

Ministère de l'enseignement Supérieur
Et de la recherche scientifique.

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T.B

U.S.T.T.B

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

F.M.O.S



ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020-2021 N°.....

TITRE :

**PROBLEMATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT
CHEZ L'ADOLESCENTE A L'HOPITAL
NIANKORO FOMBA DE SEGOU**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 17/11/2021 devant la
faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par : **M. Kabayi DIARRA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

PRESIDENTE DU JURY : Professeur Diénéba DOUMBIA

MEMBRES DU JURY : Docteur Tidiani TRAORE

CO-DIRECTRICE DE THESE : Docteur THERA Aminata KOUMA

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Tioukani Augustin THERA

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maitre-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. M. Yaya FOFANA	Hématologie
2. M. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. M. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. M. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
10. M. Boukassoum HAIDARA	Législation
11. M. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. M. Massa SANOGO Chimie	Analytique
13. M. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. M. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie
15. M. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. M. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. M. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
19. M. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. M. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21. M. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. M. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. M. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. M. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. M. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. M. Bouba DIARRA	Bactériologie
28. M. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. M. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31. M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. M. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. M. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie

34. M. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
35. M. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. M. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. M. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
39. M. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme.Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. M. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
43. M. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
44. M Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. M Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
46. M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
47. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. M. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
50. M. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. M. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
52. M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
54. M. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. M. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
56. M. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
57. M. Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
58. M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. M Moussa I. DIARRA	Biophysique
60. M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. M. Souleymane TOGORA	Stomatologie
63. M. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
64. M Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
65. M Saharé FONGORO	Néphrologie
66. M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
67. M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
68. M. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
69. M. Aly TEMBELY	Urologie
70. M. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
71. M. Zanafon OUATTARA	Urologie
72. M. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
73. M. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. M. Mohamed TOURÉ	Pédiatrie
2. M. Alou BAH	Ophtalmologie
3. M. Bocar SALL	Orthopédie-Taumatologie-Secouriste
4. M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. M. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale

6. M. Moussa TRAORÉ	Neurologie
7. M Yéminégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. M. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. M. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. M. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. M. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. M. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. M. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. M. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
18. M. Gangaly DIALLLO	Chirurgie Viscérale
19. M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
20. M. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21. M. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22. M Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. M Ibrahim ONGOIBA	Gynéco-Obstétrique
24. M Adama DIARRA	Physiologie
25. M Massambou SACKO	Santé Publique
26. M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. M. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
5. M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
6. M. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
8. M. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. M. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
10. M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. M. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. M. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14. M. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15. M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
16. M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
17. M. Hamady TRAORÉ	Stomatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. M. Broulaye Massaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. M. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. M Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. M. Birama TOGORA	Chirurgie générale
7. M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. M. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. M. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. M. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11. M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. M. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
14. M. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
15. M. Boubacar BAH	Odontostomatologie
16. M Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
17. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
18. Mme. Dombia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
19. M. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
20. M. Siaka SOUMAORO	O.R. L
21. M. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
22. M. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. M. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. M. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. M. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. M. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. M. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. M. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. M. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. M. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. M. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. M. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. M. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. M. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. M. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. M. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation

21. M. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
22. M. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. M. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. M. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. M. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. M. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. M. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. M. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. M. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
31. M. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. M. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. M. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. M. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
39. M. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. M. Bougadary COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. M. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. M. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. M Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. M. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. M. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. M. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. M. Layaes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. M. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. M. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. M. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. M. Amady COULIBALY	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
54. M. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. M. Dramane Nafo CISSE	Urologie
56. M. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. M. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. M. Alkadri DIARRA	Urologie
59. M. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. M. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. M. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. M. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. M. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. M. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. M. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Bakarou KAMATE Anatomie-Pathologie
2. M. Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie, **chef de DER**
3. M. Mamadou A. THERA Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. M. Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire
2. M. Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. M. Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme. Safiatou NIARE Parasitologie-Mycologie
5. M. Karim TRAORE Parasitologie-Mycologie
6. M. Moussa FANE Parasitologie Entomologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. M. Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
2. M. Mamadou MAIGA Bactériologie-Virologie
3. M. Aminata MAIGA Bactériologie-Virologie
4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA Bactériologie-Virologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
6. M. Mamadou BA Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
7. M. Boubacar Sidiki I. DIAKITE Biologie-Médicale Biochimie Clinique
8. M. Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
9. M. Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire
10. M. Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
11. M. Nouhoum SACKO Hématologie/Oncologie/Cancérologie
12. M. Sidi Boula SISSOKO Histologie Embryologie Cytogénétique
13. M. Saidou BALAM Immunologie
14. M. Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
15. M. Abdoulaye KONE Parasitologie-Mycologie
16. M. Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
17. Mme. Mariam TRAORE Pharmacologie
18. M. Bamodi SIMAGA Physiologie
19. M. Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
20. M. Bassirou DIARRA Recherche-biomédicales
21. M. Sanou Kho COULIBALY Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Harouna BAMBA Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE Biologie
3. M Ibrahim KEITA Biologie moléculaire
4. M. Moussa KEITA Entomologie-Parasitologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Adama Diaman Keita	Radiologie et Imagerie Médicale
2. M. Soukalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
3. M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
4. M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
5. M. Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
6. M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
7. M. Ousmane FAYE	Dermatologie
8. M. Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9. M. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie, chef de DER
10. Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
11. Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
12. M. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
13. M. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale
14. M. Ichiaka MENTA	Cardiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
2. M. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
3. M. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
4. M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
5. M. Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
6. M. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
7. M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
8. M. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
9. M. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. M. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. M. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
3. M. Konimba DIABATE	Radiologie et Imagerie Médicale
4. M. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. M. Aphon Sallé KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
6. M. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
7. M. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8. Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
9. M. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
10. M. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
11. M. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
12. M. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
13. M. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
14. M. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale

15. M. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
16. M. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
17. M. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. M. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. M. Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
22. M. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. M. Seydou SY	Néphrologie
24. M. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. M. Massama KONATE	Cardiologie
26. M. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. M. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. M. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30. M. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. M. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. M. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. M. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. M. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. M. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. M. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. M. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. M. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. M. Seydou HASSANE	Neurologie
45. M. Guida LANDOURE	Neurologie
46. M. Thomas COULIBALY	Neurologie
47. M. Adama S SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. M. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. M. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. M. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Sirtio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. M. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. M. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. M. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. M. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. M. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie

61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. M. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. M. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
65. M. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
66. M. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
67. M. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. M. Yacouba FOFANA	Hématologie
3. M. Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

1. M. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
2. M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
3. M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

1. M. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
-----------------------------	----------------------

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

1. M. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
2. M. Ousmane LY	Santé Publique
3. M. Ogobara KODIO	Santé Publique
4. M. Oumar THIÉRO	Bio statistique/Bio-informatique
5. M. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie
6. M. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
7. M. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
8. M. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
9. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
10. M. Sory Ibrahim DIAWARA	Epidemiologie

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
2. M. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. M. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
4. M. Housseini DOLO	Épidémiologie
5. M. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 6. M. Yaya dit Sadio SARRO | Épidémiologie |
| 7. Mme. Fatoumata KONATE | Nutrition-Diététique |
| 8. M. Bakary DIARRA | Santé-Publique |

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. M. Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
| 2. M. Amsalah NIANG | Odonto-préventive-Sociale |
| 3. M. Souleymane GUINDO | Gestion |
| 4. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA | Hygiène du Milieu |
| 5. M. Rouillah DIAKITE | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| 6. M. Alou DIARRA | Cardiologie |
| 7. Mme. Assétou FOFANA | Maladies Infectieuses |
| 8. M. Abdoulay KALLE | Gastroentérologie |
| 9. M. Mamadou KARAMBE | Neurologie |
| 10. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO | Médecine de Famille |
| 11. M. Alassane PEROU | Radiologie |
| 12. M. Boubacar ZIBEIROU | Physique |
| 13. M. Boubakary Sidiki MAIGA | Chimie-Organique |
| 14. Mme. Doulata MARIKO | Stomatologie |
| 15. M. Issa COULIBALY | Gestion |
| 16. M. Klétigui Casmir DEMBELE | Biochimie |
| 17. M. Souleymane SAWADOGO | Informatique |
| 18. M. Brahim DICKO | Médecine Légale |
| 19. Mme Tenin KANOUTE | Pneumo-Phtisiologie |
| 20. M. Bah TRAORE | Endocrinologie |
| 21. M. Modibo MARIKO | Endocrinologie |
| 22. Mme Aminata Hamar TRAORE | Endocrinologie |
| 23. M. Ibrahim NIENTAO | Endocrinologie |
| 24. M. Aboubacar Sidiki Tissé KANE | OCE |
| 25. Mme Rokia SANOGO | Médecine traditionnelle |
| 26. M. Benoît Y KOUMARE | Chimie Générale |
| 27. M. Oumar KOITA | Chirurgie Buccale |
| 28. M. Mamadou BAH | Chirurgie-Buccale |
| 29. M. Baba DIALLO | Epidémiologie |
| 30. M. Mamadou WELE | Biochimie |
| 31. M. Djibril Mamadou COULIBALY | Biochimie |
| 32. M. Tietie BISSAN | Biochimie |
| 33. M. Kassoum KAYENTAO | Méthodologie de la recherche |
| 34. M. Babou BAH | Anatomie |

ENSEIGNANTS EN MISSION

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1. M. Lamine GAYE | Physiologie |
|-------------------|-------------|



**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

Je dédie ce travail à Dieu le tout puissant, le clément, le miséricordieux qui m'a permis de mener ce travail à terme.

A mon père Noussan DIARRA

Cher père tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions. Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait. Tes infatigables conseils ont porté fruits. Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour. Ta présence à chaque étape de notre vie, ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un père exemplaire. Que DIEU te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.

A ma mère Kalifahan KONE

Femme au grand cœur, ton amour, ta tendresse, ta disponibilité, ton sens de l'écoute et de la compréhension ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Longue vie à vous.

A mes frères et sœurs : Nouhounzo, Sewésse, Sébassé, Hanvan, Daouda, Hianbè, Tanssie, Kalifa, Loboua, Séko, Sabèrè, Birawé, Tiékoura, Dèbou, Anna, Arabahan, Joël, Wambé, Karim, Maimouna, Négué, l'amour familial qu'avez-vous entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail. Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A tous mes Oncles et toutes mes Tantes : Accepter le travail de votre fils, tous mes remerciements et de reconnaissance.

A mon Cousin Bébé Alfred DEMBELE, Vous m'avez accueilli chez vous comme votre propre frère. Vous avez toujours été là pour me soutenir et m'encourager. Ce travail vous appartient, je vous remercie.

A tous mes Cousins et mes Cousines : Merci pour votre soutien de tous les jours et votre amour. Soyons unis pour porter haut le nom de la famille. Ce

travail n'est qu'un exemple, je pense que vous ferez mieux que moi. Sachez que je vous aime très fort.

A mon grand-père : Cher Papa merci pour tes conseils, ton amour et ton soutien sans faille. Tu es pour moi un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as toujours guidé dans le bon sens et de réussite. L'éducation et l'avenir de tes enfants ont toujours occupé la première place de tes objectifs. Ce travail est le tien en témoignage de tous les sacrifices que tu as consentis pour moi. Je prie le tout puissant tous les jours pour qu'il t'accorde longue vie et santé.

A mes Amis : Pobanou Cissé, Hamidou Coulibaly, Wapa Daniel Dembélé, Sissouro Sogoba, Mamadou Diallo, Charle Dioni, Moise Dakouo, 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.

Mes remerciements vont à l'endroit de :

*La faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali, plus qu'une faculté d'étude médicale, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Aux personelles de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

A nos chers maitres : DR TRAORE Tidiani, DR TRAORE Babou, DR SIDIBE Kassoum, 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 grande estime et profond respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

Aux Docteurs : Dr DIARISSO Abdrahamane, DR COULIBALY Adama, DR HAIDARA Mahamadou, DR COULIBALY Alkali, la jeune génération ne vous remerciera jamais assez pour la qualité de votre enseignement ; la rigueur et le souci du travail bien fait.

A toutes les sages-femmes et infirmières de l'HNF de Ségou : Bintou DABO, Mariam Nènè TANGARA, DIAWARA Rokia, TRAORE Kadiatou, Ina-ouro BAH, MAIGA Zalika, CISSE Oumou, SIDIBE Awa, MAIGA Fatoumata Bamoye, BAH Aminata, Coulibaly Djénéba, SANGARE Kadiafounè, Aminata FANE, KOUYATE Orokia, Aminata COULIBALY, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, SOUMOUNOU Sokona, DANTE Mariam, Badji TAWATI, Assetou SACKO, Assetou DIARRA, Korika SAMAKE, merci pour votre collaboration et votre disponibilité.

Des manœuvres du service, nous vous disons grand merci pour votre disponibilité.

Du personnel des autres services, nous vous sommes très reconnaissants pour votre disponibilité. Grand merci.

Tous les thésards du service de GO ; Abdoul Karim BALLO, Mariam M KOUREICHY, Fousséni KODIO, Aser DIARRA, Moussa SAMAKE, Drissa COULIBALY, et MAIGA H Mahamane, Mme Sidibé Rokiatou DIARRA, DIALLO Sory, KONE Sabéré, votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

De tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail. Nous vous remercions de tout cœur.



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY Pr DOUMBIA Diénéba

- **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation ;**
- **Praticienne Hospitalière au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences en Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgences et de catastrophe à la FMOS ;**
- **Chef de Service des Urgences Médico-Chirurgicales du CHU du Point-G ;**
- **Membre de la Société Malienne d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Noire Francophone : SARANF ;**
- **Membre Fondatrice de la Société de Télémédecine du Mali ;**
- **Chef de Filière des Assistants en Anesthésie-Réanimation à l'Institut National de Formation en Science de la Santé : INFSS.**

Chère Maitre,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Que DIEU vous donne longue vie. Amen

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Tidiani TRAORE

Spécialiste en gynécologie obstétrique ;

- **Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou ;**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ;**
- **Chargé de recherche.**
- **Chargé de cours des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de pathologie obstétricale et Gynécologie, de santé sexuelle et de reproduction de l'adolescent jeune à l'INFSS (Institut National de formation en Science de Santé de Ségou).**

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique. Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THESE

Dr THERA Aminata KOUMA

Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique :

- **Praticienne hospitalière au service de gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Kati ;**
- **Maître Assistante à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako ;**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU de Kati ;**

Cher Maître,

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous une femme remarquable

Votre simplicité, votre courage, votre disponibilité, votre volonté de transmettre

Votre savoir aux jeunes, votre humanisme, votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse

Dieu le tout puissant vous rendre au centuple vos bienfaits.

A NOTRE MAITRE DIRECTEUR DE THESE

Professeur Tioukani Augustin THERA

- **Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G ;**
- **Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon(France)**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne Clermont Ferrant(France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme inter universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales : Angers(France).**

Cher Maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touchés.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération. Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTES DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS :

ACC : Accouchement

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruits Du Cœur Foetal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BPN : Bilan Prénatal

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

Cm : Centimètre,

CNHU HKM : Centre National Hospitalier Universitaire HUBERT

KOUTOUKOU MAGA

CPN : Consultation Prénatale

CUD : Contractions Utérines Douloureuses

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CVI : Commune VI

DCD : Décédé

DS : Déroit supérieur

DI : Déroit inférieur

Eff : Effectif

F : Test de Fisher

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

G : Gramme

GO : Gynécologie Obstétrique

HRP : Hématome Retro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

HNF/S : Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

IC : Intervalle de Confiance

IO : Infirmière Obstétricienne

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

< : Inférieur

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

> : supérieur

Khi-2 : Test du Khi-2 de Karl PEARSON

LA : Liquide Amniotique

MAF : Mouvement Actif Fœtal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

P : Probabilité

PF : Planification Familiale

PP : Placenta prævia

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

% : Pourcentage

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

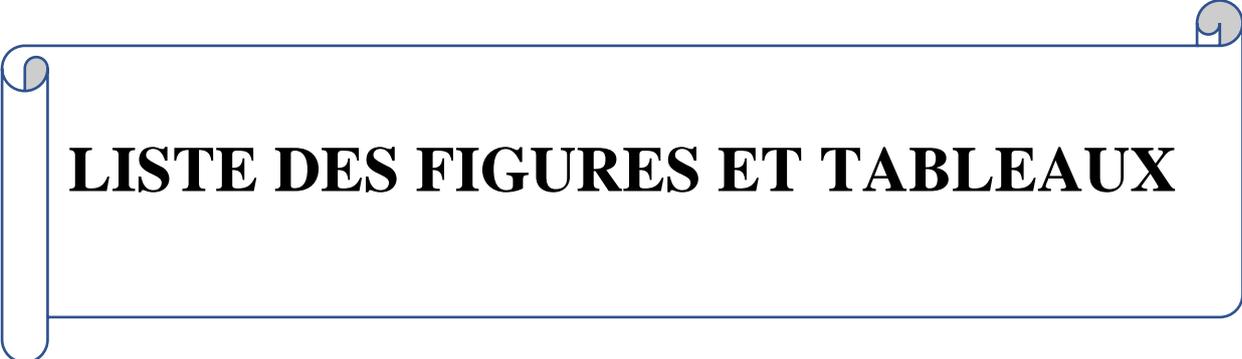
SNN : Souffrance Néonatale

SONU : Soins Obstétricaux Néonataux et d'Urgences

TA : Tension Artérielle

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

VIH : Virus Immunodéficience Humaine



LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

TABLES DES ILLUSTRATIONS DES FIGURES

Figure 1: Pilosité pubienne.....	9
Figure 2: Stades des seins [15].....	10
Figure 3: Bassin osseux [16].....	12
Figure 4: Déroit supérieur [13]	14
Figure 5: Engagement de la présentation [16]	15
Figure 6: Déroit moyen [13].....	16
Figure 7: Forme du déroit moyen [16].....	17
Figure 8: Rotation au niveau du déroit moyen [16]	18
Figure 9: Déroit inférieur [13].....	19
Figure 10: Diamètres du déroit inférieur [13].....	20
Figure 11: Classification du bassin [22].....	21
Figure 12: Bassin mou [20].....	22
Figure 13: Mécanique obstétricale du bassin mou [23]	23
Figure 14: Déchirures obstétricales récentes du périnée [24]	25
Figure 15: Répartition des parturientes selon l'âge.....	37
Figure 16: Répartition des parturientes selon la résidence.....	38
Figure 17: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial...	39
Figure 18: Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel.....	53

LISTE DES ILLUSTRATIONS DES TABLEAUX

Tableau I: Score d'Apgar	35
Tableau II: Répartition des parturientes selon la profession de la femme	39
Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction de la femme	39
Tableau IV: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial pour des parents	40
Tableau V: Répartition des parturientes selon la source de revenu	40
Tableau VI: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction du Conjoint	41
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la profession du Conjoint	42
Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de la parité	42
Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction du nombre d'avortements spontanés	43
Tableau X: Répartition des parturientes en fonction des ATCD médicaux	43
Tableau XI: Répartition des parturientes en fonction des ATCD chirurgicaux	44
Tableau XII: Répartition des parturientes selon le mode d'admission	44
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon le motif d'admission	45
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse	45
Tableau XV: Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN	46
Tableau XVI: Répartition des parturientes selon les raisons de la non-réalisation des CPN	46
Tableau XVII: Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse	47
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la réalisation du BPN	47
Tableau XIX: Répartition des parturientes en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF)	48
Tableau XX: Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission	48
Tableau XXI: Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique (LA)	49
Tableau XXII: Répartition des parturientes selon la présentation fœtale	49
Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon le type du bassin	50
Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement	50
Tableau XXV: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement par voie basse	51
Tableau XXVI: Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne	51
Tableau XXVII: Répartition des parturientes selon les complications	52
Tableau XXVIII: Répartition des Nouveau-nés selon le score d'Apgar	54
Tableau XXIX: Répartition des Nouveau-nés selon le poids	54
Tableau XXX: Répartition des Nouveau-nés selon la référence à la néonatalogie	55
Tableau XXXI: Répartition des Nouveau-nés selon le pronostic fœtal	55

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION	1
1-Objectif général :	5
2-Objectifs spécifiques :	5
II- GENERALITES :	7
III. METHODOLOGIE :	30
1. Cadre d'étude :	30
2. Méthodes et matériels :	32
IV-RESULTATS :	37
1- Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes :	37
2- Caractéristiques sociodémographiques :	37
3-Caractéristiques cliniques :	42
4-Déroulement de l'accouchement	48
5-Pronostic materno-foetal	53
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	56
1. Les limites de notre étude :	57
2. Fréquence :	57
3- Caractéristiques sociodémographiques :	58
4. Caractéristique clinique :	61
5. Déroulement de l'accouchement :	63
6. Pronostics maternel et foetal :	65
CONCLUSION :	70
RECOMMANDATIONS :	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	73
ANNEXES :	81
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	86

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

L'adolescence qui vient du verbe latin « adolescere » qui signifie grandir vers (ad : vers, olescere : grandir) est une phase du développement humain physique et mental qui se produit pendant la période de la vie humaine s'étendant de la puberté jusqu'à l'âge adulte. [1]

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce terme regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans. Il s'agit d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte [1].

Le monde compte un milliard d'adolescents dont 85% vivent dans les pays en voie de développement [2]. Les adolescentes constituent 22% de la population des femmes en Afrique [3].

En Afrique de l'Ouest et du Centre, au moins 12% de la population sont âgées de 10 à 14ans, 11% sont âgées de 15 à 19 ans. Au Mali, la population de 10-14 ans est estimée à 13% et celle de 15-19 ans à 10% [4].

L'adolescence est marquée chez la fille par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction. Alors que la survenue d'une grossesse est possible, l'adolescente est dans un état de déséquilibre psychologique et d'immaturité des organes, cela pose différents problèmes obstétricaux (la prématurité, l'avortement à risque, la dystocie au moment de l'accouchement), psychologiques et sociaux [2]. Cependant, la définition de la grossesse chez l'adolescente reste imprécise surtout en ce qui concerne les limites chronologiques. Certains auteurs retiennent 18 ans, d'autres 17 ans ou 16 ans [5]. On estime désormais qu'une fille sur deux de 13 ans et demi est capable dans son corps de concevoir un enfant [6]. L'âge des premiers rapports sexuels est devenu de plus en plus précoce. En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel semble s'être stabilisé depuis quelques années autour de 17 ans et demie [7].

Au Mali, pour les femmes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est estimé à 16,5 ans. Cette tranche d'âge contribue pour 14 % à la fécondité totale des femmes au Mali [8].

Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année dans le monde. Bien que ces naissances interviennent dans toutes les sociétés ; 12,8 millions, soit plus de 90 %, ont lieu dans les pays en voie de développement [9].

20 à 50 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en Côte d'Ivoire, au Liberia, au Mali, au Cameroun, [4]. Pour certaines jeunes mères, c'est un événement heureux, elles sont bien soutenues et donnent naissance à un nouveau-né en pleine de santé. Mais pour des millions d'autres, la grossesse n'était pas prévue, la naissance a lieu trop tôt et l'expérience est empreinte de peur et de souffrance.

Les issues défavorables de ces grossesses et accouchements compliqués sont essentiellement : l'accouchement prématuré, la souffrance néonatale, la naissance d'un enfant de faible poids et le décès du nouveau-né, sans oublier les fistules obstétricales et ses conséquences sur la vie de la jeune fille.

Dans la littérature, certaines études sur les grossesses des adolescentes affirment que l'âge seul pourrait ne pas en être la cause, l'éducation, le statut social et l'utilisation des structures de santé sont des facteurs participants [10,11].

Les grossesses chez les jeunes ne compromettent pas uniquement la santé et les chances de survie de l'enfant ou de la femme, mais aussi la scolarisation et l'avenir professionnel de la jeune fille [11].

Au Kenya, jusqu'à 10 000 jeunes filles par an quittent l'école à cause de leurs grossesses. Lorsque la grossesse n'est pas désirée, elle peut aboutir à une interruption volontaire de la grossesse (IVG), cette opportunité très limitée dans certains pays à cause de son caractère illégal, a des complications désastreuses [10].

L'accouchement chez l'adolescente entraînerait une morbidité et mortalité maternelle et périnatale élevées.

Au Mali, plusieurs études ont été faites sur la grossesse chez l'adolescente. Mais vu l'ampleur du phénomène, ses complications materno-fœtales et le nombre important d'accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, nous avons initié cette étude pour confirmer cette hypothèse avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1-Objectif général :

Etudier la problématique de l'accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

2-Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.
- Préciser les caractères sociodémographiques des adolescentes enceintes.
- Décrire le déroulement de l'accouchement chez l'adolescente.
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez l'adolescente.

GENERALITES

II- GENERALITES :

1- Définitions :

❖ **Adolescence** : Le terme adolescent n'est entré dans le vocabulaire Populaire qu'au début des années 1940. L'éthymologie du terme remonte à l'antiquité puis qu'il a des racines latines : « adolescence » vient du latin Adolescere qui signifie « grandir » [12].

L'OMS définit l'adolescence comme : "une période allant de 10 à 19 ans" [1].

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

2- Les transformations au cours de l'adolescente et de la puberté : [10, 11, 14,15]

L'adolescence se caractérise essentiellement par la puberté, pendant laquelle le corps de la jeune fille se modifie et son caractère s'affirme. Avant la puberté, il y a un temps qu'on qualifie de réveil de l'activité hormonale (entre 8- 10 ans): c'est la pré- puberté se manifestant essentiellement par le gonflement des glandes mammaires.

C'est à partir de 10 ans que les 1ères règles de puberté commencent. Ainsi à la puberté, l'adolescente doit subir une succession de changements. Ces différents changements surviennent généralement entre 11- 13 ans.

La fin de la puberté arrive avant celle de l'adolescence ce qui explique qu'un jeune homme et une jeune femme peuvent être physiologiquement prêts à enfanter à 16 ans mais dans les cultures sociales pas encore prêts.

2-1. Les modifications physiques :

- **La poitrine** : Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glande mammaire bombe un peu.

- **La pilosité** : Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent. Les aisselles aussi se couvrent de poils.

- **La silhouette** : Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par une poussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise, la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.

- **Les règles** : L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans

2-2. Les modifications sexuelles :

L'évolution des caractères sexuels secondaires est codifiée selon la classification de TANNER :

Pilosité pubienne (P)

P1 = absence de pilosité pubienne

P2 = quelques poils bruns et épais

P3 = pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4 = pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5 = pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale.

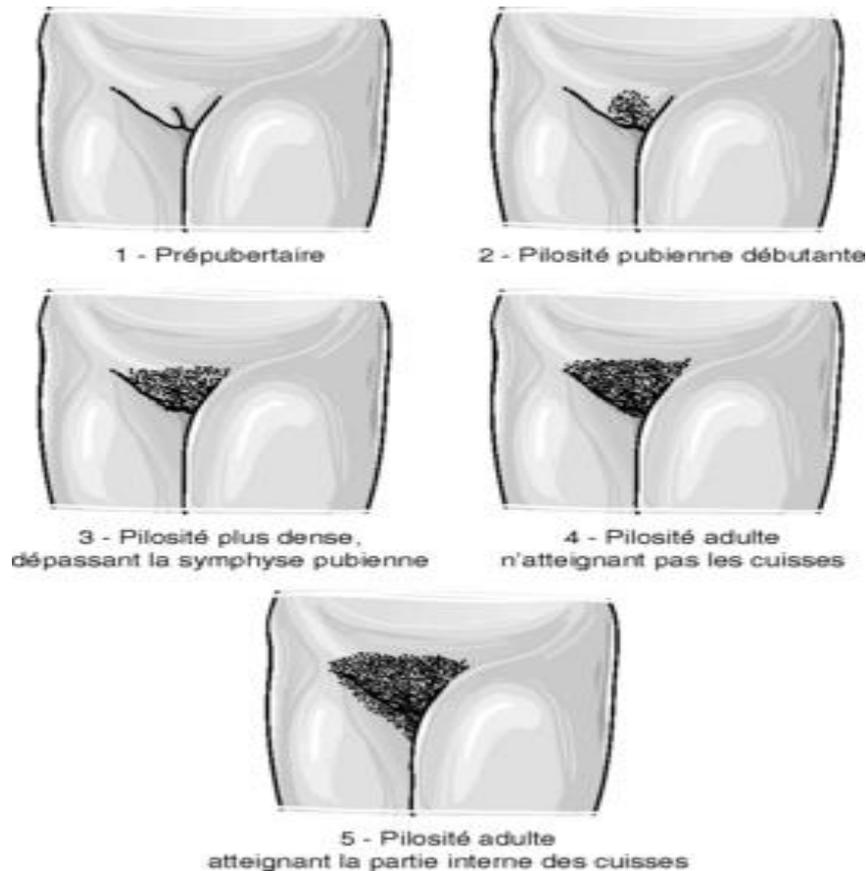


Figure 1: Pilosité pubienne

Source : B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, collection « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.

Seins (S)

S1 = aucun développement ;

S2 = bourgeon mammaire retro aréolaire

S3 = la glande dépasse l'aréole qui s'accroît, se bombe et se pigmente ;

S4 = les seins sont bien développés mais il persiste un œdème de l'aréole ;

S5 = seins de femme adulte avec aréole plate.

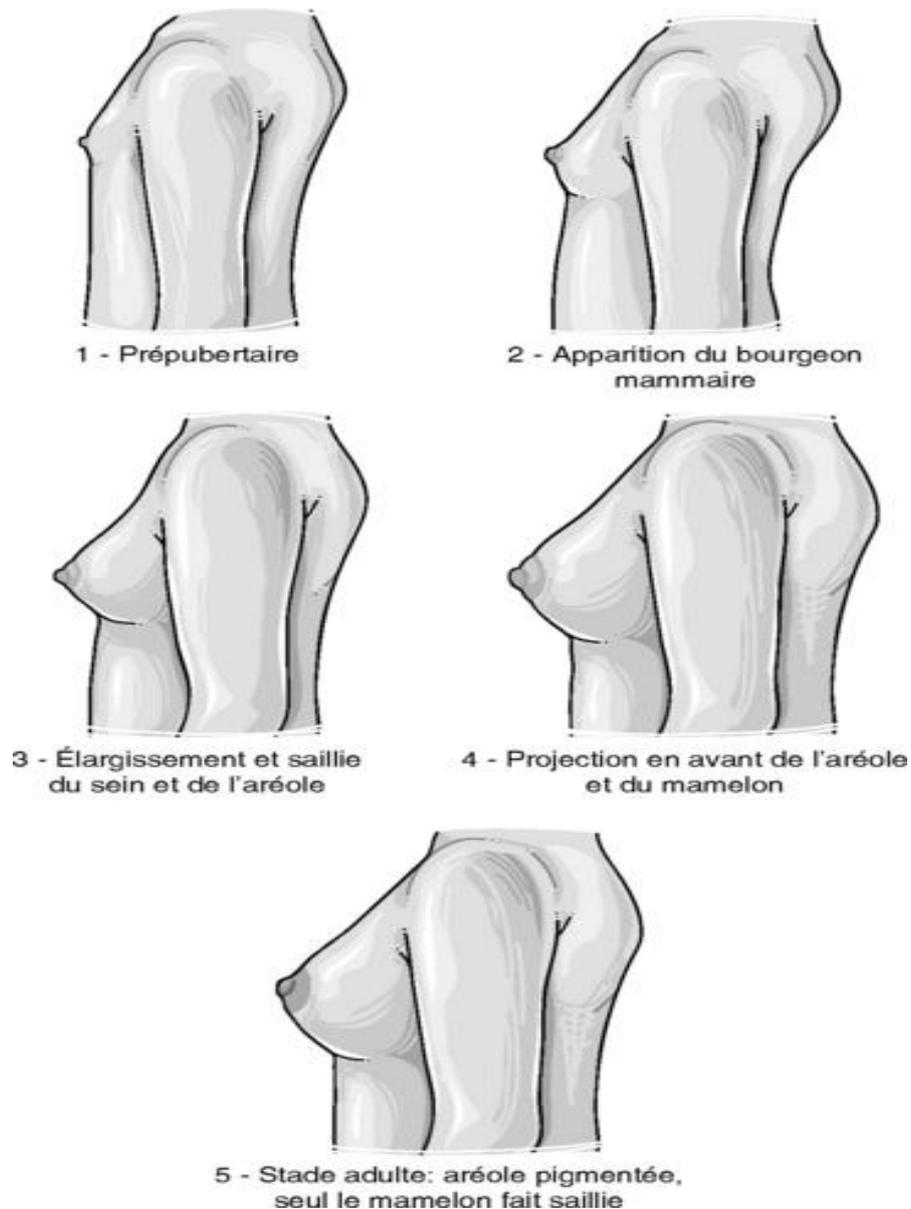


Figure 2: Stades des seins

Source : B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, collection « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.

Poils axillaires (A)

Ils apparaissent en dernier le plus souvent, au voisinage des premières règles.

A1= absence de pilosité axillaire

A2 = présence de quelques poils

A3 = nombre de poils supérieur à 10

A4 = pilosité axillaire assez fournie

A5 = pilosité fournie

2-3. Les modifications staturo-pondérales :

Pendant l'adolescence la taille grandit en moyenne d'environ quatre (4) cm et le poids d'environ quatre (4) kg par an. La croissance staturale diminue rapidement après les premières règles. La croissance pondérale augmente plus longtemps que la croissance staturale.

2-4. Les modifications psychologiques :

L'adolescence est le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté. Ces modifications s'articulent autour de la gestion des transformations corporelles, de la découverte de la sexualité, et de la prise de conscience de la complémentarité des sexes, et d'un réagencement des relations avec l'environnement. L'impact des transformations sur le psychisme est considérable et des modifications se vont voir en peu de temps dans tous les domaines : les relations avec les parents, les amis, les intérêts nouveaux, les changements de comportements, d'humeur.

3- Etude du bassin obstétrical : [13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels il s'appuie.

Il est formé par la réunion de quatre os :

- En avant et latéralement, les deux os iliaques ;
- En arrière, le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro-coccygienne, en arrière et en bas.

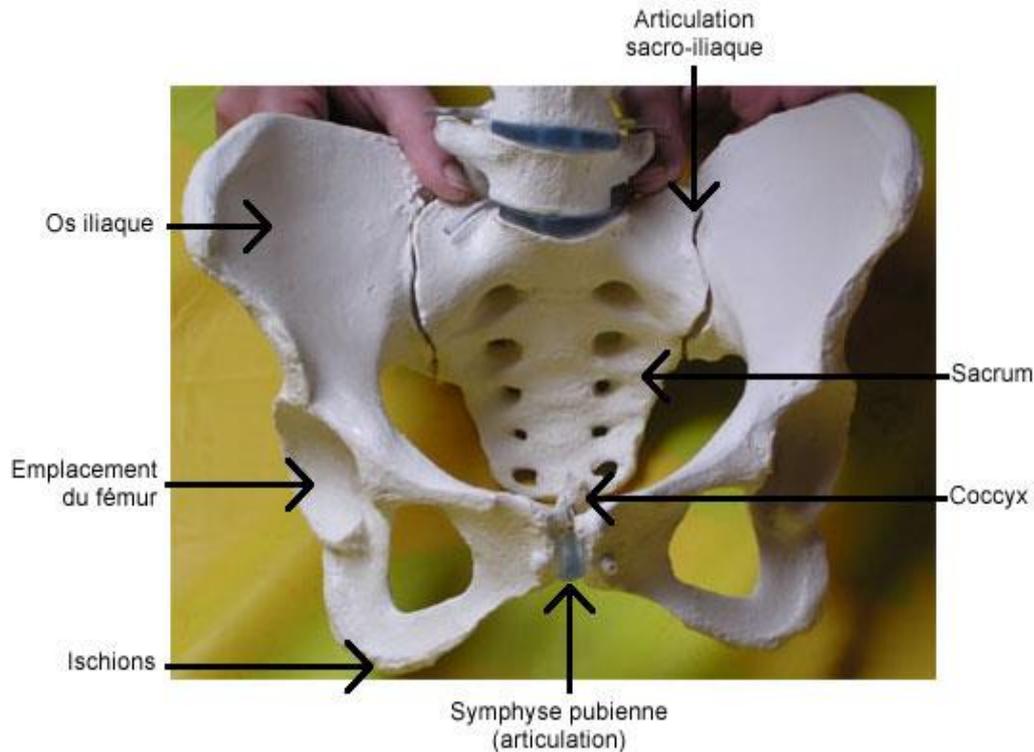


Figure 3: Bassin osseux

Source : Kamina P : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties :

3-1. Le Grand bassin :

Il n'a pas tellement d'intérêt obstétrical et se compose de l'évasement des ailes iliaques, la face antérieure de la colonne vertébrale et la face supérieure des ailerons sacrés, en avant par la paroi inférieure de la paroi abdominale.

3-2. Le petit bassin :

Il réalise un canal osseux dont la traversée réalise l'essentiel de l'accouchement et auquel on décrit deux orifices supérieur et inférieur et une excavation pelvienne.

a- Le détroit supérieur :

- Définition constitution

Le détroit supérieur est le plan d'engagement de la présentation. Il sépare le grand bassin du petit bassin. Il est formé en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps des pubis, les crêtes pectinéales, les éminences ilio-pectinées, de chaque côté par les lignes innomées puis le bord antérieur des ailerons sacrés, en arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro-lombaire (promontoire).

- Forme :

Il a une forme globalement ovale à grand axe transversale. Il existe cependant en dehors de toute pathologie des variations morphologiques qui ont donné lieu à plusieurs classifications parmi lesquelles celle de Caldwell et Moloy est la plus utilisée.

- Diamètres du détroit supérieur :

Les diamètres Antéro-postérieurs vont du promontoire au pubis

Le diamètre promonto-sus-pubien (PSP) (11cm)

Le diamètre promonto-rétro-pubien (PRP) qui est le diamètre utile ou conjugué vrai (**10,5 cm**)

Le diamètre promonto-sous-pubien que l'on mesure en clinique est de 12 cm.

On obtient le conjugué vrai en lui soustrayant 1,5 cm.

Les diamètres Transversaux :

Le diamètre transverse maximum de 13,5 cm diamètre non utilisable par la présentation.

Le diamètre transverse médian est le diamètre utile situé à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne il mesure 13 cm.

Les diamètres obliques vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. C'est le diamètre oblique gauche qui presque toujours utilisé par la présentation. Il mesure 12 cm.

Le diamètre sacro-cotyloïdien réuni le promontoire à la région acétabulaire
Mesure 9 cm. Place importante dans les bassins asymétriques.

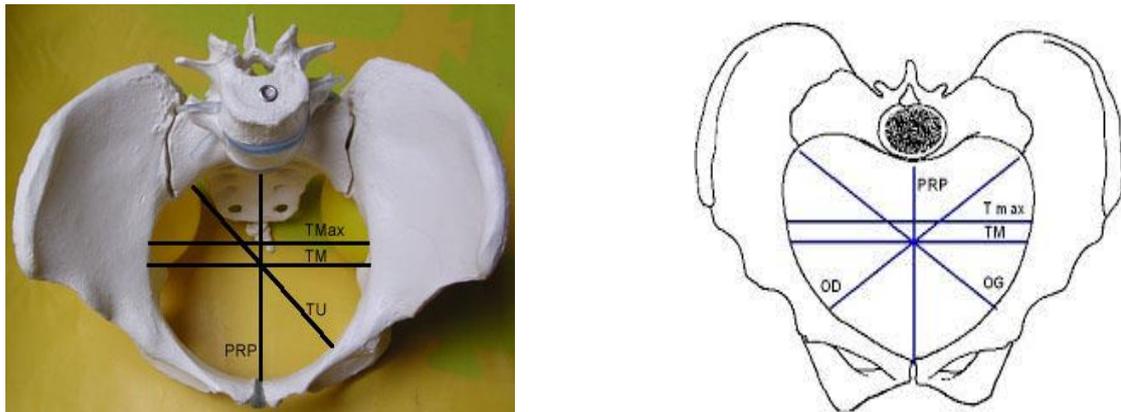


Figure 4: Déroit supérieur

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd.
Paris : Masson, 2008.

- Indices de perméabilité :

L'indice de Mengert : c'est le produit du diamètre transverse médian et du conjugué vrai. Il est favorable autour de 140, assez favorable autour de 120 réservé en dessous de 100.

L'indice de Magnin est la somme du diamètre transverse médian et du conjugué vrai. Il est favorable au-dessus de 23, assez favorable entre 22 et 23 et réservé en dessous de 20.

- Mécanique obstétricale

Le déroit supérieur est le premier obstacle que le fœtus doit franchir. Une fois le déroit supérieur (DS) franchi par la présentation, on dira que la présentation est engagée, c'est à dire le franchissement de ce plan d'engagement par le plus grand diamètre de la présentation.



Figure 5: Engagement de la présentation

Source : Kamina P : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.

b- Excavation pelvienne :

- Définition constitution

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Elle est constituée en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne avec pour point culminant le point de Crouzat et des corps des pubis, en arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx, latéralement par les surfaces quadrilatères de l'os coxal répondant au fond de la cotyle par la face interne de l'épine sciatique du corps de l'ischion. Cette surface osseuse sépare le trou obturateur en avant des grandes et petites échancrures sciatiques en arrière.

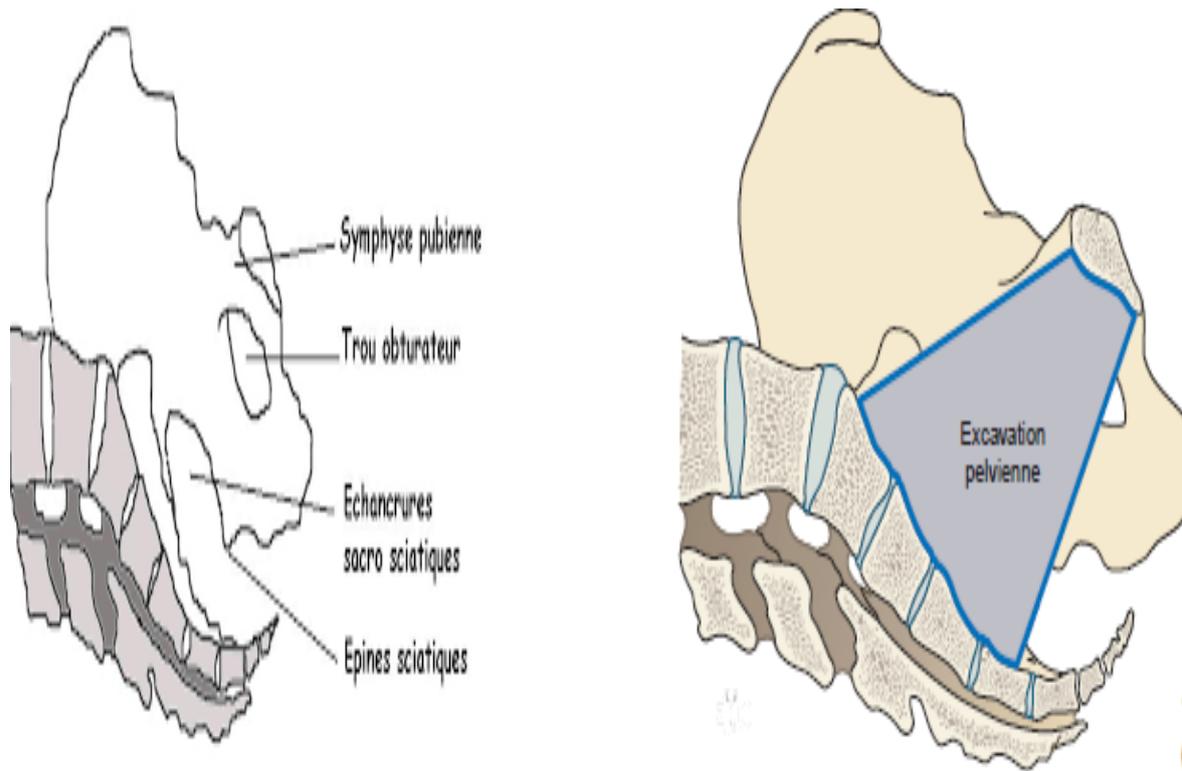


Figure 6: Déroit moyen

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.

- Forme :

L'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antéro-postérieur. Elle est divisée en deux étages par un léger rétrécissement qui passe par les épines sciatiques : **le déroit moyen** limité en arrière par l'union des 4^{ème}s et 5^{ème}s pièces sacrées, latéralement par le bord supérieur du petit ligament sacro-sciatique, l'épine sciatique, en avant par une ligne courbe qui va de cette épine au tiers inférieur de la symphyse pubienne.

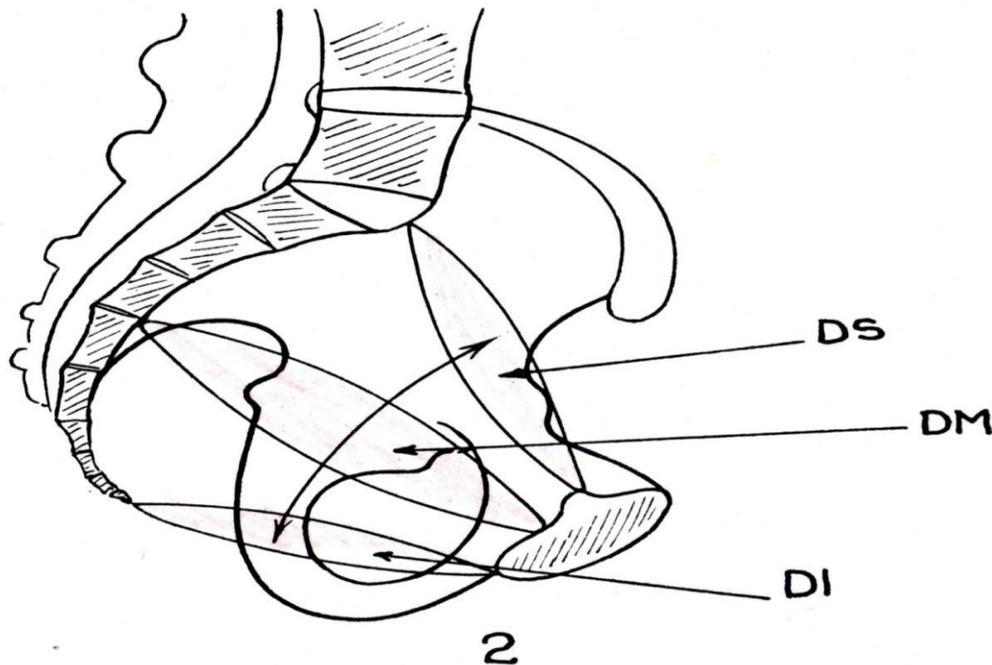


Figure 7: Forme du détroit moyen

Source : Kamina P : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.

- Diamètres de l'excavation

Un diamètre antéro-postérieur : qui va du milieu de la face interne de la symphyse pubienne jusqu'à l'articulation de la deuxième et de la troisième vertèbre sacrée 12,5 cm.

Un diamètre transverse : réunit les sommets des cavités cotyloïdes. Il est égal à 12,5 cm.

Un diamètre sous-sacro-pubien : qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Le diamètre unissant les épines sciatiques 10.5 cm.

- Indices du pelvis

L'indice mixte de Ferström : c'est la somme du diamètre bi-épineux, du bi ischiatique et du sacro-pubien inférieur. Il est de 31,5 environ. Le pronostic est réservé s'il est inférieur à 29,5.

- Mécanique obstétricale

L'évolution de la présentation à l'intérieur du défilé pelvien est non seulement une descente mais aussi une rotation axiale. Pour que ces déplacements soit facile, il est important que la concavité sacrée soit favorable et que les épines sciatiques ne réduisent pas trop le détroit moyen.



Figure 8: Rotation au niveau du détroit moyen

Source : Kamina P : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.

c- Détroit inférieur

- Définition constitution :

C'est le plan de dégagement de la présentation ostéo-fibreux limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne en arrière par le coccyx, latéralement d'avant en arrière par le bord inférieur des branch es ischio-pubiennes et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

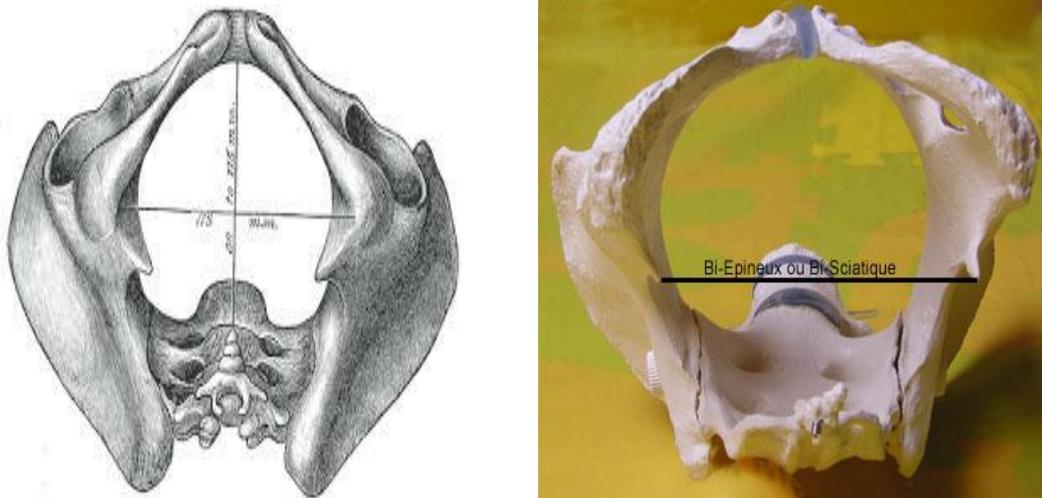


Figure 9: Déroit inférieur

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.

- Forme

Il a une forme grossièrement losangique à grand axe antéropostérieur.

- Diamètres du déroit inférieur

Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien est 9,5 cm mais peut atteindre 11 à 12 cm lorsque le coccyx est retropulsé.

Le diamètre sou sacro-sous-pubien, qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis, est de 11 cm.

Le diamètre transverse bi-ischiatique entre les faces internes des tubérosités est de 11 cm.

- Indices du déroit inférieur

L'indice de Nikolson est le produit du pubo-coccygien et du bi-ischiatique. Il est de l'ordre de 110 et le pronostic est réservé s'il est inférieur à 90.

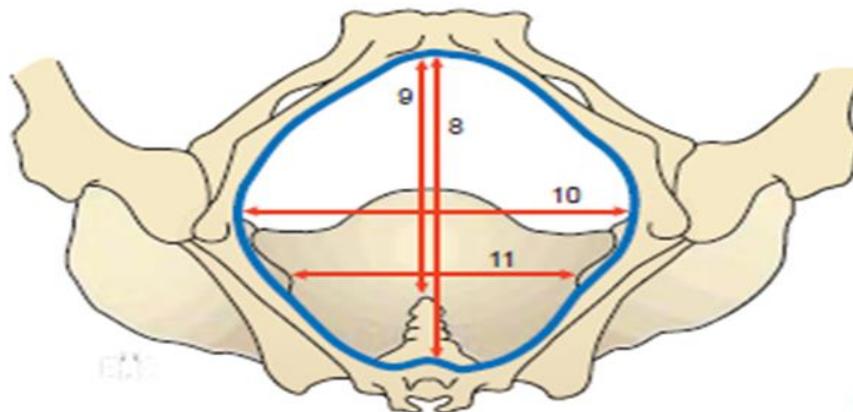
- Mécanique obstétricale du déroit inférieur

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

Au niveau du déroit inférieur on calcule :

L'indice de Borell : qui permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin : Bi-ischiatique + **sous-sacro-sous-pubien** + **sous coccyx-sous pubien**.

Si l'indice de Borell supérieur à 31 cm le pronostic est bon. Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.



8	Sous sacro sous pubien	= 115 mm
9	Sous <u>coccyx</u> sous pubien	95 mm
10.	Bi ischiatique	110 mm
11.	Bi épineux	100 mm

Figure 10: Diamètres du détroit inférieur

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.

d- Classification des différents types de bassin :

Selon la forme du détroit supérieur il existe plusieurs types de bassins en rapport avec la typologie des individus. Des auteurs Américains, s'aidant de la radiopelvimétrie ont proposé des classifications dont les deux plus connus sont celle de Caldwell et Moloy et celle anatomique et Morphologique de Thoms.

Les premiers distinguent quatre types :

- **Bassin gynécoïde** dans lequel l'arc postérieur est peu concave et l'arc inférieur régulièrement convexe
- **Bassin platinoïde (plat)** dans lequel le diamètre antéro-postérieur est réduit et le diamètre transversal plus augmenté

- **Bassin anthropoïde** dans lequel le diamètre antéropostérieur est augmenté et le diamètre transversal réduit

- **Bassin androïde** dans lequel le bassin a une forme triangulaire à base postérieure (typique des hommes).

Thoms en distingue cinq sortes : le dolichopellique, le mésatypellique, les brachypelliques 1 et 2, le platypellique.

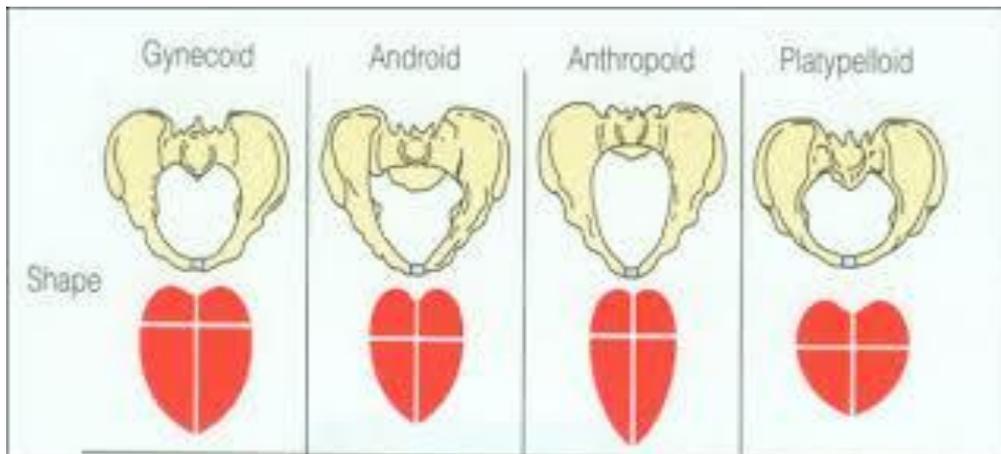


Figure 11: Classification du bassin [22]

Source : SCHAAL JP, RIETHMULLER D. Canal pelvi-génital et mobile fœtal ou « Confrontation foeto-pelvienne ». In : SCHALL JP. Mécanique et Techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2007 : 11-25.

e- Bassin mou :

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui sou tend les viscères du petit bassin à savoir : vessie, utérus, rectum. Il constitue un plancher représentant un obstacle que le fœtus doit franchir pour se dégager des voies génitales. Il y a 2 plans :

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

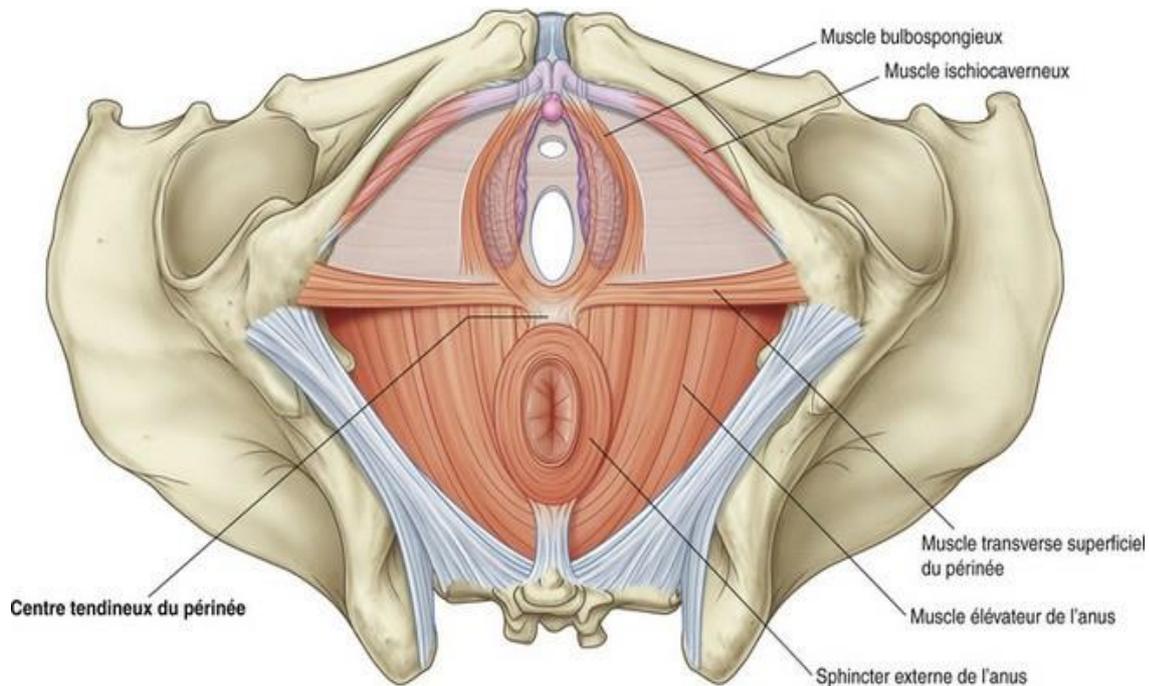


Figure 12: Bassin mou [20]

Source : Teyssendier E. Périnée et sexualité. Pôle de santé, 1 Rue Toufaire 17300 Rochefort 28imp Tour Caniot 1700 St Jean d'Angely-Charente Maritime.

f- Mécanique obstétricale du bassin mou :

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

Remarque : son importance obstétricale est moindre car il intervient peu dans le pronostic obstétrical.

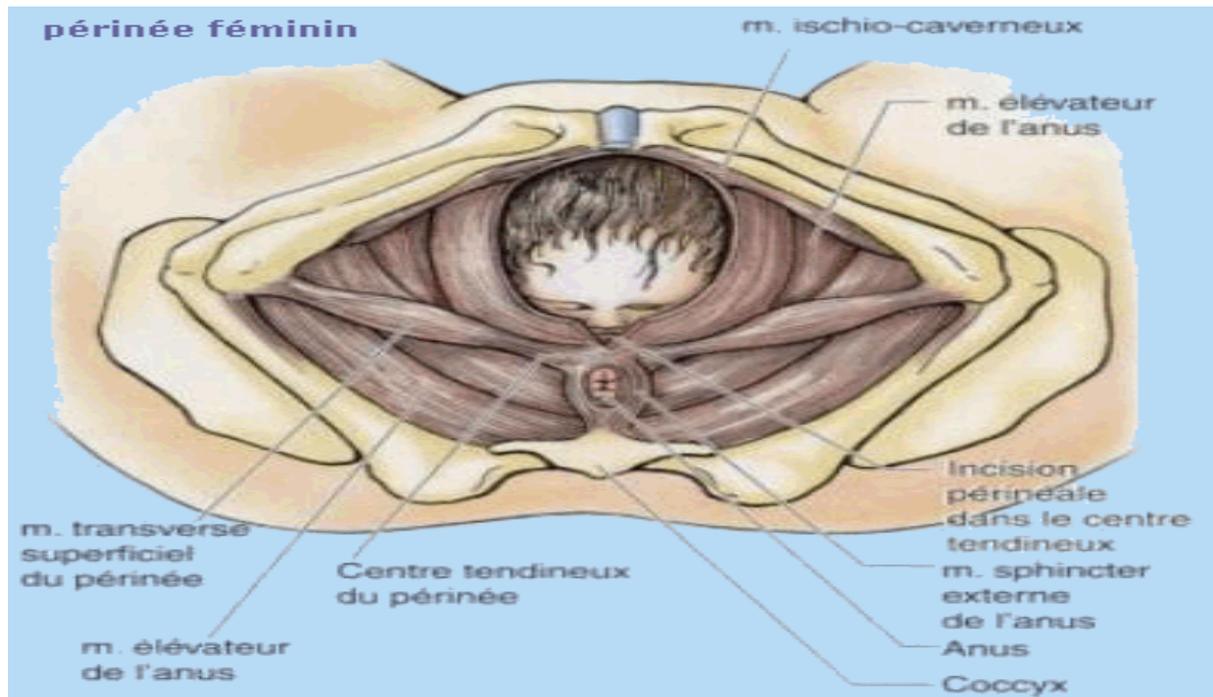


Figure 13: Mécanique obstétricale du bassin mou [23]

Source : Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.

4- Mécanisme de l'accouchement : [13, 17, 23]

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes :

- La première correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- La deuxième à l'expulsion du fœtus ;
- La troisième à la sortie des annexes (placenta et membranes).

4-1. Première période :

Elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences. Elle se termine lorsque la dilatation du col est complète.

Elle se déroule en deux phases :

- Phase de latence : jusqu'à 4cm pendant laquelle la dilatation se fait lentement.
- Phase active : de 4-10cm pendant laquelle la dilatation se fait rapidement.

4-2. Deuxième période :

Elle s'étend de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance et comprend deux phases :

- Phase pelvienne : L'achèvement de la descente et la rotation de la présentation.
- Phase périnéale : L'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines.

4-3. Troisième période :

La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine (le décollement et l'expulsion du placenta, l'hémostase).

Parfois l'accouchement se fait par césarienne (Voie haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et /ou de la mère. Ce sont :

- Les syndromes vasculo-rénaux : Toxémie gravidique, Eclampsie, Hématome rétro-placentaire
- Les dystocies dynamiques et mécaniques
- Les hémorragies, procidence du cordon etc.

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 22^{ème} et de la 36^{ème}+ 6jours semaine d'aménorrhée selon l'OMS.

Au-delà de 42 semaines d'aménorrhée, on parle alors de post-terme.

5- Les complications de l'accouchement :

5-1. Complications maternelles : [13, 19, 23, 24, 25]

- Déchirures vulvo-périnéales :

Elles sont fréquentes au cours de l'accouchement.

Elles se divisent en deux groupes : d'une part, les déchirures du périnée proprement dites, auxquelles s'associe forcément une déchirure vulvo-vaginale qui n'est qu'un épiphénomène ; elles sont toujours postérieures ; d'autres, les déchirures isolées de la vulve qui sont latérales ou antérieures. Les plus importantes et les plus fréquentes sont les déchirures périnéales postérieures.

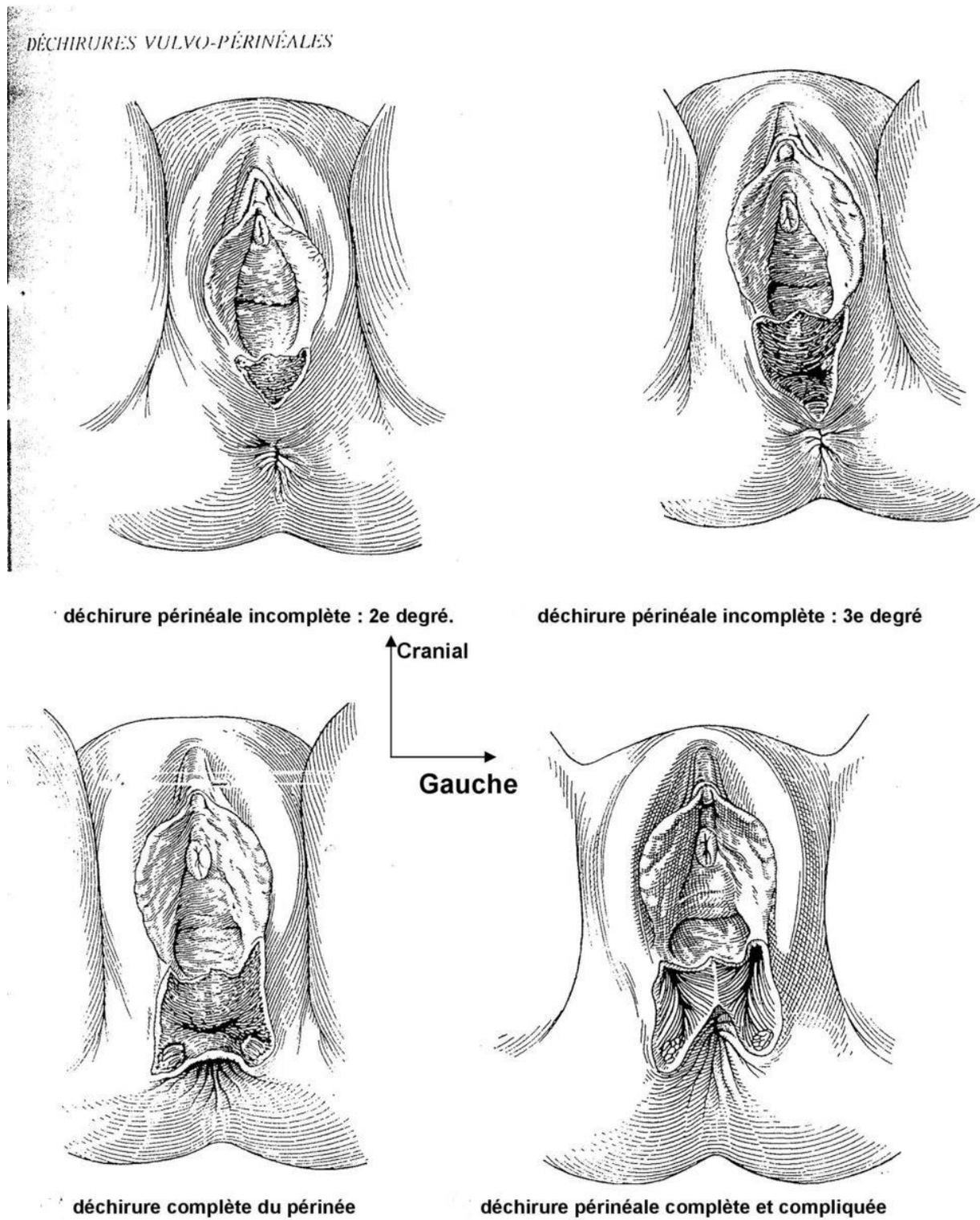


Figure 14: Déchirures obstétricales récentes du périnée [24]

Source : Merger R, Levy J, Melchior J. complications traumatiques de l'accouchement, In : Merger R, Levy J, Melchior J. précis obstétrique. Masson, paris, 2001 : 340-350

- Déchirures du vagin :

Les déchirures obstétricales du vagin se divisent, selon la hauteur des lésions, en trois groupes de fréquence, de mécanisme et d'aspect fort différent. Elles sont basses, hautes ou moyennes.

- Déchirures du col utérin :

Ce sont des solutions de continuité non chirurgicales du col utérin, survenues au moment de l'accouchement.

- Ruptures utérines :

Toute solution de continuité non chirurgicale de l'utérus est une rupture utérine. Les ruptures utérines sont très polymorphes. Elles sont moins fréquentes et généralement moins graves qu'autrefois, parce que les interventions qui les provoquent sont devenues rares ou ont disparu, parce que la dystocie est en régression et traitée par des moyens moins dangereux pour l'utérus. Les ruptures actuelles ne sont souvent que des désunions de cicatrice opératoire ancienne. Les ruptures utérines s'observent exceptionnellement pendant la grossesse, elles surviennent le plus souvent au cours du travail.

- Hématomes péri génitaux (Thrombus génitaux) :

On désigne sous ce nom des collections sanguines constituées en général au moment de l'accouchement, siégeant dans le tissu cellulaire de la vulve, du vagin ou du paramètre, et ayant une certaine tendance à la diffusion.

Les hématomes péri génitaux sont vulvaires, vaginaux ou pelviens. Les deux premiers peuvent être groupés en hématomes bas situés, souvent associés. Les hématomes pelviens, haut situés au-dessus des releveurs.

- Embolie amniotique :

Accident très rare mais gravissime de la dernière phase du travail ou de la période de délivrance, l'embolie amniotique est un syndrome de choc brutal, intense, dû à l'irruption de liquide et de débris amniotique dans la circulation maternelle.

-Accidents urinaires traumatiques au cours de l'accouchement :

Des troubles de l'appareil urinaire excréteur, fonctionnels ou lésionnels, avec ou sans solution de continuité, peuvent se rencontrer au cours de l'accouchement spontané ou artificiel.

5-2. Complications fœtales : [13, 17, 18]

- Souffrance fœtale aigue : Elle a été longtemps considérée comme une asphyxie intra-utérine, c'est-à-dire la conséquence d'une diminution d'apport d'oxygène et d'un défaut d'élimination du gaz carbonique aboutissant à une acidose respiratoire. Elle s'observe presque toujours au cours du travail, exceptionnellement au cours de la grossesse.

La souffrance fœtale aigue du travail relève avant tout de cause tenant à l'accouchement lui-même, ou à des anomalies funiculaires.

- Dystocies des épaules :

La dystocie des épaules peut entraîner le décès ou une souffrance grave mais les complications les plus fréquentes sont les fractures de la clavicule ou de l'humérus et les atteintes du plexus brachial.

-Procidences du cordon : est la chute du cordon en avant de la présentation. C'est de beaucoup le plus des déplacements du cordon, par le danger qu'il fait courir au fœtus. Elle comporte trois (3) degrés :

- La procidence du cordon premier degré : c'est lorsque le cordon se trouve dans le col ;
- La procidence du cordon deuxième degré : c'est lorsque le cordon se trouve dans l'affleure de la vulve ;

- La procidence du cordon troisième degré : c'est lorsque le cordon se trouve hors de la vulve.

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

L'hôpital Nianankoro FOMBA est situé au cœur de la Cité des Balanzans (Ségou), à proximité de la route nationale N°6 reliant Bamako aux régions du Nord. IL a une capacité d'accueil de 165 lits. Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la deuxième Guerre Mondiale. Il abritait un dispensaire et une maternité. En 1962 l'établissement deviendra l'hôpital secondaire. En 1983, il fut baptisé hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de six hectares.

Le pôle mère-enfant comporte :

➤ Service de gynéco-obstétrique :

Le service a une capacité d'hospitalisation de 29 lits. Il comprend :

- quatre bureaux des médecins ;
- un bureau pour la sage-femme maitresse ;
- une salle d'accouchements avec trois tables d'accouchement ;
- une salle de soins ;
- une salle de garde des médecins ;
- une salle de garde des sages-femmes et les infirmières ;
- une salle de consultation d'urgences ;
- un bloc opératoire ;
- une salle d'attente ;
- cinq grandes salles d'hospitalisation ;
- deux salles VIP d'un lit et une salle VIP de deux lits ;

- une unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH(PTME) ;
- une unité de soins ;
- une unité de planification familiale ;
- une toilette externe pour le personnel.

➤ Le personnel du service est composé de :

- quatre spécialistes en gynécologie-obstétrique dont un le chef de service ;
- deux médecins généralistes ;
- onze sage-femme dont une la sage-femme maitresse ;
- huit infirmières obstétriciennes et une technicienne supérieure en santé(TSS) qui est responsable de l'unité soins.
- deux garçons de salle ;
- deux techniciennes de surface ;
- huit étudiants faisant fonction d'interne.

➤ Activités du service :

Un staff présidé par le chef de service ou un spécialiste en son absence est tenu tous les jours ouvrables pour discuter sur la prise en charge des patientes reçues au cours de la garde, entre huit heure et neuf heure.

Une visite des malades hospitalisées à neuf trente minutes dirigée par un médecin.

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

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours sauf le vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Les dépistages du cancer du col de l'utérus sont réalisés tout le vendredi.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec les infirmières.

Une équipe de garde quotidienne qui travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée : un médecin (chef d'équipe) ; deux étudiants faisant la fonction interne ; une sage-femme ; deux infirmières obstétriciennes ; deux garçons de salle ; une technicienne de surface.

Les programmes opératoires sont tous les lundi et jeudi, le lundi pour les césariennes programmées et le jeudi pour les programmes gynécologiques.

2. Méthode et matériels :

2-1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude analytique prospective cas-témoins

2-2. Période d'étude :

Nous avons réalisé une étude allant du 1^{er} novembre 2019 au 31 juillet 2020.

2-3. Population d'étude :

Notre étude a porté sur toutes les parturientes admises pendant la période d'étude à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

2-4. Echantillonnage :

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif.

2-5. Critères d'inclusions :

-Cas : Toutes les parturientes âgées de 10 à 19 ans ayant accouchées pendant la période d'étude portant une grossesse évolutive mono fœtale de plus de 28 SA ;

-Témoins : Les parturientes ayant accouchées avant ou après le cas et qui étaient âgées de 20 ans et plus avec une grossesse évolutive monofœtale de plus de 28 SA

Nous avons enregistré un cas pour deux témoins.

2-6. Critères de non inclusion :

-Cas : Les parturientes âgées de moins de 10 ans et les dossiers incomplets ou celles ayant accouchées dans d'autres structures et référées secondairement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pour une autre prise en charge ;

-Témoins : Les parturientes porteuses d'une grossesse multiple ou celles programmées d'emblée pour césarienne prophylactique.

2-7. Variables étudiées :

-Variables sociodémographiques : âge, ethnie, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale, résidence, profession du mari.

-Variables en rapport avec la morbi-mortalité maternelle : qualité de CPN, voie d'accouchement, hypertension artérielle, l'état du bassin, HU, délivrance, déchirure des parties molles, hémorragie de la délivrance.

-Variables en rapport avec la morbi-mortalité périnatale : BDCF à l'admission, poids de naissance, Apgar à la naissance, prématurité.

-L'âge étant considéré comme variable dépendante.

2-8. Matériels d'étude :

Les parturientes sont soumises à un questionnaire établi à cet effet.

Les registres d'accouchement, d'admission, de compte rendu opératoire ; le partogramme et le dossier individuel des patients.

Le plan d'analyse et traitement des données : le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide de logiciel IBM Spss version 20. La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2010 et Excel 2010 pour les tableaux et graphiques. Le test du khi-2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $p \leq 0,05$.

Le test d'association utilisé est Odds Ratio (OR) calculé avec intervalle de confiance à 95%.

2-9.Aspects éthiques :

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement verbal des enquêtées a été obtenu avant l'utilisation du questionnaire. La dignité et la liberté des enquêtées ont été respectées par les enquêteurs durant toute l'enquête.

2-10- Définitions opérationnelles :

***Accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du terme théorique de 6 mois (28 SA). [13]

***Accouchement prématuré** : C'est tout accouchement survenant entre 22 SA et 36SA+6jours selon l'OMS. Au Mali, ce terme est entre 28 SA et 36SA+6jours

***Césarienne** : c'est l'accouchement artificiel par ouverture chirurgicale de l'utérus. [13]

***Délivrance normale spontanée** : c'est lorsque le placenta et les annexes sont expulsés entièrement sous le simple effet des efforts maternels [18].

***Délivrance naturelle** : c'est lorsque le délivre migre dans le vagin, en est extrait par des manœuvres externes simples d'une tierce personne [18].

***Délivrance dirigée** : c'est lorsque la prescription d'ocytocine vise à raccourcir la période de la délivrance et à limiter les pertes sanguines [18]

***Délivrance artificielle** : elle consiste à décoller et à expulser le placenta manuellement [18].

***Présentation** : il s'agit de la partie du fœtus qui occupe l'aire de détroit supérieur pour s'y engager et évoluer suivant un mécanisme qui lui est propre [17].

***Hypotrophie fœtale** : on parle de l'hypotrophie fœtale lorsque le poids de naissance à terme est inférieur à 2500g avec une taille d'au moins 47cm [18].

***Macrosomie fœtale** : on parle de macrosomie fœtale lorsque le poids de naissance à terme est supérieur ou égal à 4000g [18].

***Parturiente** : C'est une femme en travail

***Décès périnatal** : c'est la perte du fœtus survenant à partir de la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée ou du nouveau-né dans la première semaine de la vie [18]. Ce terme est fixé à 28 SA au Mali

***Le score d'Apgar :** C'est une méthode objective d'appréciation de l'état du nouveau-né à la naissance, la plus couramment utilisée.

C'est une évaluation de la vitalité d'un nouveau-né reposant sur une observation empirique au moment de la naissance hors des considérations de sexe et de génétique et dont le but est de pronostiquer le potentiel de mortalité néonatale

Le score d'Apgar est coté de 0 à 2 de ces 5 éléments suivants, estimé une minute après la naissance [13] (voir tableau ci-dessous) :

Tableau I: Score d'Apgar

Notation	0	1	2
Rythme cardiaque	Nul	<100	≥100
Réflexivité à la plante du pied	Pas de réponse	Petit mouvement	Mouvement net et cri
Respiration	Absente	Avec faible cri	Avec cri vigoureux
Tonus musculaire	Inertie	Flexion modérée des extrémités	Bonne flexion des extrémités
Couleur de la peau	Bleu ou pale	Téguments roses avec extrémités bleues	Téguments uniformément rose

Le score est la somme de ces 5 notes :

Le score de 8 à 10 : normal

Le score de 7 à 4 : médiocre

Le score de 3 à 0 : mauvais

Le score d'Apgar est établi à une minute puis à nouveau à cinq minutes.

RESULTATS

IV-RESULTATS :

1- Fréquence de l'accouchement :

Pendant la période d'étude du 1^{er} novembre 2019 au 31 juillet 2020, nous avons enregistré 2381 accouchements dont 455 chez les adolescentes soit une fréquence de 19,10%. Parmi ces adolescentes 353 répondent aux critères d'inclusions

2- Caractéristiques sociodémographiques :

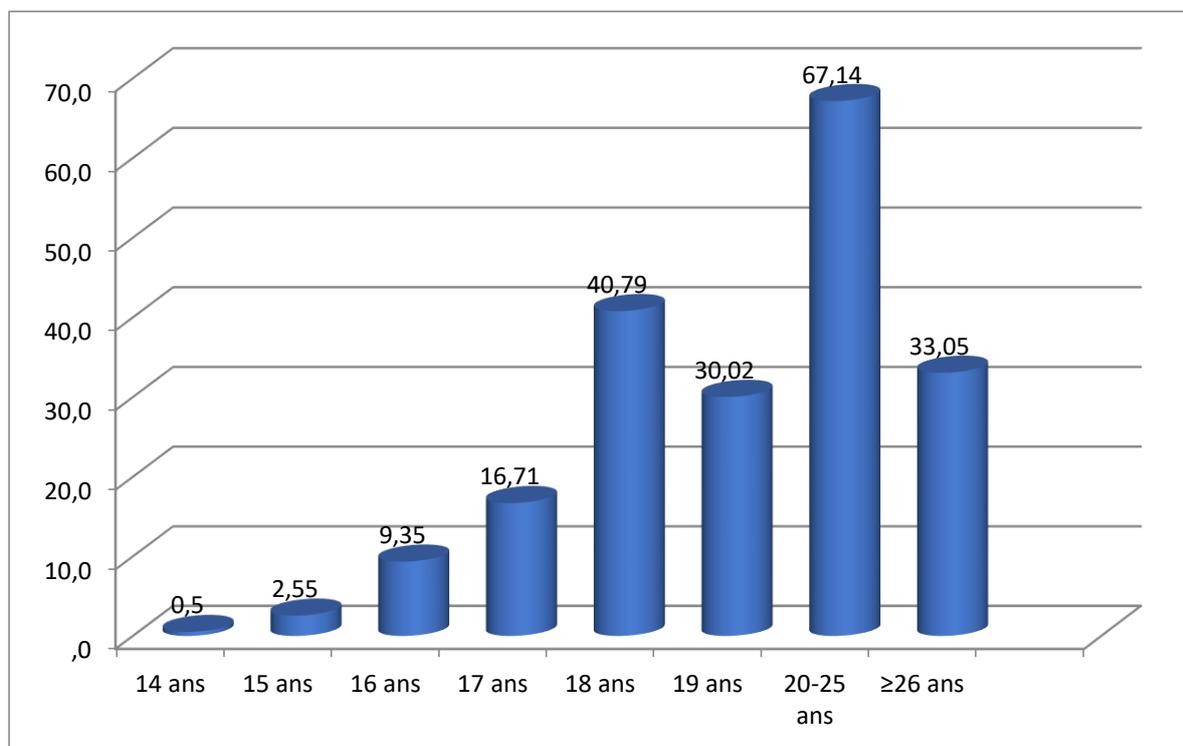
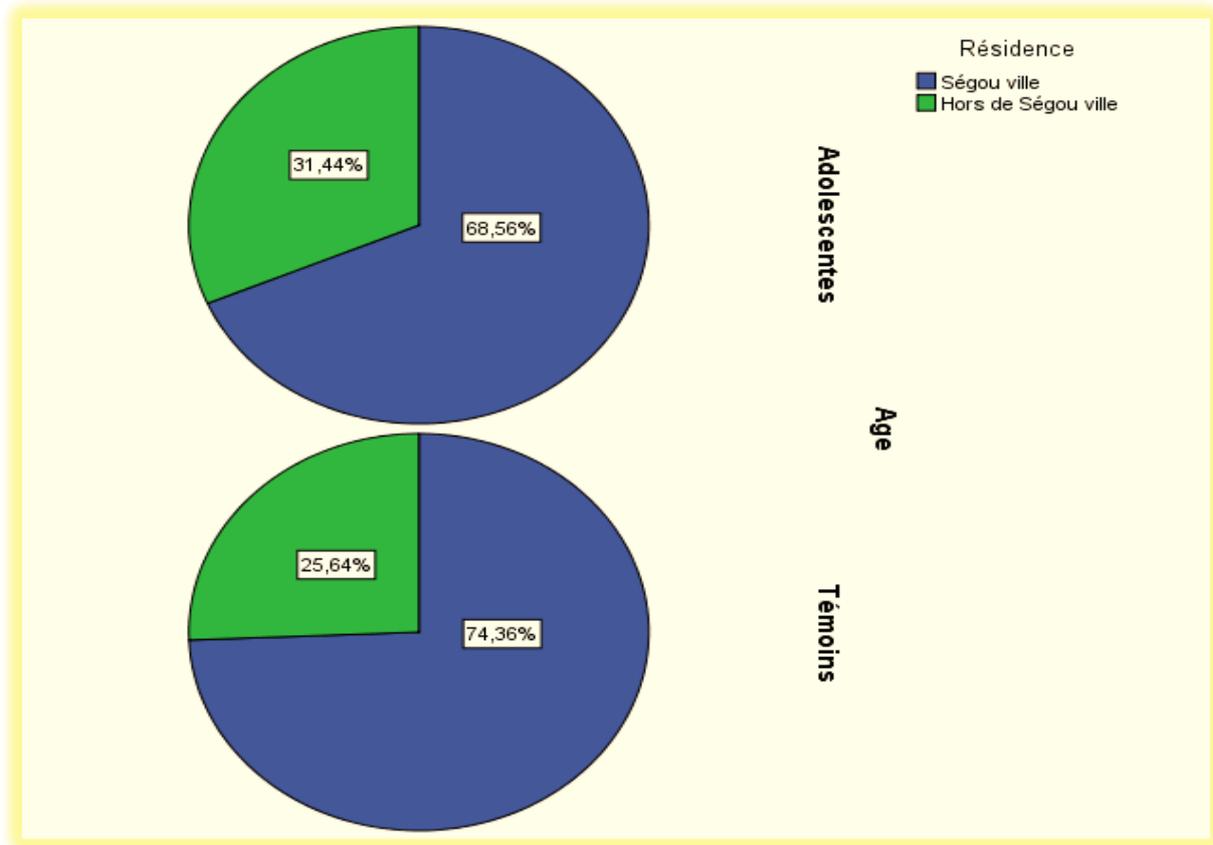
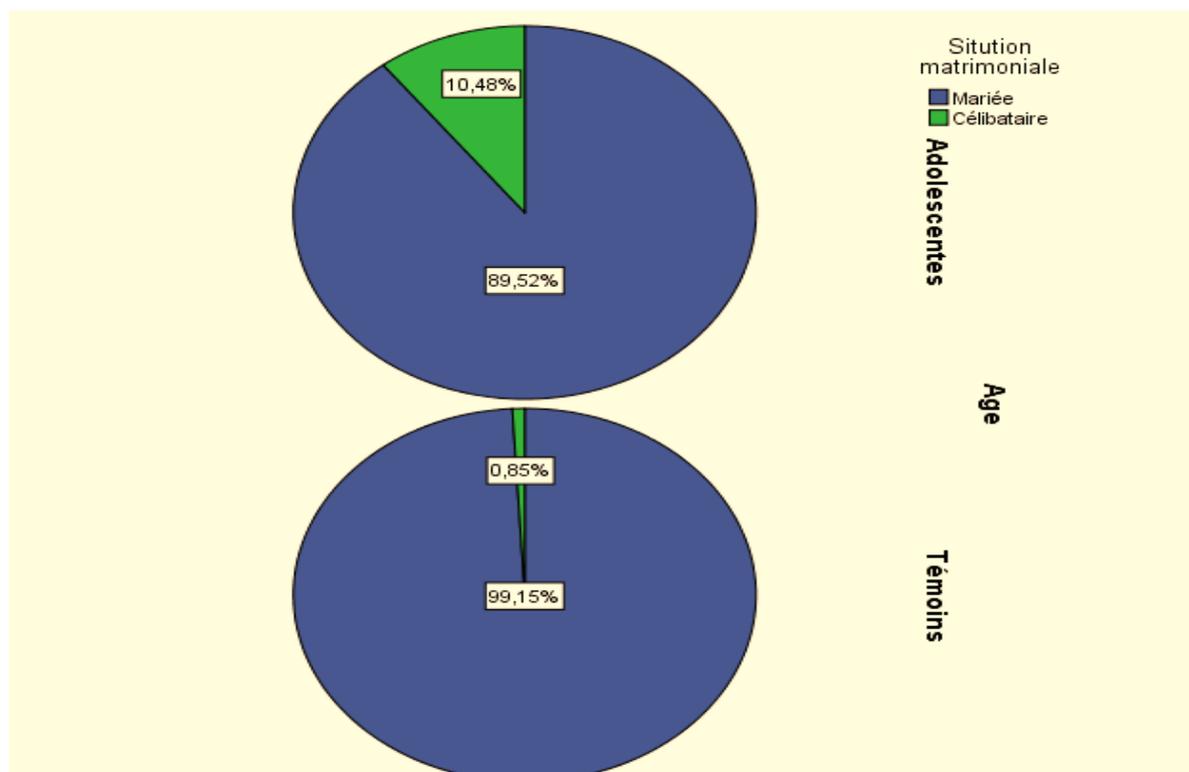


Figure 15: Répartition des parturientes selon l'âge.



OR=0,752 IC= [0,752-0,996]

Figure 16: Répartition des parturientes selon la résidence



OR=0,073

IC= [0,031-0,175]

Figure 17: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Tableau II: Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Sans emploi	1	0,28	2	0,28
Aide-ménagère	5	1,42	2	0,28
Commerçante	3	0,85	35	4,96
Ménagère	231	65,44	507	71,81
Elève/Étudiant	104	29,46	95	13,46
Autres	9	2,55	65	9,21
Total	353	100	706	100
F=65,898		P=0,000	IC= [0,000-0,003]	

Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Analphabète	93	26,35	179	25,35
Primaire	138	39,09	190	26,91
Secondaire	88	24,93	201	28,47
Supérieur	20	5,67	97	13,74
Ecole coranique	14	3,97	39	5,52
Total	353	100	706	100

Khi=27,472

P=0,00

IC= [0,000-0,003]

Tableau IV: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial pour des parents

Statut matrimonial	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Mariés	346	98,01	610	86,40
Divorcés	0	0	4	0,57
Père veuf	3	0,85	59	8,36
Mère veuve	2	0,57	19	2,69
Parents décédés	2	0,57	14	1,98
Total	353	100	706	100

Khi-2=42,722

P=0,000

IC= [0,000-0,003]

Tableau V: Répartition des parturientes selon la source de revenu

Source de revenue	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Parents	15	4,25	3	0,42
Co-procréateur	332	94,05	691	97,88
Elle-même	1	0,28	11	1,56
Patronne	5	1,41	1	0,14
Total	353	100	706	100

Khi-2=29,889

P=0,00

IC= [0,000-0,003]

Tableau VI: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction du Co-procréateur

Niveau d'instruction	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Analphabète	124	35,13	210	29,75
Ecole coranique	38	10,76	67	9,49
Primaire	61	17,28	95	13,46
Secondaire	82	23,23	178	25,21
Supérieur	48	13,60	156	22,10
Total	353	100	706	100

Khi-2=14,084

P=0,007

IC= [0,002-0,011]

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la profession du Co-procréateur

Profession du Co-procréateur	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Sans emploi	1	0,28	4	0,57
Elève/Étudiant	11	3,12	7	0,99
Ouvrier	66	18,70	94	13,31
Commerçant	69	19,55	126	17,85
Chauffeur	21	5,95	37	5,24
Fonctionnaire	128	36,26	351	49,72
Cultivateur	57	16,15	87	12,32
Total	353	100	706	100

Khi=23,472

P=0,00 0

IC= [0,000-0,005]

3-Caractéristiques cliniques :

Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
0	297	84,14	188	26,63
1	50	14,16	208	29,46
2	6	1,70	171	24,22
3	0	0	90	12,75
≥4	0	0	49	6,94
Total	353	100	706	100

Khi-2=333,454

P=0,00

IC= [0,00-0,003]

Tableau IX: Répartition des parturientes en fonction du nombre d'avortements spontanés

Nombre d'avortements	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
0	338	95,75	630	89,23
1	13	3,68	58	8,21
2	0	0	8	1,13
≥3	2	0,57	10	1,42
Total	353	100	706	100

F=14,102

P=0,002

IC= [0,000-0,005]

Tableau X: Répartition des parturientes en fonction des ATCD médicaux

ATCD médicaux	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
HTA	0	0	13	1,84
Diabète	0	0	1	0,14
Drépanocytose	2	0,57	2	0,28
Aucun	348	98,58	678	96,03
Autres*	3	0,85	12	1,70
Total	353	100	706	100

* = VIH ; Asthme ; AgHBS positif

NB : 1 cas de coinfection VIH / AgHBS positif chez les témoins

Tableau XI: Répartition des parturientes en fonction des ATCD chirurgicaux

ATCD	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Laparotomie	0	0	13	1,84
Césarienne	18	5,10	97	13,74
Aucun	335	94,90	596	82,10
Total	353	100	706	100

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

Mode d'admission	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Venue d'elle-même	231	65,44	517	73,23
Réf/Evacuation	122	34,56	189	26,77
Total	353	100	706	100

Khi-2= 6,885

OR=0,692

IC= [0,526-0,912]

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

Motif d'admission	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
CU	213	60,34	492	69,69
Pertes des eaux	5	1,42	19	2,69
Métrorragies	3	0,85	4	0,57
Autres	132	37,39	191	27,05
Total	353	100	706	100

Khi-2=13,173

P=0,002

IC= [0,000 ; 0,005]

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon le contexte de survenue de la grossesse

Grossesse désirée	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Oui	330	93,48	699	99
Non	23	6,52	7	0,99
Total	353	100	706	100

Khi-2=26,089

P=0,000

OR=0,144

IC= [0,061 ; 0,338]

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

Nombre de CPN	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
0	34	9,63	40	5,67
1-2	102	28,90	159	22,52
≥3	217	61,47	507	71,81
Total	353	100	706	100

Khi-2=12,857 P=0,002 IC= [0,00 ; 0,003]

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon les raisons de la non-réalisation des CPN

Raison	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Problème économique	8	23,53	17	42,5
Peur	0	0	1	2,5
Grossesse non désirée	4	11,76	1	2,5
Aucune raison	22	64,71	21	52,5
Total	34	100	40	100

Khi-2=5,352 P=0,115 IC= [0,096 -0,134]

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
37-41 SA	323	91,50	662	93,77
28SA et <37 SA	29	8,22	42	5,95
≥41 SA	1	0,28	2	0,28
Total	352	100	706	100

Khi-2=2,148 P=0,330 IC= [0,301 -0,358]

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la réalisation du BPN

BPN	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Oui	186	52,69	440	62,32
Non	167	47,31	266	37,68
Total	353	100	706	100

Khi-2=9,033 P=0,003 OR=0,673 IC= [0,520-0,872]

4-Déroulement de l'accouchement

Tableau XIX: Répartition des parturientes en fonction des bruits du cœur fœtal (BDCF)

BDCF	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Absents	14	3,97	29	4,11
120-160	327	46,32	642	90,93
<120 ou >160	12	3,40	35	4,96
Total	353	100	706	100

Khi-2=1,373 P=0,503 IC= [0,488-0,549]

Tableau XX: Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission

Membranes	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Intactes	215	60,91	434	61,47
Rompues	137	39,09	273	38,53
Total	353	100	706	100

OR=1,024 IC= [0,788-1,331]

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique (LA)

LA	Adolescent		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Clair	106	77,37	218	79,85
Verdâtre	26	18,98	47	17,22
Sanguinolent	4	2,92	7	2,56
Jaune	1	0,73	1	0,37
Total	137	100	273	100

F=0,979 P=0,839 IC= [0,817-0,862]

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon la présentation fœtale

Présentation	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Céphalique	330	93,48	677	95,89
Siège	17	4,82	21	2,97
Autres*	6	1,70	8	1,13
Total	353	100	706	100

F=3,064 P=0,208 IC= [0,183-0,232]

Autres* : Présentation du front, Présentation de face, Présentation de l'épaule

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon le type du bassin

Type de bassin	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Normal	280	79,32	630	89,24
BGR	29	8,22	23	3,26
Limite	41	11,61	47	6,66
Bassin non exploré	3	0,85	6	0,85
Total	353	100	706	100

F=20,577

P=0,000

IC= [0,000-0,003]

Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Voie basse	226	64,02	526	74,50
Césarienne	127	35,98	180	25,50
Total	353	100	706	100

OR=0,609

IC= [0,462-0,802]

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon le type d'accouchement par voie basse

Type d'accouchement	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Non instrumental	213	94,25	508	96,58
Instrumental	13	5,75	18	3,42
Total	226	100	526	100
Khi-2=4,913		P=0,055	IC= [0,041-0,068]	

Tableau XXVI: Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne

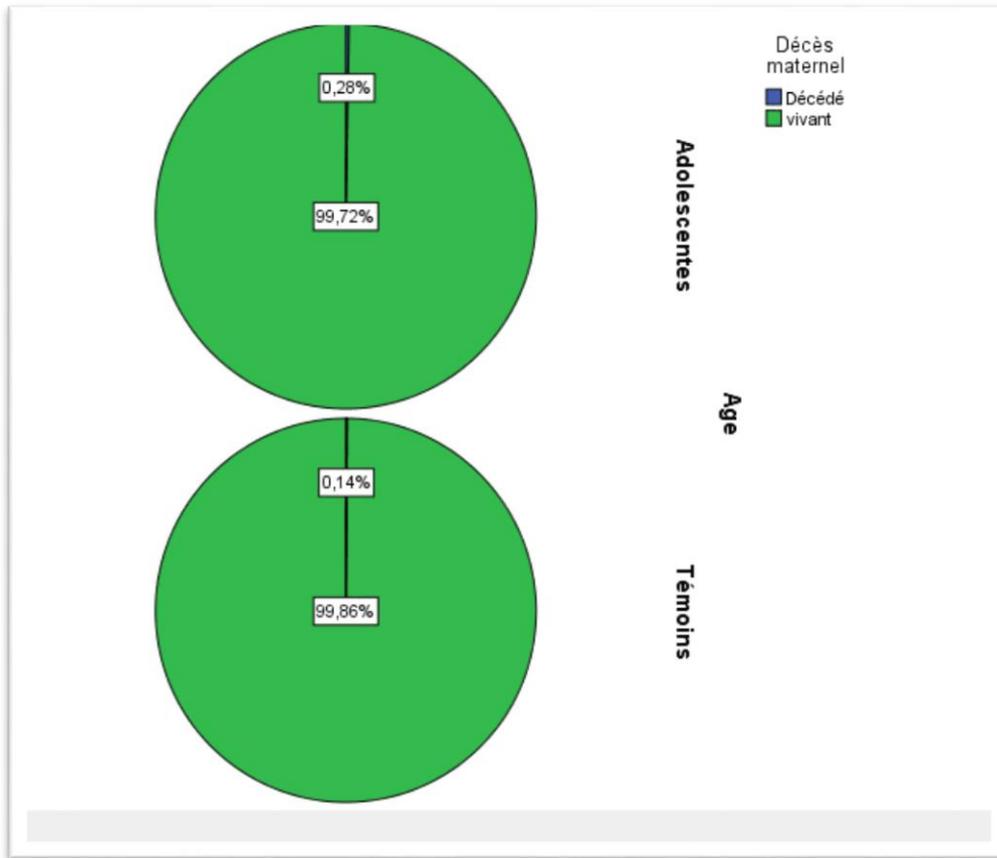
Indication	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Eclampsie/Prééclampsie sévère	33	25,98	24	13,33
BGR	28	22,05	18	10
Echec de l'épreuve du travail	13	10,24	15	8,78
Présentation vicieuse	12	9,45	13	7,22
SFA	9	7,09	13	7,22
Siège chez primipare	7	5,51	6	3,33
HRP	4	3,15	10	5,56
Syndrome de pré-rupture	4	3,15	11	6,11
Utérus cicatriciel/bassin limite	4	3,15	14	7,78
Rupture utérine	1	0,79	2	1,11
Placenta prævia	0	0	5	2,78
Autres*	12	8,66	49	16,67
Total	127	100	100	180
F=106,519		P=0,000	IC= [0,000-0,003]	

NB : 1 cas d'hystérectomie et 2 cas d'hystérorraphie d'hémostase pour rupture utérine

Tableau XXVII: Répartition des parturientes selon les complications

Complications	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Complications Per-partum	(41)	(11,61)	(45)	(6,37)
-Eclampsie	31	8,78	11	1,56
-HRP	6	1,70	24	3,40
-PP	3	0,85	8	1,13
-Rupture utérine	1	0,28	2	0,28
Complications Post-partum	(3)	(0,85)	(14)	(1,98)
-Déchirure du col	1	0,28	0	0
-Déchirure Vaginale	0	0	1	0,14
-Déchirure périnéale	2	0,57	5	0,71
-Accident urinaire	0	0	1	0,14
-Hémorragie de la délivrance	0	0,00	5	0,71
-Fistule Vesico-vaginale	0	0,00	1	0,14
-Relâchement symphysaire	0	0,00	1	0,14
Total	44	12,46	59	8,35

5-Pronostic materno-foetal



OR=2,003

IC= [0,125-32,115]

NB : Un cas de décès maternel a été enregistré dans chaque groupe et la cause du décès était l'éclampsie chez les adolescentes et rupture utérine les témoins

Figure 18: Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel

Tableau XXVIII: Répartition des Nouveau-nés selon le score d'Apgar

Score d'Apagar	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
1^{ère} Minute	(353)	(100)	(706)	(100)
0	12	3,40	23	3,26
1-4	12	3,40	18	2,55
5-7	54	15,30	79	11,19
≥8	275	77,90	586	83
5^{ème} Minute	(353)	(100)	(706)	(100)
0	14	3,97	23	3,26
1-4	1	0,28	8	1,13
5-7	20	5,67	25	3,54
≥8	318	90,08	650	92,07

Tableau XXIX: Répartition des Nouveau-nés selon le poids

Poids	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
≥1000g ou <2500g	38	10,76	54	7,65
2500-3999g	314	88,95	637	90,23
≥4000g	1	0,28	15	2,12
Total	353	100	706	100

Khi-2=7,954 P=0,019 IC= [0,011-0,027]

Tableau XXX: Répartition des Nouveau-nés selon la référence à la néonatalogie

Référence	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Référé	(353)	(100)	(706)	(100)
-OUI	78	22,10	127	17,99
-NON	275	77,90	579	82,01
Motif de référence	(78)	(22,10)	(127)	(17,99)
-Souffrance néonatale	40	51,28	52	40,94
-Prématurité	23	29,49	29	22,83
-Hypotrophie	7	8,97	9	7,09
-Autres	7	8,97	22	17,32
-Macrosomie	1	1,28	13	10,24
-Mère diabétique	0	0	1	0,79
-Dépassement du terme	0	0	1	0,79

Tableau XXXI: Répartition des Nouveau-nés selon le pronostic foetal

Pronostic foetal	Adolescentes		Témoins	
	Eff	%	Eff	%
Pronostic				
Décès périnatal	18	5,10	30	4,25
Vivant	335	94,90	676	95,75
Cause du décès	(18)	(5,10)	(30)	(4,25)
Prématurité	1	5,56	2	6,67
HRP	5	27,78	9	30
SNN	12	66,66	19	63,33



COMMENTAIRES
ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Les limites de notre étude :

Au cours de ce travail nous avons rencontré certaines difficultés qui ont constituées des limites à notre étude. Il s'agit entre autres :

- L'indisponibilité de support de suivi prénatal et de référence, l'incomplétude des informations sur les supports de suivi prénatal chez certaines parturientes ;
- Le manque de moyen financier de certaines parturientes de faire le suivi prénatal,
- La non fonctionnalité du bloc opératoire de la maternité

2. Fréquence :

Durant la période d'étude, il y'a eu 2381 accouchements dont 455 concernaient les adolescentes, soit une fréquence de 19,10%.

Les études sur l'adolescence posent des problèmes, les comparaisons sont difficiles du fait que les limites chronologiques de cette tranche de la population ne sont pas définies avec précision. Certains auteurs prennent pour limite supérieure un âge de 18 ans, d'autres 17 ans, et 16 ans pour certains [5].

Nous avons pris la tranche d'âge de 10-19 ans préconisée par l'OMS.

Au Mali, Dicko O [10], Drabo A [14], Dembélé F [26], Dembélé S [27] avaient trouvé respectivement des fréquences d'accouchement chez les adolescentes de 19,61% ; 13,31% ; 19,2% ; 21,72%.

Dans la littérature l'incidence de la grossesse chez l'adolescente varie entre 5 et 20% [26]. Le taux de naissance chez les adolescentes est beaucoup moins élevé dans les pays développés comme la France avec 0,6%, les USA avec 5,6%, la grande Bretagne avec 2,6% [28]. 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 pays,
- La faiblesse du niveau d'instruction,
- La faible utilisation de la contraception chez les adolescentes,

- La précocité de l'activité sexuelle,
- Les facteurs culturels et religieux.

3- Caractéristiques sociodémographiques :

3-1. Age :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée chez les adolescentes a été celle de 18-19 ans avec 70,81%. Au Mali, Dembélé F [26] et Dicko O [10] avaient trouvé respectivement que 55,73% et 55,67% chez des adolescentes avaient un âge compris entre 18-19 ans.

Dembélé S [27] dans son étude avait trouvé que 80% chez des adolescentes avaient moins de 18 ans. Ceux-ci pourraient s'expliquer par le mariage précoce avant 18ans dans notre pays.

Nous n'avons pas notifié des accouchements chez les adolescentes de moins de 14ans. Ainsi les adolescentes très jeunes d'âge inférieur à 15 ans étaient le plus souvent épargnées. Ceci peut s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et/ou des cycles généralement anovulatoires chez cette tranche d'âge.

3-2. Résidence :

La majorité des accouchées résidait dans la ville de Ségou soit une fréquence de 68,56% pour les adolescentes et 74,36% pour les témoins. Ceci s'explique par la confiance que la population de la ville de Ségou à l'égard de l'HNF/S et le témoignage de bonnes qualités de service rendu.

3-3. Statut matrimonial :

Le mariage d'enfants se définit comme tout mariage d'une personne âgée de moins de dix-huit ans, c'est une pratique répandue dans toutes les régions du monde. Cette pratique traditionnelle néfaste viole non seulement les droits fondamentaux des filles et des jeunes femmes, mais aussi menace également leur santé et leur bien-être [29].

Dans notre étude, la proportion des femmes mariées était plus élevée dans le groupe des témoins que les Adolescentes, soit 99,15% des témoins contre

89,24% des adolescentes avec une différence statistiquement significative ($P=0,000$). Dembélé F [26], Dembélé S [27], Traore A [30], et Théra T [31] avaient trouvé respectivement 86,98% ; 79,2% ; 77,3 ; et 68,7% des adolescentes mariées dans leurs études. Ce taux élevé des adolescentes mariées pourrait s'expliquer par le mariage précoce dans notre pays.

A noter que dans notre série 10,48% des adolescentes étaient célibataires contre 0,85% pour les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$), ceux-ci pourrait s'explique par la sexualité précoce. Dembélé S [27] et Traoré B et all [32] avaient rapporté respectivement 20,8%, et 18,3% des adolescentes célibataires.

Dans la série de Prosper K L [33], 81,4% des adolescentes étaient mariées contre 98,4% des témoins et 18,6% des adolescentes étaient célibataires contre 1,6% des témoins avec une différence statistiquement significative ($p<0,001$).

En France métropolitaine, Faucher et al [34] avait trouvé 17,7% des adolescentes étaient marié et 51,4% des adolescentes étaient célibataires.

3- 4. Profession :

Dans notre étude, les aides ménagères représentaient 1,42% des adolescentes contre 0,28% des témoins, avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$, $\text{Khi-2}=103,485$). Drabo A [14] et Guindo A [35] avaient rapporté respectivement que 13,1% et 4,10% des adolescentes contre 1,5% et 2,25% des témoins étaient des aide-ménagères. Cela dénote la précocité du travail des enfants

Dans notre étude les élèves/étudiantes représentaient 29,46% des adolescentes contre 13,46% des témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$, $\text{Khi-2}=65,898$). Dembélé F [26] avait trouvé que les élèves et étudiantes représentaient 26,57% des adolescentes contre 8,04% des témoins.

Cette fréquence élevée des élèves/étudiantes parmi les adolescentes s'explique par l'insuffisance d'information, éducation, communication sur la sexualité, sur

la contraception dans le programme scolaire et les masses média (télévision, internet).

3-5. Niveau d'instruction :

Les études sur la fécondité de l'adolescente affirmaient l'importance de l'instruction comme étant un facteur limitant de cette fécondité précoce. Dans notre étude, nous avons trouvé que 26,35% des adolescentes étaient non scolarisées contre 25,35% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($P=0,00$; $\text{Khi-2}=27,472$). Dicko O [10] avait rapporté que 39,67% des adolescentes contre 30,67% des témoins étaient non scolarisées. Dembélé S [27] et Traoré B et all [32] avaient rapporté respectivement 69,8% et 69,2% des adolescentes non scolarisées.

Notre faible taux d'analphabète par rapport à Dembélé S [27] pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était réalisée en milieu urbain.

Il existe une nette différence entre les taux d'analphabètes des adolescentes dans les pays développés et les pays en voie de développement.

En Italie, le taux d'analphabète chez cette tranche d'âge est de 1%, en Israël ce taux est de 4% [10].

Dans notre étude nous avons constaté que les parturientes ayant un niveau d'étude primaire sont nombreuses chez les adolescentes 39,09% contre 26,91% chez les témoins, la différence était statistiquement significative ($P=0,000$; $\text{Khi-2}=27,472$). Par contre 24,93% des adolescentes ont un niveau secondaire contre 28,47% des témoins, la différence était statistiquement significative ($p=0,000$; $\text{Khi-2}=27,472$). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes, une fois enceintes sont retirées de l'école ou abandonnent à cause de la grossesse ou du mariage. Dicko O [10] avait trouvé que 45% et 14% des parturientes adolescentes avaient respectivement le niveau primaire et secondaire. Et Drabo A [14] et Guindo A [35] avaient rapporté respectivement 34,5% et 29% des adolescentes ayant un niveau d'étude primaire contre 5% et 4% des témoins.

3-6. Profession du Co-procréation :

Les femmes pendant leurs grossesses sont financièrement soutenues par leurs époux et ceci dépend non seulement de leurs volontés mais de leurs revenus économiques. Les adolescentes sont plus sujettes à contracter la grossesse hors mariage et avec des co-procréateurs qui le plus souvent n'ont pas de source de revenue stable. C'est ainsi dans notre étude 18,70% des co-procréateurs des adolescentes étaient des ouvriers contre 13,31% des témoins ; les élèves/étudiants représentaient 3,12% des co-procréateurs chez les adolescentes contre 0,99% chez les témoins, avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$, $\text{Khi-2}=30,075$). Dans la série de Drabo A [14] les élèves/étudiants représentaient 31,8% des co-procréateurs chez les adolescentes contres 26,4% chez les témoins.

4. Caractéristique clinique :

4-1. Antécédents obstétricaux :

La majorité des adolescentes étaient à leur première grossesse soit 84,14% contre 26,63% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$).

Parmi les adolescentes 3,68% avaient un ATCD d'avortement contre 8,21% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($P=0,002$).

Guindo A [35] et **Dembélé. F [26]** avaient trouvé des antécédentes d'avortements chez respectivement 3,07% et 4,69% des adolescentes. En France, **Borg. A [36]** avait trouvé 6,5% des adolescentes avaient un antécédent de fausses couches. Notre taux faible par rapport à Borg. A peut s'expliquer par le fait que l'avortement n'est pas autorisé dans notre pays et mal apprécié par notre culture et notre religion.

4-2. Mode d'admission :

Les références / évacuations représentaient de 34,56% des adolescentes contre 26,77% de témoins. **Dembélé. F [26]** et **Dicko. O [10]** avaient trouvé

respectivement que 22,92% et 38,55% des adolescentes contre 8,29% et 26% des témoins étaient des références/évacuations.

4-3. Motif d'admission :

Le motif d'admission le plus fréquent était les contractions utérines douloureuses avec 60,34% de cas contre 69,69% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,002$). La même tendance avait été rapportée par **Dicko. O [10]** avec 91,33% de cas contre 91% de témoins avec une différence statistiquement non significative ($P=0,89$).

4-4. Consultation prénatale :

Le but de la consultation prénatale (CPN) 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.

La non réalisation de CPN était plus fréquente chez les adolescentes que chez les témoins avec des fréquences respectives de 9,63% contre 5,66%. La différence était statistiquement significative ($P=0,002$, $\text{Khi-2}=12,857$).

Notre résultat est un peu similaire à celui de Traore A [30] qui a trouvé que 9% des adolescentes contre 1,5% des témoins n'avaient pas réalisé de CPN.

Cette différence pourrait être due au fait que la grossesse des adolescentes survient le plus souvent hors mariage ce qui est perçue dans la société Malienne comme un acte déshonorant entraînant un rejet de la future mère sans suivi prénatal mais aussi l'insuffisance de ressource financière et l'ignorance de l'importance du suivi prénatal

Au Niger, Diaouga H et al [37] avait trouvé 4,4% d'adolescentes qui n'avaient réalisé aucune consultation prénatale contre 3% des témoins.

Les adolescentes qui avaient réalisé au moins 3 CPN étaient de 61,47% contre 71,81% des témoins.

Prosper. K L [33] dans son étude avait trouvé 31,8% d'adolescentes qui n'avaient réalisé aucune consultation prénatale contre 20,5% des témoins et

48,6% des adolescentes avaient réalisé au moins 3 consultations prénatales contre 50,5% pour les témoins.

Ainsi 47,31% des adolescentes n'avaient pas réalisé de bilans prénatals contre 37,68% des témoins avec une différence statistiquement significative ($P=0,003$; $OR=0,673$). Ceci pouvait s'expliquer par le bas niveau économique de ces adolescentes car il s'agissait des femmes ménagères dans 65,44% et élèves/étudiantes dans 29,46% sans emploi n'ayant pas les moyens d'assurer les suivis prénatals.

5. Déroulement de l'accouchement :

5-1. Etat des membranes amniotiques à l'admission :

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les adolescentes et les témoins quant à l'état des membranes à l'admission. Elles étaient rompues dans 39,09% chez les adolescentes contre 38,53% chez les témoins avec ($p=0,894$; $OR=1,024$). **Drabo. A [14]** et **Diane H [38]** avaient rapporté que les membranes étaient rompues à l'admission chez respectivement 19,1% et 77% d'adolescentes contre 13,2% et 47% de témoins. Dans la série de **Dicko. O [10]**, ce taux était de 34,67% chez les adolescentes contre 29,33% chez les témoins. Notre taux élevé de rupture des membranes chez les adolescentes était lié au fait que le travail d'accouchement été surveillé dans 34,56% de cas dans les structures périphériques où les membranes ont été rompues avant d'être référées mais aussi celles qui sont venues d'elles-mêmes ont fait une partie de leur travail d'accouchement à domicile où les membres ont pu se rompre avant leur admission.

5-2. Type de présentation :

La présentation céphalique était la plus représentée avec des fréquences respectives de 93,48% pour les cas contre 95,89% pour les témoins ($P=0,208$). 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.

5-3. Type de bassin :

Le bassin était normal dans la majorité de cas soit 79,32% chez les adolescentes contre 89,09% chez les témoins. Dans la littérature, le taux de bassin normal varie entre [66,3% - 95,7%] chez les adolescentes et entre [73,5% -96,3%] chez les témoins [10 ; 14 ; 26 ; 31]. Le bassin immature type généralement rétréci (BGR) a été retrouvé chez 8,78% des adolescentes contre 3,12% des témoins avec une différence statistiquement significative (P=0,00). Gandonou M.M [39] avait trouvé un taux de 2% de bassin généralement rétrécis chez les adolescentes au Benin ; Dicko. O [10] et Drabo. A [14] avaient rapporté respectivement un taux de BGR de 2% et 4,3% chez les adolescentes et 0,33% et 3,7% chez les témoins.

5-4. Mode d'accouchement :

Les accouchements par voie basse ont représenté 64,02% chez les adolescentes contre 74,50 % chez les témoins avec une différence statistiquement significative (p=0,000 ; OR=0,609).

Ce taux d'accouchement par voie basse dans notre série s'expliquait par la normalité du bassin chez la majorité (79,32%) des adolescentes.

Dans la littérature, le taux d'accouchement par voie basse chez les adolescentes varie entre 75,9% à 94,8% [10 ; 26 ; 40 ; 41]. Dans notre étude l'extraction instrumentale a été nécessaire dans 5,75% des cas contre 3,42% pour les témoins ; la différence était statistiquement non significative (p=0,055). M. Laghzaoui Boukaidi et coll [42] au Maroc avaient rapporté 20,25% d'accouchement instrumental chez les adolescentes tout comme Dicko. O [10] qui avait trouvé 20,65% d'accouchement instrumental chez les adolescentes contre 8,3% chez les témoins avec une différence statistiquement significative (P=0,00008 ; OR=2,87). Borg. A [36] avait rapporté 12,9% d'accouchement instrumental chez les adolescentes en France.

Dans la grande majorité des cas, l'accouchement chez les adolescentes se fait par voie naturelle comme en témoignent ces différents résultats ; mais cependant ces accouchements ont nécessité une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement à cause des risques liés à l'adolescence.

Nous avons enregistré 35,98% de césariennes chez les adolescentes contre 25,50% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,000$; $OR=0,609$). D'autres études Maliennes ont rapporté des taux de césariennes inférieurs au notre. C'est ainsi Traoré. F avait rapporté [40] 5,2% de cas ; Drabo. A [14] 10,8% de cas ; Traore. A [30] 13,1% ; Dicko. O [10] 15,67% de cas ; Dembélé. F [26] 16,15% ; Traoré B et al [32] 21,4% et Guindo A [35] 32,8%. A Madagascar, Alouinia S et al [43] avait rapporté 13,72% de césariennes chez les adolescentes contre 12,74% chez les témoins.

6. Pronostics maternel et fœtal :

6-1. Indications de la césarienne :

L'éclampsie/pré éclampsie était la cause la plus fréquente de la césarienne soit 25,98% des cas contre 13,33% des témoins avec une différence statistiquement significative ($P=0,000$). Ceci pourrait s'expliquer par la réalisation de notre étude pendant la période de la fraîcheur qui est un facteur de survenu d'éclampsie/pré-éclampsie et l'adolescente en elle-même. Le bassin généralement rétréci était 22,05% des césariennes chez les adolescentes contre 10% des témoins. Drabo A [14] et Dicko. O [10] avaient trouvé respectivement 39,5% et 11,32% de BGR chez les adolescentes contre 32,8% et 2,13% chez les témoins. L'échec de l'épreuve du travail ; Présentation vicieuse ; SFA ; siège chez une primipare représentaient respectivement 10,24% ; 9,45% ; 7,09% ; 5,51% des indications de césarienne chez les adolescentes contre 8,78% ; 7,22% ; 7,22% ; 3,33% chez les témoins.

6-2. Complications de la grossesse et de l'accouchement :

L'éclampsie, HRP, PP représentaient respectivement les complications pré-partum les plus retrouvés avec 8,78% ; 1,70% ; 0,85% chez les adolescentes contre 1,56% ; 3,40% ; 1,13 chez les témoins.

Au Niger, Dans l'étude de Diaouga H et al [37] l'éclampsie était la complication pré-partum la plus retrouvée avec 20% chez les adolescentes contre 31,2% chez les témoins.

Dans notre série, les suites de couches ont été simples chez 76,32% des adolescentes contre 81,75% des témoins ; la différence était statistiquement non significative ($P=0,055$). Dembélé. S [27] et Dicko. O [10] avaient rapporté 85,8% et 89,5% des suites de couches simples chez les adolescentes contre 97,3% et 95,26% chez les témoins.

La rupture utérine ; la déchirure périnéale représentait respectivement 0,28% ; 0,57% chez les adolescentes contre 0,28% ; 0,71% chez les témoins.

Dicko. O [10] ; Dembélé. F [26] et Dembélé. S [27] avaient rapporté respectivement 6,8% ; 2,08% et 7,5% des déchirures périnéales chez les adolescentes. Notre taux faible par rapport à ces études pourrait s'expliquer par la pratique de l'épisiotomie chez la plupart des primigestes mais aussi à la qualité de la surveillance du travail d'accouchement.

6-3. Décès maternels :

Dans notre série, le décès maternel était deux fois plus fréquent chez les adolescentes 0,28% que chez les témoins 0,14% ; la différence était statistiquement non significative ($OR=2,003$; $P=1$). Dicko. O [10] et Guindo A [35] avaient rapporté 0,67% et 1,02% de décès maternel chez les adolescentes contre 0,34% et 0,8% chez les témoins avec une différence statistiquement non significative ($P=0,58$; $OR=1,95$ et $RR=1,3$; $P<0,9$).

6-4. Le score d'Apgar des nouveau-nés :

Le score d'Apgar à la première minute était compris entre 5 et 7 chez 15,30% des nouveau-nés de mères adolescentes contre 11,19% des nouveau-nés chez les témoins. La différence était statistiquement non significative ($P=0,223$; $\text{Khi-}2=4,529$). Dicko. O [10] et Drabo. A [14] avaient rapporté respectivement 10% et 5% des adolescentes contre 9,33% et 3,7% des témoins avec des nouveau-nés de score d'Apgar entre 4 et 7.

Il était ≥ 8 chez 77,90% des cas contre 83,00% pour les témoins ; la différence était statistiquement non significative ($P=0,223$).

Et le score d'Apgar à la cinquième minute était 5 et 7 chez 5,67% des nouveau-nés de mères adolescentes contre 3,54% chez les témoins sans différence statistiquement significative ($P=0,192$).

6-5. Poids des nouveau-nés :

Dans notre série, le faible poids de naissance ($p < 2500\text{g}$) était plus fréquent chez les adolescentes avec 10,76% de cas contre 7,65% chez les témoins ; la différence était statistiquement significative ($p=0,019$; $\text{Khi-}2=7,954$). Traoré. F [40] et Théra T [31] avaient rapporté respectivement 13,5% et 26,7% de faible poids de naissance chez les nouveau-nés issus des mères adolescentes. Quant à Dembélé. F [26], le taux de faible poids de naissance était de 10,26 % chez les adolescentes contre 5,41% chez les témoins. 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 nouveau-nés dont la survie dépend d'un suivi rigoureux par la famille et par les agents de la santé. En outre, les résultats de l'étude multi variée effectuée par Forum. L et Louise. S ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids. Ce taux élevé de petit poids de naissance chez les adolescentes

pourrait s'expliquer par les facteurs sociodémographiques qui en courent les adolescentes

6-6. Référence des nouveau-nés :

Dans notre série, 22,10% de nouveau-nés issus de mères adolescentes ont été référés à la néonatalogie contre 17,99% de nouveau-nés issus des témoins avec une différence statistiquement non significative ($p=0,111$; $OR=1,293$).

Les motifs d'évacuation étaient essentiellement : La souffrance néonatale avec 51,28% de cas chez les adolescentes contre 40,94% chez les témoins ; la prématurité avec 29,49% de cas chez les adolescentes contre 22,83% chez les témoins ; l'hypotrophie avec 8,97% de cas chez les adolescentes contre 7,09% chez les témoins ; la macrosomie fœtale avec 1,28% chez les adolescentes contre 10,24% chez les témoins. Dembélé. F [26] avait rapporté un taux de référence de nouveau-nés de 18,97% de cas chez les adolescentes et 11,18% chez les témoins, dans l'étude de Maiga. R [44] ce taux était de 15,9% chez les adolescentes contre 9,0% chez les témoins.

6-7. Etats des Nouveau-nés à la naissance :

Les décès périnataux (mort-né frais, décès néonatal précoce) ont été retrouvés chez 5,10% des adolescentes contre 4,25% chez les témoins sans différence statistiquement significative ($p=0,531$; $OR=1,211$). Dicko. O [10] et Dembélé. F [26] avaient rapporté respectivement 5,67% et 3,08% de décès périnataux chez les adolescentes contre 6,33% et 2,28% de décès périnataux chez les témoins et quant à Dembélé. S [27], son taux de mortalité périnatale était de 5,2% chez les adolescentes et 8,8% chez les témoins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Les accouchements chez les adolescentes sont associés souvent à un mauvais pronostic.

Néanmoins le taux de la grossesse dans cette tranche d'âge reste très élevé dans notre société, et est favorisée par le bas niveau d'instruction, le bas niveau économique, et la faible utilisation de la contraception. Ces accouchements ne sont toujours pas sans conséquence sur la vie de la jeune fille et de son nouveau-né. Ils s'accompagnent des complications médicales et obstétricales à savoir les dystocies mécaniques, les déchirures périnéales, l'éclampsie, les accouchements prématurés, et les hypotrophies fœtales. Ces complications sont évitables en évitant la grossesse non désirée chez les adolescentes grâce à l'utilisation de la contraception, la réalisation des CPN de qualité, également avec l'assistance de l'accouchement par un personnel qualifié et le soutien psychologique et social pendant la grossesse, l'accouchement et dans le postpartum.

RECOMMANDATIONS :

Aux autorités Politico-administratives :

*Inclure dans les programmes scolaires une éducation sur la santé sexuelle et reproductive. *Evaluer et développer les services de planification familiale

*Promouvoir une politique facilitant la prise en charge de l'adolescente enceinte grâce à une couverture sociale.

*Promouvoir les campagnes de sensibilisation et de communication sur la sexualité et la contraception

Aux personnels socio-sanitaires :

*Conseiller les adolescentes sur la sexualité et la reproduction lors de consultation quel que soit le motif.

*Encourager les adolescentes à utiliser les méthodes de contraception moderne

*Prendre le temps de remplir correctement les supports.

A la communauté :

*Discuter avec les adolescentes sur la sexualité et abolir ce tabou

*Encourager la scolarisation des filles

*Soutenir moralement et financièrement les adolescentes enceintes à faire le suivi prénatal

*Eviter les mariages d'enfants néfastes pour la santé sexuelle et reproductive de ces enfants.

Aux adolescentes :

*Faire des consultations prénatales lors de la grossesse

*Adapter soit l'abstinence ou les méthodes de contraceptions modernes.

A la direction de l'hôpital :

*Rendre fonctionnel le bloc opératoire de la maternité

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **OMS.** Journée mondiale de la santé chez l'adolescent : Maternité sans risques : Retarder les naissances, Genève, Avril 1998.1-3.
2. **Barabara Shane.** Livre du Planning familial sauve des vies : les adolescentes et la santé en matière de la reproduction. 3^e éd. Washington : Inc Washington DC, 1996 : P15-18.
3. **Yattasaye A.** Accouchement chez les adolescentes à la maternité de CHU Gabriel Touré thèse de médecine Bamako 1998, N°74, 83p.
4. **UNFPA.** Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre. 2018 :28-30
5. **Eure, Chineta R, Michael K Lindsay, et William L Graves.** Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital . American journal of obstetrics and gynecology 2002, 186 (5) : P918-920.
6. **Robin G, Letombe B.** Contraception chez l'adolescente. Trentièmes journées nationales de Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. Paris, 2006 : 5-40.
7. **ANRS, INSERM, INED.** Premiers résultats de l'enquête : Contexte de la sexualité en France. Dossier de presse. 13 mars 2007. P 9-10.
8. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. 89p
9. **Mc Intyre, Peter, et World Health Organization.** Adolescentes enceintes : apporter des promesses globales d'espoir. Genève : Rapport de l'organisation mondiale de la santé, 2007. 28P.

10. **DICKO. O.** Grossesse et accouchements chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de District de Bamako : Etude cas-témoins. Thèse de médecine Bamako 2019. N°342.2-76p
11. **UNFPA.** Rapport sur les grossesses des adolescentes. Journée mondiale de la population en République Démographique du Congo ; Kinshasa, 11 juillet 2013 ; N°30 : 3-10p
12. **Dadoorian D.** Grossesses adolescentes. Livre Ramonville Saint-Agne : Editions Eres ; 2007. P136
13. **Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B.** Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.
14. **Adama DRABO.** Grossesse et l'accouchement chez l'adolescente au Csréf CII du district de Bamako : Thèse de médecine Bamako 2015. N°85.13-64p
15. **B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin,** livre « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.
16. **Kamina P** : Anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.
17. **Blandine COURBIERE, Xavier CARCOPINO.** KB Gynécologique et obstétrique. 5^e édition. Paris : Vernazobres-Grego, 2012, 583p.
18. **Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.** Pratique de l'accouchement 3eme éd. Paris : Masson, 2001, 525 p.
19. **Lansac J, Magnin G, Sentilhes L.** Obstétrique pour le praticien. 6ème éd. Paris : Masson 2013, 563 p.
20. **Teyssendier E.** Périnée et sexualité. Pôle de santé, 1 Rue Toufaire 17300 Rochefort 28imp Tour Caniot 1700 St Jean d'Angely-Charente Maritime. 2016
21. **Kamina P, de Tourris H, Rideau Y.** Anatomie fonctionnelle du périnée obstétrical : le bassin mou. Revue française de gynécologie et obstétrique. 1972 Jan ; 67(1) : 17-23.

- 22. SCHAAL JP, RIETHMULLER D.** Canal pelvi-génital et mobile fœtal ou « Confrontation foeto-pelvienne ». In : SCHALL JP. Mécanique et Techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps Médical, 2007 : 11-25.
- 23. SOUGOULE. A.** Episiotomie : la technique de suture « un fil un nœud » au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO : à propos de 300 cas. Thèse médecine Bamako 2007-2008. N°185.34-55p
- 24. Merger R, Levy J, Melchior J.** complications traumatiques de l'accouchement, In : Merger R, Levy J, Melchior J. précis obstétrique. Masson, paris, 2001 : 340-350
- 25. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M.** Episiotomie et déchirures obstétricales récentes. Encycl. Méd. Chir (Elsevier Masson, Paris). Techniques chirurgicales-Gynécologie, 2013 : 1-6p, 41-897.
- 26. Dembélé F.** L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine 2015, N° 80. 27-60p
- 27. Dembélé S.** Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila. Thèse Med Bamako, 2012, N°77. 30-53p
- 28. Daguerre A.** les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne : un phénomène dérangerant pour les pouvoirs publics, Journal d'informations sociales, 2010(1) :157 :096-102.
- 29. Carl H, Toshiko K.** Fiche de données sur la population mondiale. Rapport sur les Jeunes du monde (Washington, DC : Population Reference Bureau), 2013 ; 4p.
- 30. Traoré A, Kané B, Sima M, Souley I, Touré M.** Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako. Congrès SOMAGO Mali 2017.
- 31. Théra T, Kouma A, Téguté I, Traoré Y, Kanté I, Traoré Z O, Coulibaly A.** Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez

l'adolescente dans le district de Bamako. Congrès conjoints FIGO/SAGO/SOGOBA 2016. Communication N°14, P132-252.

32. Traore B, Thera T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Teguede I, Traore M, Dolo A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. Méd Afr Noire. 2010 ; 57 (10).

33. Luhete K P, Mukuku O, Tambwe M A, Kayamba M K P. Study of maternal and perinatal prognosis for vaginal delivery in adolescent girls in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo. Revue RD Congo Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de médecine, Université de Lubumbashi 2017 ; 26 (182) :1-9.

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

35. Guindo A. Pronostic maternel et Périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service gynéco-obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse en médecine Bamako 2020, N°262. 40-53p

36. Borg A. Grossesse chez les adolescentes : complications obstétricales et fœtales à la maternité régionale universitaire de Nancy. Mémoire Sage-femme 2006-2012.

37. Diaouga H, Yacouba M, Abdou M, Rahamatou M, Idi N, et Nayama M. Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. Journal médical Panafricain. 2020 ; 37(274) : 4-11p.

38. Diane H. L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (Mali). Thèse Médecine 2011, n° 265. 26-49p

- 39. Gandounou M M.** Pronostic de l'accouchement chez l'adolescente dans la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique au CNHU-HKM (Benin). Thèse Médecine Bamako 2012, N° 112. 30-70p
- 40. Traoré F :** Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain Bamakois. Thèse en médecine 2001-2002. N°103. P35
- 41. Soula O, Carles G, Largeaud M, El Guindi W, et Montoya Y.** Grossesse chez les adolescentes de moins de 15ans Etude de 181cas en Guyane française. J. Gynecol Obstet Reprod 2006 ; 35 : 53-61.
- 42. Laghzaoui B, Bouhya S, Bennani O, Hermas S, Soummani A, Aderdour M.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente. Maroc Médical 2002, 24 (3) : 181-185.
- 43. Alouinia S et al.** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. Journal Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44 (5) : 443-450
- 44. Maiga R.** Accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti, étude cas- témoins. Thèse Médecine 2010, N° 253. 34-67p.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIARRA Prénoms : KABAYI

Tel : (00223) 74 33 63 86 / 62 80 46 93

**Titre de thèse : PROBLEMATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ
L'ADOLESCENTE A L'HOPITAL NIANANKORO DE SEGOU :**

Année universitaire : 2020-2021

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

**Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et
d'odontostomatologie de la faculté de pharmacie : FMOS et FAPH.**

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

Résumé :

Introduction : L'accouchement chez l'adolescente est considéré comme une situation particulière qui soulève des problèmes médicaux et sociaux.

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal lors de l'accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. **Matériels et méthodes :** C'est une étude analytique prospective cas-témoins de 09 mois, allant de 1er novembre 2019 au 31 juillet 2020 concernant les adolescentes de 10-19ans ayant une grossesse monofoetale âgée d'au moins 28 SA comparées aux parturientes de 20 ans et plus répondant aux mêmes critères. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM Spss, version 20. Le test du Khi 2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $P \leq 0,05$. **Résultats :** Durant la période d'étude 455 adolescentes avaient accouché à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou sur 2381 accouchements soit une fréquence de 19,10%. Les adolescentes célibataires représentaient 10,48% (OR=0,073, p=0,000). Les grossesses non désirées (6,52% vs 0,99% ; p=0,000 ; OR=0,14), la non réalisation de CPN (9,63% vs 11,33% ; p=0,002 ; Khi-

2=12,857), les accouchements prématurés (29,49% vs 22,83% ; p=0,0531 ; F=11,869), les extractions instrumentales (5,75% vs 3,42 ; p=0,055 ; Khi-2=4,913), césarienne (35,98% vs 25,50% ; P=0,000 ; OR=0,609), éclampsie (25,98% vs 13,33% ; P=0,000 ; F=106,519), décès maternel (0,28% vs 0,14% ; OR=2,003) se sont révélés significativement plus élevés chez les adolescentes que les témoins. **Conclusion** : l'accouchement chez les adolescentes, comparativement à celui de femmes adultes, reste significativement associé à des risques materno-fœtaux et périnataux à Ségou.

Mots clés : Accouchement ; Adolescentes ; Pronostic materno-foetal.

ANNEXES

ANNEXES :

Fiche d'enquête :

I. Identité :

Q1=Dossier numéro.....

Q2=nom et prénom.....

Q3=Age:/...../1=10-13, 2=14ans, 3=15ans, 4=16ans, 5=17ans, 6=18ans, 7=19ans, 8=20-25ans, 9= \geq 26ans

Q4=Ethnie=/.../1 =Bambara, 2 : Peulh, 3 =Bobo, 4 =Sarakolé, 5 =Dogon, 6 =Touareg, 7=Minianka ,8 =Malinkés, 9 =Sonrhäi ,10 =Autres

Q5=Résidence=/.../1=Ville de Ségou ,2=Hors de la ville de Ségou

Q6=Situation matrimoniale =/.../1 = Mariée, 2 = Célibataire, 3=Veuve

Q7=Profession de la femme/.../1 = Aucune, 2 =Aide-ménagère, 3 =Commerçante, 4 =Ménagère ,5 = Etudiante, 6 = Elève, 7 =Autre

Q8=Niveau d'instruction=/.../1 = Aucun ,2 = Primaire, 3 = Secondaire, 4 = supérieur ,5 =Ecole coranique

II-Statut socio-économique

Q9=Vivez-vous avec vos parents/.../1 = Oui, 2 =Non

Q10=Situation matrimoniale de vos parents/...../1 =mariés, 2 =divorcés, 3 =concubinage, 4 =père veuf, 5 =mère veuve, 6 =parents décédés

Q11=Source de revenu/...../1= parents ,2 =mari/Co-procréateur, 3 =moi-même ,4 =autres

Q12=Niveau d'instructions du Co-procréateur/mari/...../1 =aucun, 2 = école coranique ,3 =primaire ,4 = secondaire, 5 = supérieur

Q13=Profession du mari/Co-procréateur/..... /1 =aucune, 2 =élève, 3 =étudiant, 4 =ouvrier, 5 =commerçant, 6 =enseignant, 7 =cultivateur ,8 =menuiser ,9 =chauffeur ,10 =autre

III-Antécédents

A-Gynéco-obstétriques

Q14=Menarche/.... /1 =11ans ,2 =12ans ,3 =13ans, 4 = >14ans, 5= Inconnue

Q15=Gestité/.../1 =1, 2 =2, 3 =3, 4 = >3

Q16=Parité/..../1 =0, 2 =1, 3 =2, 4 =3, 5 = >3

Q17=Nombre d'avortement/..../1 =0, 2 =1, 3 =2, 4 = >2

Q18=Type d'avortement/..... / 1 = Spontané, 2 =provoqué

Q18a=Si provoqué préciser le motif/...../

B-Médicaux

Q19=HTA/.... / 1 = Oui, 2 = Non

Q20=Diabète/.... / 1 = Oui, 2 = Non

Q21=Drépanocytose/...../ 1 = Oui, 2 = Non

Q22=Autres/.... / 1 = Oui, 2= Non

Q22a=Si oui préciser/...../

Q23=Aucun/..../1 = Oui, 2 = Non

C-Chirurgicaux

Q24=Laparotomie/...../1 = Oui, 2 = Non

Q25=Césarienne/...../1 = Oui, 2 = Non

Q26=Aucun/...../ 1 = oui, 2 = Non

IV-Mode d'admission

Q27=Venue d'elle-même/...../1 = Oui, 2 = Non

Q28=Référée/..../1 =Oui, 2= Non

Q29=Evacuée/..../ 1 = Oui, 2 = Non

Q30=Motif d'admission /..... / 1=Contraction utérine ,2=Perte des eaux ,3=Métrorragie, 4=Autre à préciser :.....

V-Examen d'admission

A-Histoire de la grossesse actuelle

Q31=La grossesse est-elle désirée /.... /1 =Oui, 2 =Non

Q32=CPN/.... / 1=1-3, 2 = >3, 3= aucune

Q32a=Si non pourquoi/.../1 =économique, 2 =peur, 3 =grossesse non désirée,
4 =conflit, 5 =autre

Q33=Terme de la grossesse/...../1 =à terme, 2 =avant terme, 3 =post terme

Q34= BPN/...../ 1=Oui 2=Non

B-Examen général

Q35=Conjonctives /...../1 = pales, 2 = colorées

Q36=Taille /.../ 1 = <1,5m, 2 = >1,5m

Q37=Convulsions éclamptique/...../1 = Oui, 2 =Non

Q38=Hypertendue/...../ 1= Oui, 2= Non

C-Examen obstétrical

Q39=HU/...../ 1= <32cm, 2 = 32-35cm, 3 = >=36cm

Q40=BDCE/...../ 1=absents, 2= normaux, 3= anormaux

Q41=Contractions utérines/...../1= Oui, 2= Non

Q42=Hémorragies/.... / 1=oui, 2=non

Q43=Etat du col /.../ 1=non modifié, 2=court, 3=dilaté

Q43a=Si dilaté/...../1= <3, 2=3-5, 3=5-8

Q44=Poche des eaux/..../1= rompue, 2= intacte

Q44a=Si rompue, aspect des eaux/...../1= clair, 2= verdâtre, 3=rouge, 4=
chocolat, 5= jaune, 6= autres

Q45=Présentation/...../ 1=céphalique, 2=siège, 3=autres

Q46=Bassin/...../ 1= normal, 2=asymétrique, 3= BGR, 5= bassin limite, 6=
autres

VI-Déroulement de l'accouchement

Q47=Voie d'accouchement/...../ 1= voie basse, 2=césarienne

Q47a=Si voie basse /... / 1= accouchement normal, 2= accouchement
instrumental, 3= autres à préciser :.....

Q47b= Si césarienne, indication :.....

Q47c=Si césarienne ; gestes associés/...../1= ligature, 2=hystérectomie, 3=laparotomie pour hystérorraphie, 4= aucun, 5=autres à préciser

Q48=Complications traumatiques/...../1=aucune ,2=déchirure vulvo-vaginale 3 =déchirure vaginale, 4=rupture utérine, 5= déchirure du col, 6=accidents urinaires, 7= relâchement symphysaire, 8= autres à préciser :.....

Q49=Complications de la délivrance/...../1= rétention placentaire, 2=aucune, 3=atonie utérine, 4=coagulopathie, 5= inversion utérine,

Q50=Traumatisme fœtal/...../1=aucun, 2=fracture de l'épaule, 3=fracture du membre inférieur, 4=traumatisme crânien, 5=autres à préciser :.....

VII-Pronostic materno-fœtal

A-Pronostic maternel

Q51=Morbidité/...../ 1=Aucun, 2=Ligature des trompes, 3=hystérectomie, 4=déchirure périnéale, 5=déchirure du col, 6=Fistule vésico-vaginale, 7= relâchement symphysaire, 8=autres.

Q52=Décès maternel/...../ 1=oui, 2=non

Q52a=Si oui cause/...../1=hémorragie du post partum, 2=HTA, 3=autres

B-Pronostic fœtal

Q53=Apgar à la naissance

Q53a=Première minute/...../1=0, 2=3-4, 3=5-7, 4= \geq 8

Q53b=Cinquième minute/..../ 1=0, 2=3-4, 3= 5-7, 4= \geq 8

Q54=Poids/...../ 1= <2500g, 2=2500-3999g, 3= \geq 4000g

Q55=Sexe/...../ 1=F, 2= M

Q56=Référé en pédiatrie/...../ 1= Oui, 2= Non

Q56a=Si oui motif/...../1=hypotrophie, 2=prématuré, 3=souffrance néonatale, 4=Mère diabétique, 5= macrosomie,6=systématique,

7= dépassement de terme, 8= CPN=0, 9= Mère drépanocytaire, 10=Mère hypertendue, 11=autres

Q57=Pronostic fœtal/...../1=mort-né, 2= décès périnatal, 3= vivant

Q57a=Si décès, Cause de décès /... / 1= malformation, 2=prématuré, 3=autres

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