c) : 5-7 d) : ≥ 8

**Q33:Poids** □ 1 : < 2500g 2 : 2500-3999g 3: ≥4000g

**Q34 :Sexe** □ 1-M 2-F

**Q35 : Référée en pédiatrie**  1-Oui                    2-Non

**Q36 : Si Oui, motif :**  1-Hypotrophie            2 -Prématuré 3-Souffrance néonatale 4-Mère diabétique 5-macrosomie 6- Autres

7-Systématique 8- dépassement de terme 9-CPN=0 10-mère drépanocytaire 11-Mère hypertendue

**Q37 : Pronostic fœtal**  1-mort né 2-décès périnatal 3-vivant

**Q38 Cause de décès**  1-malformation 2- prématurité 3- autres

#### **VIII-LE PRONOSTIC MATERNEL**

**Q39 :Morbidité**

1-Hystérectomie 2-Ligature des trompes 3-Fistule vésico-vaginale 4-Déchirure périnéale 5-Déchirure du col 6-Relâchement symphysaire 7-Autres 8-aucune

**Q40 Décès maternel**  1-Oui            2-Non

**Q41 Si Oui cause** 1-hémorragie du postpartum 2- HTA 3-Autres



**FICHE SIGNALETIQUE**

**Prénom :** Adama

**Nom :** DRABO

**Titre :** Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

**Année académique :** 2013-2014

**Nationalité :** Malienne

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique, santé publique

**Résumé :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective cas-témoins allant du 01 janvier au 31 décembre 2013 portant sur 397 adolescentes de 10 à 19 ans qui ont accouchées au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes était de 13,27%.

La majorité des adolescentes avaient un âge compris entre 16 et 19 ans (92,4%), et les mariées représentaient 73,6%.

Les grossesses non suivies représentaient 6,8%.

La césarienne a été la voie d'accouchement dans 10,8 % des cas et 7,7% pour les témoins. La principale indication était la souffrance fœtale aigue, soit 35% pour les cas et 55,7% pour les témoins avec une différence statistiquement significative ( $P < 0,05$ ).

Il y'avait une relation entre la manière de survenue de la grossesse (désirée ou non) et la réalisation de CPN.

Les grossesses non désirées étaient plus fréquentes chez les adolescentes que les témoins, la différence est statistiquement significative ( $P < 0,05$ ).

On a enregistré 1 cas de déchirure cervicale pour les cas

Le faible poids de naissance a été retrouvé chez 2,3% des nouveaux nés.

**Mots clés :** Adolescentes ; Accouchements, pronostic maternofoetal.

**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**