

Ministère de l'Enseignement Supérieur

REPUBLIQUE DU MALI

Et de la Recherche Scientifique

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES

TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES

DE BAMAKO



**U.S.T.T-B**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

**TITRE**

**L'accouchement chez les adolescentes au centre  
de santé de référence de la commune I du  
district de Bamako.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le .../...2023 devant la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

**Par : M. OUMAR N'FALY DEMBELE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président : Monsieur Bakary Tientigui DEMBELE, Professeur**

**Directeur : Monsieur Alassane TRAORE, Maitre de conférences**

**Co-directeur : Monsieur Mamadou Bakary COULIBALY, Médecin**

**Membres : Monsieur Ibrahim KANTE, Maitre de conférences**

**Monsieur Mahamadou KEITA, Médecin**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

### **BISSIMILLAH RAHMANI RAHIM**

Je commencerai par remercier « **ALLAH** » Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux, Le Clément avant tout propos sous l'estime de son prophète MOHAMED (paix et salut sur lui). Exprimer ma gratitude au Très Haut pour ce que je suis, car aucune vraie réussite n'est possible sans sa volonté.

Qu'il me soit permis ici de Lui rendre grâce pour les merveilles qu'Il ne cesse d'accomplir dans ma vie.

### **Je dédie ce travail à DIEU**

#### **A ma mère MARIAM DIAKITE**

Ma chère maman ! femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociable, attentionnée, patiente, pieuse et naturelle. Tu as tout fait pour la réussite de tes enfants. Tes conseils, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans ma vie, surtout dans les moments difficiles. Sans tes sacrifices, tes conseils, encouragements, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Ce travail est le tien.

Trouvez ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection. Que le bon DIEU te donne une longue vie « Amène ».

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**A la mémoire de mon Père : FEU LASSANA N'FALY DEMBELE**

Vous avez été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui. Je te garderai toujours en pensée même si aujourd'hui tu n'es plus parmi nous, mais dans mon cœur grandissent les principes que tu y as semé dans la paix.

Père, tu nous manques trop, mais nous savons de là où tu es, tu veilles sur nous.

J'aurais voulu ta présence aujourd'hui mais le bon DIEU a décidé autrement, que ton âme repose en paix cher père.

Merci pour tout.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de notre étude jusqu'à ce travail, nous disons encore à toutes et à tous merci pour toujours.

### **A mes tantes de la famille paternelle et maternelle :**

Ce travail n'est autre chose que le fruit de votre générosité, de votre modestie et de votre courage. Certes ce modeste travail ne suffit pas à effacer tant de souffrance, mais j'espère qu'il vous donnera réconfort et fierté.

### **A mes oncles de la famille paternelle et maternelle :**

Votre patience à notre égard et votre soutien moral et familial nous ont accompagné tout le long de notre cursus universitaire et nous ont permis d'étudier dans un environnement serein. Recevez ici, en ces mots, toute notre reconnaissance et notre gratitude.

### **A mes frères et sœurs :**

Unis par le lien de sang, nous sommes condamnés à œuvrer ensemble pour la réussite de la tâche commune. Nous vous réaffirmons toute notre affection fraternelle et notre profond attachement.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**A ma bien aimée : ROKIA THIOUMALY BAH**

Nous te remercions sincèrement pour ton soutien indéfectible. Femme courageuse, respectueuse, ton amour et ta tendresse nous ont permis de surmonter plusieurs obstacles dans la réalisation de ce travail. Que Dieu, le Tout-Puissant, te donne la force et le courage de supporter nos caprices. Nous te dédions ce travail en guise de reconnaissance.

**A mon fils BALLA N'FALY DEMBELE,** Vous me donnez le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent. Je serai là pour vous soutenir si DIEU le veut. Merci et longue vie à vous.

**A mon beau père THIOUMALY BAH** 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 guidé avec rigueur mais aussi avec amour. Ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un homme exemplaire. Que DIEU te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.

**A mon Cousin SIDY LAMINE KEITA,** Vous avez été plus qu'un frère pour moi. Vous avez toujours été là pour me soutenir et m'encourager. Ce travail vous appartient, je vous remercie.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**A toutes les familles : BAH, DIASSANA,** des familles de principe et de rigueur, vous nous avez accueilli à bras ouvert, sans condition ; et vous nous avez d'avantage façonné aussi bien dans notre étude que dans notre éducation. Acceptez ce petit mot qui vient du fond de ce petit cœur ému et que Dieu vous enveloppe de son bonheur.

**Aux amis :**

**ADAMA NOUMOU DOUMBIA, BOUYA COULIBALY, SACHO HABIB :**

Votre soutien et vos conseils ont été très précieux pour nous dans la réalisation de ce document. Il est facile d'avoir des camarades mais pas un ami de nos jours. Les mots nous manquent vraiment pour exprimer ici toute notre reconnaissance et notre gratitude.

**A nos maitres**

**Docteur Modibo Gakoye Dicko, Docteur Yacouba Sylla, Docteur Diarra Salif, et Docteur Keita Mamadou.**

Les conseils fructueux que vous nous avez prodigué 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.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**A TOUS LES THESARDS DU CSREF C I :**

Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

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

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

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

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

#### **Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Professeur titulaire de chirurgie générale à la FMOS**
- **Diplômé de pédagogie en science de la santé de l'université de Bordeaux**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Chef de filière IBODE de l'Institut National de Formation en Science de la Santé (L'INFSS)**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA)**
- **Secrétaire général de la société malienne de colo proctologie**
- **Membre de l'association des chirurgiens Afrique francophone**
- **Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS)**
- **Membre de l'association Française des chirurgiens (AFC)**
- **Membre de la société Africaine Francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHLD)**
- **Co-auteur de l'ouvrage « PATHOLOGIES CHIRURGICALES DIGESTIVES » Editions Figura.**

**Cher Maître,**

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre sympathie, votre disponibilité surtout votre abord facile font de vous un grand Maître admiré par tout le monde. Permettez-nous ici de vous réitérer nos sincères reconnaissances. Qu'Allah vous accorde une longue vie.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.**

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Professeur Ibrahim KANTE**

- **Gynécologue- obstétricien au CHU du point G**
- **Professeur de gynécologie et d'obstétrique a la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du point G**
- **Spécialiste en Infertilité, Andrologie, Hormonologie ;**

**Cher Maître,**

C'est un honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher maitre l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

**Dr Mamadou KEITA**

- **Chargé de Recherche**
- **Gynécologue obstétricien**
- **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune I**

**Cher Maître,**

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

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

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

Soyez assuré, cher Maître, de notre reconnaissance éternelle.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Dr Mamadou Bakary COULIBALY**

- **Médecin spécialiste en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Spécialiste en endocrinologie de la reproduction ;**
- **Chargé de recherche**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali ;**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie Obstétrique**

**Cher maître,**

Ce travail est le vôtre. Votre disponibilité et vos qualités humaines nous ont fortement marqué. Nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de ce travail. Nous avons bénéficié auprès de vous des enseignements de grande qualité.

Soyez rassuré de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Puisse le seigneur vous donner longue vie et la force nécessaire pour la réalisation de vos ambitions.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Alassane TRAORE**

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique,**
- **Spécialiste en endocrinologie de la reproduction,**
- **Chef de Service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- **Professeur à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**

**Cher maître,**

Cher maître, Nous sommes touchés par votre simplicité et votre disponibilité. Vous avez bien voulu accepter la direction de ce travail ; nous sommes très honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et vos connaissances intellectuelles font de vous un maître apprécié de tous.

Permettez-nous de vous adresser l'expression de notre profonde reconnaissance. Cher maître recevez ici nos sincères remerciements.

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**Liste des sigles et abréviations :**

**ATCD** : Antécédant

**BCF** : Bruit Du Cœur Foetal

**BGR** : Bassin Généralement Rétréci

**BIP** : Diamètre Bipariétal

**BPN** : Bilan prénatal

**C** : Commune

**CAT** : Conduite À Tenir

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**Cm** : Centimètre

**CPN** : Consultation Périnatale

**CSCom** : Centre de Santé Communautaire

**CSRéf** : Centre de Santé de Référence

**CUD** : Contraction Utérine Dououreuse

**DFP** : Disproportion Foeto-pelvienne

**DI** : Déroit Inferieur

**DM** : Déroit Moyen

**DS** : Déroit Supérieur

**Eff** : Effectif

**EDSBF-V** : Cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**EDS-CI 2021** : Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2021 en Côte d'Ivoire

**EDSM** : Enquête Démographique et de Santé au Mali

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**GEU** : Grossesse Extra-utérine

**HRP** : Hématome Rétro Placentaire

**HTA** : Hypertension Artérielle

**HU** : Hauteur Utérine

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**IO** : Infirmière obstétricienne

**LA** : Liquide Amniotique

**MAP** : Menace d'Accouchement Prématuro

**OMI** : Œdème des membres inférieurs

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**PF** : Planification Familiale

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PP** : Placenta Prævia

**PRP** : Promonto-retro-pubien

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.**

**RCIU** : Retard de Croissance Intra-utérin

**RPM** : Rupture Prématuration des Membranes

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SFA** : Souffrance Fœtale Aigue

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

## FIGURES :

<i>Figure 1 : Développement de la pilosité P1 à P5 selon Marshall et Tanner.....</i>	<i>10</i>
<i>Figure 2: Stades de développement des seins de S1 à S5 selon Marshall et Tanner. .....</i>	<i>11</i>
<i>Figure 3: Symphyse pubienne (articulation).....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 4: Classification du bassin[21].....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 5: Bassin mou.....</i>	<i>21</i>
<i>Figure 6: Mécanique obstétricale du bassin mou[22].....</i>	<i>22</i>
<i>Figure 7 : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'âge. ....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 8 : Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation des bilans prénatals (BPN) au cours des CPN.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 9 : Répartition des adolescentes selon le travail d'accouchement.....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 10 : Répartition des parturientes selon les complications du post-partum. ....</i>	<i>57</i>
<i>Figure 11 : Répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation. ....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 12 : Répartition des nouveau-nés selon les motifs de leurs références en pédiatrie.....</i>	<i>61</i>

## TABLEAUX :

<i>Tableau I : Le personnel de la maternité. ....</i>	29
<i>Tableau II : Infrastructures. ....</i>	29
<i>Tableau III : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la résidence. .....</i>	35
<i>Tableau IV : Répartition des parturientes adolescentes en fonction du niveau d'instruction. ....</i>	35
<i>Tableau V : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la profession. .....</i>	36
<i>Tableau VI : Répartition des parturientes adolescentes selon le statut matrimonial. .....</i>	36
<i>Tableau VII : Répartition des parturientes adolescentes en fonction des antécédents médicaux. ....</i>	37
<i>Tableau VIII : Répartition des parturientes adolescentes en fonction des antécédents chirurgicaux. ....</i>	37
<i>Tableau IX : Répartition des parturientes adolescentes selon l'antécédent de prise contraception. ....</i>	38
<i>Tableau X: Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la gestité. ...</i>	38
<i>Tableau XI: Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la parité. ..</i>	38
<i>Tableau XII : Répartition des parturientes adolescentes selon les antécédents d'avortements. ....</i>	39
<i>Tableau XIII : Répartition des parturientes adolescentes selon le contexte de survenue de la grossesse. ....</i>	39
<i>Tableau XIV : Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation de la CPN. ....</i>	39

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

<i>Tableau XV : Répartition des parturientes adolescentes selon la qualification de l'auteur de la CPN. ....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau XVI : Répartition des parturientes adolescentes en fonction du nombre de CPN. ....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau XVII : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement. ....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau XVIII : Répartition des parturientes adolescentes ayant présenté des pathologies au cours de la grossesse. ....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau XIX : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la réception de la chimioprophylaxie antipaludique au cours de la grossesse. ....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau XX : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la réception de la chimioprophylaxie antitétanique au cours de la grossesse. ....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau XXI : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la supplémentation martiale au cours de la grossesse. ....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau XXII : Répartition des parturientes adolescentes selon le mode d'admission. ....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau XXIII : Répartition des parturientes adolescentes selon le motif d'admission. ....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau XXIV : Répartition des parturientes adolescentes selon l'état général à l'admission. ....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau XXV : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'indice de masse corporelle. ....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau XXVI : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la hauteur utérine à l'admission. ....</i>	<i>46</i>
<i>Tableau XXVII : Répartition des parturientes adolescentes en fonction des bruits du cœur fœtale à l'admission. ....</i>	<i>47</i>

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

<i>Tableau XXVIII : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la rupture de la poche des eaux.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau XXIX : Répartition des parturientes adolescentes en fonction du délai de rupture de la poche des eaux.....</i>	<i>48</i>
<i>Tableau XXX : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'aspect du liquide amniotique.....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau XXXI : Répartition des parturientes adolescentes selon l'examen clinique du bassin.....</i>	<i>49</i>
<i>Tableau XXXII : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'administration de la perfusion d'ocytocine.....</i>	<i>50</i>
<i>Tableau XXXIII : Répartition des parturientes adolescentes selon la voie d'accouchement.....</i>	<i>50</i>
<i>Tableau XXXIV: Répartition des parturientes adolescentes selon l'indication de la césarienne.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau XXXV : Répartition des adolescentes selon les indications de césarienne et de l'âge.....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau XXXVI : Répartition des parturientes adolescentes selon le type d'accouchement par voie basse.....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau XXXVII : Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation de l'épisiotomie lors de l'accouchement par voie basse.....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau XXXVIII : Répartition des parturientes adolescentes selon la survenue d'une hémorragie de la délivrance.....</i>	<i>54</i>
<i>Tableau XXXIX : Répartition des parturientes adolescentes selon les complications de l'accouchement.....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau XL : Répartition des adolescentes selon le type complications et l'âge... </i>	<i>55</i>

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

*Tableau XLI : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de décès maternel.....56*

*Tableau XLII : Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute. ....59*

*Tableau XLIII : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.....59*

*Tableau XLIV : Répartition des adolescentes selon le poids de naissance et l'âge. ....60*

*Tableau XLV : Répartition des nouveau-nés selon la référence en pédiatrie. ....60*

*Tableau XLVI : Répartition des nouveau-nés selon le type de décès. ....62*

*Tableau XLVII : Répartition des adolescentes selon le type de décès et l'âge. ....62*

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.**

# **TABLE DES MATIERES**

**Table des matières**

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	5
1. <b>OBJECTIF GENERAL</b> :.....	6
2. <b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b> :.....	6
<b>III. GÉNÉRALITÉS</b> .....	7
1. <b>Définitions</b> :.....	8
2. <b>Les transformations au cours de l'adolescence et de la puberté [12–14]</b> .....	8
2.1. <b>Les modifications physiques</b> : .....	9
2.2. <b>Les modifications sexuelles</b> :.....	9
2.3. <b>Les modifications staturo-pondérales</b> :.....	12
2.4. <b>Les modifications psychologiques</b> : .....	12
3. <b>Etude du bassin obstétrical :[15–21]</b> :.....	13
3.1. <b>Le Grand bassin</b> :.....	14
3.2. <b>Le petit bassin</b> : .....	14
3.3. <b>Mécanisme de l'accouchement</b> : [15,17,22].....	23
<b>IV. METHODOLOGIE</b> .....	25
1. <b>Cadre de l'étude</b> :.....	26
1.1. <b>Présentation de la commune I</b> :.....	26
1.2. <b>Présentation du centre de santé de référence de la commune I</b> :.....	28
2. <b>Méthode et matériels</b> :.....	30
2.1. <b>Type et période d'étude</b> : .....	30

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.

2.2. <i>La population d'étude</i> :	30
2.3. <i>Echantillonnage</i> :	31
2.4. <i>Variables étudiées</i> :	31
2.5. <i>Supports des données</i> :	31
2.6. <i>Plan d'analyse et traitement des données</i> :	32
2.7. <i>Aspects éthiques</i> :	32
2.8. <i>Définitions opérationnelles</i> :	32
<b>V. RESULTATS</b>	33
1. <i>Fréquence</i> :	34
2. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i> :	34
3. <i>Antécédant</i> :	37
4. <i>EXAMEN À L'ADMISSION</i> :	45
5. <i>MARCHE DU TRAVAIL</i> :	50
6. <i>MODE D'ACCOUCHEMENT</i> :	50
7. <i>COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA DELIVRANCE</i> :	54
8. <i>COMPLICATIONS DU POST PARTUM</i> :	57
9. <i>PRONOSTIC NEONATAL</i> :	59
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b>	63
1. <i>Méthodologie et limites d'étude</i> :	64
2. <i>Fréquence</i> :	64
3. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i> :	65

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.

3.1. <i>Age</i> :.....	65
3.2. <i>Résidence</i> : .....	65
3.3. <i>Niveau d'instruction</i> :.....	65
3.4. <i>Profession</i> : .....	66
3.5. <i>Statut matrimonial</i> :.....	66
4. <i>Caractéristique clinique</i> : .....	67
4.1. <i>Antécédents obstétricaux</i> :.....	67
4.2. <i>Mode d'admission</i> :.....	68
4.3. <i>Motif d'admission</i> : .....	68
4.4. <i>Consultation prénatale</i> : .....	68
4.5. <i>Aspect clinique du bassin</i> :.....	69
4.6. <i>Mode d'accouchement</i> : .....	69
5. <i>Pronostics maternel et fœtal</i> :.....	70
5.1. <i>Indications de la césarienne</i> : .....	70
5.2. <i>Complications</i> : .....	71
5.3. <i>Décès maternels</i> : .....	72
5.4. <i>Le score d'Apgar des nouveau-nés</i> :.....	72
5.5. <i>Poids des nouveau-nés</i> :.....	72
5.6. <i>Référence/Evacuation des nouveau-nés</i> : .....	73
5.7. <i>Etats des nouveau-nés à la naissance</i> : .....	73
<b>VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	74
<i>Conclusion</i> :.....	75

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district  
de Bamako.**

<b><i>RECOMMANDATIONS</i></b> : .....	76
<b><i>VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i></b> .....	78
<b><i>ANNEXES</i></b> .....	85
<b><i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i></b> .....	96

# **I. INTRODUCTION**

## INTRODUCTION :

L'adolescence (du latin *ādōlescēns*, -centia, « croissant, grandissant, se développant ») 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.

L'organisation mondiale de la santé définit l'adolescence comme la tranche d'âge de 10 à 19 ans inclus. La Convention des droits de l'enfant des Nations Unies définit l'enfance comme la période allant de la naissance à 18 ans et l'adolescence comme la période allant de 10 à 19 ans[1].

L'adolescence est marquée chez la fille par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction. La survenue d'une grossesse à cette période d'adolescence est possible, mais peut entraîner un déséquilibre psychologique, fonctionnel avec des conséquences obstétricales graves (la prématurité, l'avortement à risque, la dystocie au moment de l'accouchement...), et sociaux[2].

Selon L'OMS en 2020 environ 12 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et au moins 777 000 jeunes filles âgées de moins de 15 ans mettent au monde des enfants chaque année dans les régions en développement[3].

Tandis que l'on estime que le taux mondial de fécondité chez les adolescentes a baissé de 11,6 % au cours de ces 20 dernières années, le nombre réel d'enfants nés de mères adolescentes n'a, quant à lui, pas diminué en raison de l'importance du groupe de population que constituent les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans – lequel est en expansion dans certaines régions du monde. Ce sont l'Asie de l'Est et l'Afrique de l'Ouest qui comptent le plus grand nombre de naissances (95 153 et 70 423, respectivement)[3].

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Au Burkina Faso selon EDSBF-V de 2021 une femme de 15–19 ans sur cinq (20 %) a déjà été enceinte et dans 14 % des cas, les femmes de 15–19 ans ont déjà eu, au moins, une naissance vivante[4].

En Côte d'Ivoire selon EDS-CI 2021 environ une femme de 15–19 ans sur quatre (23 %) a déjà été enceinte, dix-sept pour cent ont déjà eu une naissance vivante[5].

Au Mali selon l'EDSM VI de 2018 plus d'un tiers des adolescentes de 15-19 ans (36 %) ont déjà commencé leur vie féconde ; 30 % sont déjà mères et 6 % étaient enceintes au moment de l'enquête. Le niveau de la fécondité des adolescentes varie sensiblement par région ; près de la moitié des adolescentes dans la région de Kayes (49 %) ont déjà commencé leur vie féconde contre 22 % dans la région de Kidal et 24 % dans le District de Bamako[6].

Plusieurs facteurs contribuent aux grossesses et aux naissances chez les adolescentes. Dans de nombreuses sociétés, les filles subissent des pressions pour se marier et avoir des enfants tôt. Dans les pays moins développés, au moins 39 % des filles se marient avant l'âge de 18 ans et 12 % d'entre elles avant l'âge de 15 ans[7].

Les mères adolescentes (âgées de 10 à 19 ans) font face à des risques élevés d'éclampsie, d'endométrite puerpérale et d'infections systémiques, sans oublier les fistules obstétricales et ses conséquences sur la vie. Les nourrissons nés de mères adolescentes sont exposés à un risque accru de faible poids de naissance, de naissance prématurée et de graves affections néonatales et le décès du nouveau-né[8].

Les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la deuxième cause de décès pour les filles de 15 à 19 ans dans le monde[9].

Au Mali, plusieurs études ont été faites sur l'accouchement chez l'adolescente.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Mais vu l'ampleur des complications materno-fœtales de l'accouchement chez les adolescentes, la présente étude trouve sa place dans une commune grandissante comme la commune I du district de Bamako.

## **II. OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS :**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

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

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I.
- Décrire le profil sociodémographique des adolescentes.
- Déterminer le pronostic materno-fœtal des accouchements chez les adolescentes.

## **III. GÉNÉRALITÉS**

## Généralités :

### 1. Définitions :

**Adolescence** : Le terme adolescent n'est entré dans le vocabulaire Populaire qu'au début des années 1940. L'étymologie du terme remonte à l'antiquité puis qu'il a des racines latines : « adolescence » vient du latin Adolescere qui signifie « grandir »[10].

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[11].

### 2. Les transformations au cours de l'adolescence et de la puberté [12–14]

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 1<sup>ères</sup> 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 1<sup>ères</sup> 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

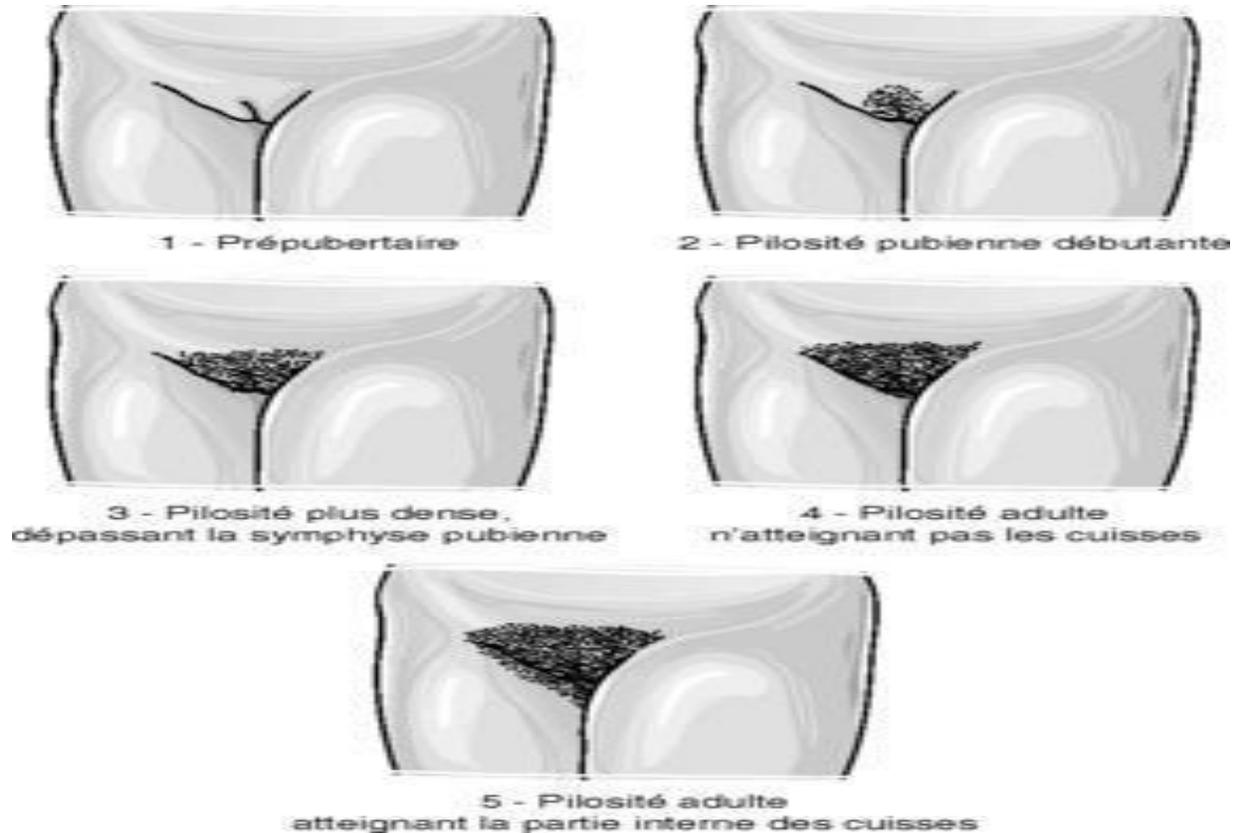
**P2** = quelques poils bruns et épais

**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.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.



**Figure 1** : Développement de la pilosité P1 à P5 selon Marshall et Tanner.

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

**Seins (S) :**

S1 = aucun développement ;

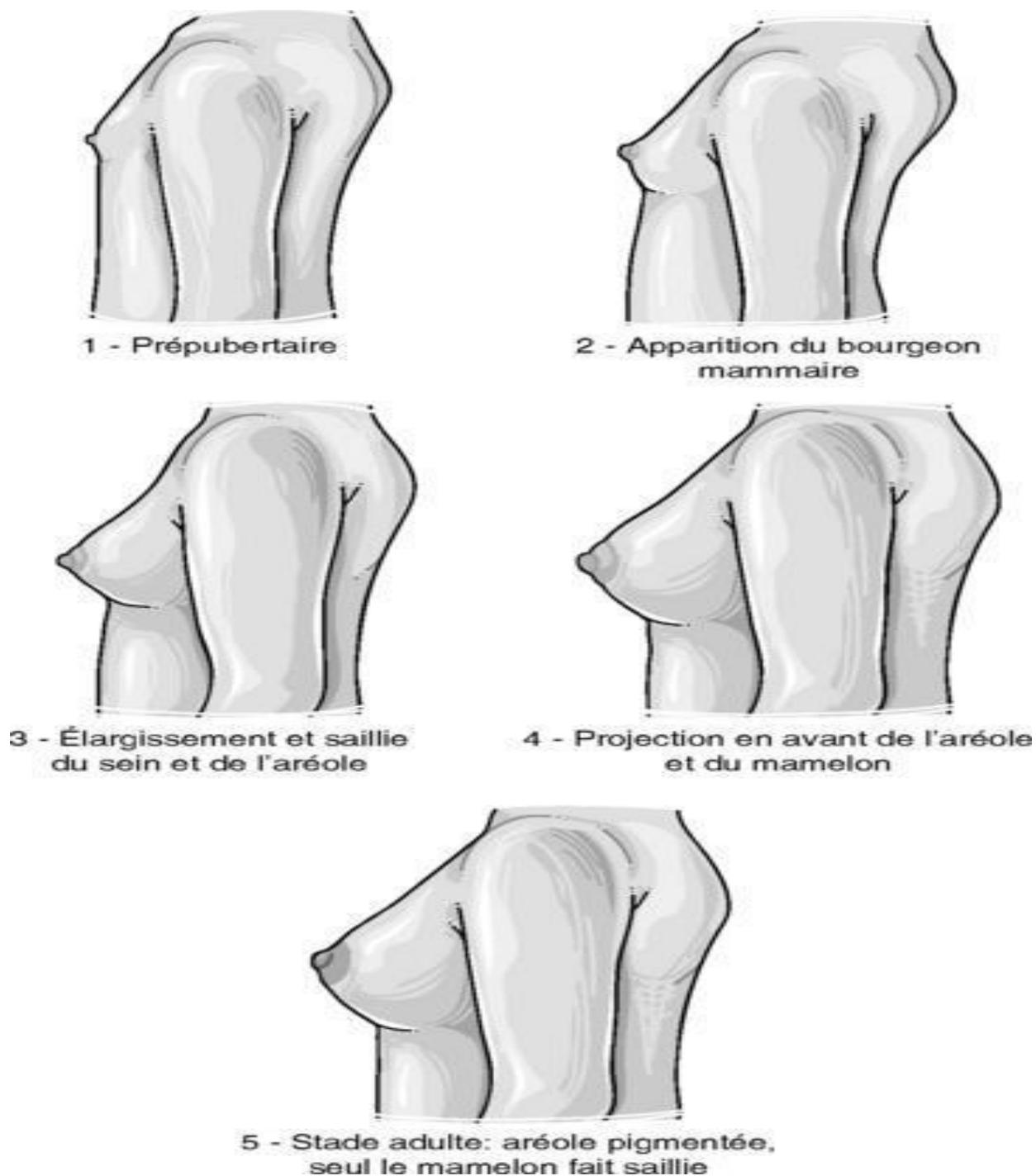
S2 = bourgeon mammaire retro aréolaire

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.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.



**Figure 2:** Stades de développement des seins de S1 à S5 selon Marshall et Tanner.

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

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**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 font 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 :[15–21] :

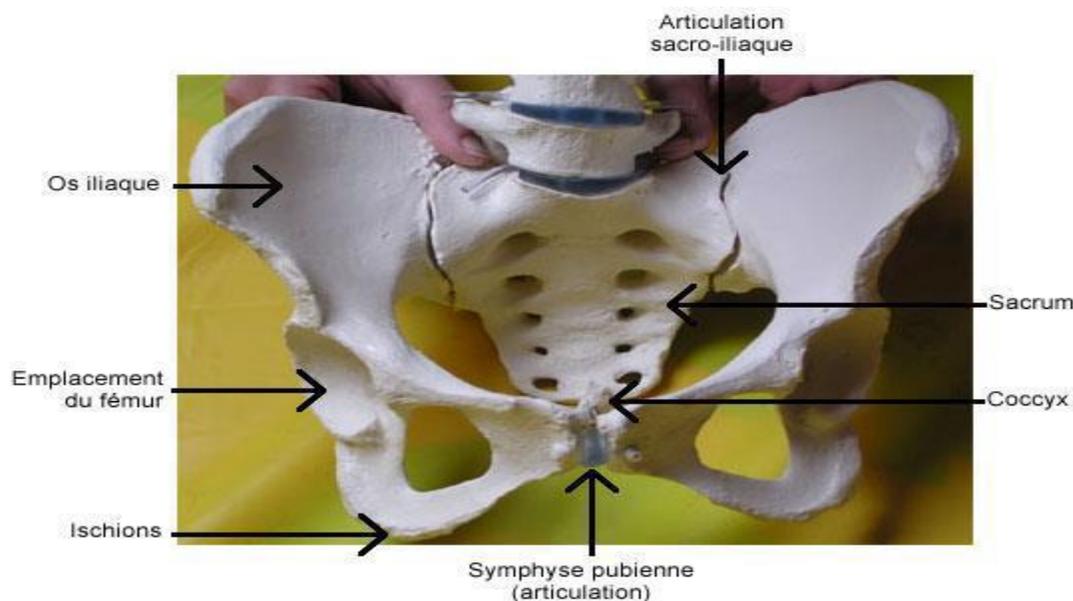
Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels il s'appuie.

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:** Symphyse pubienne (articulation).

**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.

#### **3.2.1. 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 iliopectinées, 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)**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**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 12,5 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** réunit le promontoire à la région acétabulaire mesure 9 cm. Place importante dans les bassins asymétriques.

- **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 réservés 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.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

- **Mécanique obstétricale :**

Le détroit supérieur est le premier obstacle que le fœtus doit franchir. Une fois le détroit 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.

**3.2.2. 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.

- **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 détroit moyen limité en arrière par l'union des 4<sup>èmes</sup> et 5<sup>èmes</sup> 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.

- **Diamètres de l'excavation :**

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

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 soient faciles, il est important que la concavité sacrée soit favorable et que les épines sciatiques ne réduisent pas trop le détroit moyen.

### **3.2.3. Detroit 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 branches ischio-pubiennes et le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, par le bord inférieur des ligaments sacrosciatiques.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

- **Forme :**

Il a une forme grossièrement losangique à grand axe antéropostérieur.

- **Diamètres du détroit 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 sous 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 détroit 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 détroit inférieur :**

Au niveau du détroit 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 détroit inférieur on calcule :**

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

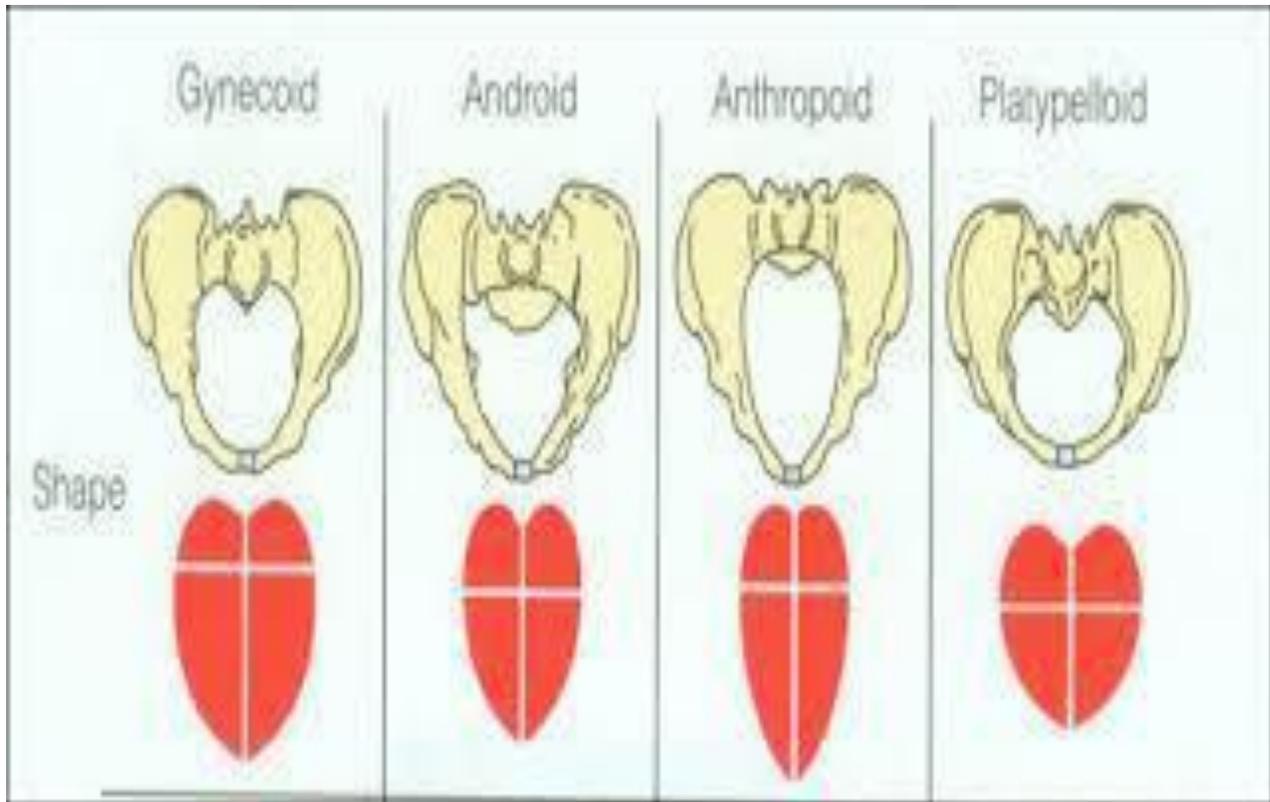
### 3.2.4. Classification des différents types de bassin :

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 antéropostérieur 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 4:** Classification du bassin[21]

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

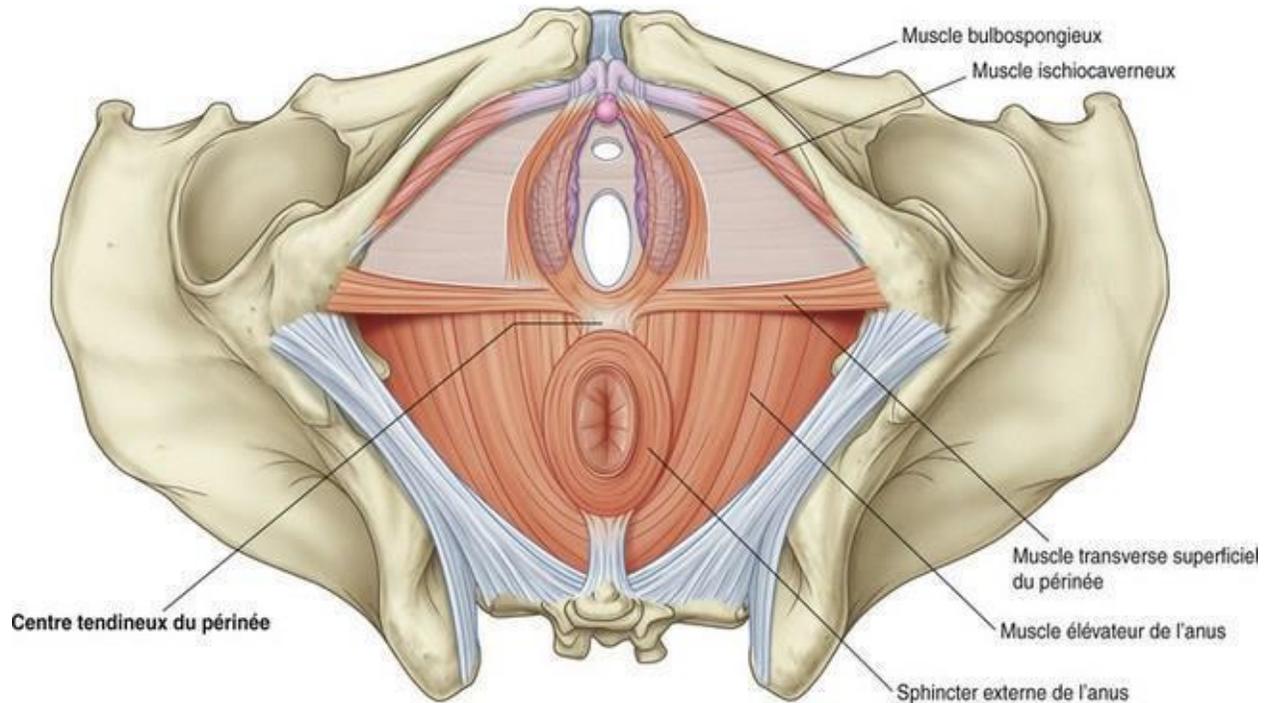
### 3.2.5. Bassin mou :

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui soutient 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 :

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

- **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 5:** Bassin mou

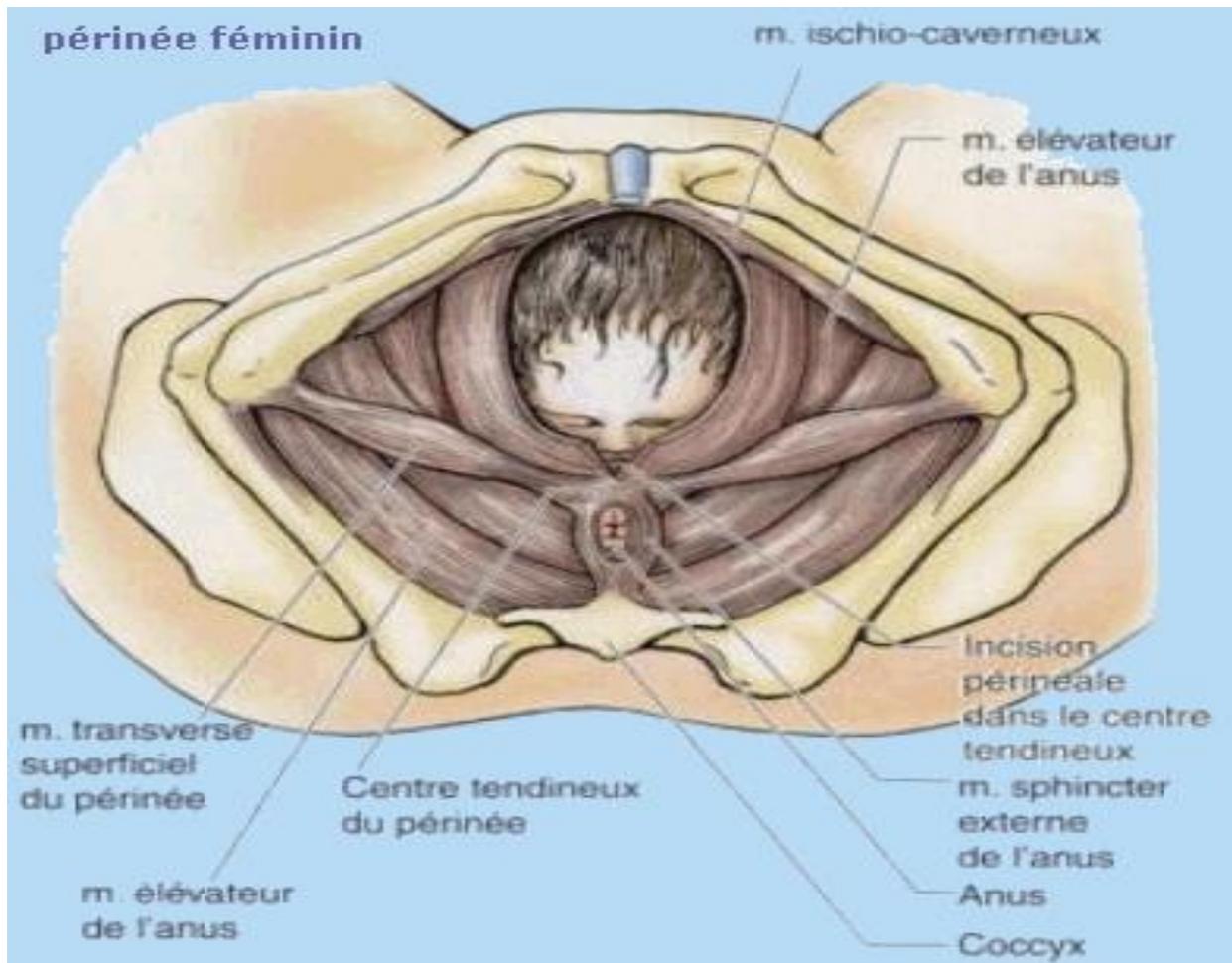
**Source :** Teyssendier E. Périnée et sexualité. Pôle de santé, 1 Rue Toufaire 17300 Rochefort 28imp Tour Caniot 1700 St Jean d'Angely-Charente Maritime. [18]

### **3.2.6. 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 antéro-postérieur de la fente des boutonnières, dans un 2<sup>ème</sup> 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.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

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



**Figure 6:** Mécanique obstétricale du bassin mou[22]

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

### 3.3. Mécanisme de l'accouchement : [15,17,22]

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).

#### 3.3.1. 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.

#### 3.3.2. 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.

#### 3.3.3. 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).

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

- 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.
- La mort maternelle ;
- La mortinatalité.

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 22<sup>ème</sup> et de la 36<sup>ème</sup>+ 6 jours semaine d'aménorrhée selon l'OMS.

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

## **IV. METHODOLOGIE**

## METHODOLOGIE

### 1. Cadre de l'étude :

#### 1.1. Présentation de la commune I :

##### 1.1.1. Historique de la commune I :

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32/CMLN du 18 Août 1978, abrogée par la loi n° 96-025 du 21 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako. Elle est constituée de neuf quartiers (Banconi, Boukassoumbougou, Djélibougou, Doumanzana, Fadjiguila, Korofina nord, Korofina sud, Sikoro et Sotuba) dont le plus ancien du district autour duquel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoro. Les Niarés, fondateurs de ce quartier vont créer par la suite un second quartier qui portera leur nom : Niaréla, actuellement en commune II.

##### 1.1.2. Géographie :

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle s'étend sur une superficie de 34,26 Km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie du District de Bamako (267 km<sup>2</sup>).

##### ❖ Situation de la commune I :

Elle est limitée :

- Au Nord par le cercle de Kati
- Au Sud par le fleuve Niger
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement.

**❖ Population générale :**

La Population totale de la Commune I : 461459 habitants, soit une densité moyenne de 13469 habitants/km<sup>2</sup> en 2019.

La Superficie de la Commune I est de 34,26 km<sup>2</sup>, soit 12,83% de la superficie totale du District de Bamako.

**1.1.3. Economie :**

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- Le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- Le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ;
- Le secteur tertiaire : petit commerce.

**1.1.4. Urbanisation et communication :**

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est en partie restée en marge du processus d'urbanisation.

Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par la route principale goudronnée **RN°27** la reliant au centre-ville. Cette circulation pose à la fois des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

Toutes les ethnies du Mali sont retrouvées dans la population de la commune I.

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

### **1.1.5. Climat :**

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche : froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai ;
- Une saison pluvieuse : de Juin à Octobre.

La commune I est drainée par quatre marigots : Bankoni, Molobalini, Faracoba et Tienkolée (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud.

### **1.2. Présentation du centre de santé de référence de la commune I :**

Le Centre de Santé a été créé en 1980 et inauguré le 7 février 1981 et s'appelait Maternité de Korofina-Nord. Il est situé à Korofina-Nord sur la rue : **136** ; porte : **439**.

Dans le cadre de la politique de santé sectorielle le Centre a connu les évolutions suivantes :

- Complexe dispensaire-maternité à sa création
- Maternité
- PMI
- Centre de santé de la commune I
- Service socio-sanitaire de la commune I de 1995 à 1999
- Centre de santé de référence de la commune I baptisé Docteur KONIBA PLEAH à partir de 1999.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**Tableau I :** Le personnel de la maternité.

Le personnel de la maternité est composé de :

<b>Personnels</b>	<b>Effectifs</b>
Gynécologues obstétriciens	05
Sages-femmes	31
Infirmières obstétriciennes	16
Aides-soignantes	15
Techniciens de santé	08

**Tableau II :** Infrastructures.

<b>Infrastructures</b>	<b>Effectifs</b>
Bureaux des gynécologues-obstétriciens	03
Salle de consultation pour les urgences	01
Unité de CPN/PTME	01
Unité de planification familiale et de consultation post natale	01
Salle d'accouchement avec trois tables d'accouchements	01
Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus et SAA	01
Salle d'observation et de surveillance des femmes accouchées	01
Salles de gardes	02
Salles d'hospitalisations	05

❖ **Fonctionnement :**

Les activités programmées sont faites comme suite :

- Le staff quotidien du Lundi au Vendredi dirigé par le chef de service ou par un autre gynécologue du service ;
- La visite quotidienne aux patientes hospitalisées dirigée par un gynécologue du service ;
- Les CPN, CPON, PF, dépistage et PTME sont quotidiens du Lundi au Vendredi
- Les consultations externes assurées par les médecins gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes assistés par les thésards ;
- L'échographie est réalisée du Lundi au Dimanche 24 H/24 H ;
- Trois jours (Lundi, Mardi et Jeudi) consacrés aux activités chirurgicales surtout les programmées ;
- La garde est assurée par une équipe composée d'un gynécologue-obstétricien, de trois médecins généralistes, deux sages-femmes, deux infirmières obstétriciennes, deux ou trois étudiants faisant fonction d'internes, un anesthésiste, un aide de bloc, une aide-soignante et deux manœuvres.

**2. Méthode et matériels :**

**2.1. Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive transversale allant du 01 Septembre 2021 au 31 Aout 2022 soit un (1) an.

**2.2. La population d'étude :**

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

### **2.3. Echantillonnage :**

#### **- Les critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans notre étude toutes les parturientes de 10 à 19 ans ayant accouché dans le service pendant la période d'étude.

#### **- Les critères de non inclusion :**

Toutes les parturientes de plus de 19 ans ayant accouché dans notre service ;

Les adolescentes ayant accouché dans d'autres structures mais adressées dans notre centre pour prise en charge.

### **2.4. Variables étudiées :**

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

### **2.5. Supports des données :**

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

- Des dossiers obstétricaux (Partogramme) ;
- Des registres d'accouchement ;
- Des registres de compte rendu opératoire ;

## 2.6. Plan d'analyse et traitement des données :

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2016 et analysées sur le logiciel SPSS version 21.

## 2.7. Aspects éthiques :

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

## 2.8. Définitions opérationnelles :

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

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

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

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

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

**Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est  $\geq 6$ .

**Parité** : c'est le nombre d'accouchement.

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

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

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

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

**Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est  $\geq 6$ .

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

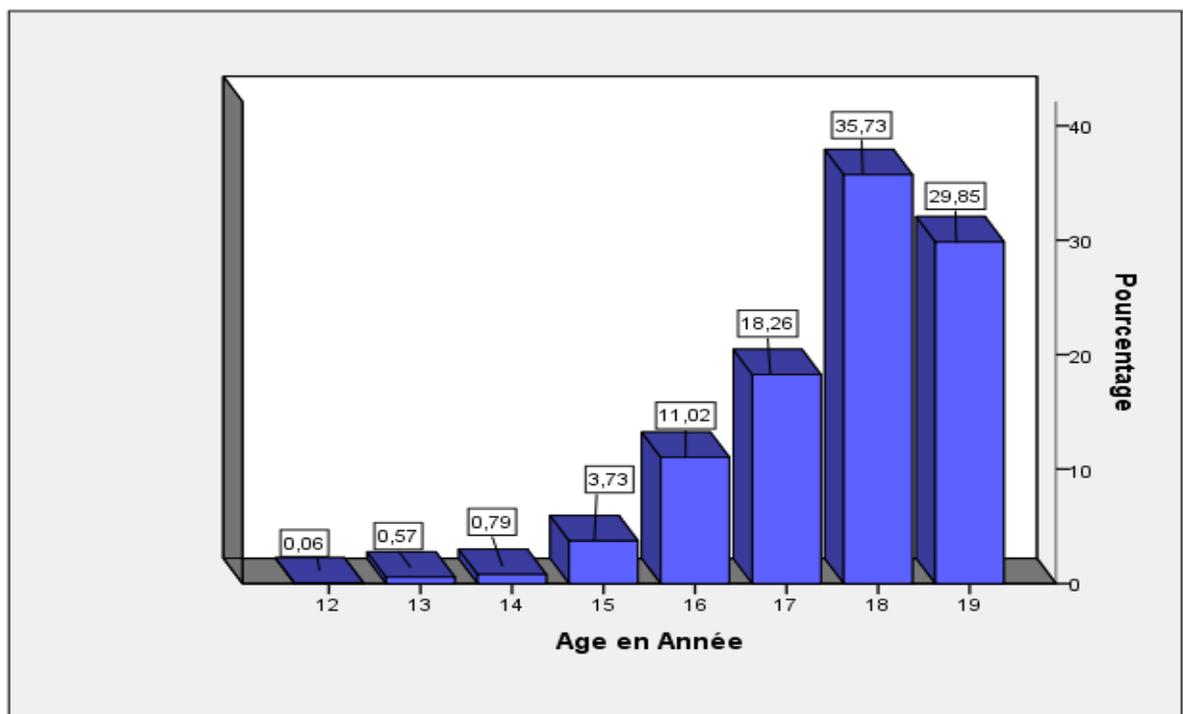
## **V. RESULTATS**

## RESULTATS :

### 1. Fréquence :

Pendant la période d'étude du 01 septembre 2021 au 31 Aout 2022, nous avons enregistré **9001** accouchements dont **1769** chez les adolescentes soit une fréquence de **19,65%**.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques :



**Figure 7 :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'âge.

La tranche d'âge la plus représentée était 17-19 ans.

L'âge moyen était de 17,73 ans (écart-type = 1,21 ans) avec des âges extrêmes de 12 ans et 19 ans.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau III** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Dans la commune I	1245	70,4
Hors de la commune I	524	29,6
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Les parturientes résidaient dans la commune I dans **70,4%** cas.

**Tableau IV** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Non scolarisée	702	39,7
Primaire	618	34,9
Secondaire	385	21,8
Supérieur	64	3,6
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

La majorité des adolescentes était non scolarisée soit **39,7%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau V** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la profession.

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Ménagère</b>	926	52,4
<b>Elève/Étudiante</b>	640	36,2
<b>Aide-ménagère</b>	66	3,7
<b>Vendeuse</b>	112	6,3
<b>Autres</b>	25	1,4
<b>Total</b>	1769	100

Les ménagères et les élèves/étudiantes représentaient respectivement **52,4%** et **36,2%** des adolescentes.

**Autres** : Coiffeuse, Couturière....

**Tableau VI** : Répartition des parturientes adolescentes selon le statut matrimonial.

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Mariée</b>	1537	86,9
<b>Célibataire</b>	217	12,3
<b>Divorcée</b>	15	0,8
<b>Total</b>	1769	100

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit **86,9%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**3. Antécédant :**

**Tableau VII :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction des antécédents médicaux.

<b>ATCD médicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>HTA</b>	2	0,1
<b>Asthme</b>	18	1
<b>Drépanocytose</b>	2	0,1
<b>HIV</b>	2	0,1
<b>Diabète</b>	3	0,2
<b>Sans ATCD</b>	1742	98,5
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes n'ayant aucun antécédent médical représentaient **98,5%** des cas.

**Tableau VIII :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction des antécédents chirurgicaux.

<b>ATCD</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Césarienne</b>	151	8,5
<b>Laparotomie</b>	51	2,9
<b>Sans ATCD</b>	1567	88,6
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes ayant un antécédent de césarienne représentaient **8,5%** des cas.

**Autres types d'interventions :** Salpingectomie, Appendicite aiguë, kystectomie....

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau IX :** Répartition des parturientes adolescentes selon l'antécédent de prise contraceptive.

<b>Contraception</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	510	28,8
<b>Non</b>	1259	71,2
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes n'ayant pratiqué aucune méthode contraceptive étaient de **71,2%**

**Tableau X:** Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Primigeste</b>	1389	78,5
<b>Paucigeste</b>	380	21,5
<b>Total</b>	1769	100

Les primigestes étaient les plus représentées, soit **78,5%** des cas.

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

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Primipare</b>	1476	83,4
<b>Paucipare</b>	293	16,6
<b>Total</b>	1769	100

Les primipares étaient les plus représentées, soit **83,4%** des cas.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XII** : Répartition des parturientes adolescentes selon les antécédents d'avortements.

<b>Avortement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	87	4,9
<b>Non</b>	1682	95,1
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes ayant fait au moins un avortement représentaient 4,9% des cas.

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

<b>Grossesse désirée</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1651	93,3
<b>Non</b>	118	6,7
<b>Total</b>	1769	100

La grossesse était désirée chez **93,3%** des parturientes.

**Tableau XIV** : Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation de la CPN.

<b>CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1586	89,7
<b>Non</b>	183	10,3
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes n'ayant pas réalisée de CPN représentaient **10,3%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XV :** Répartition des parturientes adolescentes selon la qualification de l'auteur de la CPN.

<b>Auteur de la CPN</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Médecin</b>	456	28,7
<b>Sage-femme</b>	985	62,1
<b>IO</b>	47	3
<b>Faisant fonction d'internes</b>	98	6,2
<b>Total</b>	1586	100

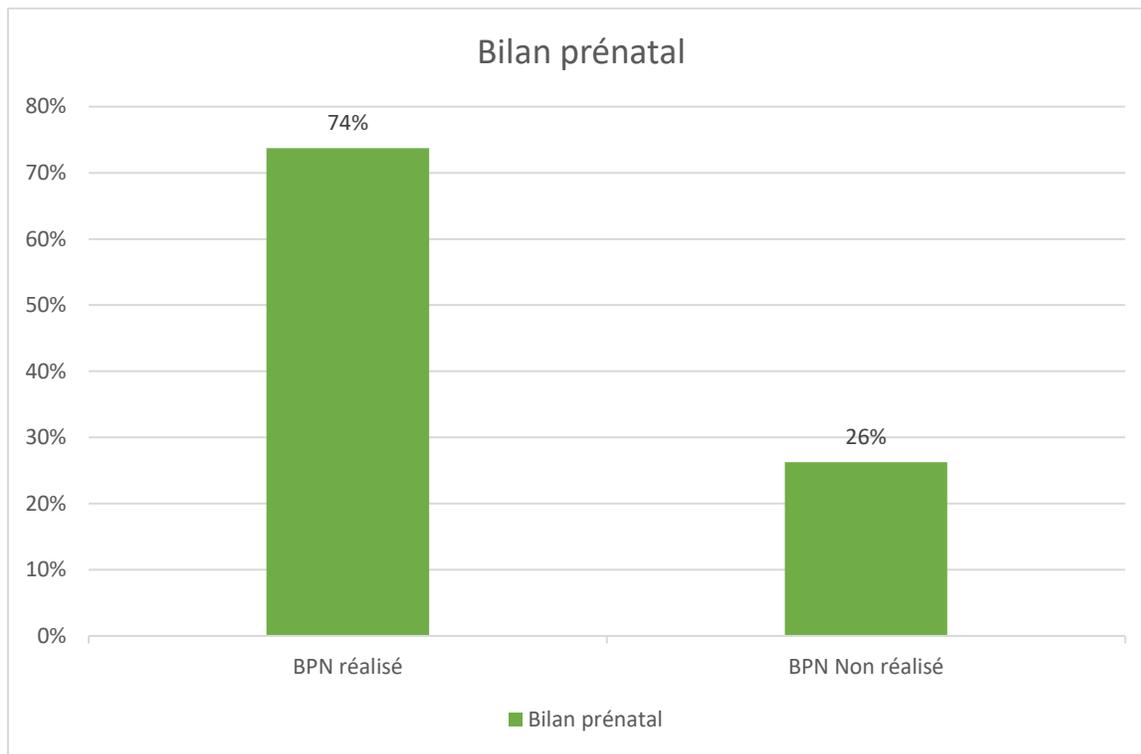
Les CPN ont été réalisées dans **62,1%** des cas par les sages-femmes.

**Tableau XVI :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction du nombre de CPN.

<b>Nombre de CPN (N)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>N=0</b>	183	10,3
<b>N= [1-3]</b>	1020	57,7
<b>N≥4</b>	566	32
<b>Total</b>	1769	100

Les adolescentes n'ont pas réalisé de CPN dans **10,3%** des cas.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**



**Figure 8 :** Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation des bilans prénatals (BPN) au cours des CPN.

Les adolescentes n'ayant pas réalisé de BPN représentent **26%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XVII :** Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement.

<b>Age de la grossesse</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>A Terme</b>	1633	92,3
<b>Avant terme</b>	118	6,7
<b>Post terme</b>	18	1
<b>Total</b>	1769	100

Les grossesses ont été mener à terme dans **92,3%** des cas.

**Tableau XVIII :** Répartition des parturientes adolescentes ayant présenté des pathologies au cours de la grossesse.

<b>Pathologies/Grossesse</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Anémie</b>	498	28,1
<b>Infection urinaire</b>	190	10,7
<b>HTA</b>	46	2,6
<b>Paludisme</b>	38	2,2
<b>Aucune pathologie</b>	997	56,4
<b>Total</b>	1769	100

Les anémies, les infections urinaires étaient plus fréquentes soit **28,1%** et **10,7%**.

Diagnostic d'anémie si le taux d'hémoglobine est :

Au 1<sup>er</sup> trimestre et 3<sup>ème</sup> trimestre **<11g/dl.**

Au 2<sup>ème</sup> trimestre **<10,5g/dl.**

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XIX :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la réception de la chimioprophylaxie antipaludique au cours de la grossesse.

<b>Chimioprophylaxie Antipaludique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1274	72
<b>Non</b>	495	28
<b>Total</b>	1769	100

La chimioprophylaxie antipaludique a été assurée chez **72%** des adolescentes.

**Tableau XX :** Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la réception de la chimioprophylaxie antitétanique au cours de la grossesse.

<b>Chimioprophylaxie Antitétanique</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1091	61,7
<b>Non</b>	678	38,3
<b>Total</b>	1769	100

La chimioprophylaxie antitétanique a été assurée chez **61,7%** des adolescentes.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXI** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la supplémentation martiale au cours de la grossesse.

<b>Supplémentation martiale</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1520	85,9
<b>Non</b>	249	14,1
<b>Total</b>	1769	100

La supplémentation martiale a été assuré chez **85,9%** des adolescentes.

**Tableau XXII** : Répartition des parturientes adolescentes selon le mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Venue d'elle-même</b>	1301	73,5
<b>Réf/Évacuation</b>	468	26,5
<b>Total</b>	1769	100

Les parturientes admises selon le mode référence /évacuation étaient de **26,5%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXIII :** Répartition des parturientes adolescentes selon le motif d'admission.

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>CUD</b>	1535	86,8
<b>Pertes des eaux</b>	92	5,2
<b>Saignements</b>	37	2,1
<b>Autres</b>	105	5,9
<b>Total</b>	1769	100

Les CUD ont été fortement le motif d'admission le plus fréquent soit **86,8%** chez les adolescentes.

#### **4. EXAMEN À L'ADMISSION :**

**Tableau XXIV :** Répartition des parturientes adolescentes selon l'état général à l'admission.

<b>Etat général</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Satisfaisant</b>	1710	96,7
<b>Passable</b>	57	3,2
<b>Mauvais</b>	2	0,1
<b>Total</b>	1769	100

La majorité des adolescentes avaient un état général satisfaisant à l'admission soit **96,7%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXV** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'indice de masse corporelle.

<b>IMC</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<18,5	4	0,2
[18,5-24,9]	1723	97,4
[30-39,9]	42	2,4
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

La plupart des adolescentes avaient un IMC normal [18,5-24,9] soit **97,4%**.

**Tableau XXVI** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la hauteur utérine à l'admission.

<b>Hauteur utérine</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<36	1697	96
>36	72	4
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Les adolescentes ayant une hauteur <36 à l'admission était de **96%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXVII** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction des bruits du cœur fœtale à l'admission.

Bruits du cœur fœtale	Effectifs	Pourcentage (%)
120<BDCF>160	296	16,7
[120-160]	1456	82,3
Non perçu	17	1
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Les BDCF étaient <120 ou BDCF>160 chez **16,7%** des adolescentes.



**Figure 9** : Répartition des adolescentes selon le travail d'accouchement.

Les adolescentes n'étaient pas en travail dans 3% cas à l'admission.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXVIII** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de la rupture de la poche des eaux.

Poche des eaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Intacte	1 560	88,2
Rompue	209	11,8
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

La poche des eaux était rompue chez **11,8%** des adolescentes à l'admission.

**Tableau XXIX** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction du délai de rupture de la poche des eaux.

Délai de rupture (RM)	Effectifs	Pourcentage (%)
RM<6 Heures	182	10,3
RM>6 Heures	27	1,5
Intacte	1560	88,2
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

La rupture des membranes de plus de 6 heures était de **1,5%** chez les adolescentes.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

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

Aspect du LA	Effectifs	Pourcentage (%)
Clair	1 515	85,6
Teinté	254	14,4
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Le liquide amniotique était teinté chez **14,6%** des adolescentes.

**Tableau XXXI** : Répartition des parturientes adolescentes selon l'examen clinique du bassin.

Bassin	Effectifs	Pourcentage (%)
Normale	1277	72,2
Limite	424	24
<b>BGR</b>	<b>68</b>	<b>3,8</b>
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Les adolescentes ayant un **BGR** ont représenté **3,8%** des cas.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

## 5. MARCHE DU TRAVAIL :

**Tableau XXXII** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de l'administration de la perfusion d'ocytocine.

Perfusion d'ocytocine	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	1194	67,5
Non	575	32,5
Total	1769	100

La perfusion d'ocytocine a été administré chez **67,5%** des adolescentes.

## 6. MODE D'ACCOUCHEMENT :

**Tableau XXXIII** : Répartition des parturientes adolescentes selon la voie d'accouchement.

Voie D'accouchement	Effectifs	Pourcentage (%)
Voie basse	1443	81,6
Césarienne	326	18,4
Total	1769	100

La césarienne a été la voie d'accouchement chez **18,4%** des adolescentes.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXXIV:** Répartition des parturientes adolescentes selon l'indication de la césarienne.

<b>Indication</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Dystocie mécanique</b>	<b>164</b>	<b>50,3</b>
BGR	68	20,9
Echec de l'épreuve du travail	84	25,8
DFP	12	3,7
<b>Dystocie dynamique</b>	<b>31</b>	<b>9,5</b>
Dilatation stationnaire	18	5,5
Echec de déclenchement	13	4
<b>*Présentation vicieuse</b>	<b>19</b>	<b>5,8</b>
<b>Syndrome de pré rupture</b>	<b>5</b>	<b>1,5</b>
<b>Défaut d'engagement</b>	<b>8</b>	<b>2,4</b>
<b>Siège/primipare</b>	<b>48</b>	<b>14,7</b>
<b>SFA par :</b>	<b>48</b>	<b>14,7</b>
Anomalie funiculaire	4	1,2
Travail prolongée	16	4,9
Usage utéro-tonique	28	8,6
<b>HRP</b>	<b>2</b>	<b>0,6</b>
<b>Prééclampsie sévère</b>	<b>1</b>	<b>0,3</b>
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>

Les dystocies mécaniques étaient fréquentes chez les adolescentes soit **50,3%**.

\* présentation du front, face (variété postérieure), épaule.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXXV** : Répartition des adolescentes selon les indications de césarienne et de l'âge.

Indication de la césarienne	Age en Année								Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	
<b>Prééclampsie sévère</b>	0	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>HRP</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	2
<b>SFA</b>	0	0	0	1	8	14	11	14	48
<b>Siège/Primipare</b>	0	0	0	0	6	10	18	14	48
<b>Défaut d'engagement</b>	0	0	0	1	1	1	2	3	8
<b>Syndrome de prérupture</b>	0	0	0	0	3	1	1	0	5
<b>Présentations vicieuses</b>	0	0	0	1	3	2	9	4	19
<b>Dystocie dynamique</b>	0	0	0	0	3	4	15	9	31
<b>BGR</b>	1	3	0	4	6	12	24	18	68
<b>Echec de l'épreuve du travail</b>	0	1	1	5	8	24	22	23	84
<b>DFP</b>	0	0	0	0	1	2	4	5	12
<b>Total</b>	1	4	1	12	39	70	108	91	326

**P=0,950**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre les indications de césarienne et l'âge.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXXVI :** Répartition des parturientes adolescentes selon le type d'accouchement par voie basse.

<b>Voie basse</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Normale</b>	1103	76,4
<b>Ventouse</b>	340	23,6
<b>Total</b>	1443	100

L'utilisation de la ventouse lors de l'accouchement était nécessaire dans **23,6%** chez les adolescentes.

**Tableau XXXVII :** Répartition des parturientes adolescentes selon la réalisation de l'épisiotomie lors de l'accouchement par voie basse.

<b>Episiotomie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	1373	95,2
<b>NON</b>	70	4,8
<b>Total</b>	1443	100

L'épisiotomie a été réalisée dans **95,2%** des adolescentes lors de l'accouchement par voie basse.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

## 7. COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA DELIVRANCE :

**Tableau XXXVIII :** Répartition des parturientes adolescentes selon la survenue d'une hémorragie de la délivrance.

<b>Hémorragie de la délivrance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	81	4,6
<b>NON</b>	1688	95,4
<b>Total</b>	1769	100

L'hémorragie de la délivrance est survenue chez **4,6%** des adolescentes.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XXXIX** : Répartition des parturientes adolescentes selon les complications de l'accouchement.

<b>Complications</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Déchirure périnéale</b>	62	4,3
<b>Déchirure cervicale</b>	10	0,7
<b>Hématome vulvaire</b>	7	0,5
<b>Atonie utérine</b>	2	0,1
<b>Rupture utérine</b>	0	0
<b>Aucunes</b>	1668	94,4
<b>Total</b>	1769	100

La déchirure périnéale a été la complication la plus observée chez les adolescentes soit **4,3%**.

**Tableau XL** : Répartition des adolescentes selon le type complications et l'âge.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Complications	Age en Année					Total
	15	16	17	18	19	
Atonie utérine	0	0	0	2	0	2
Hématome vulvaire	0	1	3	1	2	7
Déchirure cervicale	0	2	2	3	3	10
Déchirure périnéale	5	6	15	20	16	62
Total	5	9	20	26	21	81

**P=0,757**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et le type de complication.

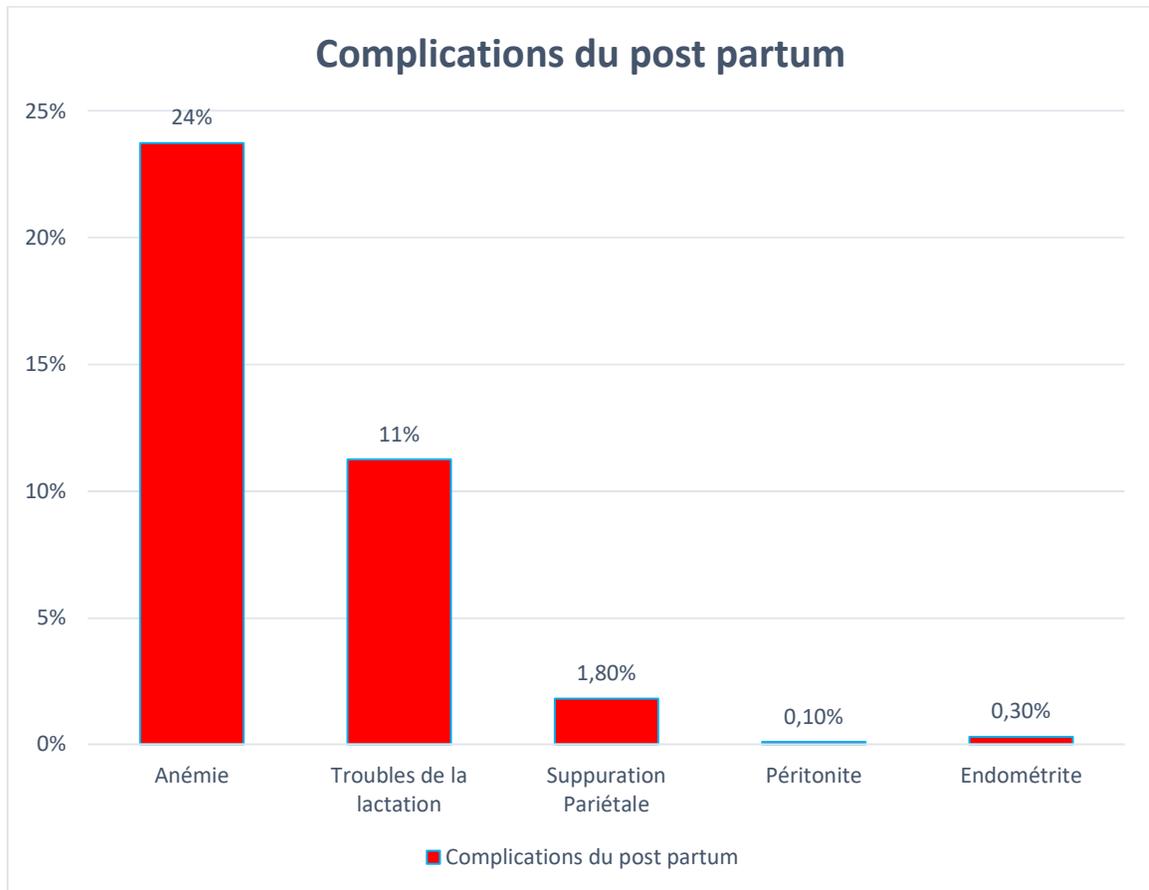
**Tableau XLI** : Répartition des parturientes adolescentes en fonction de décès maternel.

Décès maternel	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	1	0,1
NON	1768	99,9
Total	1769	100

Durant notre étude, nous avons enregistré 1 cas de décès maternel chez les adolescentes soit **0,1%**.

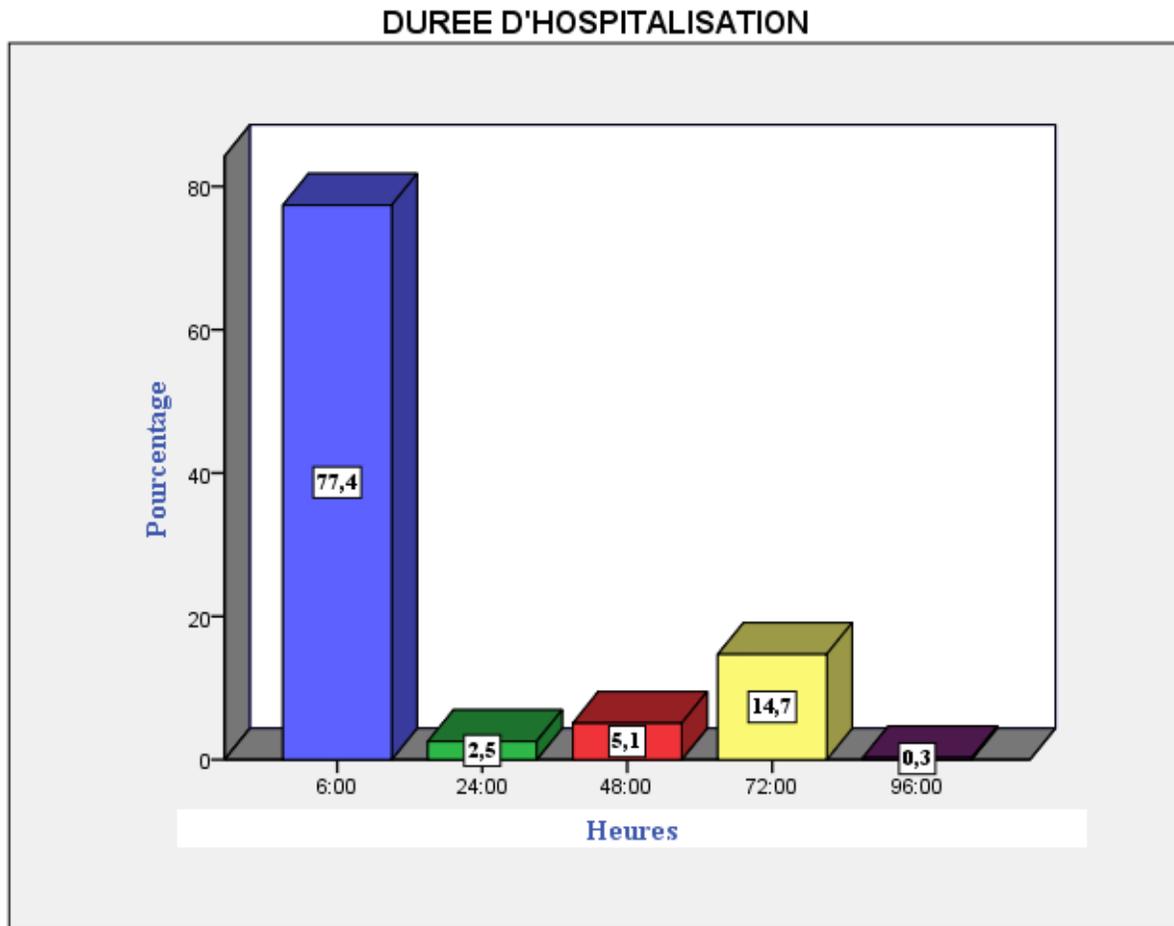
Décès survenu à la suite d'une pelvipéritonite post césarienne.

## 8. COMPLICATIONS DU POST PARTUM :



**Figure 10** : Répartition des parturientes selon les complications du post-partum.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**



**Figure 11** : Répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation.

## 9. PRONOSTIC NEONATAL :

**Tableau XLII :** Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute.

<b>Apgar</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>0</b>	10	0,6
<b>[1-3]</b>	77	4,3
<b>[4-7]</b>	269	15,2
<b>[8-10]</b>	1413	79,9
<b>Total</b>	1769	100

**Tableau XLIII :** Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

<b>Poids (g)</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>&lt;2500</b>	103	5,8
<b>[2500-3999]</b>	1662	94
<b>≥4000</b>	4	0,2
<b>Total</b>	1769	100

Les nouveaux nés ayant un poids de naissance inférieur à 2500g ont représenté **5,8%**.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XLIV** : Répartition des adolescentes selon le poids de naissance et l'âge.

Poids	Age en Année								Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	
<2500 g	0	0	8	7	15	17	25	31	103
2500-3999 g	1	7	6	64	174	306	607	497	1662
≥4000 g	0	0	0	0	1	1	1	1	4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>71</b>	<b>190</b>	<b>324</b>	<b>633</b>	<b>529</b>	<b>326</b>

**P=0,0001**

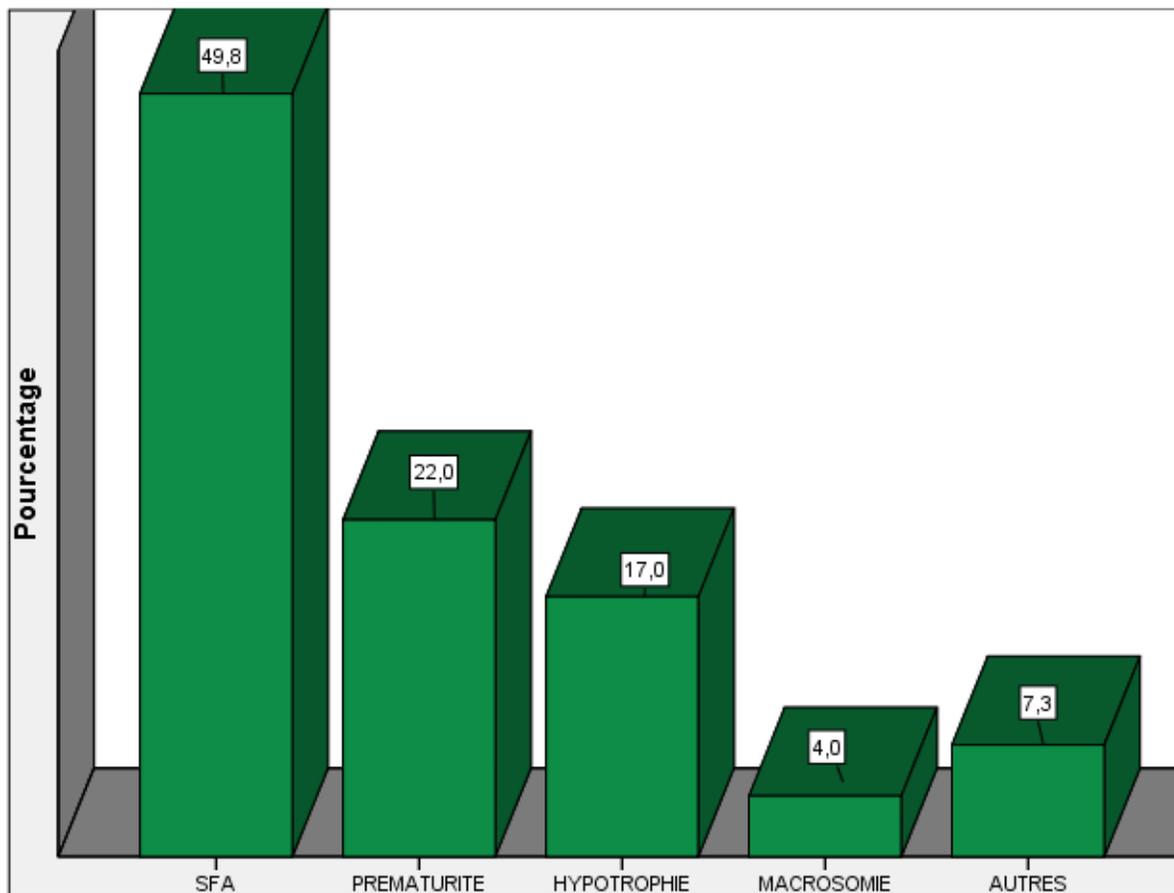
Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le poids de naissance et l'âge.

**Tableau XLV** : Répartition des nouveau-nés selon la référence en pédiatrie.

Référé à la pédiatrie	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	322	18,2
NON	1447	81,8
<b>Total</b>	<b>1769</b>	<b>100</b>

Durant notre étude **18,2%** des nouveau-nés ont été adresser à la néonatalogie.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.



**Figure 12** : Répartition des nouveau-nés selon les motifs de leurs références en pédiatrie.

La souffrance néonatale était le motif de référence le plus fréquent, soit **49,8%**.

**Autres** : dépassement de terme, malformations, mère diabétique, mère hypertendue.

L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Tableau XLVI** : Répartition des nouveau-nés selon le type de décès.

Type de décès	Effectifs	Pourcentage (%)
Mort-né frais	32	54,2
Mort-né macéré	7	11,9
Décès néonatal précoce	20	33,9
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Les mort-nés frais étaient les plus fréquents parmi les décès périnataux dans notre étude soit **54,2%** des cas.

**Contexte de survenu des mort-nés frais** : Présentation de l'épaule méconnue, **HRP**, Mort fœtale in utero...

NB : Le décès périnatal était de **3,3%** chez les adolescentes.

**Tableau XLVII** : Répartition des adolescentes selon le type de décès et l'âge.

Type de décès	Age en Année								Total
	12	13	14	15	16	17	18	19	
Mort-né frais	1	3	1	4	6	8	4	5	32
Mort-né macéré	0	0	0	0	2	1	2	2	7
Décès néonatal précoce	0	0	0	1	2	6	6	5	20
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>59</b>

**P=0,738**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et le type de décès.

# **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

### 1. Méthodologie et limites d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive transversale allant du 01 Septembre 2021 au 31 Aout 2022 soit un (1) an. Pendant cette période d'étude nous avons été confrontés à :

- La difficulté de revoir les parturientes après l'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des nouveau-nés et des suites de couches à cause du faible niveau socio-économique (les consultations postnatales souvent considéré comme source de dépenses).

### 2. Fréquence :

Sur les **9 001** accouchements au cours de la période d'étude, **1 769** concernaient des adolescentes, soit une fréquence de **19,65 %**.

Nous avons choisi la tranche d'âge **10-19** ans recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Notre fréquence est nettement supérieure à l'étude de **Luhete et al** à Lubumbashi (RD Congo) par qui était de **7,7%** [23], et à l'étude réalisée par **Adama-Hondegla et al** à Lomé (Togo) qui était de **3,66%** [24]. L'étude de **Hamada et al**[25], **Diarra K** [26], rapportaient respectivement une fréquence de **2,6% ; 19,10%**.

Cependant notre taux est inférieur à ceux de **Issoufou S** [27] qui était de **21,7%**, et celui de **Dembélé S**[28] qui était de **21,72 %**.

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Dans notre étude, plusieurs facteurs pourraient expliquer l'augmentation de la fréquence des accouchements chez les adolescentes.

On pourrait citer par exemples : le mariage d'enfants (mariage précoce), le faible niveau socio-économique, le faible niveau d'instruction des filles, les restrictions socioculturelles et religieuses.

### **3. Caractéristiques sociodémographiques :**

#### **3.1. Age :**

L'âge moyen de nos patientes était de **17,73** ans (écart-type = 1,21 ans), avec des âges extrêmes de **12** et **19** ans. Le groupe d'âge de 16 à 19 ans avait le pourcentage le plus élevé soit **92%**. Ce résultat est superposable à celui obtenu par **Drabo A** [29] qui était de **94%** dans la même tranche d'âge.

#### **3.2. Résidence :**

La majorité des accouchées résidait dans la commune soit une fréquence de 70,4% des cas.

Cela est dû à la confiance des habitants de la commune au CSRef, à la preuve des prestations de qualité fournies et à sa proximité aux populations.

Cependant, notre fréquence **70,4%** est inférieure à ceux de **Drabo**[29] en Commune II (**80,6%**) et de **Dicko**[30] en Commune IV (**82,33%**), ce qui peut s'expliquer par le fait que la Commune I est une commune grandissante.

#### **3.3. Niveau d'instruction :**

##### **La non-scolarisation :**

Les études sur la fécondité des adolescentes confirment l'importance de l'éducation comme facteur limitant de la fécondité précoce [31]. Dans notre étude, nous avons

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

constaté que **39,7 %** des adolescentes n'étaient pas scolarisées. Dembélé [28] rapportait que **69,8 %** des adolescentes n'étaient pas scolarisées. Notre taux de non scolarisation plus faible par rapport à celui Dembélé [28] pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été menée en milieu urbain.

### **La scolarisation :**

Notre recherche a révélé qu'il y a plus de parturiente avec un niveau d'éducation primaire chez les adolescentes, représentant **34,9%**. En revanche, seulement **3,6 %** des adolescentes avaient des niveaux d'étude supérieur. Cela est dû à l'état de grossesse des adolescentes, une fois enceintes, abandonnent l'école pour des raisons diverses (grossesses, les conditions financières défavorables et/ou d'un mariage).

**Dembélé** [28] rapportait que **18,9%** des mères qui avaient respectivement fréquenté l'école primaire et secondaire étaient des adolescentes. **Drabo A** [29] a rapporté que **34,5%** des adolescentes avaient une éducation primaire.

### **3.4. Profession :**

Dans notre étude, **3,7 %** des adolescentes étaient des aides ménagères, **Drabo A** [29] rapportait que **13,1 %** des adolescentes étaient des aide-ménagères.

De même, les élèves et étudiantes représentaient **36,2 %** des adolescentes dans notre étude. **Dembele F** [32] avait constaté que **26,57 %** des adolescentes étaient des élèves et étudiantes.

Cette forte proportion d'élèves parmi les adolescentes s'explique par le manque d'éducation sexuelle dans les programmes scolaires et dans tous les médias de masse (télévision, internet, etc.).

### **3.5. Statut matrimonial :**

Le mariage d'enfants, défini comme tout mariage impliquant une personne de moins de dix-huit ans, est une pratique répandue en Afrique surtout le Mali. Ces pratiques

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

traditionnelles néfastes violent non seulement les droits fondamentaux des filles et des jeunes femmes, mais menacent également leur santé et leur bien-être [33].

La place du statut matrimonial dans la grossesse et l'accouchement a fait l'objet de nombreuses études. Dans notre série, **86,9%** des adolescentes étaient mariés, **Dembélé F**[32], **Dembélé S** [28], et **Drabo A** [29] ont rapporté respectivement que **86,98%**, **79,2%**, **73,6%**, des adolescentes étaient mariées dans leurs études.

Dans notre série, **12,3%** des adolescentes étaient célibataires ceci pourrait s'expliquer par le fait que 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 revenu stable. **Dembélé S** [28] et **Dembélé F** [32] rapportaient respectivement **20,8%** et **13,02%** d'adolescentes célibataires.

**P.H. Boisselier** en France a constaté que **75%** des adolescentes françaises étaient célibataires contre **15%** des adolescentes africaines. Un taux aussi élevé de mariages d'adolescents s'explique par les mariages précoces dans notre région.

#### **4. Caractéristique clinique :**

##### **4.1. Antécédents obstétricaux :**

La majorité des adolescentes étaient à leur première grossesse soit **78,5%**.

Parmi les adolescentes **4,9%** avaient un **ATCD** d'avortement.

**Guindo A** [34] et **Dembélé. F** [32] rapportaient des antécédents d'avortements respectivement de **3,07%** et de **4,69%** des adolescentes.

En France, **Borg. A** [35] avait constaté que **6,5%** des adolescentes avaient un antécédent de fausses couches. Nos taux sont inférieurs à celui de **Borg. A**, ceci peut s'expliquer par le fait que l'avortement n'est pas autorisé dans notre pays et que notre culture et notre religion ne l'apprécient pas.

## L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Dans la série de **Hamada** [25], **22,4%** des adolescentes utilisaient au moins une méthode contraceptive contre **20%** en Afrique subsaharienne, **5%** en Inde et au Pakistan, **40%** en Indonésie et en Thaïlande, **30 à 53%** dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes [36], **58%** en France et **82%** au Danemark[37].

Dans notre étude **28,8%** des adolescentes avaient utilisé une méthode contraceptive moderne. Quant à **Drabo A** [29], l'utilisation des méthodes contraceptives était de **9,1%** chez les adolescentes.

### 4.2. Mode d'admission :

Les références / évacuations représentaient **26,5%** chez les adolescentes.

**Dembélé. F** [32] et **Dicko. O** [30] rapportaient des taux respectifs de **22,92%** et **38,55%**.

### 4.3. Motif d'admission :

Le motif d'admission le plus fréquent était les contractions utérines douloureuses avec **86,8%** de cas. Les mêmes observations étaient rapportées par **Dicko. O** [30] avec **91,33%** de cas.

### 4.4. Consultation prénatale :

La non-réalisation de CPN était observée chez **10,3%** des adolescentes. Ce résultat est comparable à celui de **Diarra W** [38] qui a obtenu un taux de **6,9%**. **Drabo A** [29], avait rapporté **6,8%** de grossesses non suivies chez les adolescentes. Le taux de grossesses non suivies était **58%** chez les adolescentes dans l'étude de **Dembélé S** [28].

Cet écart peut être dû au fait que les grossesses chez les adolescentes surviennent le plus souvent en dehors du mariage, ce qui est considéré comme un stigmate dans la société malienne et entraîne le rejet des futures mères sans soins prénataux.

## L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

Au Niger, **Diaouga H et al** [39] avait obtenu **4,4%** d'adolescentes qui n'avaient réalisés aucune consultation prénatale. **Prosper. K L** [40] dans son étude rapportait **31,8%** d'adolescentes qui n'avaient réalisés aucune consultation prénatale.

### 4.5. Aspect clinique du bassin :

Le bassin était normal dans la majorité de cas soit **72,2%** chez les adolescentes. Dans la littérature, le taux de bassin normal varie entre **66,3%** à **95,7%** chez les adolescentes [29,30,32]. Le bassin immature de type généralement rétréci (**BGR**) était observé chez **3,8%** des adolescentes. **Gandonou M.M** [41] rapportait un taux de **2%** de bassin généralement rétréci chez les adolescentes au Benin ; **Dicko. O** [30] et Drabo. A [29] avaient rapporté respectivement un taux de BGR de **2%** et **4,3%** chez les adolescentes.

### 4.6. Mode d'accouchement :

Les accouchements par voie basse ont représenté **81,6%** chez les adolescentes. Ce s'expliquerait par la surveillance rigoureuse du travail d'accouchement.

Le taux d'accouchement par voie basse chez les adolescentes varie entre **75,9%** à **94,8%**[30,32,42,43]

L'extraction instrumentale chez l'adolescente varie de **8,4%** à **26,9%** dont la principale indication est la mauvaise coopération maternelle lors de la phase expulsive, associée à une préparation psychologique insuffisante des adolescentes en vue d'un accouchement dans de bonnes conditions [28,44]. Dans notre série, **20,65%** des cas ont nécessité l'utilisation l'extraction instrumentale par ventouse, car c'était le seul instrument utilisé dans le service. **M. Laghzaoui Boukaidi et al** [45] ont rapporté un taux de **20,25 %** de l'accouchement instrumental chez les adolescentes au Maroc.

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Dans la grande majorité des cas, l'accouchement chez les adolescentes se fait par voie naturelle comme en témoignent ces différents résultats ; cependant, ces accouchements nécessitent une surveillance stricte de l'accouchement en raison des risques associés à l'adolescence.

Nous avons rapporté un taux de césarienne de **18,4 %** chez les adolescentes. D'autres études maliennes avaient rapporté un taux variable de césarienne.

Ainsi **Traoré. F** avait rapporté [42] **5,2%** de cas ; **Drabo. A** [29] **10,8%** de cas ; **Dicko. O** [30] **15,67%** de cas ; **Dembélé. F** [32] **16,15%** ; et **Guindo A** [34] **32,8%**. A Madagascar, **Alouinia S et al** [46] avaient rapporté **13,72%** de césariennes chez les adolescentes.

### **5. Pronostics maternel et foetal :**

#### **5.1. Indications de la césarienne :**

Dans notre étude, les dystocies mécaniques étaient la principale indication de la césarienne dans **50,3%** chez les adolescentes.

Ceci s'explique par le fait que la croissance osseuse chez la femme ne s'achève que vers 18 ans et le canal d'expulsion n'arrive à maturité que vers l'âge de 20 à 21 ans, même si l'âge osseux varie sensiblement d'une femme à l'autre et d'une population à l'autre en fonction du niveau nutritionnel [47]. Dans ce domaine, la plupart des auteurs s'accordent à dire que le risque accru lié à l'âge et l'immaturation physique augmentent le risque de dystocie, ce qui peut entraîner la mort maternelle ainsi que de graves complications obstétricales. [47–51].

**Hamada et al.** [25] avait rapporté **57%** des dystocies mécaniques comme la principale indication de césarienne.

## L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

L'échec de l'épreuve du travail, une présentation vicieuse ; une macrosomie fœtale ; le bassin immature ; l'utérus cicatriciel sur bassin limite ; la présentation siège chez une primipare ; HRP grade II de Sher ; Procidence du cordon 2<sup>e</sup> degré battant ; utérus bi cicatriciel en travail ; syndrome de pré rupture utérine représentaient les autres indications de césarienne dans notre série.

Dans notre étude nous n'avons pas noté de relation statistiquement significative entre les indications de césarienne et l'âge ( $p = 0,950$ ). La plupart des auteurs n'avaient pas fait l'objet de cette analyse comparative.[27,29,32,38]

### 5.2. Complications :

Dans notre étude, la plupart des femmes ont accouché sans complication, soit **94,4%**. Notre fréquence est supérieure à celle de **Dicko O**. [30] qui avait rapporté **89,5 %** des accouchements non compliqué. Dans notre étude, nous avons retrouvé **5%** de déchirures des parties molles. **Dembélé F** [32] et **Dembélé S** [28] avaient rapporté respectivement **2,08%** et **7,5%** des déchirures périnéales chez les adolescentes. Le taux relativement élevé de déchirures des parties molles peut être dû à l'immaturité de la musculature périnéale, à l'étroitesse vulvaire, à une mauvaise utilisation des dispositifs d'accouchement (ventouse) et au manque de coopération maternelle.

Également dans notre étude nous n'avons pas noté de relation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de complications obstétricales ( $P=0,757$ ). Nous n'avons pas noté cette analyse comparative chez la plupart des auteurs.[27,29,32,38].

### 5.3. Décès maternels :

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

Dans notre série, nous avons enregistré un cas de décès maternel chez les adolescentes soit **0,1%** à la suite d'une péritonite post césarienne. **Dicko. O** [30] et **Guindo A** [34] avaient rapporté **0,67%** et **1,02%** de décès maternel chez les adolescentes.

### 5.4. Le score d'Apgar des nouveau-nés :

Le score d'Apgar à la première minute était compris entre **5** et **7** chez **15,2%** des nouveau-nés de mères adolescentes. **Dicko. O** [30] et **Drabo. A** [29] en avaient rapporté respectivement **10%** et **5%**. Il était  $\geq 8$  chez **79,9%** des nouveau-nés et  $<3$  chez **4,9%** nouveau-nés.

### 5.5. Poids des nouveau-nés :

Dans notre série, le faible poids de naissance (**p<2500g**) était observé chez les adolescentes avec **5,8%** de cas. **Diarra W** [38], et **Traoré. F** [42] avaient rapporté respectivement **20,9%**, et **13,5%** de faible poids de naissance chez les nouveau-nés issus des mères adolescentes. Quant à **Dembélé. F** [32], le taux de faible poids de naissance était de **10,26 %** chez les adolescentes. 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 plusieurs études menées par le **Forum. L.** et **Louise S.**[52] n'ont pas montré d'association significative entre l'âge maternel et l'accouchement de nouveau-nés

## **L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

de faible poids à la naissance. Le taux élevé de faible poids à la naissance chez les adolescentes peut s'expliquer par des facteurs sociodémographiques auxquels sont confrontées les adolescentes.

Notre étude a révélé une relation statistiquement significative entre l'âge de l'accouchée et le poids de naissance des nouveau-nés (**P=0,0001**). Plus les patientes étaient jeunes plus elles étaient exposées aux complications obstétricales.

Nous n'avons pas noté cette étude comparative dans la plupart des études sur l'accouchement chez les adolescentes [27,29,32,35,38].

### **5.6. Référence/Evacuation des nouveau-nés :**

Dans notre série, **18,2%** de nouveau-nés issus de mères adolescentes étaient référés à la néonatalogie. Les motifs de référence/évacuation étaient essentiellement : la souffrance néonatale avec **49,8%** ; la prématurité avec **24,5%** ; l'hypotrophie avec **17,8%**, la macrosomie fœtale avec **1,5%**. **Dembélé. F** [32] avait rapporté un taux de référence de nouveau-nés de **18,97%** de cas chez les adolescentes, dans l'étude de **Maiga. R** [53] ce taux était de **15,9%**.

### **5.7. Etats des nouveau-nés à la naissance :**

Les décès périnataux (mort-né frais, décès néonatal précoce) ont représenté **3,3%**. **Dicko. O** [30] et **Dembélé. F** [32] avaient rapporté respectivement **5,67%** et **3,08%** de décès périnataux chez les adolescentes et quant à **Dembélé. S** [28], le taux de mortalité périnatale était de **5,2%**.

# **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **Conclusion :**

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle encore ancrée dans certaines communautés du Mali, ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents de complications comme les dystocies, les prématurités, les mort-nés et souvent des déchirures du col ou du périnée. Il est difficile pour les adolescentes enceintes de poursuivre les études ce qui conduit souvent à des échecs scolaires. Ces complications sont évitables grâce à la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes.

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

Des mesures préventives doivent être adoptées par les parties prenantes.

## RECOMMANDATIONS :

### Aux autorités :

- ✚ 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.
- ✚ Eviter le mariage précoce chez la jeune fille (fixé actuellement à 18 ans).
- ✚ Promouvoir les campagnes de sensibilisation et de communication sur la sexualité et la contraception.
- ✚ Former plus des personnels qualifiés dans la prise en charge de ce cas très délicat.

### Aux personnels socio-sanitaires :

- ✚ Discuter, conseiller les adolescentes sur la sexualité et la reproduction lors des consultations quel que soit le motif.
- ✚ Prodiguer plus de conseils par rapport à l'observance thérapeutique.
- ✚ Encourager les adolescentes à utiliser les méthodes de contraception moderne.
- ✚ Prendre le temps de remplir correctement les supports.
- ✚ Appliquer le plan d'accouchement.

### Aux parents :

- ✚ Discuter de la sexualité avec les adolescentes afin de lever ce tabou.
- ✚ Scolariser les filles.
- ✚ Soutenir moralement et financièrement les adolescentes enceintes.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

- ✚ 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.
- ✚ Faire une bonne observance thérapeutique.
- ✚ Préconiser l'abstinence.
- ✚ Eviter les comportements sexuels à risques.
- ✚ Utiliser les méthodes de contraceptions modernes.

# **VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

1. **World Health Organization (WHO)**. Santé des adolescents. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
2. **Barabara Shane**. Livre du Planning familial sauve des vies : les adolescentes et la santé en matière de la reproduction. 3e éd. Washington : Inc Washington DC, 1996 : P15-18.
3. **World Health Organization (WHO)**. Grossesse chez les adolescentes. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. **The DHS Program - Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé 2021** (French). Disponible sur : <https://dhsprogram.com/publications/publication-PR139-Preliminary-Reports-Key-Indicators-Reports.cfm>
5. **Côte d'Ivoire Enquête Démographique et de Santé 2021** (French). Disponible sur : <https://dhsprogram.com/publications/publication-PR140-Preliminary-Reports-Key-Indicators-Reports.cfm>
6. **INSTAT. Institut National de la Statistique du Mali. ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS)**. Disponible sur : <https://www.instat-mali.org/fr/publications/enquete-demographique-et-de-sante-eds>
7. **Fonds des Nations Unies pour la population**. Mariage d'enfants. 4 févr 2022 ; Disponible sur : <https://www.unfpa.org/fr/resources/mariage-denfants-foire-aux-questions>

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

8. **Figo**. 2019. Engagement de la ICPD25 : santé et droits maternels. Disponible sur : <https://www.figo.org/fr/engagement-de-la-icpd25-sante-et-droits-maternels-0>
9. **ONG Plan International France**. Causes et conséquences des grossesses précoces. Disponible sur : <https://www.plan-international.fr/nos-combats/droit-des-filles/causes-et-consequences-des-grossesses-precoces/>
10. **Dadoorian D**. Grossesses adolescentes. Eres. Livre Ramonville Saint-Agne ; 2007. 136 p.
11. **Merger R, Levy J, Melchior M**. Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris : Masson, 2008.
12. **Seince N, Pharisien I, Uzan M**. Grossesse et accouchement des adolescentes. Paris : EMC (Elsevier Masson) gynécologie /obstétrique ; 2003 : 209-224.
13. **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.
14. **B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin**. Pratique en gynécologie obstétrique. Elsevier-Masson ; 2012.
15. **Robert M, Jean L, Jean M**. Précis d'obstétrique. 6 édition. Paris : Masson ; 2001. 624 p.
16. **Kamina P**. Anatomie gynécologique et obstétricale. 4 édition. Paris : Maloine ; 1976. 509 p.
17. **Courbiere B, Carcopino X**. iKB Gynécologique et obstétrique. 5 éditon. Paris : Vernazobres-Grego ; 2012. 583 p.
18. **Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H**. Pratique de l'accouchement. 3 édition. Paris : Masson ; 2001. 525 p.
19. **Lansac J, Magnin G, Sentilhes L**. Obstétrique pour le praticien. 6 édition. Paris: Masson ; 2003. 563 p.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

20. **Kamina P, Tourris H, Rideau Y.** Anatomie fonctionnelle du périnée obstétrical. Revue française de gynécologie et obstétrique ; 1972. 67 p.
21. **Schaal J, Riethmuller D.** Canal pelvi-génital et mobile foetal ou « Confrontation foeto-pelvienne ». Mécanique et Techniques obstétricales : Sauramps Médical. Montpellier : In : SCHALL JP ; 2007.
22. **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 de médecine Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2007
23. **Luhete PK, Mukuku O, Tambwe AM, Kayamba PKM.** Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 29 mars 2017;26:182.
24. **Adama-Hondegla A, Bonin K, Aboubakari A, Modji S, Akpadza K.** Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'accouchement des adolescentes à Lomé en 2010. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé. 2012;14(2):69-76.
25. **Hamada H, Zaki A, Nejjar H, Filali A, Chraïbi C, Bezaïd R, et al.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil: À propos de 311 cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 nov 2004;33(7):607-14.
26. **Diarra K.** Problématique de l'accouchement chez l'adolescente à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Thèse de médecine. USTTB ; 2021.N°304
27. **Issoufou S.** Accouchement chez les adolescentes à l'hôpital Hangadoumbo Moulaye TOURE de Gao à propos de 655 cas Thèse de médecine Bamako. USTTB ; 2022 N°173

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

28. **Dembélé S.** Accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de Dioila. Thèse de médecine. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2012.N°185
29. **Drabo A.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako. Thèse de médecine Bamako : USTTB ; 2015, N°85.
30. **Dicko OH.** Accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de commune vi de district de Bamako : étude cas –témoins. Thèse de médecine Bamako USTTB ; 2019.N°342
31. **Baya B, Sane A, Bere B, Bazongo B, Ouedraogo M, Dindane I, et al.** Profil des adolescents et facteurs de leur entrée en vie féconde au Burkina Faso.
32. **Dembele F.** Accouchement chez les adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune IV du District de Bamako à propos de 1000 accouchements Thèse de médecine. Bamako : USTTB ; 2015.N°80
33. **UNESCO.** Fiche thématique | Autonomisation des jeunes. In : [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://fr.unesco.org/fiche-autonomisation-jeunes>
34. **Guindo A.** Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso Thèse de médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020.  
Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4018>
35. **Borg A.** Grossesse chez les adolescentes : complications obstétricales et fœtales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Université de Lorraine ; 2012 p. 51. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01874128>
36. **Into a new world : young women's sexual and reproductive lives / Alan Guttmacher Institute. | Wellcome Collection.** Disponible sur: <https://wellcomecollection.org/works/cdh724df>

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

37. **Masson E. EM-Consulte.** Généralités sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/7867/generalites-sur-la-grossesse-et-l-accouchement-che>
38. **Diarra W.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes dans le centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako Thèse de médecine. USTTB ; 2023. N°63  
Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5941>
39. **Diaouga HS, Yacouba MC, Abdou MMS, Rahamatou MG, Idi N, Nayama M.** Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. Pan Afr Med J. 25 nov 2020;37:274.
40. **Genest L, Decroix H, Rotten D, Simmat-Durand L.** Maternités précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 mai 2014;43(5):351-60.
41. **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.
42. **Traoré F :** Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain Bamakois. Thèse en médecine 2001-2002. N°103. P35.
43. **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.
44. **Sittner B, Hudson D B, Grossman C C, Gaston-Johansson F.** Adolescents perceptions of pain during labor. Clin Nurs Res 1998; 7, (1):82-93.
45. **Laghzaoui B, Bouhya S, Bennani O, Hermas S, Soummanni A, Aderdour M.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente. Maroc Médical 2002, 24 (3) : 181-185.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

46. **Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R.** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 mai 2015;44(5):443-50.
47. **Organisation mondiale de la santé.** Journée mondiale de la santé: Maternité sans risques : Retarder les naissances. Genève : Avril 1998 :1-3.
48. **Gallais A, Robillard P Y, Nuissier E, Cuitassier T, Janky E.** Adolescence et maternité en Guadeloupe : à propos de 184 observations. *Journal de gynécoobstétrique et biologie de reproduction*, 1996,25 :523-527.
49. **Carles G, Jacquelin X, Raynal P, Bertsch M, Zoccarato A M.** Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Etude de 150 cas en Guyane française. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* 1998, 27 (5) : 508–513.
50. **Tambwe M N K, Kalenga M K, Kakoma S Z.** La parturition chez les adolescentes aux cliniques universitaires de Lubumbashi (Congo). *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* 1999, 94(5): 379–383.
51. **Osbourne G K, Howat R. L, et Jordan M. M.** The obstetric outcome of teenage pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1981, 88 (3): 215–221.
52. **Forum L, Ducic S, Seguin L.** Facteurs associés à la naissance des enfants de faible poids. *Santé* 1999; 9:7-11.
53. **Maiga R.** Accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti, étude cas- témoins. Thèse Médecine 2010, N° 253. 34-67p.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

# **ANNEXES**

## ANNEXES :

### FICHE D'ENQUETE :

#### 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, 6. Commerçant 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/Etudiant,

4 Fonctionnaire, 5 Salarié

#### II.ANTECEDANTS

Q9 : ATCD médicaux : /\_ / 1.HIV / \_/, 2.HTA /\_ /, 3. asthme/ \_/, 4. drépanocytose

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

/ \_/, 5. Anémie / \_/, 6. Diabète / \_/, 7. Autres à préciser / \_/

Q10 : ATCD chirurgicaux :

a.) Césarienne : / \_/ 1. Oui, 2. Non

Si oui type : 1. IMSO / \_/, 2. 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.) Ménarche:/ \_/ 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 : Observation de la CPN :

.....  
.....

Q16 : Lieu : / \_/ 1. CSRéf 2. CSCCom 3. Structure privée

Q17 : Auteur : / \_/ 1. Médecin 2. Sage-femme 3. Infirmière obstétricienne 4. Autres

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Q18 : Nombre : 1=0 2 : 1à3 3 : >=4

Q19 : Bilan prénatal: /\_ / 1. Fait 2. Non fait

Q20 : Terme : /\_ / 1. à terme ,2. avant terme 3. Post terme

Q21 : Anémie: /\_ / 1. Oui 2. Non. Si oui taux d'hémoglobine

Q22 : Œdème des membres inférieurs : /\_ / 1. Oui 2. Non

Q23 : Paludisme : /\_ / 1. Oui 2. non

Q24 : HTA /\_ / 1. Oui 2. non

Q25 : infection urinaire /\_ / 1. Oui 2. non

Q26 : 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

Q27 : VAT : /\_ / 1. à jour 2. non à jour

Q28 : Supplémentation martiale: /\_ / 1. oui 2. non

Q29 : Mode d'admission : /\_ / 1. Venue d'elle-même, 2. évacuée/référée 3.

Hospitalisée

Q30 : Diagnostic d'admission :

Q31 : Structure qui a évacué : /\_ / 1 CSCCom, 2 Cabinet, 3 cliniques, 4 CS Réf,

5 Hôpital

Q32 : Titre de l'agent qui a évacué : /\_ / 1 Sage-Femme, 2 Etudiant/el, 3

Médecin, 4. Infirmière Obstétricienne, 5 Aide-soignante, 6 Matrone

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**III EXAMEN A L'ADMISSION**

Q33 : Etat général à l'admission: /\_ / 1 : satisfaisant ; 2 : passable ; 3 : mauvais

Q34 : conjonctives : /\_ / 1. Pales 2. Colorées

Q35 : Tension artérielle : .....mm hg

Q36 : Température.....C

Q37 : Taille : /\_ /1. < 1,5m 2. > 1,5

Q38 : Poids Indice de masse corporelle :

Q39 : Etat de conscience: /\_ / 1 : bon ; 2 : altéré

Q40 : Convulsions éclamptiques : /\_ /1. Oui 2.non

Q41 : Palpation obstétricale : /\_ / 1. Axe verticale, 2. Axe transversale

Q42 : HU : /\_ / 1<36cm 2. > 36cm

Q43 : BDCF : /\_ / 1. <120bat/mn 2. [120-160] bat /mn 3. > 160 bat/mn

Q44 CU : /\_ / 1.oui 2.non Col : 1. Longueur /\_ / 2. Dilatation /\_ /

Q45 : Hémorragie: /\_ / 1. Oui 2. Non Si oui : /\_ / 1. PP ,2. HRP, 3.RU.

Q46 : Poche des eaux : /\_ / 1. Intacte ,2. Rompue

Si rompue : -délai

-odeur du LA

Q47 : Aspect du L A : /\_ /1. Clair ,2. Teinté ,3. Méconial ,4. Sanglant.

Q48 : Bassin : /\_ / 1. Normal ,2 BGR ,3. limite ,4. Autres à préciser

Q49 : Facteurs de risque : .....

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

**IV MARCHE DU TRAVAIL**

Q50 : Début du travail (dates et l'heure) :

Q51 : Fin du travail (dates et l'heures) :

Q52 : Durée totale du travail:/...../

Q53 : 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**

Q54 : 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**

Q55 : 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

Q56 : Hémorragie par lésion des parties molles ; type à préciser.

Q57 : Déchirure vulvo-vaginale:/\_ / 1. Oui 2. Non

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Q58 : Déchirure vaginale : /\_/ 1. Oui 2. Non

Q59 : Déchirure cervicale : /\_/ 1. Oui 2. Non

Q60 : Rupture utérine : /\_/ 1. Oui 2. Non

Q61 : Accident urinaire : /\_/ 1. Oui 2. non

Q62 : Relâchement symphysaire : /\_/ 1. Oui 2. Non

Q63 : Hystérectomie de l'hémostase : /\_/ 1. Oui 2. Non

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

Q64 : Autres à préciser

Q65 : Décès maternel:/\_/ 1. Oui ,2. Non. Si oui cause.

**VII COMPLICATIONS DU POST-PARTUM**

Q66 : Endométrite /\_/ 1. Oui 2. Non

Q67 : Péritonite : /\_/ 1. Oui ,2. Non

Q68 : Suppuration pariétale:/\_/ 1. Oui ,2. Non

Q69 : Eviscération:/\_/ 1. Oui ,2. Non

Q70 : Paludisme:/\_/1. Oui ,2. Non

Q71 : Anémie:/\_/1. Oui ,2. Non. Si oui taux d'hémoglobine

Q72 : Troubles de la lactation:/ / 1. Oui, 2. Non

Q73 : Troubles thrombo-emboliques : / / 1. Oui, 2. Non

Q75 : Eclampsie:/ / 1. Oui 2. Non

Q76 : Complications mammaires:/ / 1. Oui 2. Non

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Q77 : Autres à préciser

Q78 : 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**

Q79 : Nombre d'enfant

Q80 : Vivant / \_ / 1. Oui 2. Non

Q81 : Apgar à la naissance : / \_ / 1. <3 ,2. (4-7) 3. (8- 10)

Q82 : Poids : 1. <2500g ,2. (2500 -3999) g ,3> 4000g

Q83 : Sexe: / \_ / 1. Masculin ,2. Féminin

Q84 : Réanimé: / \_ / 1. Oui ,2. Non. Si oui durée

Q85 : Référé à la pédiatrie : / \_ / 1.oui 2. Non

Si oui cause: / \_ / 1. Hypotrophie ,2. Prématurité ,3. SFA, 4. Mère diabétique

,5. Autres à préciser

Q86 : Lésion traumatique: / \_ / 1. Oui 2. Non. Si oui

Type /...../

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

Q87 : Mort-fœtale : / \_ / 1. Oui 2. Non

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

Q88 : Mort périnatale:/\_ / 1. Mort-né, 2. Mort-néonatale précoce 3. Mort-néonatale tardive.

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** DEMBELE

**Prénom :** OUMAR N'FALY

**Titre de la thèse :** L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO.

**Année Universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odontostomatologie de Bamako.

**Secteurs d'intérêt :** Gynécologie- obstétrique.

**Email :** oumarnfalydembele@gmail.com

### **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 au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.

**Matériels et méthodes :** C'est une étude prospective, descriptive transversale de 12 mois, allant de 1er septembre 2021 au 31 Aout 2022 concernant les adolescentes de 12-19 ans ayant une grossesse âgée d'au moins 28SA. Les données collectées ont été

**L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako.**

saisies sur le logiciel Word 2016 et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 21.

**Résultats :** Durant la période d'étude **1769** adolescentes avaient accouché au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako sur **9001** accouchements. La prévalence de l'accouchement chez les adolescentes était de **19,65%** avec un âge moyen de **17,73** ans. Les adolescentes étaient majoritairement mariées **86,9%**. Les grossesses non désirées **6,7%**, la non-réalisation de CPN **10,3%**, la non-réalisation du BPN **26%**, l'anémie pendant la grossesse **28,1%**. Les accouchements par césarienne **18,4%**, les césariennes avaient pour principales indications les bassins immatures **46,7%** et la souffrance fœtale aigue **14,7%**. Les accouchements étaient compliqués de déchirures des parties molles **5%**, d'hémorragie de la délivrance **4,6%**.

Après l'accouchement, **1** cas de décès maternel avait été enregistrés. Le faible poids de naissance a été retrouvé chez **5,8%** des nouveaux nés. Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le poids de naissance et l'âge.

**Mots clés :** Accouchement ; Adolescentes ; Pronostic maternofoetal.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. Je le jure