

DEDICACES

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

A mon père **Konaté dit Lamine DEMBELE**

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 **Moussodo dite Djènèba SOGOBA**

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.

A mon beau père **Karamoko DIARRA**

Tu as été pour moi « un père » ; ce travail est le tien. Merci pour tout, qu'ALLAH renforce ta bonté et ta générosité et guide tes pas.

A mes frères et sœurs : **Soungalo, Moussa, Siaka, Achita, Santiè**

Vous m'avez toujours comprise, conseillée, encouragée et entourée d'affection ; ce travail est le vôtre.

A mon mari **Abdoul Karim DIARRA**

Mon chéri, depuis que nos chemins se sont croisés, nous sommes restés soudés malgré toutes les difficultés rencontrées.

Auprès de toi j'ai toujours trouvé du confort, de la tendresse, de l'affection et de l'amour. C'est grâce à tes sages conseils, ton aide, ton soutien moral et matériel en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Que le tout puissant nous aide à réaliser nos projets.

A mes enfants **Araba, Tidiane dit Boua, Karamoko dit Mamadou, Djènèba**

Les chemins de la vie sont truffés d'embûches, j'espère être présente pour vous aider à les surmonter. Sachez que pour moi vous êtes des cadeaux du ciel car en plus du bonheur ; vous me donnez le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

*La faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie 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.

*Au personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.

***Dr Ibrahima Traoré dit IB, Dr Amaguiré Saye, Dr Dessé Diarra, Dr Dramane Haïdara, Dr Daouda Camara**

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

*A tous mes aînés du service : **Dr Clément Dansoko, Dr Bilali Coulibaly, Dr Sékou Doumbia, Dr Samba Tounkara, Dr Malamine Traoré, Dr Boubacar Diarra, Dr Lanseni Doumbia.**

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

*La famille **SANANKOUA** à Lafiabougou, vous m'avez accueilli chez vous comme votre propre fille. Vous avez toujours été là pour me soutenir et m'encourager. Ce travail vous appartient, je vous remercie.

Mes belles sœurs **Fatoumata Tiefing Koné, Fatimata Dembélé** .

Trouvez ici toute ma reconnaissance, que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

*Mes tontons **Sitiè Dembélé, Yacouba Dembélé, Tiefing Koné , Siaka Sogoba** merci pour tous vos soutiens et votre aide. Que DIEU vous donne une longue vie pleine de succès.

*Mes neveux et Nièces : que ce travail vous serve d'exemple et de modèle, je vous aime.

*Toute la famille **DIARRA**, tous mes beaux frères et belles sœurs, merci de tous vos soutiens je vous suis entièrement reconnaissante.

*Mon cousin **Ibrahim Coulibaly** et à toute sa famille, merci cher cousin de tout ton encouragement.

*Toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes : vous vous êtes investies, en mettant votre dynamisme, votre compétence et chaleur humaine au service des stagiaires.

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

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

*Mes camarades de promotion et particulièrement ceux du Centre de Santé de Référence de la Commune IV : merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble.

*Mes cadets du service courage et bonne chance.

*Mes amis : Adam Maïga, Michata Traoré, Penou Diarra, Drissa Koné, Coumba Samaké, etc....que DIEU vous aide dans vos projets.

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

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

Professeur Titulaire Honoraire en gynéco-obstétrique.

Cher maître,

Votre abord facile, votre disponibilité, vos qualités de maître et surtout votre abnégation nous ont séduits. Vous êtes un modèle de simplicité, un homme de rigueur de principe et de tradition.

La patience avec laquelle vous transmettez votre savoir tout en donnant des conseils de sage, nous fera toujours penser à vous.

Recevez ici cher maître, l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance. Que l'ETERNEL vous garde encore longtemps auprès de nous. Amen.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou Kéita

*Gynécologue obstétricien praticien hospitalier au CS RéfCVI

Cher maître,

La rigueur scientifique, la simplicité et l'esprit de tolérance sont autant de qualité que vous incarnez et font de vous un encadreur exceptionnel.

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

Puisse DIEU vous garder et vous soutenir dans vos projets futurs.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Diakaridia Koné

*Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District Bamako

*Médecin Chef Adjoint au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako

*Chef du service de gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako

Cher maître,

Nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre compétence, votre amour du travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité et votre caractère sociable font de vous un exemple à suivre.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Moustapha Touré

*Chef du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Mali

*Professeur de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

*Chevalier de l'Ordre National du Mali

*Vice président de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues Obstétriciens

Cher maître, vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable.

Votre simplicité, votre courage, votre disponibilité, votre volonté de transmettre votre savoir aux jeunes, votre désir d'égalité entre les hommes, votre humanisme, votre franchise, font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance. Puisse DIEU le tout puissant vous rendre au centuple vos bienfaits.

LISTE DES ABREVIATIONS

- BGR** : bassin généralement rétréci
- CHU** : centre hospitalier universitaire
- Cm** : centimètre
- CNTS** : centre national de transfusion sanguine
- CPN** : consultation prénatale
- CSCOM** : centre de santé communautaire
- CSREF CIV** : centre de santé de référence de la commune IV
- DAT** : dispensaire anti tuberculeux
- DFP** : disproportion foeto-pelvienne
- EDS** : enquête démographique et de santé
- GEU** : grossesse extra utérine
- HRP** : hématome rétro-placentaire
- IM** : indice de Magnin
- IVG**: interruption volontaire de la grossesse
- OGE** : organes génitaux externes
- OGI** : organes génitaux internes
- OMS** : organisation mondiale de la santé
- ORL** : oto-rhino-laryngologie
- Nné** : nouveau-né
- PEV** : programme élargi de vaccination
- PMI** : protection maternelle et infantile
- PP** : placenta prævia
- RU** : rupture utérine
- SA** : semaine d'aménorrhée
- SFA** : souffrance foetale aiguë
- SONU** : soin obstétrical et néonatal d'urgence
- SSS** : service socio-sanitaire
- USAC** : unité de soins d'animation et de conseil

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	Page 1-2
II-OBJECTIFS.....	Page 3
III-GENERALITES.....	Page 4-12
IV-METHODOLOGIE.....	Page 13-20
V-RESULTATS.....	Page 21-38
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	Page 39-46
VII-CONCLUSION.....	Page 47
VIII-RECOMMANDATIONS.....	Page 48
IX-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	Page 49-55
X-ANNEXES	Page 56-64

I INTRODUCTION

L'adolescence selon le dictionnaire le <<Petit Robert>> est l'âge qui succède à l'enfance immédiatement après la crise de la puberté. [50]

Le mot adolescence vient du verbe latin « *adolescere* » qui signifie grandir vers (ad : vers, olescere : grandir) [11].

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS) [46] l'adolescence est définie par :

- la progression entre l'apparition des caractères secondaires [puberté] et la maturité sexuelle génésique ;
- le développement des mécanismes mentaux adultes et d'une identité d'adulte
- la transition entre une entière dépendance socio-économique et une relative indépendance.

La complexité de la définition justifie la variabilité de l'âge limite de l'adolescence qui va de 10 à 19 ans pour l'OMS [46] ainsi que le CERPOD [34], 10-16ans pour certains auteurs [1,6, 23], 18 ans pour d'autres.

Les adolescents représentent une part importante de la population mondiale. En 1985, les adolescentes de 10-19 ans représentaient :

- 19% de la population mondiale ;
- 14 % dans les régions développées ;
- 21 % dans les régions en développement ;
- 23 % en Afrique sub-saharienne

Cette tranche d'âge contribue pour une part importante à la fécondité de la population : 1/5 des naissances vivantes par an [46].

Le taux de fécondité des adolescentes a augmenté dans certains pays développés comme le Canada (25‰) et les Etats-Unis (53‰), alors que dans

d'autres pays tels que la France et la Suisse il reste stable ou en baisse constante à 9,2‰ et 4,6‰ respectivement [18]. Cette fécondité reste élevée dans les pays en développement variant entre 38‰ au Sri Lanka, 219‰ au Niger, et 103‰ au Sénégal [18], au Mali 188 ‰ selon l'EDS IV.

L'entrée dans la vie sexuelle active se traduit parfois chez l'adolescente par une grossesse non désirée sauf dans les cas où cette grossesse relève d'un projet personnel. Ces grossesses chez ces adolescentes entraînent souvent des complications aussi bien chez la mère que chez l'enfant. [37]

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 [37].

Outre ce facteur âge, certaines caractéristiques antérieures à la grossesse tels que le désir ou non de grossesse, le statut matrimonial, la parité, l'état nutritionnel et de santé, la qualité du suivi prénatal semblent déterminer le déroulement et l'issue de la grossesse [11].

Sur le plan social, la maternité peut avoir des effets préjudiciables non seulement pour la mère qui risque de perdre une chance de poursuivre ses études ou d'améliorer sa situation économique mais aussi pour l'enfant et le père de l'enfant, en particulier s'il s'agit d'un adolescent. Dans certains cas, on a recourt à l'avortement provoqué qui entraîne d'autres risques, surtout si l'intervention doit être clandestine à cause des pressions judiciaires et sociales. [37]

Le pronostic de ces grossesses précoces dépend souvent du suivi de la grossesse et de l'accouchement par un personnel sanitaire qualifié, d'une éducation et d'une information de ces futures mères sur les probables risques. [11]

C'est dans le but d'évaluer l'ampleur du phénomène au CSRéfCIV que nous avons initié cette étude dont les objectifs sont les suivants :

II OBJECTIFS

1-Objectif général

Etudier l'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

2-Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des accouchements chez les adolescentes au CS Réf CIV.
- Déterminer le profil sociodémographique de ces adolescentes au CS Réf CIV
- Identifier les facteurs de risques de l'accouchement chez l'adolescente au CS Réf CIV
- Déterminer le pronostic maternel et néo-natal de l'accouchement chez les adolescentes au CS Réf CIV.

III GENERALITES

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

1. Le bassin :

Nous nous intéresserons au bassin obstétrical qui comporte deux entités à savoir :

- le bassin osseux et
- le bassin mou.

A- Le bassin osseux : [27, 28]

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

Le Développement osseux passe par plusieurs étapes :

❖ Ostéogénèse

Embryogénèse :

Les os du pelvis passent du stade mésenchymateux [35^{ème} jour] au stade cartilagineux [40^{ème} jour]. L'ossification n'apparaît qu'au 3^{ème} mois de la vie intra-utérine.

Pendant l'enfance et la puberté : il apparaît des points d'ossification secondaire qui vont unir les vertèbres entre elles. Les points d'ossification secondaire distaux apparaissent à 13 ans pour la crête iliaque, la tubérosité ischiatique, l'angle pubien ; les points secondaires proximaux à 8 ans : cotyloïdiens antérieur ou os acétabulaire antérieur, supérieur ou épiphyse acétabulaire, postérieur ou os acétabulaire postérieur.

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

❖ Morphologie du bassin osseux :

Chez le nouveau-né, l'angulation sacro-lombaire est de 160° environ. Le bassin osseux garde la forme circulaire jusqu'à 4 mois, puis il devient ovalaire à grand axe antéro-postérieur. La différenciation s'accroît avec la pression exercée par la colonne vertébrale et par les membres inférieurs.

Ainsi sous l'effet de cette pression, la base du sacrum bascule en avant, le pubis s'abaisse pendant que le coccyx est retenu par la pression des ligaments sacro-tubero-sacro épineux. Aussi le sacrum se recourbe-il ?

Au cours du redressement du tronc, le bassin tend à se verticaliser. Mais cette extension est limitée par les ligaments antérieurs de la hanche et les muscles fléchisseurs de la cuisse, ce qui donne la forme en entonnoir du bassin normal.

❖ Rappel anatomique du bassin normal

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

- l'os coxal qui représente la fusion des os iliaques, de l'ischion et du pubis, il est pair symétrique.
- le sacrum, impair et symétrique ainsi que, le coccyx.
- l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire [L5] fait sailli, cette saillie dénommée le PROMONTOIRE, l'union des deux os pubiens en avant représente la symphyse pubienne. La ceinture pelvienne a donc la forme d'un entonnoir à grande base supérieure.

La filière pelvienne est décrite selon trois étages : l'orifice d'entrée ou détroit supérieur, l'excavation ou détroit moyen, l'orifice inférieur ou détroit inférieur.

❖ Détroit supérieur :

Le détroit supérieur ou « Cylindre d'engagement » de DEMELIN est limité :

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

- en bas par le plan passant par les limites innominées, le point retro-pubien de la symphyse pubienne et la face antérieure de la première pièce sacrée [S1]

Les diamètres du détroit supérieur sont:

- le transverse médian : mesure 13 cm, situé à égal distance du promontoire et de la symphyse ;
- le promonto-sus-pubien ou conjugué anatomique : mesure 11 cm ; va du promontoire à l'extrémité supérieur du pubis ;
- le promonto-retro-pubien : mesure 10,5 cm part en avant du point retro-pubien et va en arrière sur la face antérieure de la première pièce sacrée [S1] ;
- les obliques droit et gauche : vont d'une éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque du coté opposé ; ils mesurent chacun 12 cm ;
- les différents diamètres permettent de déterminer le pronostic de l'accouchement.

Dans ce cadre, plusieurs indices ont été proposés dont celui de MAGNIN.

Le pronostic obstétrical est jugé :

- bon si l'IM supérieur à 23 ;
- encore favorable à 22 ;
- défavorable pour un indice inférieur à 20.

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

L'une des classifications les plus répandue est celle de CALDWELL et MOLOY qui décrivent quatre types :

- bassin gynécoïde : c'est le bassin commun que nous venons de décrire si haut, c'est un bassin de forme arrondie, le diamètre transverse est plus large que le diamètre antéropostérieur, les échancrures sont larges ; il est fréquemment rencontré (50%) ;
- bassin de type androïde : de forme triangulaire, représente 23% .Le transverse médian est inférieur de 2 cm ou plus que le transverse maximal ;

les échancrures sciatiques sont étroites ainsi que l'arcade pubienne; le pronostic de l'accouchement est réservé ;

- bassin de type anthropoïde : de forme ovalaire, allongée d'avant en arrière (25% des cas) .La réduction des diamètres transverses est généralement modérée composée par un agrandissement du diamètre antéropostérieur ;
- bassin de type platypelloïde ou bassin plat : représente 2% des cas, le diamètre antéro-postérieur est diminué, inférieur au diamètre transverse ; l'arcade pubien est large mais les échancrures sciatiques sont souvent réduites.

❖ **Excavation :**

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

- diamètre oblique : 11 cm
- diamètre antéro-postérieur : 12 cm
- transverse bi sciatique : 10,8 cm

❖ **Détroit inférieur :**

Le détroit inférieur ou orifice inférieur du canal pubien comporte trois faces. Il est *osteo*-fibreux. Les diamètres sont:

- sous-sacro-sous-pubien : mesure : 11 cm
- sous-coccyx-sous-pubien : mesure 9,5 cm, peut atteindre 12 cm en cas de retro-pulsion du coccyx.
- bi ischiatique : mesure 11 cm.

A ce niveau, on calcule un indice qui est : L'indice de BORELL=bi- ischiatiques + sous-sacro sous-pubien. Cet indice permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin : si indice de BORELL supérieur à 31,5 cm, le pronostic est bon le plus souvent, par contre si l'indice est inférieur à 29,5 cm la dystocie est à craindre.

❖ **Le bassin mou ou diaphragme pelvi-périnéal :**

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

B - Puberté : [5, 7,11, 14, 31, 37,38, 45, 50]

Elle est définie par le dictionnaire « Petit Robert » comme une étape transitionnelle entre l'enfance et la vie adulte. Elle se caractérise par un développement des caractères sexuels secondaires et des organes génitaux.

Pour certains auteurs, elle est l'âge de la vie où apparaissent les poils sexuels et les caractères sexuels secondaires. Donc la puberté se définit comme la période d'acquisition de la faculté de procréation, c'est-à-dire l'apparition de la première menstruation ou ménarche.

Elle représente l'ensemble des modifications sexuelles morphologiques, biologiques et psychologiques qui président à la transformation de l'enfant en adulte.

1-Caractères sexuels secondaires :

Le développement mammaire est le premier signe de la puberté. L'ébauche mammaire apparaît précocement dès la quatrième semaine de la vie embryonnaire.

A la fin du quatrième mois, le fœtus a des mamelons saillants.

A la fin du septième mois, les canaux galactophores sont creux et s'ouvrent aux mamelons.

Après la naissance, l'écoulement mammaire de privation survient au quatrième jour de vie chez la petite fille (le taux de prolactine est alors le même chez la mère que chez le nouveau né).

Le développement pubertaire se manifeste généralement vers 11 ans mais il peut apparaître vers l'âge de 18 ans.

Les poils pubiens et axillaires apparaissent plus tardivement : en moyenne, on considère que la puberté débute entre 11-13 ans.

Lorsqu'elle survient avant 8 ans, on parle de puberté précoce.

Quand elle se produit après 18 ans il s'agit de puberté tardive.

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

Pilosité pubienne (P)

P1=absente

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.

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

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

La puberté culmine avec l'apparition des premières menstruations ou menarche.

Celle-ci survient le plus souvent à P4, S4, A2.

Remarque : nous signalons qu'il n'existe pas un âge précis pour la puberté, nous considérons qu'elle se produit à partir de 11 ans le plus souvent, parfois dès l'âge de 8 ans.

2-Phénomènes morphologiques :

Ils portent sur le poids, la taille, la stature. La croissance est rapide en période pré-pubertaire se faisant surtout aux dépens de membres inférieurs.

Le diamètre bi-acromial et le diamètre bi-trochantérien augmentent inégalement chez la fille : c'est la bi-crête qui domine.

Le bassin se développe rapidement vers 8-12 ans, son développement se poursuit au-delà de 16 ans.

L'apparition des caractères sexuels secondaires est sous la dépendance des sécrétions hormonales de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien.

3-Modification psychologique :

Adaptation à de nouveaux problèmes sexuels. C'est la prise de conscience de l'adolescente face au monde des adultes justifiant parfois un comportement agressif.

4-Grossesse :

Pendant la puberté, il y'a de profondes modifications, de la personnalité affective et intellectuelle. La survenue d'une grossesse, donc la présence d'un corps étranger au sein de l'organisme maternel s'accompagne de nombreuses modifications physiques (environnement hormonal, fonctions digestives, circulatoire, respiratoire...) et apparente (prise de poids, rondeur du corps). Il s'agit d'un processus d'adaptation physiologique à une nouvelle situation.

L'évolution normale aboutit au bout de 9 mois soit 38 semaines d'aménorrhée (SA) à 42 SA à l'expulsion du fœtus et des annexes, dénommée accouchement.

Cette évolution peut être émaillée de divers événements pouvant influencer sur la grossesse. Ce sont :

- les infections uro-génitales et palustres surtout sous les tropiques ;
- les vomissements « dits gravidiques » pouvant entraîner un état de dénutrition ;
- l'anémie parmi tant d'autres.

Ces symptômes pris séparément ou associés constituent des incidents au cours de l'évolution de la grossesse qui lorsque pris en charge correctement sont sans conséquence sur le fœtus et la mère. En revanche, l'absence ou la mauvaise prise en charge peut conduire à des accidents graves tels que :

- l'expulsion du fœtus avant viabilité : c'est l'avortement qui lorsqu'il survient avant 15 SA sera appelé avortement précoce et au-delà jusqu'à 27 SA avortement tardif ;
- la mort du fœtus in utero ;
- la pré éclampsie qui peut aboutir à une mort materno-fœtale.

5-Accouchement

Il résulte de l'ensemble des phénomènes physiologiques, mécaniques, dynamiques et hormonaux qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique d'au moins 28 SA révolues soit 7 mois.

Ainsi on parlera :

- d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre un terme de 28 SA à 37 SA ;
- d'accouchement à terme entre 38 SA à 42 SA ;
- post-terme au-delà de 42 SA.

L'accouchement se passe normalement dans la plupart des cas, mais il peut se compliquer d'évènements pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et / ou de la mère. Ce sont :

- les syndromes vasculo-rénaux à type de toxémie gravidique, d'éclampsie, d'hématome retro-placentaire
- les dystocies dynamiques et mécaniques
- la mort maternelle
- la morti-natalité.

6-Quelques facteurs de risque de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente

La survenue d'une grossesse nécessite donc, une prise en charge économique, affective et sociale. Ainsi, lorsqu'elle survient chez une fille adolescente célibataire de surcroît (sans pouvoir économique réel), cette prise en charge est quasiment inexistante ou insuffisante le plus souvent. En effet une étude récente de médecine a montré qu'à Bamako chez les adolescentes célibataires : la situation socio-économique des parents, le niveau d'instruction scolaire de l'adolescente ainsi que celui du partenaire ; constituent des facteurs de risque de la grossesse.

Ailleurs il est reconnu dans la littérature que: la grossesse chez la femme de moins de 20 ans, la primiparité, le célibat, le bas niveau socio-économique, la petite taille (inférieure ou égale à 1,5 mètre) constituent des facteurs de risque du pronostic de l'accouchement.

Aux syndromes vasculo-rénaux auxquels la primipare est davantage exposée, s'ajoutent les dystocies, la prématurité, les petits poids de naissance qui grèvent le pronostic materno-fœtal.

IV METHODOLOGIE

1 – Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.

1.1– Historique de la commune IV :

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le tout nouveau, Sibiribougou.

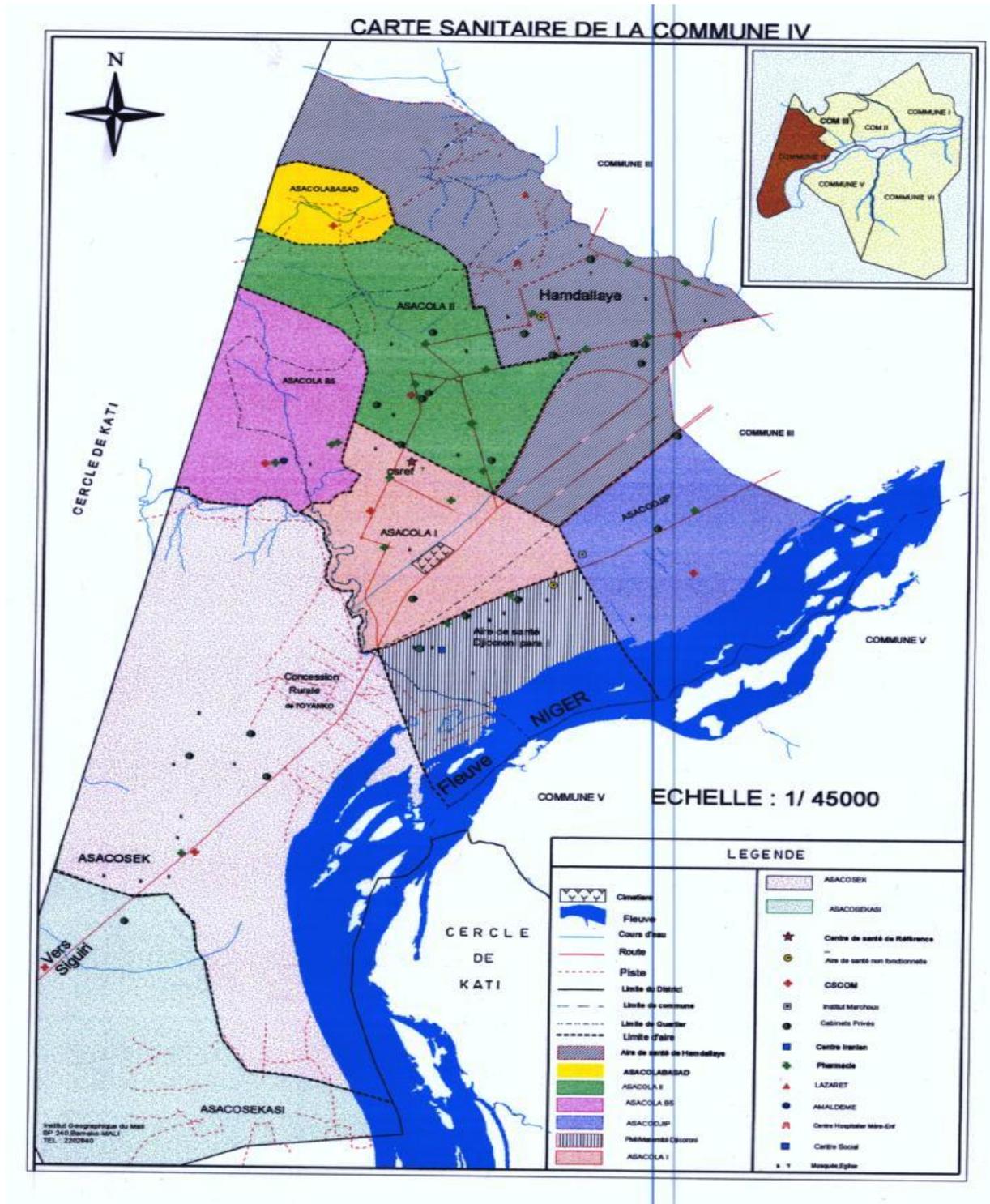
La commune IV du District de Bamako a une superficie de 37,68 Km² pour une population actualisée de 347342 habitants en 2014 (source DNSI).

Elle est limitée :

*A l'Ouest par la limite ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;

*A l'Est et au Nord par la partie ouest de la commune III ;

*Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).



1.2. Présentation du CSREF CIV

Le Centre de Santé de Référence est situé en plein cœur de la Commune IV, d'abord Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Lafiabougou et fut érigée en centre de santé de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

❖ Les locaux du Centre de Santé de Référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence comporte :

- Un bureau des entrées
- Une unité de développement sociale
- Une unité de gynéco obstétrique,
- une unité de chirurgie générale,
- une unité de médecine générale,
- une unité d'ophtalmologie,
- une unité d'ORL,
- une unité de pédiatrie,
- une unité de soins d'animation et de conseils (USAC),
- un bloc des urgences,
- un bloc opératoire,
- une unité d'anesthésie,
- une salle d'accouchement,
- une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la médecine générale et deux salles pour la pédiatrie,
- une unité de consultation prénatale,
- une unité de consultation postnatale,
- une unité PEV,
- un cabinet dentaire,
- un laboratoire,

- un dépôt de médicaments essentiels,
 - une unité chargée de la prise en charge des malades tuberculeux (DAT),
 - une unité de prise en charge de la lèpre,
 - une unité de dépistage du cancer du col,
 - deux salles de soins infirmiers,
 - une unité de brigade d'hygiène,
 - une morgue,
 - une mosquée.
- ❖ Le personnel du Centre de Santé de Référence de la commune IV comprend :
- deux pédiatres dont un est le médecin chef,
 - trois médecins gynécologues obstétriciens,
 - un médecin ophtalmologiste,
 - deux assistants médicaux en ophtalmologie,
 - un médecin spécialiste en ORL,
 - cinq médecins généralistes,
 - dix-neuf sages-femmes,
 - neuf infirmières obstétriciennes,
 - quatre anesthésistes dont un médecin et trois assistants.
 - deux assistantes médicales en ORL,
 - trois techniciens supérieurs de laboratoire,
 - deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
 - dix aides-soignants,
 - une gérante de pharmacie,
 - sept manœuvres,
 - cinq chauffeurs,

- quatre gardiens dont un de la morgue,
- cinq comptables,
- deux aides comptables,
- deux agents de saisie,
- quatre secrétaires administratives, un coursier,
- quatre infirmiers aides de bloc opératoire.

A ceux-ci s'ajoutent des médecins en spécialisation en Gynéco-obstétrique en rotation, des médecins généralistes stagiaires et des étudiants en médecine faisant fonction d'interne.

❖ Fonctionnement du service de Gynéco Obstétrique

Les consultations gynéco-obstétriques sont faites du Lundi au Vendredi.

Les consultations prénatales sont quotidiennes.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison des CSCOM vers le CS Réf CIV et du CS Réf CIV vers les CHU et le CNTS.

Le service de garde dispose entre autre de :

- trois tables d'accouchement ;
- deux salles d'opération,
- un dépôt de sang,
- des kits de médicaments d'urgence pour les césariennes et leurs complications.

Un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 00 mn dirigé par un gynécologue Obstétricien. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Il y a deux (2) jours de programme opératoire en dehors des urgences durant la semaine.

Une visite aux malades hospitalisées est faite tous les jours après le staff.

❖ Il existe en outre des centres de santé communautaires (CSCOM) qui sont :

ASACOSEK ; ASACOLA I ; ASACOLA B5 ; ASACOLA II ; ASACODJIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René Cissé d'Hamdallaye ; ASACOHAM. Outre ces centres cités ; il y a aussi des cabinets au nombre de 39; des cliniques et polycliniques privées au nombre de 15 et des officines pharmaceutiques au nombre de 35.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude cas témoins prospective transversale.

3-Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Septembre 2014 au 23 Octobre 2014 sur 1000 accouchements.

4-Population d'étude

L'étude a porté sur les parturientes reçues à la maternité du CS Réf CIV pour accouchement.

5-Échantillonnage

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

-**Taille de l'échantillon** : Notre étude a concerné 1000 parturientes ayant accouché dans le service.

6- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude toutes les parturientes ayant accouché dans le service pendant la période d'étude,

- De 10 à 19 ans pour les adolescentes ;
- ≥ 20 ans pour les témoins.

7- Critères de non inclusion

- Patientes ayant accouché dans une autre structure et référées dans les suites de couches immédiates,
- Patientes ayant accouché à domicile.

8- Collecte des données

- **Technique**

Elle a consisté en une enquête par questionnaire et examen adressés à toutes les parturientes ayant accouché dans le service.

- **Outils de collecte**

Les carnets de CPN, dossiers obstétricaux, registre d'accouchement, registre de compte rendu opératoire, registre SONU ont été les outils utilisés.

9- Les variables

Nous avons utilisé les variables suivantes :

Age, résidence, statut matrimonial, profession, parité, gestité, nombre de CPN, qualité du bassin, mode d'accouchement, terme de la grossesse, existence de complications traumatiques, complications de la délivrance, nombre d'avortement, poids du nné, APGAR, état du nné.

10- Plan d'analyse et traitement des données

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO, version 3.5.3, du CDC d'Atlanta et de l'OMS.

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

Le test du Khi 2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison, significatif si $P \leq 0,05$.

Pour la collecte des données, nous avons procédé à :

un interrogatoire et une observation clinique, l'examen des registres d'admission de garde, d'accouchement, et de compte rendu opératoire.

L'examen des carnets de consultations prénatales

11- Aspects éthiques

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

12-Difficultés rencontrées

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

- la non disponibilité des carnets de CPN dans certains cas pendant l'accouchement ;
- le mauvais remplissage des supports (partogramme) ;
- la difficulté de revoir les parturientes après l'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des nouveau-nés et des suites de couches

V-RESULTATS

1. La fréquence :

Notre enquête a porté sur 1000 accouchements du 1^{er} Septembre 2014 au 23 Octobre 2014 dont 192 accouchements chez les adolescentes au CSRéf CIV, soit une fréquence de 19,2%.

2. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition selon l'âge

Age	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
14-15	11	5,73	0	0	11
16-17	74	38,54	0	0	74
18-19	107	55,73	0	0	107
≥ 20	0	0	808	100	808
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=1000

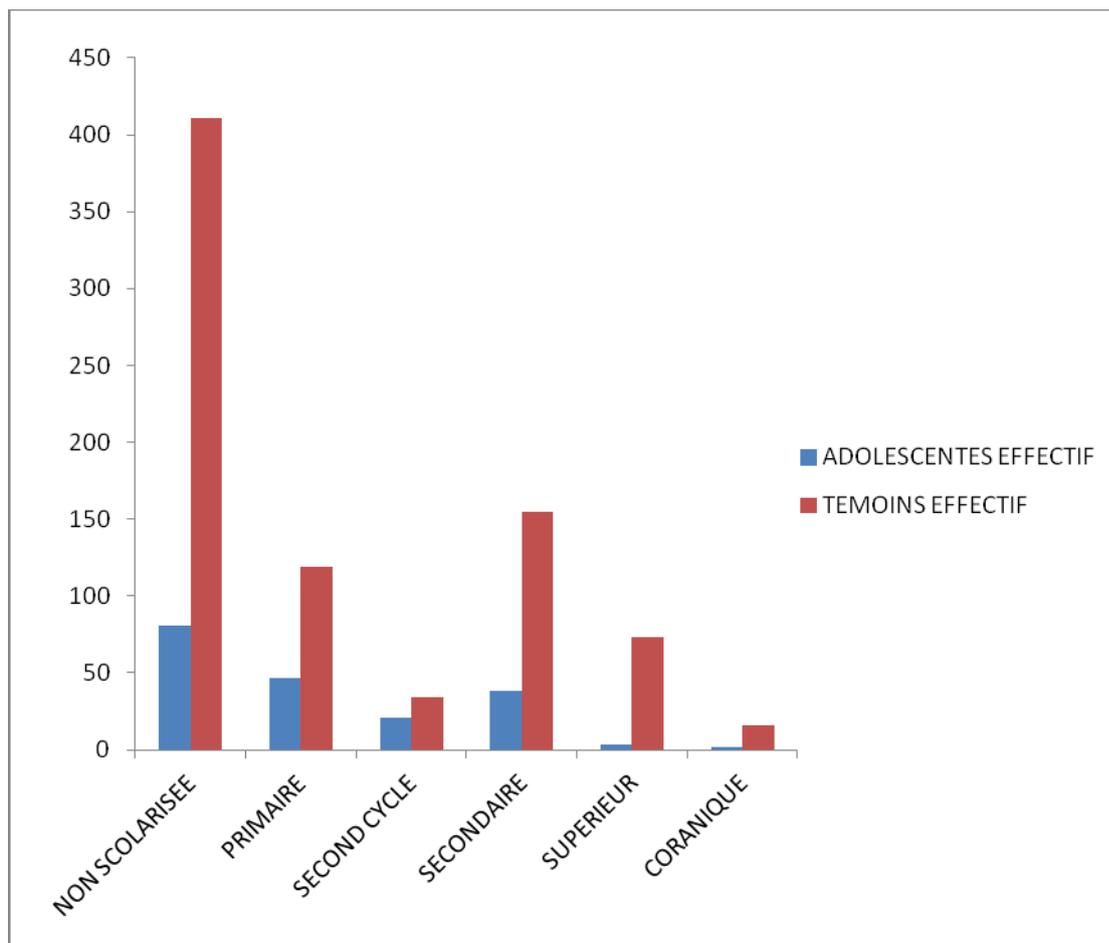
P=0,000000

Tableau II : Répartition selon la provenance

Provenance	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Commune	170	88,54	705	87,25	875
Hors commune	22	11,46	103	12,75	125
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=0,24

P=0,6273



Khi2= 276,49

P=0,00000

Figure 1 : Répartition selon le niveau d'instruction

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage	
Femme au foyer	121	63,02	512	63,37	633
Aide ménagère	11	5,73	8	0,99	19
Salariée	0	0	85	10,52	85
Elève / étudiante	51	26,57	65	8,04	116
Vendeuse	4	2,08	97	12,00	101
Couturière	4	2,08	10	1,24	14
Coiffeuse	1	0,52	18	2,23	19
Teinturière	0	0	10	1,24	10
Cuisinière	0	0	2	0,25	2
Hôtelière	0	0	1	0,12	1
Total	192	100	808	100	1000

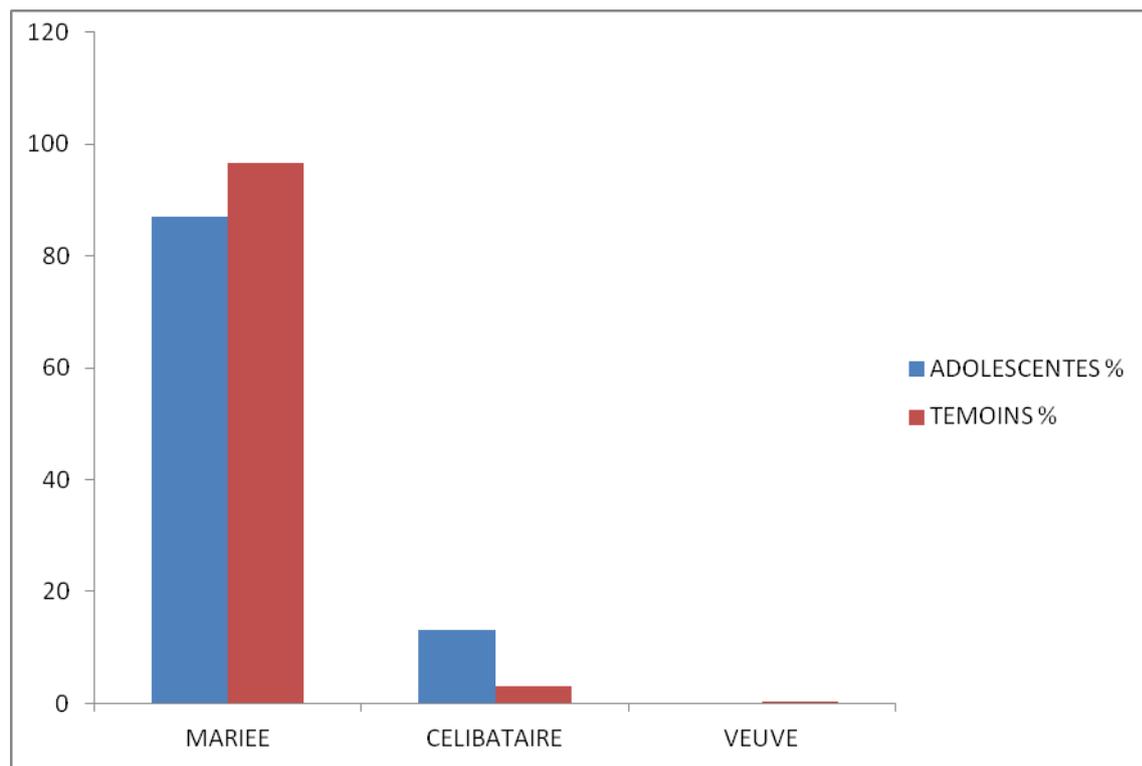


Figure 2 : Répartition selon le statut matrimonial
Khi2=32,58 **P=0,0000**

3. Caractéristiques cliniques

Tableau IV : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Venue d'elle-même	148	77,08	741	91,71	885
Référence / évacuation	44	22,92	67	8,29	111
Total	192	100	808	100	1000

Khi=33,62

P=0,00000

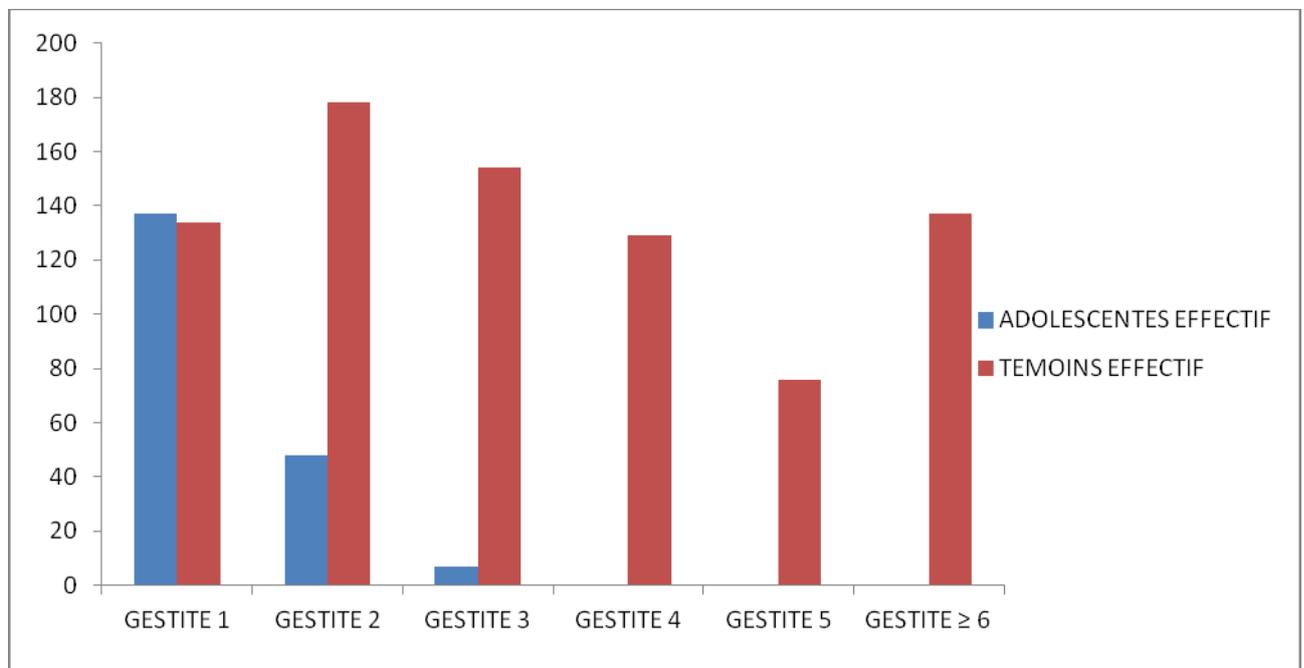


Figure 3 : Répartition selon la gestité

Khi2=276,49

P=0,0000

Tableau V: Répartition selon la parité

Parité	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
1	144	75	147	18,20	293
2	44	22,92	184	22,77	228
3	4	2,08	170	21,04	174
4	0	0	127	15,72	127
5	0	0	67	8,29	67
≥ 6	0	0	113	13,98	113
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=277,03

P=0,0000

Tableau VI: Répartition selon le nombre d'avortement

Avortement	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	183	95,31	677	83,79	860
1	6	3,13	94	11,63	100
2	3	1,56	28	3,46	31
3	0	0	5	0,62	5
4	0	0	2	0,25	2
5	0	0	2	0,25	2
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=17,58

P=0,0035

Tableau VII : Répartition selon la réalisation de CPN

Réalisation de CPN	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	18	9,38	62	7,67	80
1	29	15,10	73	9,03	102
2	28	14,58	136	16,83	164
3	37	19,27	145	17,95	182
≥ 4	80	41,67	392	48,52	472
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=8,33

P=0,0800

Tableau VIII: Répartition selon le type du bassin

Type de bassin	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Anormal	15	7,82	48	5,94	63
Normal	177	92,18	760	94,06	937
Total	192	100	808	100	1000

Bassin anormal (BGR; BL)

Khi2=0, 92

P=0, 3372

Tableau XI : Répartition selon la voie d'accouchement

Voies d'accouchement	Adolescentes		Témoins		Total
	effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage	
Voie basse	161	83,85	628	77,72	789
Voie haute	31	16,15	180	22,28	211
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=3,50

P=0,0612

Tableau XII: Répartition selon la survenue de traumatisme lors de l'accouchement

Type de traumatisme	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Déchirure périnéale 1 ^{er} degré	4	2,08	0	0	5
Lésion vésicale	0	0	1	0,12	1
Aucun	188	97,92	807	99,88	995
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=17,13

P=0,00019

Tableau XIII: Répartition selon l'indication de la césarienne

Indication de la césarienne	Adolescentes		Témoins		total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Présentations vicieuses	3	9,68	21	12,73	19
Siège chez primipare	5	16,12	10	5,52	15
Pathologies/Utérus cicatriciel	1	3,23	62	34,36	27
HRP	1	3,23	3	1,66	4
Dilatation stationnaire	1	3,23	10	5,52	1
Echec de l'épreuve du travail	0	0	9	4,97	9
Placenta prævia	2	6,45	6	3,31	8
Souffrance Fœtale	6	19,55	10	5,52	16
Défaut d'engagement	1	3,23	9	4,97	10
Rupture Utérine	0	0	3	1,66	3
Syndrome de pré rupture	3	9,68	1	0,55	4
Macrosomie	0	0	7	3,89	7
BGR	6	19,35	8	4,42	14
Autres	2	6,45	42	23,42	44
Total	31	100	180	100	211

Autres (procidence du cordon 2^{ème} degré battant, primipare âgée, ATCD obstétricaux chargés, dépassement de terme, ATCD de plastie périnéale).

Tableau XIV: Répartition selon la césarienne pour siège chez primipare

Siège chez primipare	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	5	16,13	10	5,52	15
Non	26	83,87	170	94,48	196
Total	31	100	180	100	211

Khi2=4,53

P=0,03

Tableau XV : Répartition selon la césarienne pour souffrance fœtale aigüe

Souffrance fœtale aigüe	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	6	19,35	10	5,52	16
Non	25	80,65	170	94,48	195
Total	36	100	180	100	211

Khi2=7,26

P=0,0070

Tableau XVI: Répartition selon la césarienne pour BGR

Césarienne pour BGR	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
BGR	6	19,35	8	4,42	14
Autres	25	80,65	172	95,58	197
Total	31	100	180	100	211

Khi2=9,57 P=0,001

Tableau XVII : Répartition selon l' Apgar à la première minute

APGAR à la 1 ^{ère} minute	Adolescentes		Témoins		total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	6	3,08	19	2,28	25
≤ 7	17	8,72	30	3,61	47
≥ 8	172	88,20	783	94,11	955
Total	195	100	832	100	1027

Khi2=10,02 P=0,0066

Tableau XVIII: Répartition selon l'Apgar à la Cinquième minute

APGAR à la 5 ^{ème} minute	Adolescentes		Témoins		total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
0	0	0	0	0	0
≤ 7	7	3,70	5	0,62	12
≥ 8	182	96,30	808	99,38	990
Total	189	100	813	100	1002

Khi2=12,36 P=0,00043

Tableau XIX: Répartition selon la survenue des complications dans le post partum

Complication du post partum	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Anémie	5	2,60	8	0,99	13
Paludisme	1	0,52	4	0,50	5
Eclampsie	1	0,52	0	0	1
Endométrite	0	0	2	0,25	2
Suppuration pariétale	0	0	1	0,12	1
Aucun	185	96,36	793	98,14	978
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=8,08 P=0,151

Tableau XX: Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

Etat du nouveau né	Adolescentes		témoins		total
	Effectif	Pourcentage	effectif	Pourcentage	
Vivant	189	96,92	813	97,72	1002
Mort né	6	3,08	19	2,28	25
Total	195	100	832	100	1027

Khi2=0,42 P=0,5176

Tableau XXI : Répartition selon le poids à la naissance

Poids à la naissance (Grammes)	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
>2500	20	10,26	45	5,41	65
2501 – 3999	173	88,72	770	92,55	943
≥4000	2	1,02	17	2,01	19
Total	195	100	832	100	1027

Khi2=7,00 P=0,0301

Tableau XXII: Répartition selon la survenue d'une hémorragie de la délivrance

Hémorragie de la délivrance	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Oui	3	1,56	11	1,36	14
Non	189	98,44	797	98,64	986
Total	192	100	808	100	1000

Khi2=0,05 P=0,831

Tableau XXIII: Répartition selon l'évacuation des nouveau-nés

Evacuation nnés	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	37	19,58	93	11,44	130
Non	152	80,42	720	88,56	897
Total	189	100	813	100	1002

Khi2= 8,99 P=0,002

Tableau XXIV : Répartition selon le motif d'évacuation du nouveau-né

Motif d'évacuation	Adolescentes		Témoins		Total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Dépassement de terme	2	5,51	3	3,23	5
Hydraminios	0	0	1	1,08	1
Hypotrophie	12	32,43	36	38,70	48
Macrosomie	2	5,41	17	18,28	19
Prématurité	6	16,21	9	9,67	15
RPM ≥ 12H	0	0	4	4,30	4
Souffrance néonatale	14	37,84	22	23,66	36
Malformation	1	2,70	1	1,08	2
Total	37	100	93	100	130
Khi2=8,96		P=0,2555			

Tableau XXV: Répartition selon les décès néonataux précoces

Décès néonataux précoces	Adolescentes		Témoins		total
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Oui	4	2,05	5	0,60	9
Non	191	97,95	827	99,40	1018
Total	195	100	832	100	1027

Khi2=3,83 P=0,050

VI - COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

La proportion d'adolescentes venues accoucher dans la maternité du CS Réf CIV représentait **19,2 %** de l'ensemble des accouchements soit **192 cas sur 1000**

Les études sur l'adolescence posent des problèmes parce que les limites de cette tranche de la population ne sont pas définies avec précision. Certains auteurs prennent pour limite supérieure un âge de 16 ans [28], d'autres 17 ans [32].

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

Au Mali, **SANOGO MM [41]**, **DEMBELE.S [11]**, **YATTASSAYE A [50]** ont trouvé respectivement une fréquence de **12,11%** ; **21,72%** ; **18,14%**.

Notre fréquence élevée par rapport à celle de **SANOGO MM [41]** pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon. Par contre notre taux se rapproche de ceux de **DEMBELE.S [11]** et de **YATTASSAYE A [50]**.

Selon **LEKE J.F.R. [30]** l'incidence de la grossesse chez l'adolescente en Afrique noire varie entre **5 et 20%**.

En 2000 NIANE M. [31] a trouvé à Kayes une fréquence de **12,9%**.

En 2002 TRAORE F. [44] a trouvé dans son étude une fréquence de **27,7%** supérieure à la nôtre. Selon **JOHN LIBBEY [18]** cette prévalence est beaucoup moins élevée dans les pays développés comme le Canada avec **2,5%**, les USA avec **5,3%**, la Suisse avec **0,46%**. Ainsi, la fréquence rapportée par notre étude se rapproche des résultats trouvés dans la littérature africaine.

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

2. Profil sociodémographique

2.1. Age

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 18-19 ans avec **55,73 %**. Ce taux est inférieur à celui de **JOHN LIBBEY [18]** et supérieur à celui de **NEKAM F [30]** au CSRéf CIV en **1995** qui ont trouvé respectivement que la tranche d'âge **18-19ans** et **16-18 ans** étaient les plus représentées avec une fréquence respective de **71% et 43,3%**.

Par contre **SANOGO MM [41]** rapporte que la tranche d'âge la plus représentée est de 16-17 ans avec **50,3%**.

DEMBELE S [11] dans son étude a trouvé que **80 %** des adolescentes avaient moins de **18 ans** avec un âge moyen de **17 ans**.

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.

2.2. Groupe socio-professionnel

Les femmes au foyer étaient les plus nombreuses avec **63,02%** des cas et les élèves/étudiantes représentaient **26,57%** des adolescentes dans notre étude.

Cette fréquence est supérieure à celle de **SANOGO M M [41]** qui a trouvé **50%** de ménagères et inférieure à celle des élèves **30,6%**.

Par contre l'étude de **NIANE M.** en 2000 **[31]** effectuée à Kayes a montré que seulement 14% des adolescentes recensées étaient des élèves.

Cette fréquence élevée des élèves s'explique par le manque d'éducation sexuelle dans le programme scolaire et les masses média (télévision, internet...).

2.3. Résidence

La majorité des adolescentes de notre étude **88,54 %** résidaient en commune IV. Cela s'explique par la proximité de notre structure à cette population et la confiance portée sur la qualité des services offerts.

2.4. Statut matrimonial

Dans notre étude **86,98 %** des adolescentes étaient mariées. Notre taux est supérieur à ceux trouvés par **SANOGO MM [41]**, **TRAORE F. [44]** et de **ONGOIBA A [37]** avec des fréquences respectives de **24%**, **62%** et **64%**.

Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le mariage précoce chez les adolescentes.

3. Profil clinique des adolescentes

3.1. Mode d'admission

Dans notre étude **77,08%** des adolescentes et **91,71%** des témoins sont venues d'elles mêmes. Ceci pourrait s'expliquer par le counseling bien fait par les sages-femmes et autres personnels.

Les évacuations qui ont représenté chez les adolescentes **22,92%** et **8,29%** chez les témoins **P=0,0000** qui est significatif avaient pour motif entre autres : présentation du siège chez les primigestes, BGR, utérus cicatriciel sur bassin limite, bassin immature et primipare jeune. Chez **SANOGO MM [41]** **55%** sont venues d'elles mêmes et **45%** ont été évacuées, **DIALLO O H [13]** a trouvé un taux d'évacuation de **26,7%** contre **65,9%** venues d'elles mêmes.

3.2. CPN

Le but de la consultation prénatale est de dépister les grossesses à risque et 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 à donner au nouveau-né.

Dans notre série **9,38 %** des adolescentes n'ont effectué aucune consultation prénatale contre **7,67 %** pour les témoins **P=0,0800** non significatif.

Par contre dans la série de **DEMBELE S [11]**, **58%** des adolescentes n'ont effectué aucune consultation prénatale contre **16,8%** pour les témoins **P=0,000000** statistiquement significatif. Ce taux faible de notre étude pourrait être en rapport avec le fait que notre étude a été effectuée dans le district avec beaucoup de moyens d'information sur l'importance de la consultation prénatale et la proximité du centre à la population.

3.3. Parité

Dans notre étude **25 %** des adolescentes étaient déjà mères.

Cette fréquence est supérieure à celles de **SANOGO MM [41] 14,6%** de **NIANE M [31] 12,8%** et de **NEKAM F [30] 14,8%**.

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

3.4. Avortement

Dans notre série **4,69 %** des adolescentes avaient fait des avortements contre **4,59 %** pour les témoins.

Cette fréquence est supérieure à celle de **NEKAM F [30] 1,2%**. Cela pourrait s'expliquer par la fréquence de cette pratique de nos jours qui autrefois était rare.

3.4. Type de bassin

Au cours de notre étude, le bassin était normal dans **92,18%** chez les adolescentes contre **94,06%** chez les témoins, **P=0,3372** non significatif. **SANOGO MM [41]** a trouvé **94,5%** de bassin normal chez les adolescentes.

4. Pronostic materno – fœtal

4.1. Terme de la grossesse

Au cours de notre étude **93,75%** des adolescentes et **97,15%** des témoins étaient à terme, **P=0,062254** non significatif.

La prématurité a été observée chez **3,65%** de nos adolescentes alors que **JOHN LIBBEY [18]** a trouvé **15%** de prématurité, et d'autres études effectuées au Cameroun ont trouvé **19,6%** [49].

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

4.2. Mode d'accouchement

Les accouchements par voie naturelle ont représenté **83,85%** chez les adolescentes et **77,72%** chez les témoins, **P= 0,0612** non significatif. Notre taux est proche de celui de **SANOGO MM [41]** inférieur à celui **TRAORE F [44]** avec (**94,8%**), mais supérieur à celui trouvé par **NIANE M [31]** à Kayes qui était de **75,9%**. Toute fois nous pouvons dire que dans la grande majorité des cas l'accouchement chez les adolescentes se fait par voie naturelle comme en témoignent ces différents résultats. Ces accouchements ont nécessité une surveillance rigoureuse du travail d'accouchement à l'aide du partogramme.

Nous avons enregistré **16,15%** de cas d'accouchement par voie haute chez les adolescentes. **SANOGO MM [41]** a rapporté un taux de **13,75%** des adolescentes césarisées pour différentes indications, contre **5,2%** pour **TRAORE F [44]**, **24,1%** pour **NIANE M [31]**, **15,78%** pour **YATTASSAYE A [50]** et **20,4%** pour **ONGOIBA A [37]**.

4.3. Indications de la césarienne

Les indications les plus fréquentes de césarienne étaient : la souffrance fœtale aiguë **19,35%** ; le BGR **19,35%** ; siège chez primigeste **16,13%** chez les adolescentes et respectivement **5,52%** ; **4,42%** ; **5,52%** chez les témoins, avec **P=0,033**, **P=0,0070**, **P=0,001** qui sont significatifs. Nous avons trouvé pour la présentation vicieuse **9,68%** chez les adolescentes contre **6%** chez **DEMBELE**

S [11]. Selon **NIANE M [31]** la présentation de siège chez les primipares comme indication de césarienne a représenté **8,77%**.

4.4. Complications traumatiques

Les déchirures périnéales ont représenté **2,08%** des complications traumatiques contre **7,5%** selon **DEMBELE S [11]** chez les adolescentes. Ce taux s'explique par le fait que la plupart des parturientes arrivent à dilatation complète et par l'immaturation de l'organisme.

4.5. Complications du post-partum

L'hémorragie de la délivrance a représenté **1,56%** chez les adolescentes et **1,36%** chez les témoins.

L'anémie a représenté **2,60%** des complications du post-partum pour les adolescentes et **0,99%** chez les témoins ; ces taux sont inférieurs à ceux de **MAÏGA R [26]** **4,4%** pour les adolescentes et **0,6%** pour les témoins.

4.6. Décès maternel

Le risque de décès maternel au cours de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couche, évoque un drame lorsque cet événement survient chez une adolescente qui a toute sa vie devant elle.

Au cours de la période d'étude aucun cas de décès maternel n'a été enregistré chez les femmes (adolescentes et témoins) ayant accouché dans la structure.

4.7. Poids des nouveau-nés

Dans notre étude **10,26 %** des nouveau-nés avaient un faible poids de naissance contre **5,41%** chez les témoins ; **P=0,0301** est significatif. Ce taux pourrait s'expliquer par la prématurité, le retard de croissance in utero dans les deux cas.

SANOGO MM [41] a rapporté que **24,5%** des nouveau-nés avaient un faible poids de naissance, **TRAORE F 13,5%** [25], **DIALLO D 11,8%** [29], **ONGOIBA A 11%** [37], et **JOHN LIBBEY 23%** [18].

Le faible poids de naissance englobe les prématurés dont le poids correspond à l'âge gestationnel, et les 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 néonatalogie.

L'association du jeune âge maternel et du petit poids du nouveau-né est rapportée par plusieurs travaux à travers la littérature [2,15].

En revanche, les résultats de l'étude multivariée effectuée par le Forum et al. [29] ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids.

4.8. Etat des nouveau-nés à la naissance

Les morts nés ont représenté **3,08%** chez les adolescentes et **2,28%** chez les témoins dans notre étude, **P=0,5176**(non significatif). **DEMBELE S [11]** a trouvé **5,2%** chez les adolescentes et **8,8%** chez les témoins. Ce taux pourrait s'expliquer par l'absence de CPN, le manque de moyen financier.

4.9. Evacuation des nouveau-nés :

Les nouveau-nés dans **18,97%** des cas chez les adolescentes et **11,18%** chez les témoins, **P=0,002**(significatif), ont fait l'objet d'une évacuation à la néonatalogie pour des motifs qui sont entre autres : la prématurité, l'hypotrophie, la souffrance néonatale, la macrosomie, **MAÏGA R [26]** a trouvé **15,9%** des cas chez les adolescentes et **9,0%** chez les témoins.

5.0. APGAR à la première minute :

Dans notre étude, une souffrance fœtale estimée par un indice d'Apgar inférieur à 7 à la première minute a été trouvé chez **8,72%** des nouveau-nés chez les adolescentes et **3,61%** chez les témoins ; **P=0,0066** est significatif. **SANOGO MM [41]** a trouvé **21%** **JOHN LIBBEY [18]** **40%**, d'autres études effectuées au Cameroun ont trouvé des taux de **26,4%** [49] chez les adolescentes. Ces taux sont supérieurs à ceux de notre étude.

5.1. APGAR à la cinquième minute :

Dans notre étude **3,59%** des naissances chez les adolescentes et **0,60%** chez les témoins avaient un APGAR inférieur ou égal à 7 ; **P=0,0004** (significatif). **DEMBELE S [11]** a trouvé **27,9%** chez les adolescentes et **19,8%** chez les témoins. Cette souffrance fœtale pourrait s'expliquer par une durée prolongée des efforts expulsifs prolongés.

5.2. Décès néonataux précoces :

Nous trouvés **2,05%** de décès néonataux précoces chez les adolescentes contre **0,60%** chez les témoins **P=0,050**(significatif). **MAÏGA R [26]** a trouvé **6,8%** chez les adolescentes et **4,5%** chez les témoins. Ce taux peut s'expliquer par le nombre élevé de souffrance néonatale chez les adolescentes.

VII CONCLUSION

Notre étude a porté sur 1000 accouchements dont 192 chez les adolescentes à la période du 1^{er} Septembre 2014 au 23 Octobre 2014. Nous sommes arrivés à la conclusion suivante :

Les adolescentes ont représentés **19,2%** des parturientes

Le taux des non instruites était de **42,19%** chez les adolescentes dont **26,57%** d'élèves et étudiantes ; **13,02%** d'entre elles étaient des célibataires;

L'accouchement par voie basse est la plus fréquente avec **83,85%** chez les adolescentes; les indications de césarienne les plus fréquentes sont : la souffrance fœtale aigüe, le BGR, la pathologie sur utérus cicatriciel.

Parmi les complications survenues dans le post- partum; l'anémie a représenté **2,60%** chez l'adolescente et **0,99%** chez les témoins

Chez les adolescentes **16,21%** des Nnés ont été évacués pour prématurité contre **9,67%** chez les témoins; **37,84%** des Nnés évacués pour souffrance néonatale chez les adolescentes contre **23,66%** chez les témoins ; **10,26%** des Nnés avaient un poids inférieur à **2500Grammes** chez les adolescentes contre **5,41%** chez les témoins ; **2,05%** de décès néonataux précoces chez les adolescentes et **0,60%** chez les témoins ; **3,08%** de mort nés chez les adolescentes contre **2,28%** chez les témoins.

Certains facteurs de risques ont été relevés en plus de l'âge, il s'agit de: l'absence de consultation prénatale, le statut matrimonial ; le faible niveau d'instruction.

L'accouchement chez les adolescentes est à risque à cause des complications materno-fœtales.

L'éducation sanitaire pour la promotion de la planification familiale peut être d'apport considérable.

VIII RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités

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

2. Aux agents socio-sanitaires :

- Faire un counseling pour le changement de comportement en mettant l'accent sur l'éducation sexuelle et les inconvénients du mariage précoce.
- Mener correctement la CPN recentrée.
- Appliquer le plan d'accouchement.
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de planification familiale
- Remplir correctement les supports (sans oublier les contacts).

3. A la population :

- Faire régulièrement les consultations prénatales dans le but de diagnostiquer d'éventuelles complications dès le début de la grossesse.
- Sensibiliser les adolescentes sur le danger encouru par une sexualité et une grossesse précoces.
- Assurer une bonne éducation sexuelle des adolescentes.
- Lutter contre les pratiques néfastes à la santé de la reproduction des jeunes filles comme le mariage précoce.

IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-ALY ABBARA www.aly-abbara.com le 15-05-2007

2-ANANDALASKSHMY PN, BUCKSHEE K TEENAGE

Pregnancy and its effect on maternal and child health- a hospital experience.

India J Med Sci 1993; 47:8-11

3- AUBRY C SCHWEITZER M, DESCHAMPS JP

Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence. Arch Fr Pediatr 1988; 45: 539-43

4- BLONDEL B, MARSSHALL B: Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996; 25: 729-36.

5- BOURY-HEYLER, COHEN J : Abrégé de physiologie Gynécologie.

Masson, Paris, 1976

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

6-BRAUNER R, LIMAL JM, RAPPAPORT R :

La puberté normale et pathologique. Encyclopédie Médicale et chirurgicale.

(Paris, France) 1984. Gynécologie 1,36 A¹⁰, 2p

7-BRAUNER R, LIMAL JM, RAPPAPORT R : Puberté normale et

pathologique. Encyclopédie Médicale Chirurgicale

(Paris, France) Pédiatrie 6,4107B¹⁰, 7-1987,14p

8-CERPOD, CILSS, INSAH : Santé de la reproduction au sahel, les jeunes en danger. Résultats dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest. 1978, 4 : 45-50.

9- CHAMAKI A : Physiologie de la puberté. 3^{ème} cours nationale de médecine scolaire et universitaire de Tunis. 1992 ; 11 : 124

10-COULIBALY B : Etude de la gravido-puerperalité chez l'adolescente à la maternité de l'Hôpital National du Point "G".
Thèse médecine Bamako 1992 N °92 M 56

11-DEMBELE S : Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioïla
. Thèse Médecine 2012 N° 12 M 185

12-DIALLO D : L'accouchement chez l'adolescente en milieu péri-urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au S.S.S de la commune V.
Thèse de médecine année 1995 N °95 M 48

13-DIALLO O H : Les urgences gynéco-obstétricales chez l'adolescente au CS Réf CV du district de Bamako.
Thèse médecine 2008 N°08 M 182

14-DICTIONNAIRE DE MEDECINE : FLAMMARION 7ème édition

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

16- GUIBERT E, FORGET G, CHARBONNEAU L, FRAPPIER JY, GAUDREAULT A, MARQUIS N.

Etre adolescente et fertile : une responsabilité personnelle et sociale. Contracept Fertil Sex 1988 ; 16 : 977-981

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

18-JOHN LIBBEY www.john-libbey-eurotext.fr le 15-05-2007

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

20-LANSAC J, BODY G: Pratique de l'accouchement. 2^{ème} édition. Paris : Simep. 1992 : 360.

21-LANSAC J, BERGER C , MAGNIN G
Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} édition. Paris : Simep. 1990 : 424.

22-LANSAC J., LECOMTE P : Gynécologie pour le praticien. 3^{ème} édition. Paris: Simep. : 1989: 512.

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

24-LEKE JIR : Stratégies pour améliorer la santé reproductive des adolescentes en Afrique. Livre des résumés du VIème congrès de la SAGO à Ouagadougou, 4-8 Décembre 2000 : 199p.

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

26-MAÏGA R : Accouchement chez l'adolescente à l'Hôpital Sominè Dolo de Mopti, étude de cas témoins.

Thèse médecine 2010 N° 10 M 253.

27-MERGER R LEVY J MELCHIOR J: Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition. Paris Masson, 1989 : 740.

28-MERGER LEVY J MELCHIOR : Précis d'obstétrique 6ème édition Masson.

29-Nations Unis: Adolescent reproductive behavior evidence from developing countries for the 2000 New York 1986-1989.

30-NEKAM F : Facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV.

Thèse de médecine Bamako 1995 N° 95 M 39.

31-NIANE M : Etude épidémio-clinique de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes à l'Hôpital Régional de Kayes. Thèse de Médecine Bamako 2000. N° 00 M 342

32-Oben GB: Pregnancy in girl under 16 years

I Obstetrics gynecology B 1969 76 53° P.P 640-644

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

34-OMS : Rapport de situation sur la maternité sans risque, 1993-1995

Genève 1996.

35-OMS : Santé et développement des adolescents. La clé de l'avenir.

WHO/ADH/94.3. Rev. 1 : Genève 1995.

36-OMS : La santé des adolescentes dans la région africaine. Unité de SMI/PF-
AFRO : Brazzaville, 1988 : 24p.

37-ONGOIBA A : Grossesse et accouchement chez les adolescentes à
l'Hôpital du Point G

Thèse de Médecine Bamako 1999 N°99 M 60

38-ROBERT HG PALMER R, BOURY C, HEYLER, COHEN

Précis d'obstétrique. 2eme édition revue et augmentée.

1979 Masson.Paris-NewYork-Barcelone-Milan.137-140

39-ROBERT P : Le petit Robert. Dictionnaire de la langue française

40-SALOMON Y, RONZIER M, DUFLOS-COHADE C ET COLL

Les gynécologues et les problèmes psychologiques et psychopathologiques de
l'adolescente. Encyclopédie Médicale et Chirurgicale (Paris, France),

Gynécologie 4, 1987. 802A¹⁰, 11-15p

41- SANOGO M.M : L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé
de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine 2009.

N° 09 M 287

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

Soin prénatal dans une zone urbaine de la République Centrafricaine :
Fréquence, facteurs influents, pronostic maternel et néonatal. Med Trop Mars
2000. 257-61

43-SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE (SCP)

Comité de la médecine de l'adolescence. L'âge limite de l'adolescence. Page
web 2000 : <http://www.am94-01>

44-TRAORE F : Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain.

Thèse de Médecine Bamako 2002 N° 02 M 154

45-TRAORE I Y : Problématique de la grossesse chez les adolescentes dans le
district de Bamako.

Thèse de médecine 2010 N° 10 M 395.

46-UNICEF-(FISE) : Trop grandes pour jouer, trop jeunes pour être mères.

Revue août 1994.

47- VAN WINTER JO, SIMMONS PS

A proposal for obstetric and pediatrics management of adolescent pregnancy.

Mayo clin Proc 1990 ; 65 : 1061-1066

48- VINATIER D, PATEY-SAVATIER P, MONNIER JC.

Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. Encycl. Méd.
Chir. (Paris, France), Obstétrique, 5016D10, 1987.

49- www.gfmer.ch/Activites internationales Fr/parite adolescentes Cameroun
htm 15-05-2007

50-YATTASSAYE A : L'accouchement chez l'adolescente à la maternité de
l'Hôpital Gabriel TOURE. Thèse de Médecine Bamako 1998 N°98 M 74

FICHE D'ENQUETE N°....

Accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la
commune IV du district de Bamako

I.DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1 : Nom et prénom :

Q2 : Age en année :

Q3 : Résidence : /_ / 1- dans la commune 2- hors de la commune

Q4 : Niveau d'instruction : /_ / 1 non scolarisée, 2.primaire, 3.fondamental
,4.secondaire

5. supérieur.

Q5 : Profession : /_ / 1.ménagère ,2.élève ,3.aide ménagère ,4. Vendeuse,
5. fonctionnaire ,7.autres à préciser

Q6 : Statut matrimonial : /_ / 1. Mariée ,2.célibataire ,3.divorcée ,4.
Veuve

Q7 : Procréateur : /_ / 1 Connu, 2 Non connu

Q8 : Profession du Procréateur : /_ / 1. Ouvrier, 2 Cultivateur, 3 Élève/Étudiant,
4 Fonctionnaire, 5 Salarié

II.ANTECEDANTS

Q9 : ATCD médicaux: /_ / 1.HIV /_/, 2.HTA /_/, 3.asthme/ _/, 4.drépanocytose
/_/, 5. Autres à préciser /_ /

Q10 : ATCD chirurgicaux :

a.) Césarienne : /_ / 1. Oui ,2. Non

Si oui type : 1.IMSO /_ / 2. Joël Cohen /_ / 3. Pfannentiel

Indication : /..... /

b.) Laparotomie : /_ / 1.oui ,2.non .Si oui préciser type d'intervention
(myomectomie, Salpingectomie)

c.) Chirurgie par voie vaginale : /_ / 1.oui, 2. Non.

Q11 : ATCD gynécologique :

a.) Menarche: / _ / 1. Connue, 2. Méconnue

b.) Contraception : / _ / 1. Oui 2. Non

si oui préciser type.

Q12 : ATCD obstétricaux : 1 / _ / Gestité 2 / _ / parité 3. / _ / avortement .Si oui / _ /
1. Spontané 2. Provoqué, 4. / _ / vivant

Q13 : Histoire de la grossesse actuelle : est-elle désirée / _ / 1.oui 2.non

Q14 : CPN : 1. Oui, 2. Non. Si oui :

Q15 : Lieu : / _ / 1.CSRéf 2.CSCom 3.structure privée

Q16 : Auteur : / _ / 1. Médecin 2. Sage femme 3.Infirmière obstétricienne
4.Autres

Q17 : Nombre : 1=0 2 : 1à3 3 : >=4

Q18 : Bilan prénatal: / _ / 1. Fait 2. Non fait

Q19 : Terme : / _ / 1.à terme ,2.avant terme 3. Post terme

Q20 : Anémie: / _ / 1 .oui 2. Non .Si oui taux d'hémoglobine

Q21 : Œdème des membres inférieurs : / _ / 1.Oui 2. Non

Q22 : Paludisme : / _ / 1 .oui 2.non

Q23 : HTA

Q24 : infection urinaire

Q25 : Chimio prophylaxie antipaludique : / _ / 1. Oui 2. Non.

Si oui nombre de dose : 1. =1 2.=2

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

Q26 : VAT : / _ / 1.à jour 2.non à jour

Q27 : Supplémentation martiale: / _ / 1.oui 2.non

Q28 : Mode d'admission : / _ / 1. Venue d'elle-même, 2.évacuée/référée 3.
Hospitalisée

Q48 : Début du travail

Q49 : Fin du travail

Q50 : Durée totale du travail: /...../

Q51 : Médication: /_ / 1. perfusion d'ocytocine 1. oui /_ / 2. non /_ /

2. Anti spasmodique 1. /_ /oui 2. Non /_ / ,3. autres à préciser

Anomalies au cours du travail ?

V MODE D'ACCOUCHEMENT

Q52 : Voie d'accouchement: /_ / 1. Voie basse ; 2 : voie haute

Si voie basse : geste associé (épisiotomie ; manœuvre : version/ventouse.....)

2. Si césarienne : type :

Indication

Geste associé

VI COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA DELIVRANCE

Q53 : Hémorragie de la délivrance: /_ / 1. oui 2. Non

Si oui cause : /_ / 1. Rétention placentaire ,2. atonie utérine, 3. Trouble de la coagulation, 4. Inversion utérine

Q54 : Hémorragie par lésion des parties molles ; type à préciser.

Q55 : Déchirure vulvo-vaginale: /_ / 1. Oui 2. Non

Q56 : Déchirure vaginale : /_ / 1. Oui 2. Non

Q57 : Déchirure cervicale : /_ / 1. Oui 2. Non

Q58 : Rupture utérine : /_ / 1. Oui 2. Non

Q59 : Accident urinaire : /_ / 1. Oui 2. non

Q60 : Relâchement symphysaire : /_ / 1. Oui 2. Non

Q61 : Hystérectomie de l'hémostase : /_ / 1. Oui 2. Non

Si oui cause : 1. / _ / 1. RU 2. Hémorragie de la délivrance.

Q62 : Autres à préciser

Q63 : Décès maternel:/ _ / 1. Oui ,2. Non .Si oui cause.

VII COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

Q64 : Endométrite / _ / 1. Oui 2. Non

Q65 : Péritonite : / _ / 1. Oui ,2. Non

Q66 : Suppuration pariétale:/ _ / 1. Oui ,2. Non

Q67 : Eviscération:/ _ / 1. Oui ,2. Non

Q68 : Paludisme:/ _ /1. Oui ,2. Non

Q69 :Anémie:/ _ /1. Oui ,2. Non .Si oui taux d'hémoglobine

Q70 : Autres à préciser

Q71 : Séjour du post-partum :

1. Hospitalisation : / _ / 1. Oui 2. Non

2. Durée d'hospitalisation : /...../

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

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

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

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

VIII PRONOSTIC NEO-NATAL

Q72 : Nombre d'enfant

Q73 : Vivant / _ /1. Oui 2. Non

Q74 : Apgar à la naissance : / _ / 1. <3 ,2. (4-7) 3. (8- 10)

Q75 : Poids : 1. <2500g ,2. (2500 -3999) g ,3> 4000g

Q76 : Sexe:/ _ / 1. Masculin ,2. Féminin

Q77 : Réanimé:/ _ / 1. Oui ,2. Non .Si oui durée

Q78 : Référé à là pédiatrie : / _ / 1.oui 2. Non

Si oui cause: / _ / 1. Hypotrophie ,2. Pré maturité ,3. SFA, 4. Mère diabétique
,5. Autres à préciser

Q79 : Lésion traumatique: / _ / 1. Oui 2. Non. Si oui
type/...../

Q80 : Mort-fœtale : / _ / 1. Oui 2. Non

Si oui: / _ / 1. Macéré 2. Mort né frais

Q81 : Mort périnatale: / _ / 1. Mort-né, 2. Mort-néonatale précoce 3. Mort-néo
natale tardive.

FICHE SIGNALITIQUE

NOM : DEMBELE

PRENOM : Fatoumata

TITRE : Accouchement chez les adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune IV du District de Bamako à propos de 1000 accouchements.

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Adresse e-mail : fatimdoc@yahoo.fr

Résumé

Il s'agit d'une étude prospective transversale comparative portant sur 1000 accouchements au centre de sante de référence de la commune IV. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif.

Dans notre étude la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes est de 19,2%.

La majorité des adolescentes avaient entre 18 et 19ans (55,73%), et les célibataires représentaient 13,02%.

Les grossesses non suivies représentaient 9,38%.

La césarienne a été la voie d'accouchement dans 16,15% des cas et les principales indications étaient le siège chez les primigestes et le bassin généralement rétréci.

Les principales complications dans le post-partum chez les adolescentes étaient : l'anémie ; le paludisme ; l'éclampsie.

La souffrance fœtale est survenue chez 8,72% des nouveaux nés, le faible poids de naissance a été retrouvé chez 10,26% des nouveau-nés qui sont les principales complications fœtales et néonatales.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure