

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE
(FMOS)

Année universitaire : 2022 - 2023

Thèse N °.....

THESE

**Accouchement chez les adolescentes
au CHU Mère Enfant
« Le Luxembourg »**

Présentée et soutenue publiquement le 20/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : ***M. Oumar COULIBALY***

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

JURY :

Président : M. Alkadri DIARRA (*Maitre de Conférences*)
Membres: M. Mohamed Yaya DJIRE (*Gynécologue obstétricien*)
M. Saleck DOUMBIA (*Gynécologue obstétricien*)
Co-Directeur : M. Abdoulaye SISSOKO (*Maître-Assistant*)
Directeur : M. Soumana Oumar *Maitre de Conférences*)

DEDICACES

DEDICACES

Je ne saurais commencer sans rendre grâce à Allah au créateur des créateurs, l'Alpha et l'Omega. Au nom d'ALLAH, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.

Louange et gloire à Dieu le Tout Puisant qui nous a permis de mener à bien ce travail et que la grâce, le salut, les bénédictions et la paix d'Allah soient accordés au meilleur de ses créatures, notre prophète et sauveur Mohamed ibn Abdoullah ibn Abdelmoutalib, aux membres de sa famille, ses compagnons ainsi que ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

Oh mon seigneur ! Permits-nous de tirer un profit licite de ce travail et accorde-nous le savoir, la sagesse et les vertus qui rendront utile à l'humanité mon bref passage sur terre.

Seigneur fait que ma vie et mes actions soient conformes à tes préceptes. Rafferme ma foi.

Je dédie cette thèse à....

A mon père Feu Mory Coulibaly

Mon père ce travail est le tien. En plus d'avoir été un guide pour nous dans la vie ; tu nous as appris le sens du travail, de la responsabilité, de la morale, de la dignité et de l'humilité. Tu as été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de justice dans l'accomplissement du travail. Cette thèse est la consécration de plusieurs années d'étude au cours desquelles, désillusion, découragement et succès ont été tour à tour au rendez-vous. Au fil des années, cette impatience s'est émoussée mais la soif de connaissance est demeurée intacte. Il suffisait de te prendre en exemple pour transformer ces points négatifs de la vie en des opportunités. A travers ce travail, j'espère te rendre aussi fier de moi que je le suis de toi. Tu es mon modèle d'homme.

Soit rassuré que tes leçons me suivront toujours.

A ma mère Mariam Koné

Une dame de fer et exceptionnelle qui s'est toujours souciée de l'éducation de ses enfants. Maman, voilà ici aujourd'hui un des résultats des nuits blanches que tu as passé à mes côtés pour m'aider dans mes exercices et devoirs depuis tout petit et de tes prières nocturnes pour moi, mes frères et mes sœurs. Les mots me manquent pour te louer et te remercier assez. Qu'ALLAH te récompense au centuple pour tout ce que tu as fait pour nous. Sois heureuse de ce travail, c'est le tien, c'est ton exploit. Je vais et je continuerai à persévérer InshaAllah pour te faire plaisir et honneur, je t'aime

Ce travail, je vous le dédie chers parents, vous aurez toujours une place importante dans mon cœur et dans ma vie. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A mes frères et sœurs : Mamoutou Mory, Fatou Mory, Aramatou Mory Sitan Mory, Nana Mory, Aminata Mory, Moussa Mory,

Vous avez été pour moi des confidents, (mon second père et/ou ma seconde mère). L'heure de la responsabilisation a sonné depuis longtemps, demain nous appartient mais il se construit dès à présent dans l'unité. Vos sacrifices pour la réalisation de ce travail me sont inestimables qu'il soit un ciment qui resserre d'avantage notre fraternité. Vous êtes des frères et sœurs formidables. Que le Seigneur resserre nos liens.

A mon épouse : Djoba tu es pour moi une femme de rêve, tes conseils et ton engagement auprès de moi n'ont pas fait défaut je ne saurai te remercier assez pour tout ton soutien et les conseils que tu n'as cessé de me donner ; que le bon Dieu te donnez longue vie pour ta bonté Amin...

Aux familles : Coulibaly, Traore, Konaté, Nomoko, Sissoko, Ninka

Toute ma sympathie et ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes très sincères remerciements :

A mon ami Diakaridia Konaté

Notre amitié est une histoire sacrée, elle est plus qu'une fraternité ! Tu as été d'une aide inestimable dans ma vie, ce travail est le tien. Merci pour tout ton amour, tes conseils et d'être toujours là pour moi. C'est avec une immense joie que j'écris ces mots qui me sont très insuffisants pour exprimer ma reconnaissance pour tout ce que tu as fait pour moi. Puisse Dieu te donner une longue vie.

A mes oncles et tantes :

Vous m'avez guidé les pas dans cette vie ici-bas, et avez été toujours un refuge et un conseil pour moi. Cette œuvre est la vôtre car elle n'aurait pas été sans vos présences et votre soutien. Trouvez à travers elle, l'expression de ma profonde gratitude.

A tous mes enseignants du fondamentale, lycée ainsi qu'au corps professoral de faculté de médecine et d'odontostomatologie et de pharmacie : Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

A tous mes promotionnaires de la fondamentale, du lycée et de l'université.

A tous mes amis d'enfance et du quartier particulièrement à mes meilleurs amis, conseiller : **Oumar Ninka, Nomoko Mory, Amadou Coulibaly**

Aux docteurs : Dr sissoko Abdoulaye, Dr Mohamed Djiré , Dr Mangara, Dr yacouba coulibaly, Dr Kalle safiatou,

Pour leurs aides si précieuses dans l'accomplissement de ce travail.

A tout le personnel du CHU-ME :

Travailler avec vous fut un véritable plaisir pour moi.

Dont la disponibilité, la compétence et l'enthousiasme m'ont donné la motivation nécessaire pour parfaire ce modeste travail vous m'avez élevé aux rangs des médecins Seniors au sein du CHU ME Merci pour tout...

Merci pour la vie, ALLAh K'an to nyongon ye !!!

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DE THESE,

Professeur Alkadri DIARRA

- **Professeur agrégé d’Urologie à la FMOS**
- **Chirurgien Urologue-Andrologue au CHU le Luxembourg ;**
- **Pédagogue Médical Diplômé de l’Université de Bordeaux 2/France ;**
- **Communicateur Médical Diplômé de l’Université de Bordeaux 2/France ;**
- **Maitres de Conférences agrégé d’Urologie du CAMES ;**
- **Président de la Commission Médicale d’Etablissement au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Président du Conseil National de L’Ordre des Médecins du Mali (CNOM)**

Cher Maitre ;

Vous avez accepté de diriger ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parlé, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la chirurgie et de la médecine légale nous ont beaucoup impressionnés. L’amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Cher Maitre veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Dr Mohamed Yaya DJIRE

- **Gynécologue obstétricien au CHU mère enfant de Luxembourg**
- **Praticien hospitalier au CHU mère enfant de Luxembourg**
- **Ancien interne des hôpitaux de Bamako**
- **Ancien interne des hôpitaux de paris**
- **Chef de service de gynécologie du CHU mère enfant de Luxembourg**

Cher Maître,

Permettez-nous de vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse,

Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage

Merci de nous avoir fait partager votre expérience dans la bonne humeur et de nous avoir permis de faire le bon choix.

Nous admirons vos qualités scientifiques et sociales,

Recevez ici cher maitre toute notre reconnaissance et nos sincères remerciements,

Soyez rassurés de notre entière disponibilité.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Dr Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CSREF de la Commune V**
- **Détenteur d'un Master en Coloscopie obtenu en Algérie**
- **Détenteur d'un Diplôme Universitaire (DU) en Epidémiologie-Biostatique à l'institut Africain de Santé Publique**
- **Détenteur d'un certificat en Rédaction Scientifique**
- **Détenteur d'un diplôme Universitaire (DU) en VIH/TB**

Cher maitre,

Le grand honneur que vous faites en acceptant de siéger dans notre jury nous offre l'occasion de vous exprimer notre admiration et notre profond respect. Votre simplicité et votre disponibilité nous ont séduit.

Veillez trouver ici l'assurance de nos remerciements les plus sincères.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR,

Dr Abdoulaye SISSOKO

- **Maître-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la FMOS**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la garnison militaire de Kati**
- **Commandant des forces armées du Mali**
- **Chef de service de Gynéco-Obstétrique de la clinique périnatale Mohamed VI**
- **Praticien Hospitalier au CHU Mère-Enfant le Luxembourg**
- **Ancien Secrétaire Général adjoint de la (SAGO)**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et D'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher Maître,

Nous avons été séduits par votre dévouement à la quête scientifique. Votre disponibilité, votre amabilité, votre simplicité, la qualité de vos enseignements, votre amour pour le travail bien fait ainsi que tout le reste de vos qualités humaines font de vous un modèle admirable. Que le tout puissant vous accroit. Veuillez croire cher maître à l'expression de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali,**
- **Praticien Hospitalier au centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**
- **Certifié en Programme GESTA International (SOGC).**
- **Leaders d'Option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher Maître,

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

Votre engagement sans faille dans la formation des étudiants, l'immensité de vos connaissances scientifiques, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un Maître apprécié et très respecté.

Que ce travail puisse être à la hauteur de vos attentes et que Dieu vous comble de grâces abondantes.

LISTES DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

LISTES DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS :

ASACO : association de sante communautaire

BGR : bassin généralement rétréci

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

CHU : centre hospitalier universitaire

CNTS : centre nationale de transfusion sanguine

CPN : consultation prénatale

CM : centimètre

DIU : dispositif intra utérin

EDS : enquête démographique et de sante du Mali

FSH : Follicle –Stimulating Hormone

Grs : gramme

GEU : grossesse extra-utérine

H : heure

Hbts : habitants

HTA : hypertension artérielle

HIV : humain immunodéficience virus

HGC : hormone gonadotrophine chorionique

IEC : information éducation communication

IS : intervalle de sondage

Km : kilomètre

LH : luteinizing Hormone

LH-RH : luteinizing Hormone Releasing Hormone

MG : milligramme

M : mètre

Mn : minute

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

PEV : programme élargi de vaccination

PH : Potentiel d'hydrogène

PF : planification familiale

RGPH : recensement général de la population et de l'habitant

SFA : souffrance foétale aigue

SA : semaine d'aménorrhée

> : Supérieur

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égale

≥ : Supérieur ou égale

PMA : paquet minimum d'activité

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

USAC : Unité de Soins et d'Accompagnement

Liste des Figures

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les limites de la puberté normale	11
Figure 2 : les limites de la puberté normale	13
Figure 3 : les différents diamètres du détroit supérieur	17
Figure 4 : Engagement de la présentation	18
Figure 5 : Schéma du détroit moyen (en bleu)	19
Figure 6 : Forme du détroit moyen ; DS : Détroit Supérieur, DM : Détroit Moyen et DI : Détroit Inferieur	20
Figure 7 : Rotation au niveau du détroit moyen	21
Figure 8 : Le détroit inférieur du pelvis	22
Figure 9 : les différents types du bassin selon la forme du détroit supérieur[25].	23
Figure 10 : Schéma bassin mou	24
Figure 11 : Evolution de la mécanique obstétricale	25
Figure 12 : Répartition des adolescentes selon la provenance.....	41
Figure 13 : Répartition des adolescentes selon l'identité des procréateurs.	43
Figure 14 : Répartition des adolescentes selon l'examen prénatal.	46
Figure 15 : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse.	46
Figure 16 : Répartition des adolescentes selon le vaccination antitétanique (VAT).	47
Figure 17 : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants.	53
Figure 18 : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants vivants.	53
Figure 19 : Répartition des adolescentes selon le score d'Apgar.	54
Figure 20 : Répartition des adolescentes selon le poids à la naissance.	54
Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.	55

Liste des Tableaux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : L'évolution des caractères sexuels secondaires selon la classification de TANNER	12
Tableau II : périodes d'apparition des points d'ossifications des os du bassin ainsi que leurs périodes d'ossifications complètes	14
Tableau III : les différents diamètres du détroit supérieur du bassin maternel [21]	17
Tableau IV : Comparaison des calendriers de soins prénatals.....	30
Tableau V : Répartition des adolescentes selon l'âge.....	41
Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques.....	42
Tableau VII : Répartition des adolescentes selon la profession du procréateur .	43
Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon les antécédents.....	44
Tableau IX : Répartition des adolescentes selon l'histoire de la grossesse actuelle.	45
Tableau X : Répartition des adolescentes selon la pathologie associée à la grossesse actuelle.	47
Tableau XI : Répartition des adolescentes selon l'examen a l'admission.	48
Tableau XII : Répartition des adolescentes selon les traitements au cours du travail.....	49
Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon mode d'accouchement.....	50
Tableau XIV: Répartition des adolescentes selon les complications de l'accouchement et de la délivrance.	51
Tableau XV : Répartition des adolescentes selon les complications du post partum.....	52
Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés selon les causes de références à la néonatalogie	55

Sommaire

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	2
II. OBJECTIFS :.....	5
III. GENERALITES.....	7
IV. METHODOLOGIE.....	36
V. RESULTATS.....	41
VI. DISCUSSION.....	57
CONCLUSION :.....	66
RECOMMANDATIONS :	68
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE	69
Annexe	74

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Selon la définition courante, l'adolescence est « la période de la vie humaine entre la puberté et l'âge adulte ; jeunesse » [1].

Environ 1,5 milliard de personnes dans le monde sont des jeunes gens âgés de 10 à 24 ans, dont 85% vivent dans les pays en développement[2]. Les adolescentes constituent 22% de la population des femmes en Afrique[3].

En Afrique de l'Ouest et du Centre, au moins 12% de la population sont âgées de 10 à 14 ans, 11% sont âgées de 15 à 19 ans[4]. Au Mali (EDS 2018), la population de 10-14 ans est estimée à 13% et celle de 15-19 ans à 10% [5].

L'adolescence est marquée chez la fille par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction. Alors que la survenue d'une grossesse est possible, l'adolescente est dans un état de déséquilibre psychologique et d'immaturité des organes, ce qui peut être à l'origine des complications sur plan obstétrical (la prématurité, l'avortement à risque, la dystocie au moment de l'accouchement...), psychologiques, et sociaux[2].

Plus de 14 millions d'adolescentes accouchent chaque année dans le monde. Bien que ces naissances interviennent dans toutes les sociétés ; 12,8 millions, soit plus de 90 %, ont lieu dans les pays en développement[6]. Au Mali, le mariage précoce, la sexualité précoce des filles est une réalité dans nos pays en voie de développement avec une fréquence très élevée (de 188 pour 1000 au Mali, avec une moyenne de 143 pour 1000) [7,8].

Selon l'EDSM 2018 [5] 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 la District de Bamako[5].

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 de la jeune fille, et 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 [9].

La morbidité et mortalité chez les adolescents demeurent très élevées dans notre pays ce qui nous a motivé à initier cette étude au sein du CHU ME « Le Luxembourg ».

Ainsi nous formulons ce qui suit :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Etudier l'accouchement chez les adolescentes au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg ».

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg ».
- Décrire le profil sociodémographique des adolescentes au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg ».
- Déterminer le pronostic materno-fœtal des accouchements chez les adolescentes.

GENERALITES

III. GENERALITES

3.1. Définitions :

↳ Adolescence :

Le terme adolescent n'est entré dans le vocabulaire Populaire qu'au début des années 1940. Cela dit, l'étymologie du terme remonte à l'antiquité puis qu'il a des racines latines : « Adolescence » vient du latin adolescere, qui signifie « grandir », et plus spécifiquement de son participe présent, étymologiquement « celui qui est en train de grandir »[1].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». C'est une période de transition qui se caractérise par un rythme de croissance élevé et des changements psychologiques importants[10].

L'importance de cette période, au cours de laquelle on n'est plus une petite fille mais pas encore une femme, est ignorée dans beaucoup de sociétés africaines.

Les âges de l'adolescence varient selon la culture :

- Aux Etats-Unis, elle est considérée comme ayant commencée à l'âge de quatorze ans, et achevée à 24 ans.
- En Grande Bretagne, et en France elle concerne la tranche d'âge 14-19 ans. Dans les pays occidentaux, cette phase se traduit souvent par des relations conflictuelles avec des parents dont l'autorité est rejetée. Elle se traduit également par la fréquentation de groupes « copains » élaborant une culture commune (musique, loisirs, sport par exemple). C'est une période pendant laquelle les adolescentes font des expériences parfois extrêmes dans leur développement, cherchant à dépasser les limites connues. Certains s'enflamment pour la spiritualité, l'amour, l'expérience de la sexualité ou une mortalité absolue, d'autres s'adonnent à la prise de substance ayant une action psychique (tabac, alcool, voire drogues douces et dures). Enfin un

petit nombre peut être tenté par des formes de criminalités. Parfois un même adolescent touche à toutes ces formes de découvertes.

- En Afrique, l'adolescence ne donne pas lieu en général à une remise en cause des relations avec les parents.
- La tradition Juive considère les membres de la communauté des adultes à 13 ans et cette transition est célébrée dans leur cérémonie.
- Au Japon, un jour de janvier est consacré au « passage à l'âge adulte »
- En Afrique et en Amérique latine l'adolescence est souvent l'âge des rites initiatiques qui renforcent l'intégration au monde des adultes [11,12].

↳ **Accouchement :**

Selon OMS (Août 2023), l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la femme a atteint le terme théorique de 6 mois de grossesse [soit 28 semaines d'aménorrhée (SA)] [13].

Les progrès de la médecine font que la réanimation néonatale peut parfois prendre en charge des enfants prématurés avant 28 SA. Sur un plan législatif, la déclaration de naissance d'un enfant est obligatoire à partir de 22 SA. L'accouchement qui se produit entre le début de la 38e SA et la fin de la 42e SA est dit à terme. On parle d'accouchement prématuré s'il a lieu avant 37 SA et d'accouchement post-terme s'il a lieu après 42 SA[13].

3.2. Epidémiologie

On estime que le taux mondial de fécondité chez les adolescentes a baissé de 11,6 % au cours de ces 20 dernières années. Il existe toutefois de grandes disparités entre les Régions. Le taux de fécondité des adolescentes en Asie du Sud-Est, par exemple, est de 7,1 tandis qu'il est de 129,5 en Afrique centrale[7].

Tandis que l'on estime que le taux mondial de fécondité chez les adolescentes a baissé, 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)[8].

La pandémie de COVID-19 a causé des ravages sans précédent pour les enfants, les familles et les communautés du monde entier, perturbant des services essentiels et mettant en danger des millions de vies.

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[10].

Au Mali, l'âge médian des adolescentes à leurs premiers rapports sexuels est estimé à 16,5 ans. Cette incroyable avancée de la maturation biologique associée à l'activité sexuelle précoce permet d'être parent à un âge extrêmement jeune. Cette tranche d'âge contribue pour 14 % à la fécondité totale des femmes au Mali [14].

3.3. Rappel

3.3.1. Rappel physiologique

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.

3.3.1.1. Déroulement de la puberté

C'est à partir de 10 ans que les 1ères règles de puberté commencent. Ainsi à la puberté, l'adolescente doit subir une succession de changements. Ces différents changements surviennent généralement entre 11- 13 ans [15].

- ✓ **La poitrine** : Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glande mammaire bombe un peu.
- ✓ **La pilosité** : Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent. Les aisselles aussi se couvrent de poils.
- ✓ **La silhouette** : Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par une poussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise, la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.
- ✓ **Les règles** : L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans.

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 socialement pas encore prêts.

Facteurs pouvant influencer la puberté

- Facteur nutritionnel
- Présence de surpoids/d'une obésité
- Facteur génétique
- Facteur géographique
- Niveau socio-économique

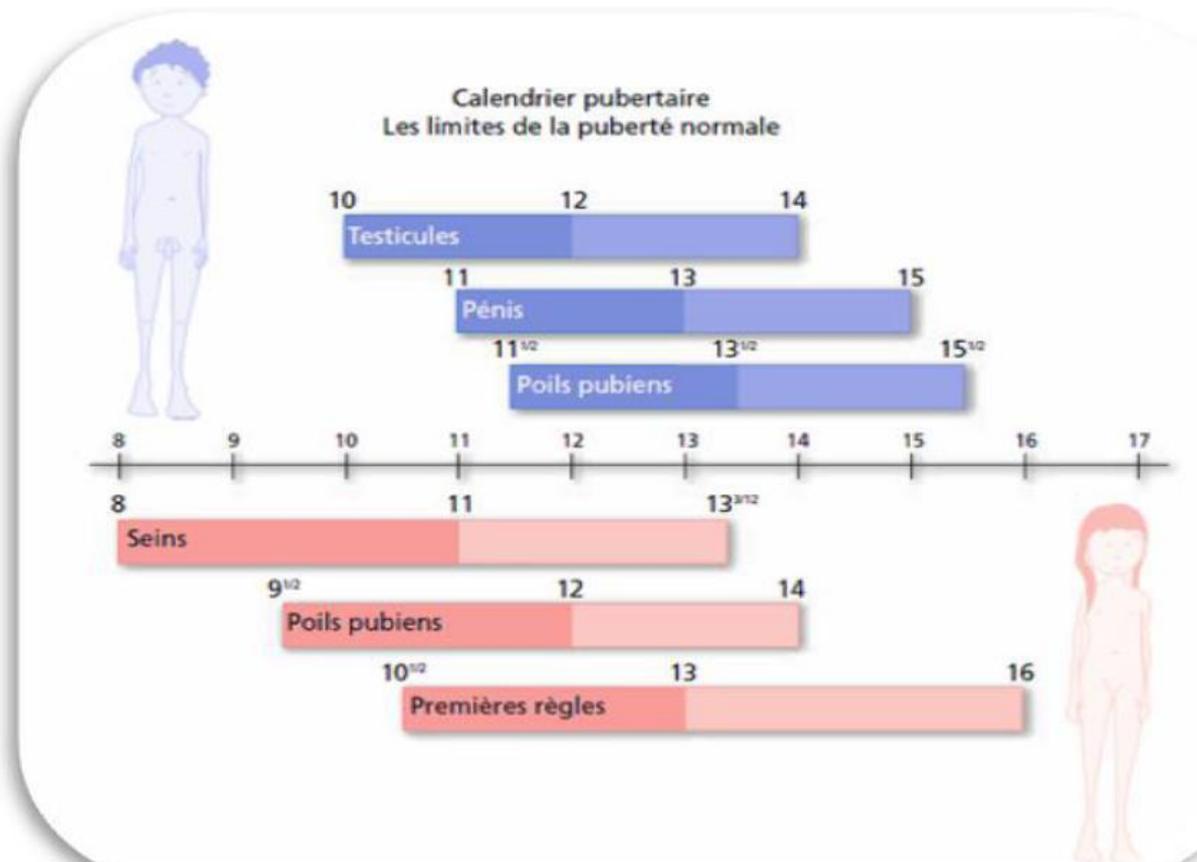


Figure 1 : les limites de la puberté normale [16]

3.3.1.2. Modification des caractères sexuels secondaires

La classification de Tanner permet de coter l'avancement physiologique au cours de la puberté :

- le stade de développement des poils pubiens (P) ;
- le développement du sein « mammaire » (S) chez les filles ;

Tableau I : L'évolution des caractères sexuels secondaires selon la classification de TANNER [17]

	S (Sein)	P (pilosité ♀)	
I	Absence de développement mammaire	Absence de pilosité	
II	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole	Quelques poils sur les grandes lèvres et le pubis	
III	Glande mammaire dépasse la surface de l'aréole	Poils dépassent la symphyse pubienne	
IV	Sillon, sous-mammaire, saillie de l'aréole sur la glande	Pilosité pubienne fournie	
V	Aspect adulte, disparition de la saillie de l'aréole	Pilosité adulte avec étendue sur les cuisses internes	

La puberté culmine avec l'apparition des premières menstruations ou ménarches. Celle-ci survient le plus souvent à S4, P4.

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

Pour mieux comprendre la physiologie de la grossesse chez les adolescentes ainsi que les facteurs de risque, il convient de rappeler les différents éléments qui interviennent dans le déterminisme de la grossesse ; d'où l'anatomie du canal pelvi-génital.

3.3.2. Rappel anatomique

Filière pelvienne (bassin osseux et bassin mou) : C'est l'espace parcouru par le fœtus lors de l'accouchement[18]. Il est constitué de deux parties :

- bassin osseux
- Bassin mou ou diaphragme pelvi périnéal

3.3.2.1. Bassin osseux :

Le bassin osseux ne termine définitivement sa configuration que vers la 23^{ème} année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16 ans.

Le bassin osseux est la partie du squelette opérant la jonction entre la colonne vertébrale (mobile) et les membres inférieurs grâce aux articulations coxo-fémorales de la hanche. En forme d'entonnoir, il est constitué des deux os coxaux gauche et droit, du coccyx et du sacrum en arrière[19].

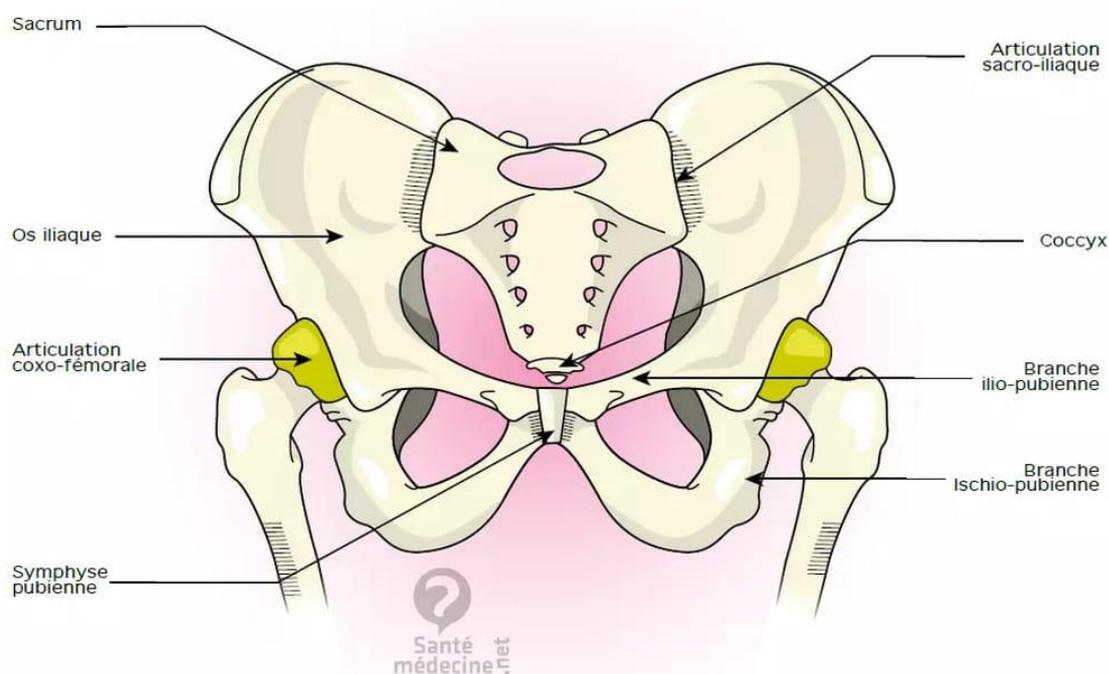


Figure 2 : les limites de la puberté normale [19]

a. Ostéogénèse

Le développement du bassin osseux est tardif si on le compare à celui du crâne. Cette ossification tardive explique la plasticité du bassin au cours de la croissance. Le bassin osseux dérive embryologiquement du feuillet mésoblastique. L'ostéogénèse du bassin passe par plusieurs étapes qui se succèdent depuis la période embryonnaire jusqu'à la période pubertaire. Ainsi les formations qui donneront naissance au futur bassin passent préalablement avant leur stade

d'ossification complète par le stade mésenchymateux (35ème jour) puis cartilagineux (40ème jour).

Tableau II : périodes d'apparition des points d'ossifications des os du bassin ainsi que leurs périodes d'ossifications complètes

	Sacrum		Os iliaque		
Période d'apparition du point d'ossification	Entre 2-3 mois	Ilion 60ème jour	Pubis Après le 4ème mois	Ischion Fin 3ème mois	
Période d'ossification complète	7 ans	13 ans			

* Ossification commence par S1 et s'étend en direction de S5

La soudure complète des vertèbres sacrales ainsi que la soudure complète des points iliaques dits complémentaires (foyer d'activité osseuse apparaissant après la puberté sur le pourtour de l'os coxal) se feront autour de la 25ème année de vie.

b. Morphogenèse du bassin :

Elle est marquée par des modifications profondes intéressant aussi bien l'angulation sacro-lombale (nulle chez le fœtus) que la forme du détroit supérieure qui passe de la forme circulaire à ovale à partir du 4ème mois environ, a grand axe antéro- postérieure.

Ces modifications intéressent également d'autres structures du bassin et semblent avoir pour facteur déterminant les effets de pressions exercées sur un bassin non encore ossifié et parfaitement malléable en rapport avec le passage surtout à la station debout, l'action de certaines hormones comme les œstrogènes et l'effet de certains muscles ou ligaments du bassin. Ainsi le recourbement du sacrum, l'abaissement du pubis, la bascule de l'ischion en dedans et des os coxaux en dehors en sont quelques résultats observables.

↳ Anomalie de développement du bassin :

Elles sont multiples, mais certaines ont un intérêt obstétrical :

- La sacralisation : Il peut arriver des situations où un défaut de fusion de S1 existe et se trouve alors lombalisé. D'autre part c'est la dernière vertèbre lombaire

qui se trouve incorporée au sacrum. On dit qu'il y a sacralisation de L5 réalisant dans ce cas un bassin dit de désassimilation par opposition au premier cas de figure qui réalise un pelvis d'assimilation.

En dehors de ces cas de figure il y a également d'autres anomalies du bassin tel que :

- ✓ Le Rachischisis sacral postérieur ou Spina bifida
- ✓ Le pelvis oblique ovalaire de Naegelé, qui est rare
- ✓ Le pelvis de Robert ou Naegelé double qui est exceptionnel

c. Description anatomique du bassin osseux :

Le bassin osseux comporte 2 parties

- **Le grand bassin** : partie large, situé entre les ailes des os iliaques. Son intérêt obstétrical est quasi insignifiant.
- **Le petit bassin** : cette partie est appelée excavation pelvienne. Son importance est fondamentale dans l'accouchement.

On décrit à ce niveau 3 plans qui seront traversés par le fœtus lors de l'accouchement :

- L'orifice d'entrée ou détroit supérieur
- L'excavation proprement dite au niveau de laquelle il y a le détroit moyen
- L'orifice de sortie ou détroit inférieur

↪ **Détroit Supérieur :**

➤ **Situation**

C'est une ceinture osseuse qui sépare le grand bassin du petit bassin. Il est limité en arrière par le promontoire latéralement par les lignes innominées et en avant le bord supérieur du pubis. Le repère essentiel au niveau du détroit supérieur est le promontoire qui est la saillie que fait l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire (L5).

➤ **Forme :**

Il a une forme globalement ovale à grand axe transversal. Il existe cependant en dehors de toute pathologie des variations morphologiques qui ont donné lieu à plusieurs classifications.

➤ **Diamètres du DS :**

· Les diamètres Antéropostérieurs vont du promontoire au pubis

* **Le diamètre Promonto-sus-pubien (PSP) (11 cm).**

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

* **Le diamètre Promonto-sous-pubien** que l'on mesure en clinique est de 12 cm. On obtient le conjugué vrai en lui soustrayant 1,5 cm

➤ **Les diamètres Transversaux :**

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

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

➤ **Les diamètres Obliques** vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. C'est le diamètre oblique gauche qui est 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.

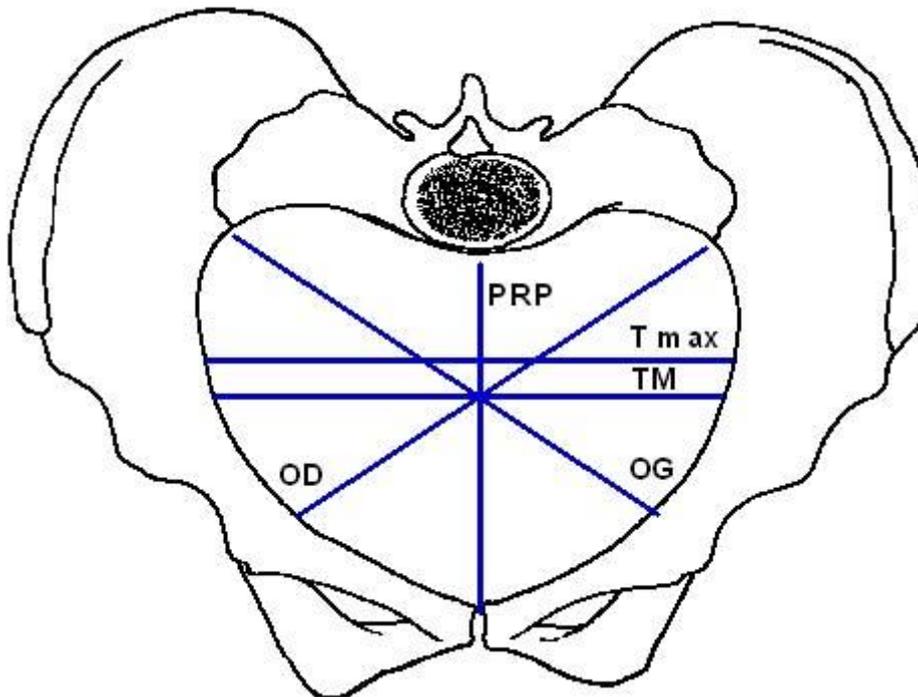


Figure 3 : les différents diamètres du détroit supérieur [20]

Tableau III : les différents diamètres du détroit supérieur du bassin maternel [21]

Légende	Nom	Limites	Valeur moyenne
PRP	Diamètre promonto-rétro-pubien	Bord supérieur symphyse pubienne et promontoire	105 mm
TM	Diamètre transverse médian	Diamètre transversal à mi-distance du pubis et du promontoire	125 mm
TMax	Diamètre transverse maximum	Plus grande dimension transversale	135 mm
OD/OG	Diamètres obliques	De l'articulation sacro-iliaque au pubis en passant par le milieu de TM	120 mm

➤ **Indices de perméabilité :**

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

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

➤ **Mécanique obstétricale :**

Le détroit supérieur (DS) est le premier obstacle que le fœtus doit franchir. Une fois le DS franchi par la présentation, on dira que la présentation est engagée, c'est à dire que la présentation a traversé par sa circonférence la plus grande de l'aire du DS.

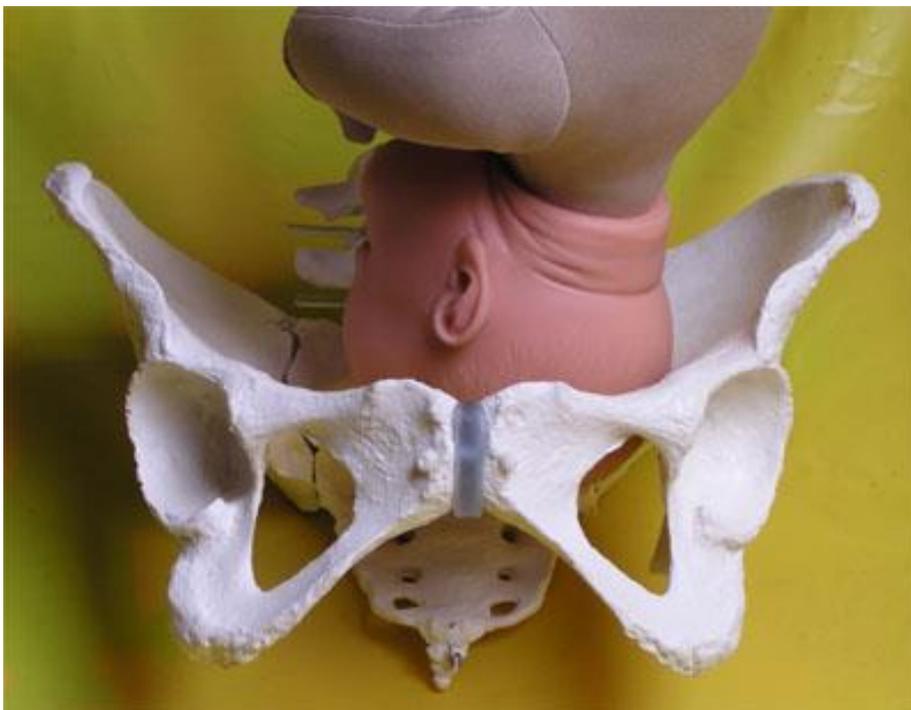


Figure 4 : Engagement de la présentation [22]

↪ **Excavation ou détroit moyen :**

C'est la partie du bassin où la présentation effectue sa descente et sa rotation.

Composition :

Elle est limitée :

- En avant par la face postérieure du pubis
- En arrière par le sacrum et le coccyx

- Latéralement par les bords inférieurs des formations musculaires et tendineuses ischio-pubiennes, l'ischion, le bord inférieur de l'échancrure sciatique et le trou obturateur.

Au niveau de l'excavation, on note la présence d'une saillie correspondant aux épines sciatiques situées de part et d'autre par lesquelles passe le plan du détroit moyen.

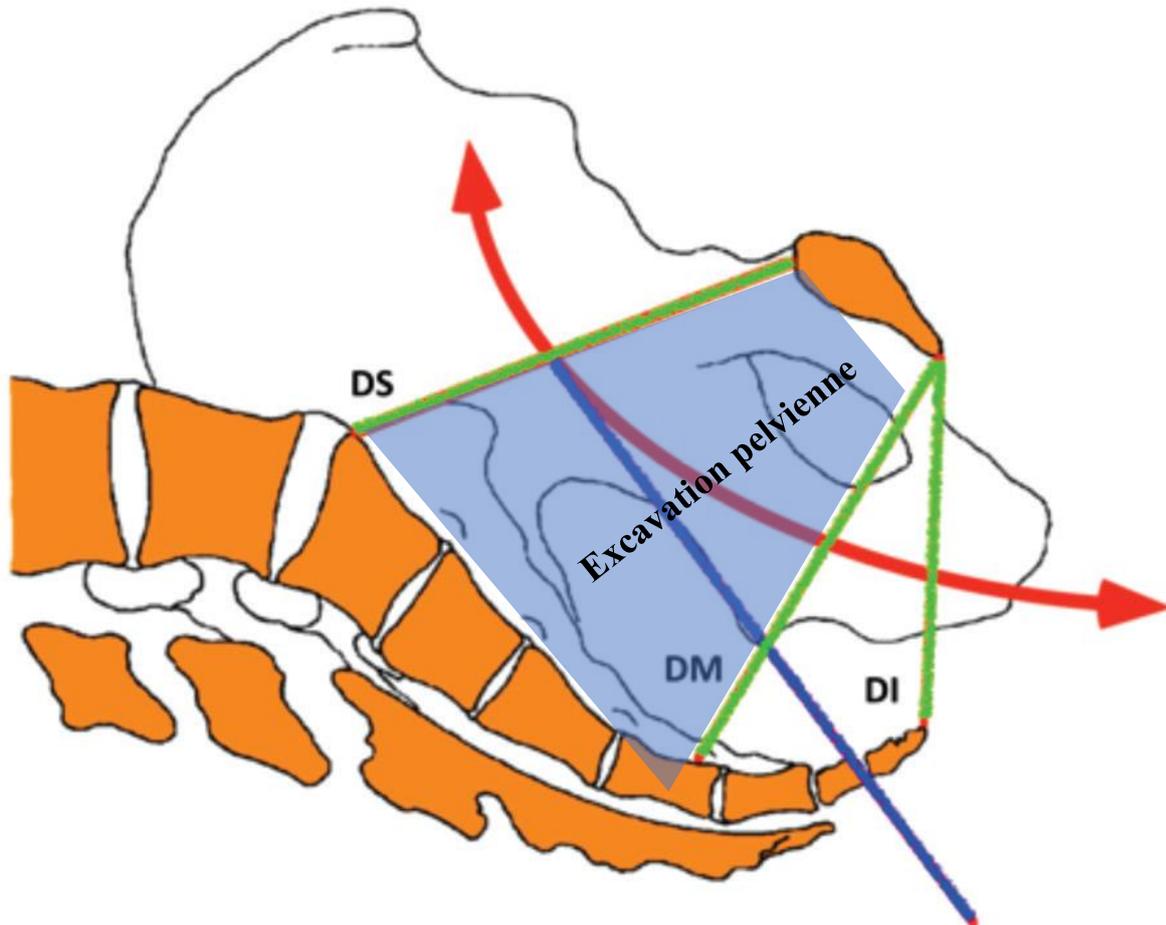


Figure 5 : Schéma du détroit moyen (en bleu) [23].

➤ **Les diamètres de l'excavation**

- * **Un diamètre antéropostérieur** 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.

- * **Le diamètre sous-sacro-sous-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 Fernström : c'est la somme du diamètre bi épineux, du bi ischiatique et du sacro pubien inférieur. Il est de 31,5 cm environ. Le pronostic est réservé s'il est inférieur à 29,5.

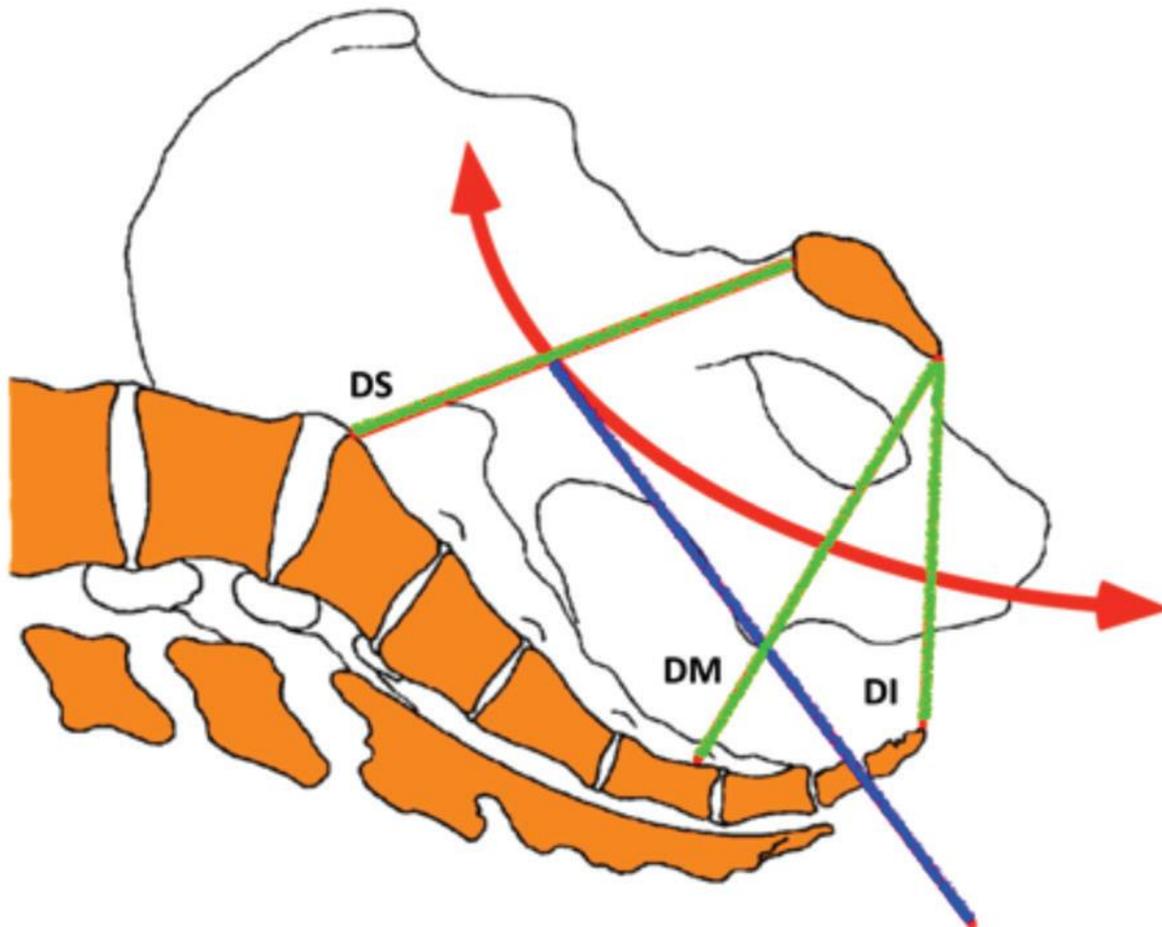


Figure 6 : Forme du détroit moyen ; DS : Détroit Supérieur, DM : Détroit Moyen et DI : Détroit Inférieur [23].

➤ **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.



Figure 7 : Rotation au niveau du détroit moyen [22].

↳ **Détroit inférieur**

Il a une forme losangique à grand axe antéro- postérieur.

➤ **Situation**

- Il est limité :
- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx.
- Latéralement par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

On lui décrit 3 diamètres principaux :

- * **Diamètre sous-coccyx-sous pubien** : 9,5 cm mais souvent 11 cm voire 12 cm en cas de retro pulsion du coccyx.
- * **Diamètre sous sacro-sous pubien** : 11 cm
- * **Diamètre transverse bi-ischiatique** : 11 cm, relie les faces internes des tubérosités ischiatiques.

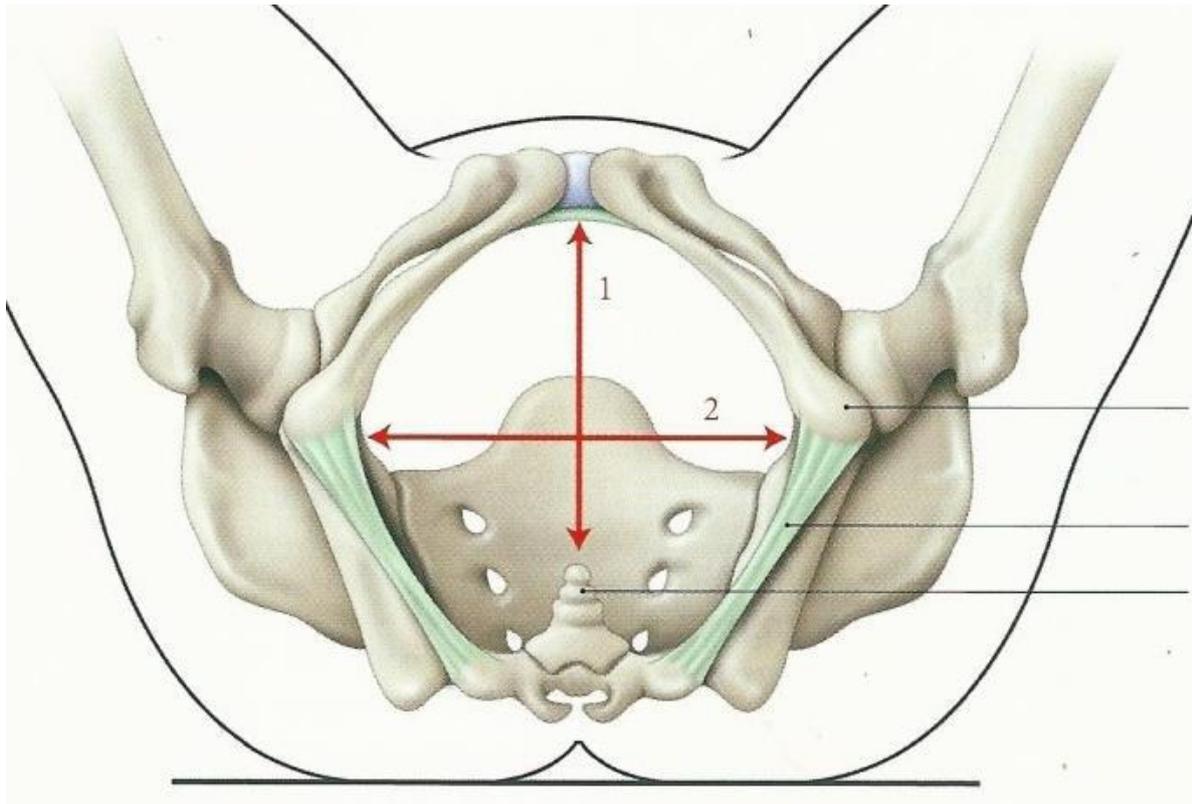


Figure 8 : Le détroit inférieur du pelvis [24].

➤ **Importance obstétricale du détroit inférieur :**

Au niveau du détroit inférieur les éléments importants sont : le diamètre bi-ischiatique, 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.

d. Classification des différents types de bassin :

Selon la forme du détroit supérieur il existe plusieurs types de bassins en rapport avec la typologie des individus. Des auteurs 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 gynoïde** dans lequel l'arc postérieur est peu concave et l'arc antérieur régulièrement convexe
- **Bassin platinoïde** (plat) dans lequel le diamètre antéropostérieur est réduit et le diamètre transversal augmenté.
- **Bassin anthropoïde** dans lequel le diamètre antéropostérieur est augmenté et le diamètre transversal réduit
- **Le bassin androïde** dans lequel le bassin a une forme triangulaire a base postérieure (typique des hommes)

Thoms en distingue cinq types : Dolichopellique, Mesatypellique, Brachypellique (1,2) et platypellique.

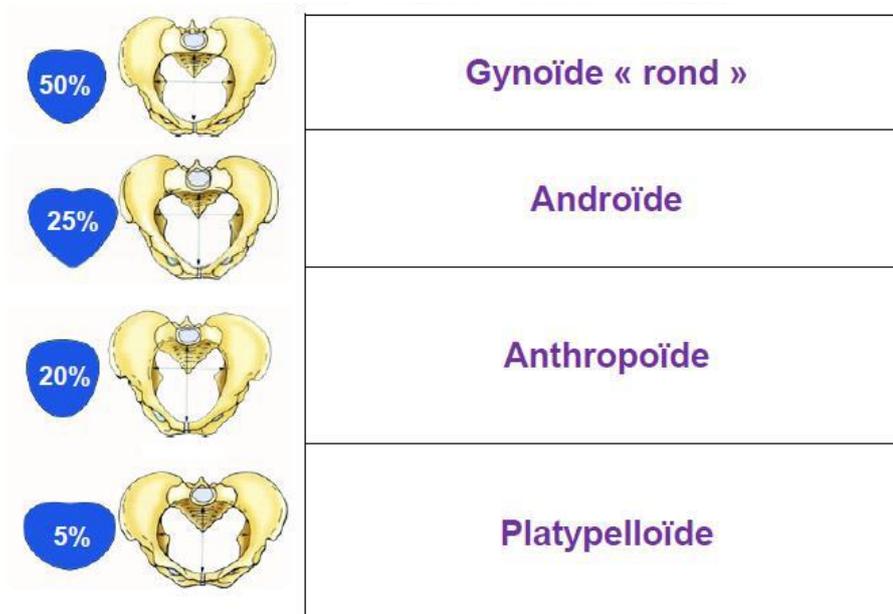


Figure 9 : les différents types du bassin selon la forme du détroit supérieur[25].

3.3.2. Bassin mou :

Il est composé de fibres musculaires formées d'un hamac qui sou tend les viscères du petit bassin à savoir : vessie, utérus, rectum.

Il constitue un plancher représentant un obstacle que le fœtus doit franchir pour se dégager des voies génitales.

Il y a 2 plans.

-Plan profond : c'est celui des muscles releveurs de l'an us.

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

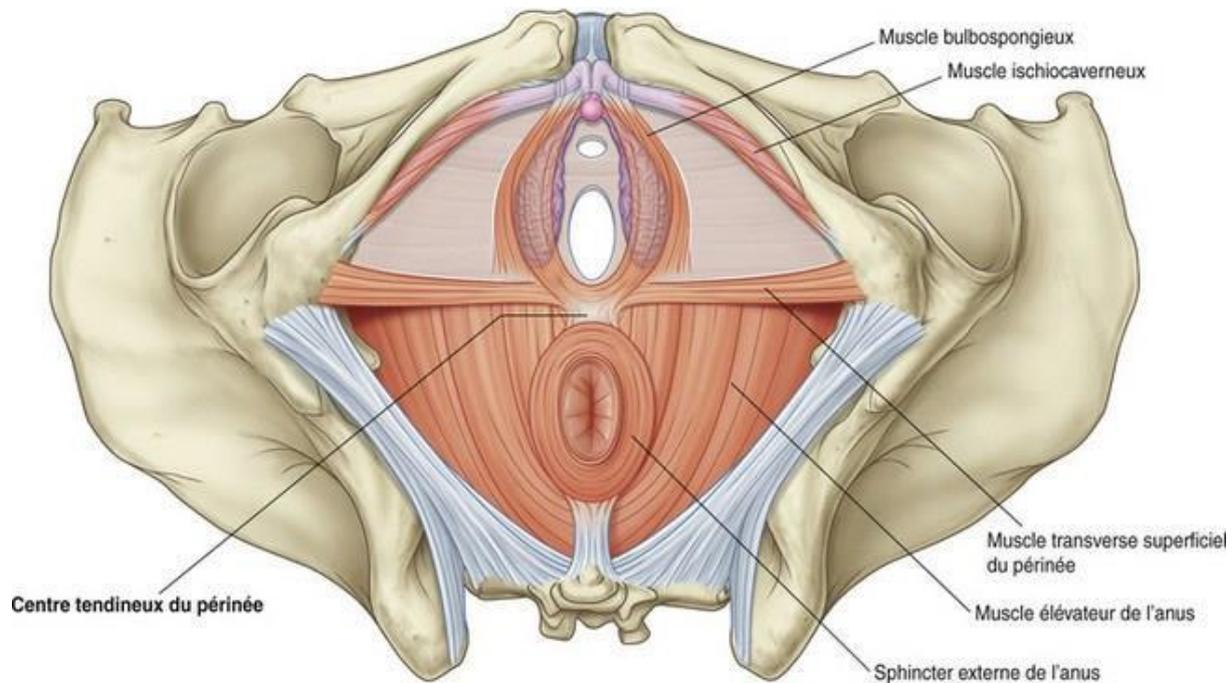


Figure 10 : Schéma bassin mou [26].

Importance obstétricale du bassin mou :

Au cours de l'accouchement, la présentation

- * dans un 1er temps entre en contact avec les faisceaux internes des muscles releveurs de l'an us 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 2ème temps au fur et à mesure que la présentation descend la boutonnière s'élargit grâce à un écartement sur les côtés des muscles du périnée mais aussi à leur étirement.

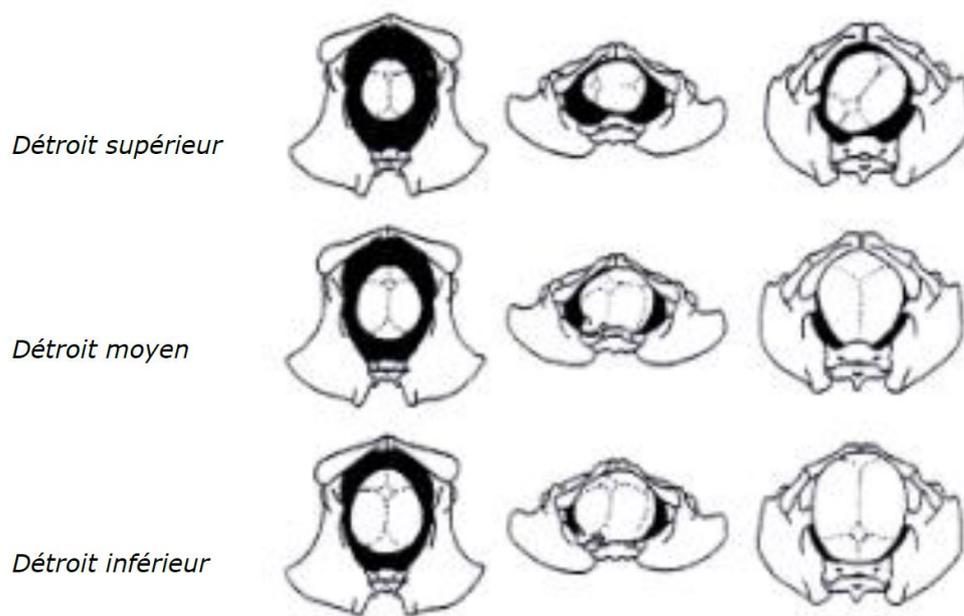


Figure 11 : Evolution de la mécanique obstétricale [27].

3.3.3. Rappel sur le mobile fœtal :

3.3.3.1. Le crâne fœtal [28] :

C'est la partie la plus importante qui doit présenter des diamètres adaptés au bassin maternel. La tête fœtale est un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton, au point situé un peu en avant de la saillie de l'occiput (diamètre occipito-mentonnier). C'est la partie la plus importante qui doit présenter des diamètres adaptés au bassin maternel.

Le plan osseux de la voûte crânienne plus fragile que la base du crâne et dont la face est formée « d'écaillés » (des os du crâne séparé par des sutures et des fontanelles). Les os du crâne sont représentés en avant par les deux moitiés de l'os frontal, séparés par une suture ; latéralement deux os pariétaux et deux écaillés temporales ; en arrière l'écaillé occipitale.

Tous ces os ne sont pas encore symphysés mais séparés par des sutures.

La suture sagittale (antéropostérieure) est médiane partant de la base du nez pour rejoindre la saillie de l'écaillé occipitale

La suture transversale sépare frontale et pariétaux.

La suture pariéto- occipitale sépare les bords postérieurs des pariétaux et l'écaille occipitale. Les fontanelles sont principalement au nombre de deux :

Fontanelle antérieure à forme losangique, à laquelle aboutissent quatre sutures.

Fontanelle postérieure à forme d'un lambda, à laquelle aboutissent trois sutures ; cette dernière est le repère d'une présentation bien fléchie.

Ces sutures permettent la mobilité des os du crâne l'un par rapport à l'autre et cela explique le modelage possible de la tête, afin de s'accommoder au bassin maternel dans une certaine mesure.

Les diamètres importants sont :

Le sous occipito- bregmatique, qui correspond au diamètre antéropostérieur d'une tête bien fléchie et est égal à environ 9,5 cm.

Le transversal maximum qui est le bipariétal, mesurant 9,5 cm de moyenne à terme.

3.3.3.2. Le thorax :

Le diamètre bi acromial est de 12 cm mais est aisément réductible au cours de l'expulsion, jusqu'à 9,5 cm par le mouvement d'effacement des épaules.

3.3.3.3. Les hanches :

Le diamètre bi trochantérien est de 9 cm

3.3.4. Suivre de la grossesse (CPN) :

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

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

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

Ce sont :

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

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

- l'expulsion du fœtus avant viabilité : c'est l'avortement qui lorsqu'il survient avant 15 SA sera appelé avortement précoce et au-delà jusqu'à 27 SA, avortement tardif [20] ;
 - la mort du fœtus in utero.
 - la pré éclampsie qui peut aboutir à une mort materno-fœtale.

3.4. Accouchement et complications

3.4.1. Accouchement normal (Mécanisme de l'accouchement : Engagement de la présentation, la descente et la rotation et l'expulsion)

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir d'un délai où la grossesse a atteint un terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée [28].

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres du fœtus et la présentation en particulier à celles du bassin et ses parties molles. Ceci permettra au fœtus de traverser la filière génitale par les contractions utérines du travail qui le poussent vers le dehors : c'est la loi de l'accommodation.

L'accouchement se déroule en 3 périodes :

➤ **Première période** : Effacement et dilatation du col : 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 4 cm pendant laquelle la dilatation se fait lentement.

Phase active : de 4-10 cm pendant laquelle la dilatation se fait rapidement

➤ **Deuxième période** : L'expulsion du fœtus. 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 dégageant ainsi la présentation suivant un axe formant avec l'axe ombilico-coccygien un angle obtus.

➤ **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).

3.4.2. Accouchement prématurée

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

Ce constat peut s'expliquer par l'immaturité des organes génitaux des jeunes adolescentes. Cependant, des facteurs sociaux tels que la pauvreté, des facteurs comportementaux tels qu'une consommation excessive de substances psychotropes et une prise en charge prénatale insuffisante, ont une influence négative sur l'issue de la grossesse [29].

3.4.3. Les accouchements dystociques

Un âge de moins de 18 ans est un facteur de dystocie parmi d'autres [28].

Au cours du travail d'accouchement, on peut distinguer deux types de dystocies :

✓ **Dystocie dynamique** : c'est l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction et de la dilatation du col. Elle survient lorsqu'il existe des obstacles au passage du fœtus [20].

✓ **Dystocie mécanique** : elle s'installe lorsqu'il y a une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel. Les diamètres du mobile fœtal sont supérieurs à ceux du bassin maternel. On parle alors de disproportion foeto-pelvienne.

f) Les syndromes vasculo-rénaux :

- Toxémie gravidique ou prééclampsie :

Elle est caractérisée par la triade suivante : des œdèmes, une protéinurie, et une hypertension artérielle. Elle survient chez une primipare sans antécédents vasculo-rénaux et dans le dernier trimestre de la grossesse. Dans l'état pré éclamptique, une crise éclamptique peut se déchaîner.

L'éclampsie est la phase suprême de la toxémie gravidique. Elle est consécutive à la prééclampsie. Elle survient le plus souvent au cours du travail d'accouchement et plus rarement au cours de la grossesse. Quelques fois, elle se déclenche après l'accouchement.

Sa fréquence est particulièrement élevée chez les primipares.

Ces dystocies, qu'elles soient dynamiques ou osseuses ainsi que la crise éclamptique nécessitent souvent une césarienne pour sauver la mère et l'enfant.

3.4.4. La césarienne :

C'est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par voie haute après ouverture de l'utérus gravide.

Par fois 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, éclampsie, hématome retro-placentaire.
- ✓ Les dystocies dynamiques et mécaniques
- ✓ Les hémorragies, procidence du cordon etc.

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 28ème et de la 37ème semaine d'aménorrhée [28].

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

3.5. Calendrier de la consultation prénatale (2016) [30]

Tableau IV : Comparaison des calendriers de soins prénatals

Modèle OMS de soins prénatals ciblés **Modèle OMS 2016 de soins prénatals**

Premier trimestre

Visite 1 : 8–12 semaines

Contact 1 : jusqu'à 12 semaines

Deuxième trimestre

Visite 2 : 24-26 semaines

Contact 2 : 20 semaines

Contact 3 : 26 semaines

Troisième trimestre

Visite 3 : 32 semaines

Contact 4 : 30 semaines

Contact 5 : 34 semaines

Visite 4 : 36–38 semaines

Contact 6 : 36 semaines

Contact 7 : 38 semaines

Contact 8 : 40 semaines

Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.

3.6. Différentes prophylaxies (antitétanique, antiparasitaire, antianémique) [30]

3.6.1. Supplémentation quotidienne en fer et en acide folique

Une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique est recommandée pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, le faible poids à la naissance et les naissances avant terme. (Recommandation OMS).

3.6.2. Vaccination par l’anatoxine tétanique

La vaccination par l’anatoxine tétanique est recommandée chez toutes les femmes enceintes, en fonction de leur exposition antérieure à la vaccination antitétanique, en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos. (Recommandation OMS).

3.6.3. Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse

Dans les zones d’endémie du paludisme situées en Afrique, un traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) est recommandé pour toutes les femmes enceintes. L’administration doit débuter au cours du deuxième trimestre et les doses doivent être espacées d’un mois au moins, en veillant à ce que la femme enceinte reçoive au moins trois doses. (Recommandation spécifique au contexte selon OMS).

3.7. Examens paracliniques au cours de la grossesse [30]

3.7.1. Echographie

Une échographie avant 24 semaines de gestation (échographie précoce) est recommandée pour les femmes enceintes afin d’estimer l’âge gestationnel, d’améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples, de réduire l’induction du travail pour les grossesses ayant dépassé le terme et d’améliorer le vécu de la grossesse par les femmes. (Recommandée)

3.7.2. Bilans sanguins

Les bilans sanguins recommandés au cours de la grossesse chez la femme enceinte sont : la Numération formule sanguin, Groupe sanguin –Rhésus, la glycémie, la créatinémie, AgHBs, Goutte épaisse, Test d’Emmel, les sérologies VIH, Toxoplasmose, Rubéole, Widal, BW

3.8. Adolescence et santé de la reproduction [31] :

3.10.1. Définition de la santé de reproduction :

A la conférence de Caire (CIPD-1994) le consensus a été fait sur la définition suivante : on entend par santé en matière de reproduction, « le bien-être général,

tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

3.10.2. Composantes de la santé de reproduction :

Les différentes conférences ont toutes reconnues que la santé de la reproduction intéresse désormais :

- * La santé de la mère ;
- * La santé de l'enfant ;
- * La santé des jeunes ;
- * La santé des hommes.

3.10.3. Problèmes de la santé de reproduction des adolescents :

- L'activité sexuelle précoce ;
- Les viols et autres agressions sexuelles ;
- Les grossesses précoces ;
- Les grossesses indésirées ;
- Les infections sexuellement transmissibles ;
- Les avortements provoqués ;
- Les complications de la grossesse et de l'accouchement ;
- Les urgences gynécologiques.

↳ Epidémiologie de la grossesse chez l'adolescente :

Les grossesses précoces sont très fréquentes dans les pays en développement. La fréquence des complications de la grossesse, de l'accouchement et leur issue chez l'adolescente fait toujours l'objet d'un débat.

✓ Facteurs favorisant la grossesse chez l'adolescente :

✓ La précocité biologique :

La tendance à l'abaissement des ménarches serait un phénomène universel. Cet abaissement a pour conséquence une maturité précoce chez l'adolescente avec pour corollaire une précocité des rapports sexuels souvent pré-nuptiaux et une maternité précoce.

Au Sénégal BA MG. SANGARE et coll. [32] rapportent un âge de 13 ans au premier rapport sexuel chez l'adolescente sénégalaise.

Au Niger plus de 20% des filles de moins de 15 ans seraient sexuellement actives et plus de 50% avant l'âge de 16 ans [33].

✓ **Les normes sociales et religieuses :**

L'enfant est non seulement valorisant mais aussi valeur par excellence en Afrique. Et sa venue est perçue socialement comme une preuve de fécondité.

Pour sa part la religion dominante qu'est l'islam dans certaines régions, prône le mariage précoce. C'est un phénomène qui s'observe surtout en Afrique de l'Ouest et surtout au Mali. La jeune fille est mariée souvent peu après ou avant même les ménarches car la fonction déléguée en général à la femme est de « procréer » et son instruction en pâtit lourdement.

D'autre part, les pesanteurs culturelles ou religieuses empêchent les parents à fournir à la jeune fille une éducation sexuelle. La sexualité demeure un sujet tabou.

✓ **Les conditions socio-économiques :**

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le niveau socio-économique très bas a une influence considérable sur la fréquence des grossesses chez les adolescentes. La pauvreté et le bas niveau socio-économique comme le souligne Leke J. I. R [34], « peuvent obliger la jeune fille à utiliser sa sexualité pour générer des fonds pour elle-même ou pour sa famille ». Toute situation précaire peut amener l'adolescente et/ou sa famille à chercher une « sécurité économique » dans un mariage précoce ou seulement une « relation gratifiante ».

✓ **Les influences du progrès :**

Les moyens de transport et de communication, l'urbanisation permettent une plus grande mobilité des hommes et une propagation des idées issues d'autres cultures. Ceci engendre pour le meilleur et pour le pire des changements de comportement, l'exode rural, l'éclatement de la structure familiale, la prostitution.

Ainsi la chasteté, source d'estime pour la fille et d'honneur pour la famille, ne semble plus être une vertu cardinale. De même, les médias exhortent l'adolescente à un véritable « passage à l'acte ». La curiosité et l'imitation des pairs prennent le pas sur le discours moralisateur des parents [35].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU Mère enfant de Luxembourg qui est une structure de 3^e référence au Mali.

4.2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective des données.

4.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 7 ans et 6 mois, allant du 01 janvier 2016 au 30 juin 2022

4.4. La population d'étude :

Toutes les admissions pendant la période de la gravido-puerpéralité pendant la période d'étude

4.5. Echantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif et colligé 420 parturientes pendant notre période d'étude, qui répondaient aux critères d'inclusion.

➤ Les critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude, tous les accouchements chez les adolescentes avec un âge de grossesse supérieur ou égale à 28SA et ou le poids de naissance supérieur ou égale à 500g.

➤ Les critères de non inclusion :

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

4.6. Les variables étudiées :

Nom de la variable	Type de variable	Echelle de mesure
Age	Quantitative discontinue	En année à partir du dernier anniversaire
Profession	Qualitative nominale	
Profession du mari	Qualitative nominale	
Ethnie	Qualitative nominale	
Résidence	Qualitative nominale	
Niveau d'instruction	Qualitative nominale	
Statut matrimoniale	Qualitative nominale	
CPN	Qualitative nominale	
Voie d'accouchement	Qualitative nominale	
HTA	Quantitative continue	mm Hg
Etat du bassin	Qualitative nominale	
HU	Quantitative discontinue	cm
Délivrance	Qualitative nominale	
Déchirure des parties molles	Qualitative nominale	
Hémorragie de la délivrance	Qualitative nominale	
BDCF à l'admission	Quantitative continue	Btt/min
Poids de naissance	Quantitative continue	Gramme
Agar à la naissance	Quantitative continue	
Prématurité	Quantitative continue	Gramme

4.7. Supports des données :

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

- ✓ Des dossiers obstétricaux ;
- ✓ Des registres d'accouchement ;
- ✓ Des registres de compte rendu opératoire.

4.8. Saisies et analyses des données

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel « SPSS » version 26, le traitement de texte a été fait avec le logiciel « Microsoft Office » version 2020, et enfin le logiciel « Zotero » a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Le test statistique khi2(X^2) était utilisé pour comparer les résultats qui ont été significatifs pour une valeur $p < 0,05$.

4.9. Aspects éthiques : Etude à caractère purement scientifique, l'anonymat a été gardé tout au long de l'étude et aucune parturiente n'a été citée normalement .la confidentialité a été de règle

Les informations recueillies restent confidentielles.

4.10. Difficultés rencontrées :

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

- La non disponibilité des carnets de CPN dans certains cas pendant l'accouchement ;
- Le mauvais remplissage des supports (programme) ; dossiers obstétricaux ;
- La difficulté de revoir les patients après l'accouchement pour s'enquérir des nouvelles des nouveau-nés et des suites de couches.

4.11. 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 ≥ 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 ≥ 6

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

Accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du terme théorique de 28 SA au Mali.

Accouchement prématuré : C'est tout accouchement survenant entre 28 SA et 36SA + 6 jours au Mali.

Dépassement de terme : C'est lorsque l'âge de la grossesse est supérieur à 42 SA

Césarienne : c'est l'accouchement artificiel par voie haute après ouverture chirurgicale de l'utérus gravidique.

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

Hypotrophie fœtale : on parle de l'hypotrophie fœtale lorsque le poids de naissance est inférieur au 10^e percentile

Macrosomie fœtale : on parle de macrosomie fœtale lorsque le poids de naissance est supérieur ou égale aux 90^e percentiles

Parturiente : C'est une femme en travail d'accouchement.

Décès périnatal : c'est la perte du fœtus survenant à partir de la vingt-huitième semaine d'aménorrhée ou du nouveau-né dans la première semaine de la vie.

Le score d'Agar : C'est une méthode d'évaluation de la vitalité d'un nouveau-né. Il est coté de 0 à 2 de ces 5 éléments suivants, estimé une minute après la naissance : la respiration, le tonus, la coloration, les réflexes et le rythme cardiaque.

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

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

Délivrance artificielle : elle consiste à décoller et à expulser le placenta manuellement.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 2190 accouchements sur un total de 450 accouchements chez les adolescentes dont 420 répondaient à nos critères d'inclusions, soit une prévalence de 19,2%.

5.2. Caractéristiques socio-démographiques :

5.2.1. L'âge :

Tableau V : Répartition des adolescentes selon l'âge.

Age	Effectif (n= 420)	Pourcentage (%)
13	1	0,2
14	4	1,0
15	14	3,3
16	48	11,4
17	79	18,8
18	147	35
19	127	30,2
Total	420	100

La majorité des adolescentes avait un âge de 18 ans soit 35% avec un âge moyen de 17,74 ans, un écart-type 1,182 et un extrême de 13 à 19 ans.

5.2.2. Provenance

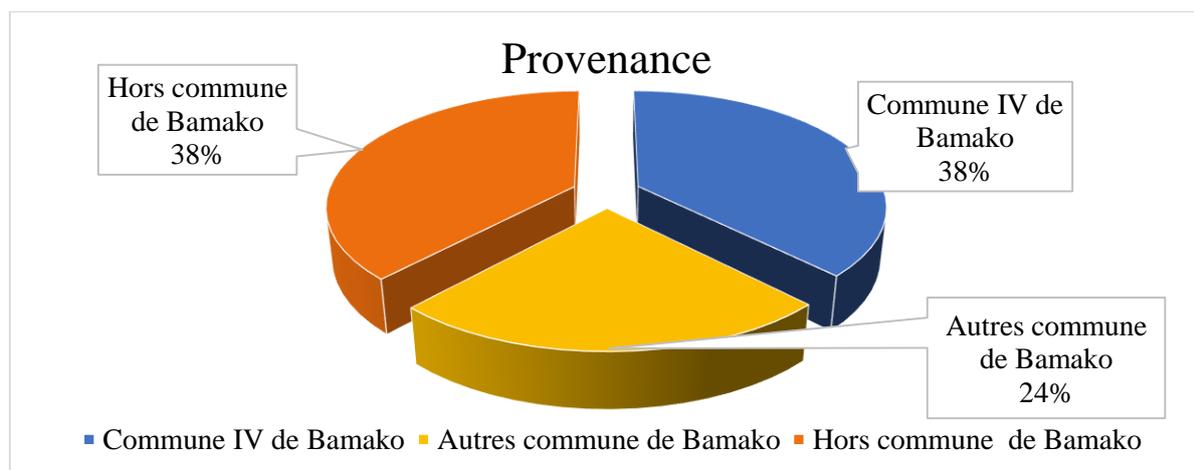


Figure 12 : Répartition des adolescentes selon la provenance

La majorité des adolescentes résidait dans les communes de Bamako soit 62%.

5.2.3. Caractéristiques sociales :

Tableau VI : Caractéristiques sociodémographiques.

Niveau d'instruction	Effectif (n 420)	Pourcentage (%)
Primaire	194	46,2
Non scolarisée	129	30,7
Secondaire	67	16,0
Supérieure	30	7,1
Profession	Effectif (n 420)	Pourcentage (%)
Ménagère	255	60,7
Élève	110	26,2
Étudiante	23	5,4
Aide-ménagère	12	2,9
Vendeuse	9	2,1
Fonctionnaire	6	1,4
Couturière	2	0,5
Hôtelière	1	0,2
Agent de sécurité	1	0,2
Autre à préciser	1	0,2
Statut matrimonial	Effectif (n 420)	Pourcentage (%)
Mariée	379	90,2
Célibataire	41	9,8

Les adolescentes avaient un niveau d'instruction primaire (46,2%) suivi des ménagères (60,7%) et les mariées étaient à 90,2% de cas.

5.2.4. Identification des procréateurs

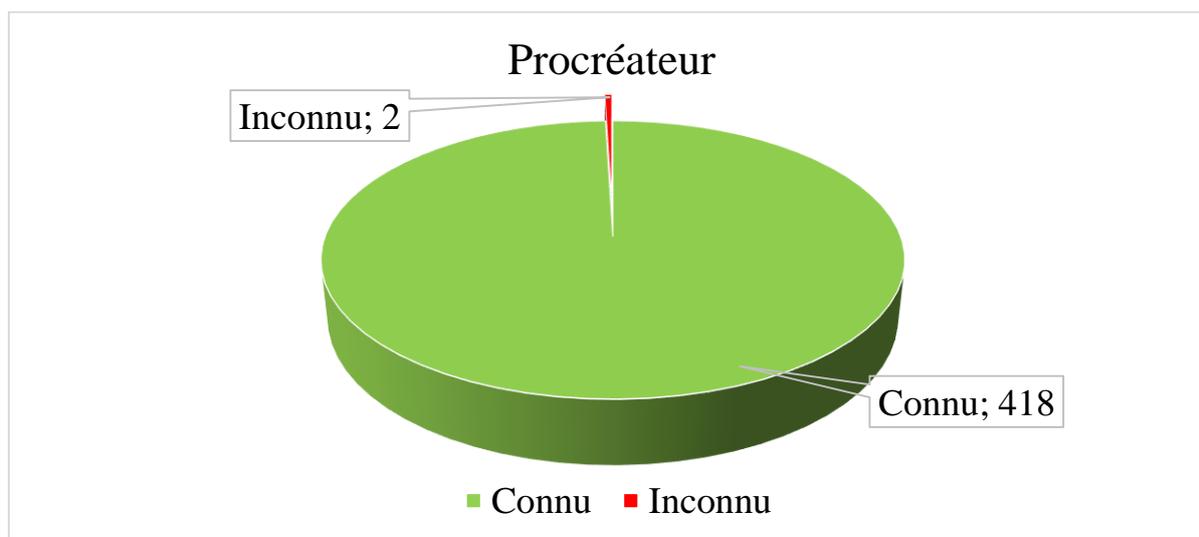


Figure 13 : Répartition des adolescentes selon l'identité des procréateurs.

Les procréateurs étaient connus dans 99,5% des cas.

5.2.5. Profession du procréateur

Tableau VII : Répartition des adolescentes selon la profession du procréateur

Profession du procréateur	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Ouvrier	134	31,9
Salarié	131	31,2
Fonctionnaire	59	14,0
Commerçant	53	12,6
Élève / Etudiante	29	6,9
Cultivateur	11	2,6
Inconnu	2	0,5
Marabout	1	0,2
Total	420	100

Les procréateurs étaient des ouvriers dans 31,9% des cas.

5.3. Antécédents

Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon les antécédents

Médicaux	Effectif (420)	Pourcentage (%)
HIV	1	0,2
HTA	1	0,2
Asthme	1	0,2
Drépanocytose	1	0,2
Asthme	1	0,2
Ras	415	99,0
Chirurgicaux	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Césarienne	1	0,2
Non césarienne	419	99,8
Ménarche	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Connue	279	66
Méconnue	141	34
Gestité	Effectif (420)	Pourcentage (%)
1	312	74,3
2	94	22,4
3	14	3,3
Parité	Effectif (420)	Pourcentage (%)
0	340	80,9
1	74	17,6
2	6	1,4

La majorité des adolescentes n'avait pas des antécédents Médico-chirurgicaux soit 99,4% des cas. Les adolescentes étaient à leur première parité avec 80,9%.

5.2.6. Histoire de la grossesse actuelle :

Tableau IX : Répartition des adolescentes selon l'histoire de la grossesse actuelle.

Grossesse désirée	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	395	94
Non	25	06
Suivi de la CPN	Effectif (395)	Pourcentage (%)
CPN régulière	274	69,4
CPN non régulière	121	30,6
Lieu de la CPN	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Hôpital	329	78,3
Structuré privée	44	10,5
CSCOM	33	7,9
CSRéf	14	3,3
Auteur de la CPN	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Sage-femme	254	60,5
Médecin	161	38,3
Infirmière obstétricienne	5	1,2
Nombre de CPN	Effectif (420)	Pourcentage (%)
0	25	5,9
1	9	2,1
[2- 3]	68	16,2
≥ 4	318	75,7
Total	420	100

Les adolescentes avaient désiré leur grossesse dans 94,0% des cas et suivaient régulièrement leur CPN dans 69,4% des cas. Les adolescentes suivaient leur CPN à l'hôpital dans 78,3% des cas par les sages-femmes soit 60,5% de cas.

Le nombre de CPN était supérieur à 3 fois dans la majorité des cas soit 75,7%.

5.2.7. Bilan prénatal

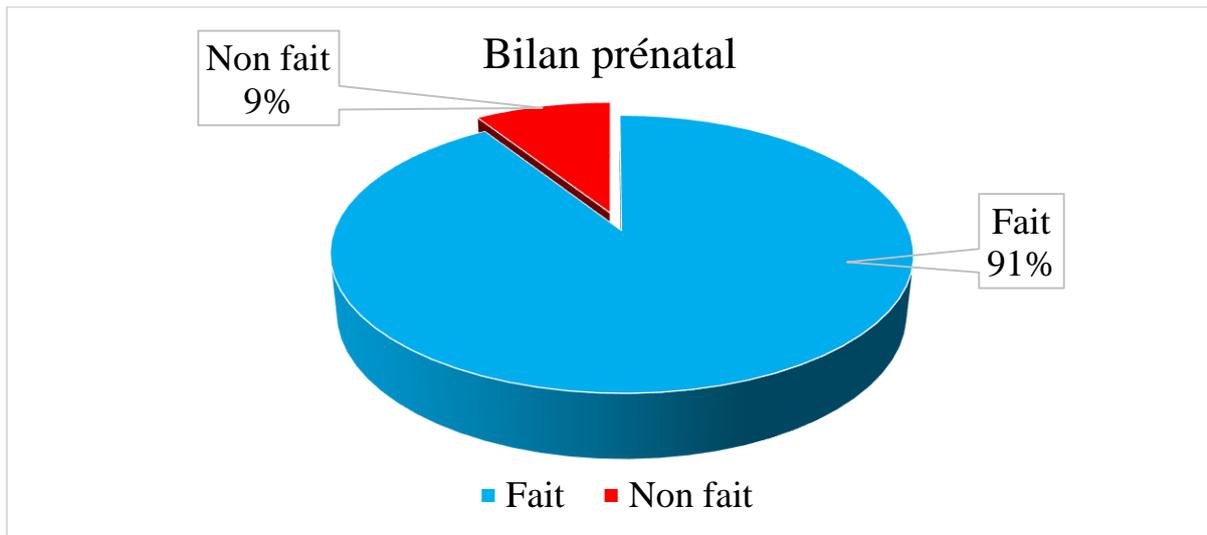


Figure 14 : Répartition des adolescentes selon l'examen prénatal.

Les adolescentes avaient réalisé de bilan prénatal soit 91,0% des cas.

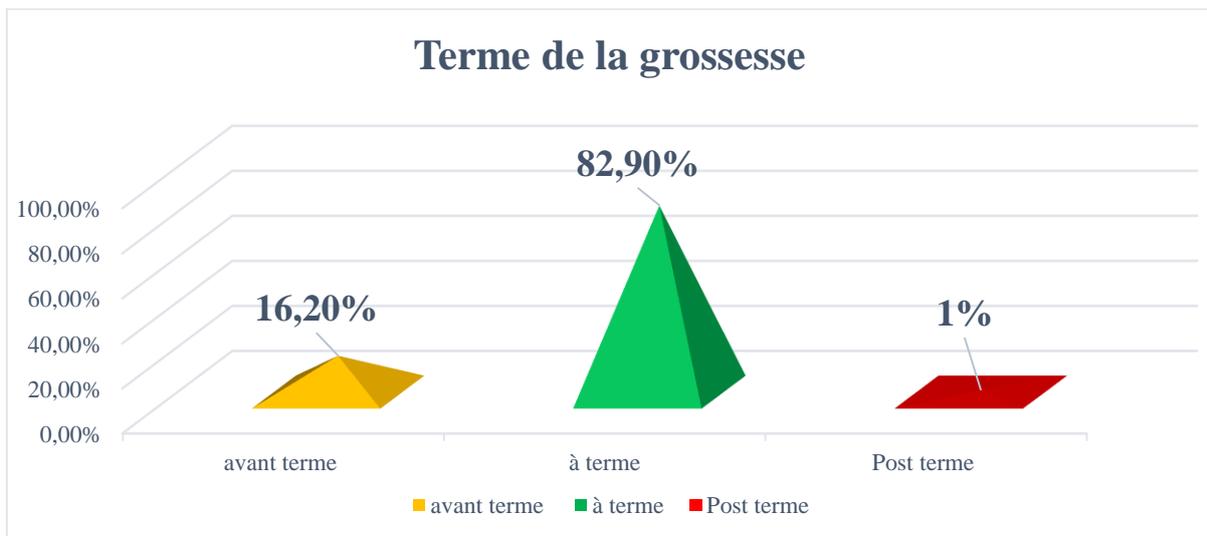


Figure 15 : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse.

La majorité des adolescentes avait une date d'accouchement idéale soit 82,9% des cas.

5.2.8. Pathologie associée à la grossesse actuelle

Tableau X : Répartition des adolescentes selon la pathologie associée à la grossesse actuelle.

Paludisme	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	284	68
Non	136	32
HTA	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	26	06
Non	399	94
Infection urinaire	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	242	58
Non	178	42

Les adolescentes avaient eu du paludisme pendant leur grossesse soit 68,0% des cas suivi de l'infection urinaire soit 58,0% des cas.

5.2.9. Vaccination antitétanique (VAT)

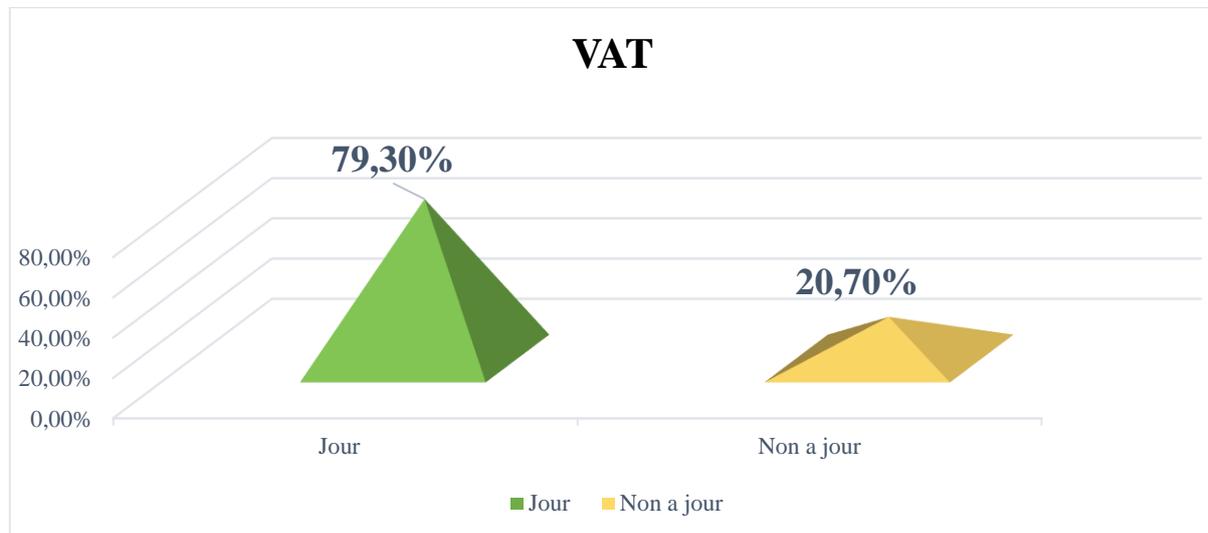


Figure 16 : Répartition des adolescentes selon le vaccination antitétanique (VAT).

La majorité des adolescentes suivait régulièrement la vaccination antitétanique avec 333 adolescentes (79,3% des cas).

5.4. Examen à l'admission

Tableau XI : Répartition des adolescentes selon l'examen a l'admission.

Mode d'admission	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Venue d'elle même	399	95
Réfère	21	05
Hauteur utérine (UH)	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Inférieur à 36	413	98,3
Supérieur à 36	7	1,7
Bruit du cœur foetal (BDCF)	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Inférieur 120 bat/mn	2	0,5
[120-160] bat/mn	408	97,1
Supérieur 160 bat/mn	10	2,4
Etat du col utérin	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Court	50	11,9
Effacé	369	87,9
Long	1	0,2
Membranes	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Rompue	67	16,0
Intacte	353	84,0
Délai de rupture des poches des eaux rompue	Effectif (67)	Pourcentage (%)
≤ 06 heures	50	74,6
[06 - 12] heures	13	19,4
≥ 12 heures	4	6,0
Aspect du liquide amniotique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Clair	415	98,8
Méconial	5	1,2
Nature bassin	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Normal	397	94,5
Bassin rétréci (immature)	23	5,4
Total	420	100

Les adolescentes venaient d'elles-mêmes dans 95,0% des cas avec une HU inférieure à 36 cm dans 98,3% des cas. Le col utérin était effacé dans 87,8% des cas avec une membrane intacte dans 84% des cas. Les adolescentes avaient un bassin normal dans 94,5 %

5.5. Traitement au cours du travail

Tableau XII : Répartition des adolescentes selon les traitements au cours du travail.

Perfusion d'ocytocine	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	357	85
Non	63	15
Anti spasmodique	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	390	93
Non	30	07

Les adolescentes recevaient une perfusion d'ocytocine dans 85,0% des cas avec un antispasmodique soit 93,0% des cas.

5.6. Mode d'accouchement

Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon mode d'accouchement

Accouchement par voie basse	Effectif (368)	Pourcentage (%)
Voie basse simple	49	11,7
Plus Episiotomie	289	68,8
Avec Ventouse	30	7,1
Indication de la césarienne	Effectif (52)	Pourcentage (%)
Bassin immature	16	30,7
Pré éclampsie sévère sur grossesse à terme	8	15,4
Souffrance fœtale aigue	7	13,5
Eclampsie	5	9,6
Hématome retro-placentaire Grade II SHER	3	5,8
Dystocie de démarrage	2	3,8
Défaut d'engagement à la dilatation complète	2	3,8
Echec de déclenchement de travail par souffrance fœtale aigue	2	3,8
Macrosomie	2	3,8
Bassin généralement rétréci	1	1,9
Condylome Vulvaire	1	1,9
Grossesse Gémellaire J1 en siège	1	1,9
Hématome retro-placentaire Grade III SHER	1	1,9
Chorioamniotite	1	1,9

L'épisiotomie était faite dans la majorité des adolescentes soit 68,8% des cas et un bassin immature (BI) comme indication de la césarienne soit 30,7%.

5.7. Complications de l'accouchement et de la délivrance

Tableau XIV: Répartition des adolescentes selon les complications de l'accouchement et de la délivrance.

Complications de l'accouchement et de la délivrance	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	17	04
Non	403	96
Complications de l'accouchement et de la délivrance	Effectif (17)	Pourcentage (%)
Déchirure vaginale	08	47,1
Déchirure vulvo-vaginale	05	29,4
Déchirure cervicale	03	17,6
Hystérectomie de l'hémostase	01	5,9

La majorité des adolescentes n'avait pas eu de complications de l'accouchement et de la délivrance soit 96% des cas avec une déchirure vaginale observée dans 47,1% des cas.

5.8. Complications du post-partum

Tableau XV : Répartition des adolescentes selon les complications du post partum.

Complications du post partum	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	92	22
Non	328	78
Complications du post-partum	Effectif (92)	Pourcentage (%)
Anémie	51	55,4
Paludisme	35	38,0
Complications mammaires	3	3,3
Endométrite	2	2,2
Suppuration pariétale	1	1,1
Transfusion	Effectif (420)	Pourcentage (%)
Oui	5	1
Non	415	99
Durée d'hospitalisation	Effectif (420)	Pourcentage (%)
<7 heures	342	81,4
[7- 12] heures	27	6,4
>12 heures	51	12,1

La majorité des adolescentes n'avait pas eu de complications du post partum soit 85,0% des cas avec une anémie constatée dans 55,4% des cas.

Les adolescentes avaient une durée d'hospitalisation inférieure à 7 heures dans 88,0% des cas.

5.1. Pronostic néo-natal

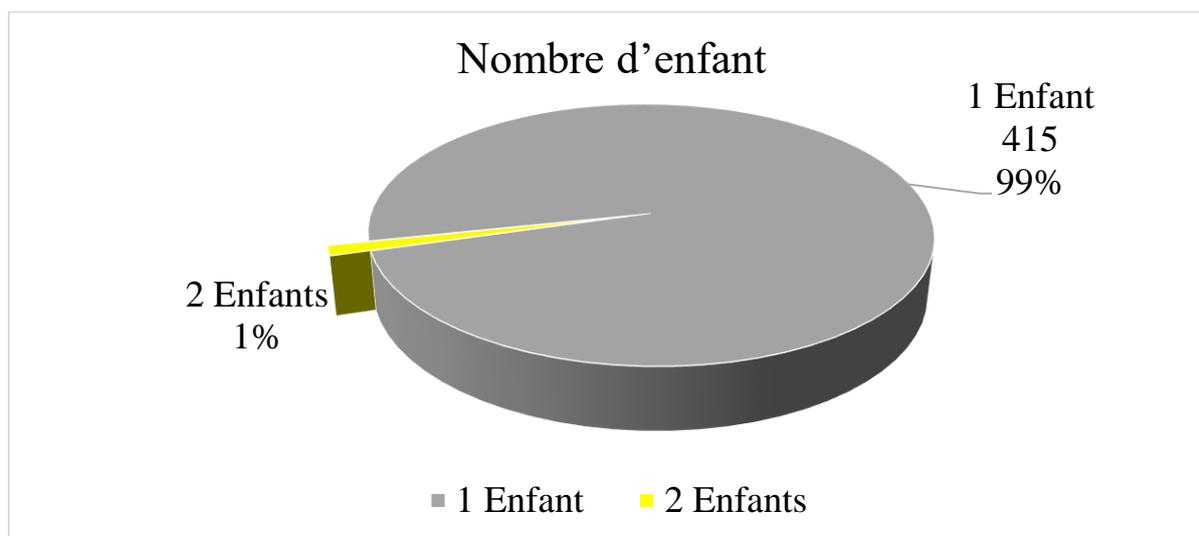


Figure 17 : Répartition des adolescentes selon le nombre d'enfants.

Les adolescentes avaient eu un (1) enfant dans 99,0% des cas.

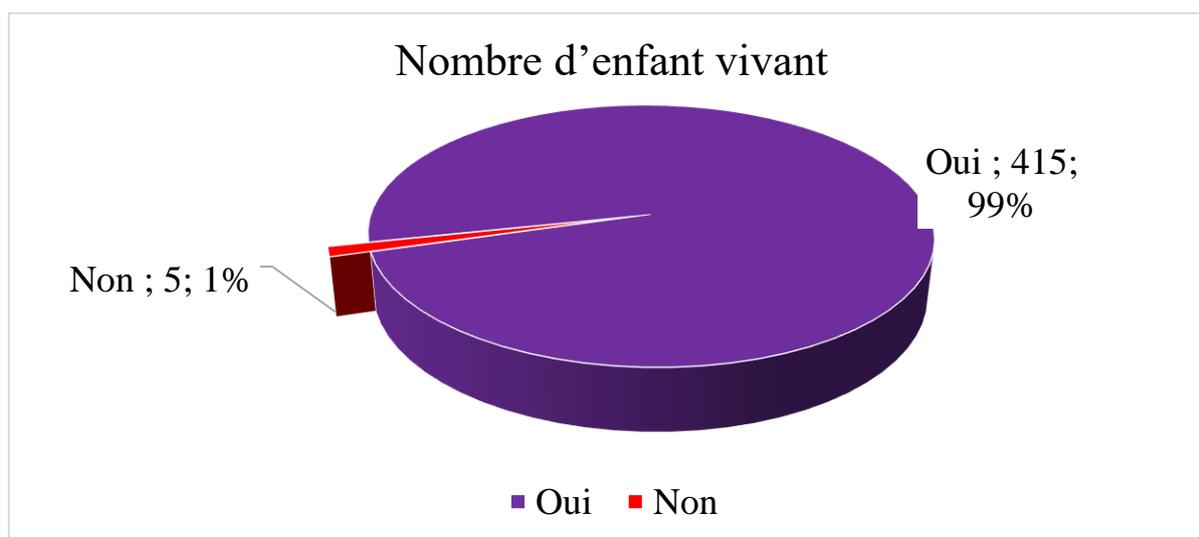


Figure 18 : Répartition des adolescentes selon l'état du nouveau-né à la naissance.

Les enfants des adolescentes étaient vivants dans 99,0% des cas.

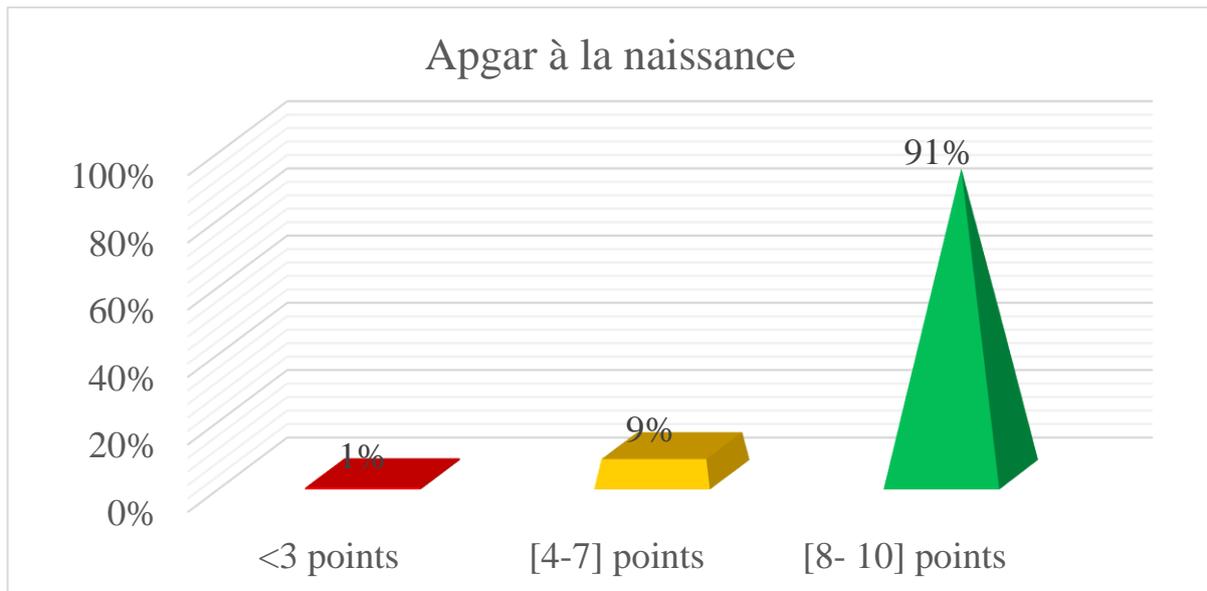


Figure 19 : Répartition des adolescentes selon le score d’Apar.

La majorité des enfants d’adolescentes avait un score d’Apar compris entre 8 à 10 points avec 382 adolescentes (90,9% des cas).

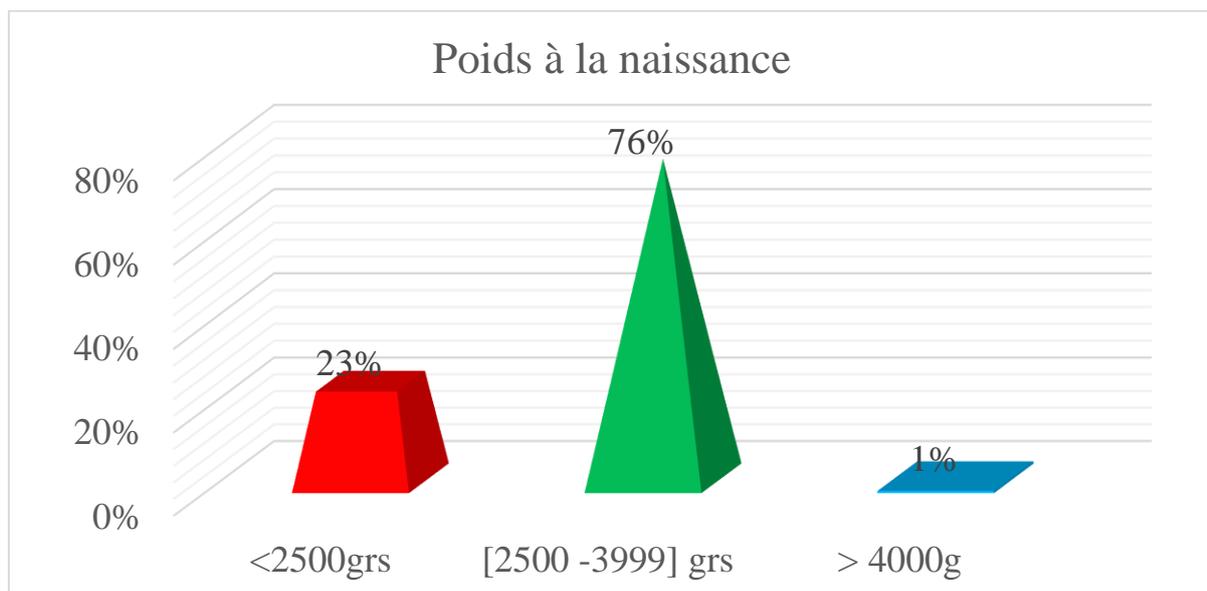


Figure 20 : Répartition des adolescentes selon le poids à la naissance.

La majorité des enfants d’adolescentes avait un poids à la naissance compris entre 2500 à 3999 grs avec 320 adolescentes (76,2% des cas).

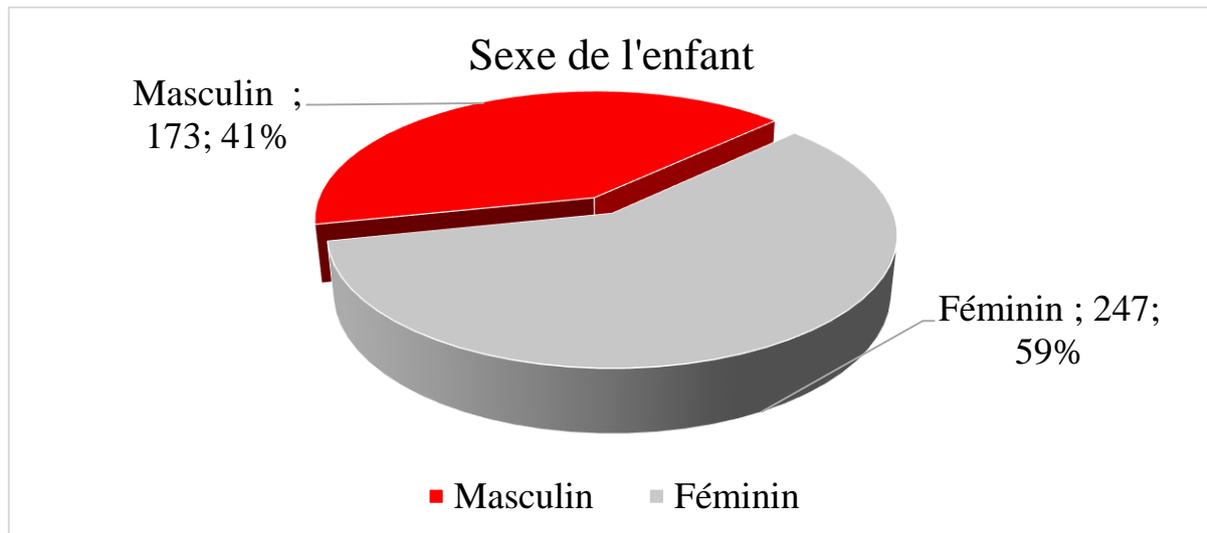


Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon le sexe.

Les enfants des adolescentes avaient un sexe féminin dans 59% des cas.

Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés selon les causes de références à la néonatalogie

Causes de références	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Hypotrophie	34	8,1
Prématurité	61	14.5
SFA	34	8,1
Mère diabétique	1	0,2
Macrosomie	1	0,2
Mal formation	1	0,2
Non	288	68,6
Total	420	100

Les enfants des adolescentes avaient été référés au service de néonatalogie pour une prématurité dans 14,5% des cas.

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

6.1. Limite de l'étude

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

L'indisponibilité de support de suivi prénatal et de référence, des informations incomplètes sur les supports de suivi prénatal chez certaines adolescentes ;

- Le manque de moyens financiers de certaines adolescentes de faire le suivi prénatal.

6.2. Fréquence :

Les études sur l'adolescence posent des problèmes. Les comparaisons sont difficiles du fait que les limites chronologiques de cette tranche de la population ne sont pas définies avec précision. Certains auteurs prennent pour limite supérieure un âge de 18 ans, d'autres 17 ans, et 16 ans pour certains [36].

Quant à l'OMS, elle prend comme limites la tranche d'âge de 10 à 19 ans. Nous avons souscrit volontiers à la définition de l'OMS.

Le taux de naissance chez l'adolescente varie entre 1,55% et 18,4% selon les auteurs [3,36–43]. Cette variation significative peut être expliquée par les différences de définition de l'âge de l'adolescence selon les auteurs.

En effet, certains ont retenu l'âge de moins de 15 ans [36], et d'autres de moins de 16 ans [40,41], de 13 à 16 ans [38], de 13 à 17 ans [39], de moins de 18 ans [42], de 18 ans et moins [37,43], de 19 ans et moins[3].

Au Mali, Dicko O [44] , Drabo A [9], Dembélé F [45], Dembélé S [46], Diarra W [47] avaient trouvé respectivement des fréquences d'accouchement chez les adolescentes de 19,61% , 13,31% , 19,2% , 21,72%, 26,6%.

Notre prévalence est comparable aux auteurs précédemment cités. Donc l'adolescence dans notre contexte est caractérisée par :

- ✓ La jeunesse de la population malienne ;
- ✓ Le recours moins fréquent de la population adolescente aux moyens de contraception ;

- ✓ La précocité des relations sexuelles et du mariage précoce ;
- ✓ Le faible niveau de scolarisation ;
- ✓ Le bas niveau d'éducation en matière de sexualité.

6.3. Caractéristiques socio-démographiques :

6.3.1. Age :

Dans notre étude la majorité des adolescentes était âgée 18 ans soit 35,0% avec un âge moyen de 17,74 ans. Au Mali, Dembélé F [45], Diarra W [47] et Dicko O [44] avaient trouvé respectivement que 55,73%, 63,37% et 55,67% des adolescentes avaient un âge compris entre 18-19 ans. Ces résultats sont comparables à la nôtre.

Par contre Dembélé S [46] dans son étude avait trouvé que 80% des adolescentes avaient moins de 18 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le mariage précoce avant 18 ans dans notre pays.

Nous avons observé des accouchements chez cinq (5) de nos adolescentes de moins de 14 ans. Ainsi l'adolescente la plus jeune d'âge de notre étude était 13 ans avec 0,2%. Ceci peut s'expliquer par l'accroissement de l'activité sexuelle dans notre pays.

6.3.2. Résidence :

La majorité des adolescentes résidait dans la commune du district de Bamako soit une fréquence de 62%. Ceci s'explique par la confiance de la population du district de Bamako et le témoignage de bonnes qualités de service rendu.

6.3.3. Statut matrimonial :

Dans notre série 90,2% des adolescentes étaient mariées. Diarra W, [47] Dembélé F [45], Prosper K L [48], Dembélé S [46], Traore A [49], et Théra T [50] avaient trouvé respectivement 90,1%, 86,98%, 81,4%, 79,2%, 77,3% et 68,7% des adolescentes mariées dans leurs études.

A noter que dans notre série 10% des adolescentes étaient célibataires, ceci pourrait s'expliquer par une sexualité précoce. Diarra W, [47], Traoré B et all

[51], Prosper K L [48] et Dembélé S [46] avaient rapporté respectivement 09,4%, 18,3% 18,6%, et 20,8% des adolescentes célibataires.

Ce taux élevé des adolescentes mariées pourrait s'expliquer par le mariage précoce dans notre pays.

6.3.4. Profession :

Dans notre étude les ménagères représentaient 60,7% des adolescentes. Notre résultat est supérieur à ceux de Diarra W [47] et de Dembélé F [45] qui avaient trouvé respectivement 28,7% et 26,57% des adolescentes les élèves et étudiantes. Cette fréquence élevée des ménagères parmi les adolescentes pourrait s'expliquer par le mariage précoce des filles dans notre pays.

6.3.5. Niveau d'instruction :

Les études sur la fécondité de l'adolescente affirmaient l'importance de l'instruction comme étant un facteur limitant cette fécondité précoce. Dans notre étude, nous avons trouvé que 30,7% des adolescentes étaient non scolarisées. Notre résultat est comparable à ceux de Dicko O [44] et de Diarra W [47] qui avaient rapporté 39,67% et 25,2% d'adolescentes non scolarisées.

Par contre notre résultat est inférieur à ceux obtenus par Dembélé S [46] et Traoré B et all [51] qui avaient rapporté respectivement 69,8% et 69,2% d'adolescentes non scolarisées.

Ce faible taux d'analphabétisme par rapport à Dembélé S [46] pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était réalisée en milieu urbain.

Il existe une variabilité entre les taux d'analphabétisme des adolescentes dans les pays développés et les pays en voie de développement.

En Italie, le taux d'analphabétisme chez cette tranche d'âge est de 1%, en Israël il est de 4% [44].

Dans notre étude nous avons constaté que les adolescentes ayant un niveau d'étude primaire sont nombreuses chez les adolescentes 46,2%. Par contre 16,0% des adolescentes ont un niveau secondaire. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les adolescentes, une fois enceintes sont retirées de l'école ou abandonnent à

cause de la grossesse ou du mariage. Dicko O [44] avait trouvé que 45% et 14% des adolescentes avaient respectivement le niveau primaire et secondaire. Et Drabo A [9] et Guindo A [52] avaient rapporté respectivement 34,5% et 29% d'adolescentes ayant un niveau d'étude primaire.

6.3.6. Profession du procréateur :

Les femmes pendant leurs grossesses sont financièrement soutenues par leurs époux et ceci dépend non seulement de leurs volontés mais de leurs revenus économiques. Les adolescentes sont plus sujettes à contracter la grossesse hors mariage et avec des conjoints qui le plus souvent n'ont pas de source de revenue stable. C'est ainsi dans notre étude 31,9% des procréateur des adolescentes étaient des ouvriers ; les élèves et étudiants représentaient 6,9% des procréateurs chez les adolescentes. Dans la série de Drabo A [9] les élèves/étudiants représentaient 31,8% des conjoints chez les adolescentes.

6.4. Caractéristique clinique :

6.4.1. Antécédents obstétricaux :

La majorité des adolescentes étaient à leur première grossesse soit 80,2%. Ce résultat est comparable à celui de Diarra W [47] qui trouva 72,28% des adolescentes à leur première grossesse.

6.4.2. Mode d'admission :

Dans notre étude, les références / évacuations représentaient 5.0% chez les adolescentes. Diarra W [47], Dembélé. F [45] et Dicko. O [44] avaient trouvé des taux respectifs de 28,0%, 22,92% et 38,55%.

6.4.3. Consultation prénatale :

Le but de la consultation prénatale (CPN) est de sauvegarder la santé de la femme au cours de la grossesse, de lui permettre d'accoucher d'un enfant sain et enfin de lui apprendre les soins du nouveau-né.

La non-réalisation de CPN était observée chez 5,5% des adolescentes.

Ce résultat est comparable à ceux de Diaouga H et al [53], de Diarra W [47] et de Traore A [49] qui trouvaient un taux respectif de 4,4%, de 6,9% et de 9%.

Cette différence pourrait être due au fait que la grossesse des adolescentes survient le plus souvent hors mariage ce qui est perçue dans la société malienne comme un acte déshonorant entraînant un rejet de la future mère sans suivi prénatal.

Les adolescentes qui avaient réalisé plus quatre (4) CPN étaient de 75,7%.

Prosper. K L [34] dans son étude avait trouvé 31,8% d'adolescentes qui n'avaient réalisés aucune consultation prénatale et 48,6% des adolescentes avaient réalisé au moins 3 consultations prénatales.

Ainsi 9% des adolescentes n'avaient pas réalisé de bilans prénatals. Ceci pouvait s'expliquer par le bas niveau économique de ces adolescentes car il s'agissait des femmes ménagères dans 60,7% et élèves/étudiantes dans 31,6% sans emploi n'ayant pas les moyens d'assurer le suivi prénatal.

6.5. Déroulement de l'accouchement :

6.5.1. Etat des membranes amniotiques à l'admission :

Dans notre étude les membranes étaient rompues dans 16% chez les adolescentes à l'admission. Diarra W [47] et Drabo. A [9] avaient rapporté que les membranes étaient rompues à l'admission chez respectivement 29,2% et 19,1% des adolescentes. Dans la série de Dicko. O [44], ce taux était de 34,67% chez les adolescentes. Notre taux de rupture des membranes chez les adolescentes était lié au fait que le travail d'accouchement était surveillé dans 28% de cas dans les structures périphériques où les membranes ont été rompues avant la référence mais aussi celles qui sont venues d'elles-mêmes et qui ont fait une partir de leur travail d'accouchement à domicile où les membres ont pu se rompre avant leur admission.

6.5.2. Type de bassin :

Le bassin était normal dans la majorité de cas soit 94,5% chez les adolescentes. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Diarra W [47] qui trouva 85,6%.

Dans la littérature, le taux de bassin normal varie entre 66,3% à 95,7% chez les adolescentes [44,45,50,9].

6.5.3. Mode d'accouchement :

Les accouchements par voie basse ont représenté 88,0% chez les adolescentes. Ce résultat est comparable à celui obtenu par Diarra W [47] qui trouva 69,80%.

Ce taux d'accouchement par voie basse dans notre série s'expliquerait par la normalité du bassin chez la majorité (85,6%) des adolescentes.

Le taux d'accouchement par voie basse chez les adolescentes varie entre 75,9% à 94,8% [37,45,54].

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

Nous avons enregistré 13,6% de césariennes chez les adolescentes. D'autres études maliennes ont rapporté un taux variable de césarienne. Ainsi Traoré. F avait rapporté [54] 5,2% de cas ; Drabo. A [9] 10,8% de cas ; Traore. A [49] 13,1% ; Dicko. O [44] 15,67% de cas ; Dembélé. F [45] 16,15% ; Traoré B et all [51] 21,4% Guindo A [52] 32,8% et Diarra W [47] 30,20%. A Madagascar, Alouinia S et al [55] avaient rapporté 13,72% de césariennes chez les adolescentes.

6.6. Pronostics maternel et fœtal :

6.6.1. Indications de la césarienne :

Le bassin immature (BI) était la cause la plus fréquente de la césarienne soit 30,7% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par l'immaturité du bassin et l'adolescente en elle-même. Le bassin généralement rétréci était impliqué dans 11,5% des césariennes chez les adolescentes dans la série de Diarra W [47].

La série de Drabo A [9] et de Dicko. O [44] avaient trouvé respectivement 39,5% et 11,32% de BGR chez les adolescentes. L'échec de l'épreuve du travail, une présentation vicieuse, une pré éclampsie sévère ; une macrosomie fœtale ; le bassin immature ; l'utérus cicatriciel sur bassin limite ; la présentation siège chez une primipare ; HRP grade II de SHER ; Condylome vulvaire ; Chorioamniotite ; Procidence du cordon 2ème degré battant ; Utérus bi cicatriciel en travail ;

Syndrome de pré rupture utérine représentaient les autres indications de césarienne chez les adolescentes.

6.6.2. Complications de la grossesse et de l'accouchement :

Au Niger, Dans l'étude de Diaouga H et al [53] l'éclampsie était la complication pré-partum la plus retrouvée avec 20% chez les adolescentes.

Dans notre série, les suites de couches ont été simples chez 78,0% des adolescentes. Dembélé. S [46] et Dicko. O [44] avaient rapporté 85,8% et 89,5% des suites de couches simples chez les adolescentes.

La déchirure vaginale, la déchirure vulvo-vaginale et la déchirure cervicale représentaient respectivement les complications les plus observées avec respectivement 47,1 ; 4,5% ; 4,5% chez les adolescentes.

La déchirure du col et la rétention placentaire représentaient respectivement 1% et 0,5% chez les adolescentes mais pas de déchirure périnéale observée dans la série de Diarra W [47].

Dicko. O [44] ; Dembélé. F [45] et Dembélé. S [46] avaient rapporté respectivement 6,8% ; 2,08% et 7,5% des déchirures périnéales chez les adolescentes. Notre taux faible par rapport à ces études pourrait s'expliquer par la pratique de l'épisiotomie chez la plupart des primigestes mais aussi à la qualité de la surveillance du travail d'accouchement

6.6.3. Le score d'Apgar des nouveau-nés :

Le score d'Apgar était compris entre 8 à 10 points chez 90,9% des nouveau-nés de mères adolescentes.

Poids des nouveau-nés :

Dans notre série, le faible poids de naissance ($p < 2500g$) était observé chez les adolescentes avec 23,3% de cas. Diarra W [47] et Théra T [50] avaient rapporté respectivement 20,9% et 26,7% de faible poids de naissance chez les nouveau-nés issus des mères adolescentes. Quant à Dembélé. F [45], 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. Ce taux élevé de petit poids de naissance chez les adolescentes pourrait s'expliquer par les facteurs sociodémographiques qu'en courent les adolescentes.

La majorité des enfants de parturientes avait un sexe féminin soit 59% des cas

CONCLUSION

CONCLUSION :

La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes est toujours élevée. L'âge moyen était de 17,74 ans, la majorité était non scolarisé.

L'HTA, prééclampsie, anémie étaient les principales complications au cours de la grossesse. La voie basse était la voie d'accouchement la plus observée.

Les complication post-partum étaient dominée par l'anémie, endométrite, les déchirures vulvo-vaginales.

Un bon suivi pourrait éviter et réduire considérablement ces complications. Le renforcement de l'éducation sexuelle ainsi nous recommandons ce qui suit : la contraception moderne et l'éviction de mariages précoces contribueront à prévenir ce fléau aux conséquences tragiques qui demeure un problème de santé publique.

RECOMMANDATION

RECOMMANDATIONS :

Au vu des résultats et des problèmes posés, nous proposons les mesures suivantes.

Aux autorités politiques et sanitaires :

- Lutter contre le mariage précoce.
- Inclure dans les programmes scolaires des modules sur la santé de la reproduction intégrant les volets éducation sexuelle, planification familiale, information sanitaire ;
- Promouvoir par l'IEC (Information, Education, Communication) le changement de comportement chez les adolescentes ;
- Favoriser des cadres de discussion entre pères éducateurs et enfants sur la sexualité.
- Elaborer un curriculum de formation des parents.

Aux agents socio-sanitaires :

- Porter une attention particulière à la grossesse chez les adolescentes ;
- Sensibiliser les adolescentes sur les risques des rapports sexuels précoces ;
- Promouvoir l'utilisation des moyens de contraception chez les adolescentes.

A la population :

- Privilégier la scolarisation des filles ;
- Encadrer l'adolescente enceinte sur le plan moral et financier
- Assurer l'éducation sexuelle des jeunes filles en brisant le tabou sur le sujet ;

Aux adolescentes :

- Fréquenter les services de santé de la reproduction pour toutes les informations relatives à la planification familiale, à la sexualité et au suivi prénatal ;
- Eviter les comportements sexuels à risques.
- Adopter les moyens de contraception

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Dadoorian D. Adolescence. Vie Lenfant. 2007;25-41.
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. Yattasaye A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité de CHU Gabriel Touré thèse de médecine Bamako 1998, N°74, 83p.
4. The United Nations Population Fund (UNFPA). Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre. 2018 :28-30.
5. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 EV. Fécondité des adolescentes. Mali; 2018 p. 6.
6. Mc Intyre, Peter, et World Heath Organization. Adolescentes enceintes : apporter des promesses globales d'espoir. Genève : Rapport de l'organisation mondiale de la santé, 2007. 28P; disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43650> ; Mise en juin 2012.
7. TRAORE SA. Pronostic Maternel et Périnatal de l'Accouchement chez les Adolescentes à l'Hôpital de Sikasso. août 2021;Vol 22(8):104-5.
8. Grossesse chez les adolescentes [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
9. Drabo A. Grossesse et l'accouchement chez l'adolescente au Csréf CII du district de Bamako : Thèse de médecine Bamako 2015. N°85.13-64p.
10. L'Adolescence : Une période de changements [Internet]. Cabinet Psy-enfant. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>
11. Roy MP. , Semde M. , Orssande E. , Pedrom G. Evolution clinique de la puberté de la jeune fille. Arch. Fr. Pédiatrie.1972, 29, 155.12-1985, 26p.
12. Salomon Owicz S. Le symptôme gynécologique à l'adolescence : le point de vue de l'inconscient.
13. R. Merger, J. Lévy, J. Melchior, J. Lansac, G. Body. Cours - Cycles de la vie et grandes fonctions- Accouchement [Internet]. www.who.int/fr. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-cycles-de-la-vie-et-grandes-fonctions-accouchement>

14. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
15. Djanhan Y. Kodjo R, Gondo D. Abauleth Y. R. , Kesse M. Bohoussou K.M.La mortalité maternelle chez les adolescentes au CHU de Cocody-Abidjan. Médecine d’Afrique noire : 1995, 42(5).
16. Fournier Jacinthe, Mareschal Julie, Siegfried Danielle. Mère%adolescente%à%Genève%:% quel%parcours,%quels soutiens? [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://medecine.univ-tlse3.fr/>
17. Tanner (classification) [Internet]. Wikimedi.ca. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: [https://wikimedi.ca/wiki/Tanner_\(classification\)](https://wikimedi.ca/wiki/Tanner_(classification))
18. Positions dans l’utérus: présentation par la tête et par le siège [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre3/siege-grossesse-version-par-manoeuvre-externe/>
19. Bassin osseux : définition, schéma, constitution [Internet]. 2022 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2789849-bassin-osseux-definition-schema-constitution/>
20. Fichier:DetroitSupPelvimetrie.jpg — Wiki ECN [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://wikiecn.norfen.net/index.php?title=Fichier:DetroitSupPelvimetrie.jpg>
21. 22 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales — Wiki ECN [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: https://wikiecn.norfen.net/index.php?title=22:_Accouchement,_d%C3%A9livrance_et_suites_de_couches_normales
22. Césarine - Le bassin, la pelvimétrie, et la césarienne [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.cesarine.org/avant/programmee/pelvimetrie/>
23. Rudyard Kipling. LES PRINCIPES MÉCANICIENS DE L’ACCOUCHEMENT DU SIÈGE. In p. 53.
24. Déroit inférieur. In: Wikipédia [Internet]. 2023. Disponible sur: https://fr.wikipedia.orghttps://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9roit_inf%C3%A9rieur&oldid=201892633

25. lounglounga-99. les différent types du bassin selon la forme du détroit supérieur [Internet]. Skyrock. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://lounglounga-99.skyrock.com/3250307304-les-different-types-du-bassin-selon-la-forme-du-detroit-superieur.html>
26. L'épisiotomie et la déchirure du périnée : prévention et traitement | Blog [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.osteopathe-versailles-78.fr/blog/gyneco-pediatrie-femme-enceinte-bebe/l-episiotomie-et-la-dechirure-du-perinee-prevention-et-traitement>
27. Rosemberg K. Trevathan W. Birth. Obstetrics and human evolution. Journal of Obstetrics and Gynaecology 1984;91:611-7.
28. Dolo A. Diarra I. Grossesse et accouchement chez l'adolescente. A propos d'une étude cas témoins. Livre des résumés du VIème congrès de la SAGO Ouagadougou. 4-8 décembre 2000. p5.
29. Treffers PE. Olukoya AA., Ferguson BJ., Liljestrand J. Soins pour la grossesse et l'accouchement de l'adolescente. Int.J. Gynecol. Obstetric., 2001, 75: 111-121.
30. OMS. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Who recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience] Organisation mondiale de la santé 2017.
31. Dieng T., Anne B., Diop N., Diadhiou F. Comment améliorer la santé de la reproduction des adolescents au Sénégal § Résultats d'une recherche opérationnelle. Livre des résumés du VI ème congrès de la SAGO Ouagadougou, 4-8 décembre 2000, p161.
32. Bamg. Sangare M., Moreira P., Bah M.D., Diadhiou F. Connaissance pratique et perspectives de la contraception chez les Adolescentes. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46(6) : 300-302.
33. Idrissa H. Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente de moins de 17 ans. A propos de 952 observations. [Thèse de médecine n°7]. Université Abdou Moumouni de Niamey. 1988.
34. Leke J.I.R. Stratégies pour améliorer la santé reproductive des adolescentes en Afrique. Livre des résumés du VI ème congrès de ma SAGO Ouagadougou, 4-8 Décembre 2000 : 199p.
35. Fatoumata T. Etudier la problématique de la grossesse chez l'adolescente dans le District de Bamako. [FMOS, Bamako]: USTTB; 2002.

36. Impact internat Gynécologie obstétrique (2) Med.légale- toxicologie ; Paris, Editeur sa ; mars 1997 ; No 18 ; chapitre 158, p6. In.
37. Soula O. et coll. Grossesse chez les adolescentes de moins de 15ans Etude de 181cas en Guyane française J.Gynecol Obstet Reprod 2006; 35: p 53-61.
38. Benene A., Elbernoussi L., Elfarouqi A., Chraibi C., Alaoui M.T. Accouchement chez l'adolescente, Expérience de la maternité des Orangers (Rabat, Maroc).A propos de 129 cas. Médecine du Maghreb, Edition électronique, 2009, numéro165, p 50-54.
39. Bam G., Faye O., Diouf A., Cisse G.T., Diadhiou F. Grossesse et accouchement chez les adolescentes : Aspects Cliniques et Sociaux Etude de 111cas suivi pendant 1 an au CHU le Dantec de Dakar Bénin Médical N 12-13 p1/1.
40. Dedecker F. et Coll. Etude des facteurs obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion J. Gynecol Obstet Reprod 2005; 34(cahier1): p 694-901.
41. Anta Tal D., Issakha D., Francis G., Jean-pierre D., Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Oct. - Nov. - Décembre 2001, Volume 11, Numéro 4, p 221-8.
42. Reynold H., Wrigth K., Olukoya A., Neelofur-kan D. Soins maternels chez l'adolescente Optic'Jeune, Santé de la reproduction et VIH/SIDA Publication en série ; 2004, No 11, p 1-4.
43. Djanhan Y., Kodjo R., Gondo D., Abauleth YR., Bohoussou K.M. Accouchement chez l'adolescente au CHU de Coccody- Abidjan Méd. Afr. Noire 1995 ; 42 : p217-9.
44. Dicko. O. Grossesse et accouchements chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de District de Bamako : Etude cas-témoins. Thèse de médecine Bamako 2019. N°342.2-76p.
45. Dembélé F. L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Médecine 2015, N° 80. 27-60p.
46. Dembélé S. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila. Thèse Med Bamako, 2012, N°77. 30-53p.

47. Wambe Diarra. Grossesse Et Accouchement Chez Les Adolescentes Dans Le Centre De Sante De Reference De La Commune V Du District De Bamako [Thèse de médecine]. [FMOS, Bamako]: USTTB; 2023.
48. Luhete K P, Mukuku O, Tambwe M A, Kayamba M K P. Study of maternal and perinatal prognosis for vaginal delivery in adolescent girls in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo. *Revue RD Congo Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de médecine, Université de Lubumbashi* 2017 ; 26 (182) :1-9.
49. Traoré A, Kané B, Sima M, Souley I, Touré M. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako. Congrès SAMAGO Mali 2017.
50. Théra T, Kouma A, Téguété I, Traoré Y, Kanté I, Traoré Z O, Coulibaly A. Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez l'adolescente dans le district de Bamako. Congrès conjoints FIGO/SAGO/SOGOBA 2016. Communication N°14, P132-252.
51. Traore B, Thera T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Teguate I, Traore M, Dolo A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. *Méd Afr Noire*. 2010; 57 (10).
52. Mme Mallé Guindo A. Pronostic maternel et Périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au service gynéco-obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse en médecine Bamako 2020, N°262. 40-53p.
53. Diaouga H, Yacouba M, Abdou M, Rahamatou M, Idi N, et Nayama M. Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. *Journal médical Panafricain*. 2020 ; 37(274) : 4-11p.
54. Traoré F : Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain Bamakois. Thèse en médecine 2001-2002. N°103. P35.
55. Alouinia S et al. Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. *Journal Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015 ; 44 (5) : 443-450.

ANNEXES

Fiche d'enquête :

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/Étudiant, 4 Fonctionnaire, 5 Salarié

II. ANTECEDANTS

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

/_/, 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.) Ménarches: / _ / 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

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 clinique, 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

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 :

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

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

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/...../

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-né
natale tardive.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Oumar

Titre de la thèse : Accouchement chez les adolescentes de 2016 au juin 2022 au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg »

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.

Résumé :

Introduction : L'adolescence est marquée chez la fille par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction.

L'objectif de cette étude était d'étudier l'accouchement chez les adolescentes au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg ».

Matériels et méthodes : C'est une étude transversale et rétrospective de 7 ans et 6 mois, allant de 1er janvier 2016 au 30 Juin 2022.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 2000 accouchements sur un total de 450 accouchements chez les adolescentes dont 420 qui répondait à nos critères d'inclusions à la maternité au CHU Mère Enfant « Le Luxembourg », soit une prévalence de 21,0%. La majorité des adolescentes avait un âge moyen de 17,74 ans. La majorité des adolescentes avait un niveau d'instruction primaire (46,2%) suivi des ménagères (60,7%) et les mariées étaient à 90,0% de cas. La majorité des adolescentes avait désirée leur grossesse soit 94,0% des cas et suivait régulièrement leur CPN avec 69,4% par les sage-femmes. La majorité des adolescentes avait un BDCF normal soit 97,2% des cas avec un col utérin effacé dans 87,8% des cas et une poche des eaux intacte à 84% des cas. La majorité des

adolescentes n'avait pas eu de complications de l'accouchement et de la délivrance soit 85,0% des cas avec une déchirure vaginale observer dans 37,1% des cas.

Conclusion : La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes est toujours élevée soit 21,0% avec un âge moyen de 17,74 ans avec un taux de non scolarisé élevé à 30,7%. Ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents des complications souvent très redoutables comme l'hypertension artérielle, les anémies, les déchirures vulvo-vaginales, la prématurité, la césarienne.

Mots clés : Accouchement ; Adolescentes ; CHU Mère Enfant.

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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !