

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des sciences, des techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire 2011-2012

N°

Thèse

**ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE DIOILA**

Présentée et soutenue publiquement le/03/ 2012

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Par M. Souleymane Dembélé

Pour l'obtention du Doctorat en Médecine

(Diplôme D'Etat)

Jury

Président :	Pr . Bouraïma	Maïga
Membre :	Pr. Samba	Diop
Co-directeur :	Dr.Moussa	Magayoko
Directeur de thèse :	Pr . Seydou	Doumbia

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

ADMINISTRATION :

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – Professeur

1^{er} ASSESSEUR : BOUBACAR TRAORE – Maître de conférences

2^{ème} ASSESSEUR : IBRAHIM I.MAIGA – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL: IDRISAH AHMADOU CISSE Maître DE CONFERENCES – Professeur

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL – Contrôleur des finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES :

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES :

1. PROFESSEURS :

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS :

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
----------------	--------------------

Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L.
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie–Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie–Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie–Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L.
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES :

1. PROFESSEURS :

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie, Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie

Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES :

Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS :

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie

4. ASSISTANTS:

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie-Parasitologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES:

1. PROFESSEURS :

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-Entérologie Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES:

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa CISSE	Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES :

1. PROFESSEURS :

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique

Mr Benoît Yaranga KOUMARE Chimie Analytique

Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mr Yaya KANE Galénique

Mme Rokia SANOGO Pharmacognosie

4. ASSISTANTS :

Mr Saïbou MAIGA Législation

Mr Ousmane KOITA Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE :

1. PROFESSEUR :

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie , **Chef de D.E.R.**

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES :

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun Aly SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A. DICKO Santé Publique

Mr Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

4. ASSISTANTS :

Mr Oumar THIERO Biostatistique

Mr Seydou DIARRA Anthropologie

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES :

Mr N'Golo DIARRA Botanique

Mr Bouba DIARRA Bactériologie

Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
ENSEIGNANTS EN MISSION :	
Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Dr Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Je dedie ce travail :

A mon père: FEU KARIM DEMBELE (in memorium)

La mort t'a arraché à notre affection, nous regrettons ton absence en ce jour mémorable. Je me souviendrai toujours de toi ; ta perte a brisé en moi une chose essentielle, mais indéfinissable. Que ton âme repose en paix (amen).

A ma mère : NAH TRAORE

Je suis fier de vous et cela pour toujours. Vous avez consacré le meilleur de vous-mêmes à mon éducation pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Vos sages conseils et bénédictions m'accompagneront toujours dans ma vie. Votre soutien tant moral qu'affectif a contribué à la finalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le bon DIEU vous accorde encore longue vie (amen)

A mon tonton : MAMADOU LOZO DEMBELE

Vous m'aviez donné tout ce qu'on peut attendre d'un Père. Pardonnez-moi s'il m'est arrivé de vous décevoir sans le savoir.

Qu'Allah le tout puissant vous accorde longue vie (amen)

A mes mères : Tata cisse, Souraka Coulibaly, Adjï Koné, Yah Souko(in memorium)

Ce travail est le fruit de vos sacrifices. Les mots me manquent pour vous faire savoir à quel point vous comptez pour moi. Que le tout puissant vous accorde encore longue vie (amen).

A mes frères : Boureima et soumana Dembéle

Vous qui m'avez toujours encouragé avec vos conseils ; soulagé dans les difficultés ; ce travail est le vôtre.

Que Dieu le tout puissant vous accorde sa grâce longévité, santé amen

A toute ma famille

Vous qui avez choisi de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel, jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école. Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui m'ont enseigné ou encadré durant ma carrière scolaire.

Trouvez en ce travail ma grande reconnaissance

A mes camarades de promotion

En souvenir des moments de joie et de peine vécus ensemble sur le chemin des études. Courage et persévérance.

A mon tonton : Moussa Dembélé

Chef de mon village natal(Karaba) ce travail est le vôtre. Je te souhaite longue vie(amen).

A mes frères : Baye, Beny, Sidiki, Seydou, Adama, Mama

Abdoulaye, Daouda ; Bakary ; Gaoussou, Salif, Issouf, Oumar qui sont tous Dembélé. Je vous dis merci pour votre soutien moral et matériel .Tous ceux qui ne sont pas cités ici ne sont pas oubliés ;merci.

A mes grandes et petites sœurs : Je dis merci à toutes mes sœurs à Bamako, Karaba, San .

A mes belles sœurs : Je vous dis merci .

A mon ami : Kessary Aimé Kamaté

Tu as été un ami d'exemple ; les mots me manquent pour te remercier ; je ne peux que prier le grand Dieu pour qu'il nous donne longue vie ,santé et l'avenir jugera le reste.

A mes tuteurs à San : Mr Naoko Dembélé au CAP de San et Madou Dembélé ancien magasinier et leurs familles ;vous ne serez jamais oublié ;merci pour

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A tous mes amis :

Youba Traoré (à karaba) ; Abdoulaye Dembélé ; Idrissa Koné ; Bakary Sanogo ; Amadou B Mallé .Youssouf Dembélé ; Rokia Sissoko ; Mme Kamaté Assitan Coulibaly ; Mme Mallé Fanta Sogoba ; Mme Diabaté Aminata Diabaté les infatigables.

A tous ceux qui ne sont pas cités ici ; qu'ils sachent qu'ils ne sont pas oubliés ; qu'ils soient tous remerciés.

Mes remerciements à Mama de karaba qui ma soutenou et qui continu à me soutenir ; que Dieux te donne longue vie et santé, à tous mes frères de karaba, San (Rokia Diallo, Fatoumata Dembélé), Bamako Dr Bakayoko Moussa, Dr Diabaté Kassoum, Dr Diarra Broulaye, Dr Mohamed Traoré, pour leurs soutiens

A mes amis et cadets académiques : Sidi Diabaté, Fadiè Mahamed ,Joseph, je vous remercie pour votre collaboration.

A toute l'équipe du CS Réf de DIOÏLA :

La réussite de ce travail est le résultat de votre franche collaboration ; vous n'avez ménagé aucun effort pour mener à bien ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à remercier l'équipe de la maternité, Aimé Kessary KAMATE major de la chirurgie et son équipe ; Dramane Philémon DAO responsable du bloc opératoire, Ibrahim CISSE responsable du laboratoire et son équipe, toute l'équipe de l'unité de médecine, Abou Sangaré dentiste ; tous les chauffeurs du CS Réf de Dioïla pour leur franche collaboration.

Je tiens aussi à remercier Fodé CAMARA, Seydou DIARRA, Youssouf TANGARA, Salimata KONATE, Mama N'DIAYE, Magnini N'Diaye tous les personnels du CSRef de DIOÏLA pour leurs conseils.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur BOURAÏMA MAÏGA :

- Gynécologue obstétricien
- Professeur de gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMPOS) Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point<<G>
- Praticien infatigable
- Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant, et de la famille
- Détenteur d'un ciwara d'excellence en 1997
- Chevalier de l'ordre national

Cher maître :

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, et votre humanisme.

C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect.

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

A notre maître et Juge : Professeur SAMBA DIOP

- **Enseignant chercheur en anthropologie médicale.**
- **Spécialiste en écologie humaine, anthropologie, bioéthique et éthique de santé publique.**
- **Membre du comité d'éthique de la Faculté de Médecine.**

Cher maître :

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre Simplicité qui font de vous une personnalité remarquable.

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

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

Que le tout puissant vous accorde longue vie (amen).

A notre maître et co directeur

Docteur MOUSSA BAGAYOKO

- Médecin chef du district sanitaire de DIOÏLA

Cher maître :

Ce travail est le résultat de votre franche collaboration.

Votre disponibilité, votre courage et votre rigueur pour le travail bien fait sont là quelques une de vos qualités ainsi que votre sens social élevé.

Votre simplicité et votre détermination ont fait de vous un maître remarquable et admiré de tous.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

Que le tout puissant vous accorde encore longue vie (amen).

A Notre Maître et Directeur de thèse :

Professeur Seydou DOUMBIA

- **Professeur d'épidémiologie**
- **Chef de DER(Département Enseignement et Recherche en Santé Publique et Spécialité)**
- **Directeur général adjoint du MRTC**

Cher Maître :

Sensibles à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail malgré vos multiples occupations nous espérons en avoir été dignes.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un maître admiré de tous.

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

Que le tout puissant vous accorde longue vie et santé (amen).

ABREVIATIONS ET SIGLES

BDCF :	Bruits du cœur foetal
BGR :	Bassin Généralement Rétréci
BIP :	Diamètre Bipariétal
CAT :	Conduite à tenir
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CM :	Centimètre
CPN :	Consultation Périnatale
CS Réf :	Centre de Santé de Référence
CSCOM :	centre de santé communautaire
DEDC :	Défaut d'engagement à dilatation complète
DFP :	Disproportion Feoto-pelvienne
DI :	Détroit Inferieur
DM :	Détroit Moyen
DS :	Détroit Supérieur
EPA :	Etablissement Public à caractère Administratif
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
FMPOS :	Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie
Inf. :	Inferieur
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique
CNTS :	centre nationale de transfusion sanguine
N :	Nombre
CUD :	contraction utérine douloureuse
HU :	hauteur utérine
HTA :	hypertension artérielle

FPN :	Faible poids de naissance
G :	gramme
PP :	placenta prævia
PEV :	programme élargi de vaccination
PF :	planification familiale
RPM :	rupture prématurée des membranes
RCIU :	retard de naissance intra-utérin
GEU :	grossesse extra-utérine
HRP :	hématome rétro placentaire
MAP :	menace accouchement prématuré
M :	mètre
N.né :	Nouveau né
M né	Mort-né
PMA :	Procréation Médicale Assistée
P R P:	Promonto-Retro-Pubien
RDC :	République Démocratique du Congo
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SFA :	Souffrance Foétale Aigue
Sup :	Supérieur
% :	Pourcentage
≥ :	Supérieur ou égal
≤ :	Inférieur ou égal
< :	Inférieur
> :	Supérieur

OMS : Organisation mondiale de la santé

SOMMAIRE

Chapitre I : Introduction et objectifs	
1-Introduction.....	1
2-Objectifs.....	4
Objectif général	
Objectifs spécifiques	
Chapitre II : Généralités.....	5
1-Généralité sur le bassin	
2-Grossesse	
3-Accouchement	
4-Quelques facteurs de risques de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente	
Chapitre III : Méthodologies.....	16
1-Cadre d'étude	
2-Type d'étude	
3-Population d'étude	
4-Matériel	
Chapitre IV : Résultats.....	22
1-caractéristiques sociodémographiques	
2-Antécédents gynéco-obstétricaux	
3-Histoire de la grossesse	
4-Pronostic de l'accouchement	
Chapitre V : Commentaires et discussion.....	35
Chapitre VI : Conclusion et recommandations.....	42

Chapitre VII : Références	44
Chapitre VIII : Annexes.....	48

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION :

L'adolescence selon le <<petit Robert>> est l'âge qui succède à l'enfance immédiatement après la crise de puberté.[19]

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS) [13] l'adolescence est définie par :

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

La complexité de la définition justifie sûrement la variabilité de l'âge limite de l'adolescence qui varie de 10 à 19 ans par l'OMS [13] ainsi que le CERPOD [21], 10-16ans pour certains auteurs [4, 5,6], 18 ans pour d'autres.

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

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

Cette tranche d'âge contribue pour une part importante à la fécondité de la population : 1/5 des naissances vivantes par an [13].

Cette fécondité chez les adolescentes s'accompagne de complications gravido-puerpérales semble t-il plus marqué qu'à tout autre période de

la vie féconde, comme l'attestent de nombreuses études effectuées dans le monde [10, 11, 12,13].

Consciente de la situation précaire des adolescentes, l'OMS depuis quelques décennies a identifié leurs besoins sanitaires en dix volets[22]

- L'inquiétude et l'angoisse liée à la maturation sexuelle, au mariage et à l'union libre ;
- Elles sont préparés aux relations sexuelles ;
- Les problèmes liés à la contraception, à la grossesse, à l'avortement provoqué ;
- L'avortement spontané et la mortalité plus élevée que chez les adultes ;
- Les risques liés à l'accouchement pour la mère et l'enfant ;
- Le placement dans une famille adoptive source de culpabilité ;
- L'Elevage de l'enfant : risque de morbidité infantile accrue.

Face à ces problèmes identifiés, la plupart des pays industrialisés ont mis en œuvre des programmes spécifiques. Certaines de ces actions sont :

- Le retard des premiers rapports sexuels [16,17, 18] ;
- Le non accompagnement des rapports sexuels [17,19] ;
- L'augmentation de l'emploi des contraceptions [17,20].

En revanche, dans les pays en développement ce n'est qu'au cours de ces dernières années que l'on a songé à une prise en charge spécifique [22].

Signalons qu'en Afrique sud saharienne et précisément au Mali, la situation de la grossesse chez l'adolescente est plus complexe car lorsqu'elle survient au sein d'un ménage, elle constitue un facteur de postérité. Ce qui explique, en partie la fréquence élevée des mariages précoces [21].

Plusieurs études ont été menées, ici au Mali et ailleurs. Elles montrent une prédominance des complications gravido-puerpérales chez l'adolescente [5, 10, 11, 22,23], mais des études récentes effectuées aux Etats-Unis [22], au Canada [23], en Arabie saoudite [24] trouvent que le pronostic obstétrical diffère peu si une prise en charge correcte est assurée à l'adolescente enceinte.

Le but de cette étude est de déterminer la fréquence de l'accouchement et rechercher le facteur de risque lié à l'adolescence.

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier l'accouchement chez l'adolescente.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011 ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces adolescentes
- Rechercher les facteurs de risque lié à l'adolescence

GENERALITES

III-GENERALITES

1. LE BASSIN :

Il s'agit du bassin obstétrical qui comporte deux parties :

- le bassin osseux et
- le bassin mou.

A - Le bassin osseux :

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale et les membranes inférieures.

Le Développement osseux passe par plusieurs étapes :

❖ Ostéogénèse

Embryogenèse :

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

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

La fusion au squelette primaire se fait généralement entre 16-18 ans. Le bassin ne termine définitivement sa configuration que vers la 23^{ème} année de vie bien que la forme adulte soit atteinte vers 16 ans [17].

❖ **Morphologie du bassin osseux :**

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

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

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

❖ **RAPPEL anatomique du bassin normal**

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

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

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

❖ **Détroit supérieur :**

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

- En haut par le plan passant le bord supérieur de la symphyse pubienne et par le promontoire ;
- En bas par le plan passant par les limites innominées, le point retro-pubien de la symphyse pubienne et la face antérieure de la première pièce sacrée [S1]

Les diamètres du détroit supérieur sont:

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

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

Le pronostic obstétrical est jugé :

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

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

L'une des classifications la plus répandue est celle de CALDWELL et MOLOY qui décrit quatre types [25] :

- bassin gynécoïde : c'est le bassin commun que nous venons de décrire si haut, c'est un bassin de forme arrondie, le diamètre transverse est plus large que le diamètre antéropostérieur, les échancrures sont larges ;il est fréquemment rencontré (50%).
- Bassin de type androïde : de forme triangulaire, représente 23% .Le transverse médian est inférieur de 2 cm ou plus que le transverse maximal ;les échancrures sciatiques sont étroites ainsi que l'arcade pubienne ;le pronostic de l'accouchement est réservé.
- Bassin de type anthropoïde : de forme ovalaire, allongée d'avant en arrière (25% des cas) .La réduction des diamètres transverses est généralement modérée composée par un agrandissement du diamètre antéropostérieur. Le pronostic obstétrical est beaucoup plus favorable.
- bassin de type platypelloïde ou bassin plat : représente 2% des cas, le diamètre antéropostérieur est diminué,

- inférieur au diamètre transverse ; l'arcade pubien est large mais les échancrures sciatiques sont souvent réduites.

❖ **Excavation :**

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

- diamètre oblique : 11 cm
- diamètre antéropostérieur : 12 cm
- transverse bi sciatique : 10 cm

❖ **Détroit inférieur :**

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

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

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

❖ **Le bassin mou ou diaphragme pelvipérineal :**

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

B -PUBERTE :

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

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

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

1-Caractères sexuels secondaires :

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

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

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

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

Le développement pubertaire se manifeste généralement vers 11 ans mais il peut apparaître dès l'âge de 8 ans.

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

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

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

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

PILOSITE PUBIENNE [P]

P1=absente

P2=quelques poils bruns et épais

P3=pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4=pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5=pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale.

GLANDES MAMMAIRES [S]

S1=aucun développement ;

S2= bourgeon mammaire retro aréolaire

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

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

S5= seins de femme adulte avec aréole plate

POILS AXILLAIRES [A]

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

A1= absence de pilosité axillaire

A2= présence de quelques poils

A3= nombre de poils supérieur à 10

A4= pilosité axillaire assez fournie

A5= pilosité fournie

La puberté culmine avec l'apparition des premières menstruations ou menarche. Celle-ci survient le plus souvent à P4 , S4,A2.

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

2-Phénomènes morphologiques :

Ils portent sur le poids, la taille, la stature. La croissance est rapide en période pré pubertaire, se faisant surtout au dépend des membres inférieurs.

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

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

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

3-Modification psychologique :

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

4-GROSSESSE :

Pendant la puberté, il y'a de profondes modification, 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 hormonale, 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'aménorrhées [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 paludéennes surtout sous les tropiques
- les vomissements « dits gravidiques » pouvant entraîner un état de dénutrition ;
- l'anémie [19] 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 17 SA sera appelé avortement précoce et au-delà, jusqu'à 27 SA avortement tardif ;
- La mort du fœtus in utero [10,19] ;
- La pré éclampsie qui peut aboutir à une mort materno-fœtale [10, 11, 16, 19].

5-ACCOUCHEMENT

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

- d'accouchement prématuré lors qu'il survient entre un terme de 28 SA à 37 SA ;
- d'accouchement à terme entre 38 SA à 42 SA ;
- au-delà de 42 SA, on parlera de post terme.

L'accouchement se passe normalement [10, 11, 19] dans la plupart des cas, mais il peut se compliquer d'évènements pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et / ou de la mère [10, 11].Ce sont :

- les syndromes vasculo-nerveux [16,19] à type de toxémie gravidique, d'éclampsie, d'hématome retro-placentaire
- les dystocies dynamiques et mécaniques [19]
- la mort maternelle [10, 19]

6-QUELQUES FACTEURS DE RISQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE

La survenue d'une grossesse nécessite donc, une prise en charge économique, affective et sociale. Ainsi, lorsqu'elle survient chez une fille adolescente célibataire de surcroît (sans pouvoir économique réel), cette prise en charge est quasiment inexistante ou insuffisante le plus souvent [1,15]. En effet une récente thèse de médecine [1] a montré qu'à Bamako chez les adolescentes célibataires : la situation socio-économique des parents, le niveau d'instruction scolaire de l'adolescente ainsi que celui du partenaire ; constituent des facteurs de risque de la grossesse.

Ailleurs il est reconnu dans la littérature que: la grossesse chez la femme de moins de 20 ans, la primiparité, le célibat, le bas niveau socio-économique, la petite taille (inférieure ou égale à 1,5 mètre) constituent des facteurs de risque du pronostic de l'accouchement [1,5,10,] .

Aux syndromes vasculo-nerveux auxquels la primipare est davantage exposée [16,19], s'ajoutent les dystocies, la prématurité, les petits poids de naissance qui grèvent le pronostic materno-foetal [1,7].

METHODOLOGIE

IV-METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE :

L'étude a été réalisée dans le district sanitaire de Dioïla, en particulier dans le centre de santé de référence.

Le cercle de DIOÏLA est surtout connu par son appellation, le Banco, nom bambara, qui signifie « derrière le fleuve ». En effet le cercle se situe derrière la rivière Baoulé et est compris entre ce fleuve Bani et le Bagoé. Le chef lieu du cercle de DIOÏLA fut fondé vers le 15^{ème} siècle par un chasseur nommé Sountié Marico, venu de Fignana, village situé à 10km à l'Ouest de DIOÏLA.

Le cercle a une superficie totale de 12 794 km² et une population de 465109 habitants en 2011.

Le cercle est limité par :

- au nord le cercle de Baraouéli
- au nord-est le cercle de Koutiala
- au nord-ouest le cercle de Koulikoro
- au sud-est le cercle de Sikasso
- à l'ouest le cercle de Kati

La population est composée essentiellement de Bambara et de Peulh. La religion dominante est l'Islam. Cependant il existe le Christianisme et l'animisme.

Son relief se caractérise par des plaines et des plateaux. Le climat, de type tropical humide soudanien, est marqué par une saison sèche de Mars à Juin, une saison pluvieuse de Juin à Octobre et une saison froide de Novembre à Février.

Le cercle est arrosé par trois fleuves : le Baoulé (fleuve rouge) le Bagoé (fleuve blanc) le Banifing (petit fleuve noir) et leurs multiples affluents.

Le cercle est divisé en 23 communes rurales, 351 villages administratifs et de nombreux hameaux de culture.

Les principales voies de communication sont :

- Une route de 40 Km reliant DIOÏLA et FANA en très mauvais état.
- Des routes difficilement praticables en période de pluie reliant DIOÏLA à ces différents CSCOM

Les moyens de communications sont représentés par :

- Le réseau administratif de communication (RAC) en panne
- Les radios rurales au nombre de cinq
- Le téléphone

L'agriculture est l'activité la plus pratiquée.

L'élevage de bovins, ovins, caprins et de la volaille est pratiqué par les sédentaires et les semi-nomades.

Du point de vue santé, la médecine traditionnelle a tendance à être délaissée au profit de la médecine moderne. La grossesse entourée de mystères dans le milieu, fait l'objet de beaucoup d'interdits.

La répartition du personnel selon leur fonction actuelle est faite comme suite :

- Quatre (4) Médecins dont trois(3) à compétence chirurgicale assurent la permanence par semaine.
- Un(1) assistant médical en santé publique, deux(2) assistants médicaux du bloc opératoire et un(1) assistant médical en ophtalmologie

- Un(1) technicien supérieur de santé responsable de l'unité de chirurgie et faisant fonction d'anesthésiste
- Quatre(4) techniciens de santé dont une(1) pour l'unité de chirurgie, trois(3) pour l'unité de médecine ;
- Trois au compte de la médecine ;
- Un technicien supérieur de laboratoire et deux techniciens de laboratoire ;
- Deux(2) sages femmes, une(1) infirmière obstétricienne et cinq matrones ;
- Une(1) secrétaire, un(1) gestionnaire et un(1) gérant au dépôt répartiteur de médicament du cercle (DRC).
- Deux (2) vendeurs des points de vente de médicaments DCI.
- Quatre(4) chauffeurs dont un(1) affecté uniquement à l'ambulance et cinq (5) manoeuvres dont une femme au compte de la maternité.

Les infrastructures du centre se présentent comme suit:

- Une unité maternité avec une salle d'accouchement ayant deux tables, un bureau de CPN, une salle pour la vaccination PEV, un bureau pour la sage femme chef d'unité deux salles pour les accouchées avec une capacité de 14 lits.
- Une unité de médecine interne de 19 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes chacune de 9 lits et une salle unique d'un lit), un bureau major et une salle d'injection.
- Une unité chirurgie de 24 lits (une salle pour les hommes, une pour les femmes chacune de 8 lits, une salle de 2 lits, deux salles de césarienne chacune de 6 lits).
- Une salle de pansement.

- Un cabinet dentaire et un cabinet d'ophtalmologie.
- Une unité de laboratoire.
- Une salle d'échographie et une salle de radiographie.
- Un bloc opératoire composé d'une salle de chirurgie à froid, une salle de chirurgie d'urgence, une salle de stérilisation et un bureau d'anesthésiste.
- Cinq salles de consultation externe et un bureau d'administration du médecin chef.
- Une salle de réseau administratif de communication (RAC) en panne.
- Une salle de garde infirmier.
- Un point de vente des médicaments DCI.
- Un dépôt répartiteur de cercle (DRC).
- Un bureau du programme élargi de vaccination (PEV).
- Un bureau pour le chargé du système d'information sanitaire (SIS).
- Un bureau pour le gestionnaire.
- Une salle informatique.
- Une salle de réunion.

Les moyens de transport sont : deux véhicules 4 x 4 et une ambulance.

Les moyens de communications sont : un téléphone.

1-1: Carte du district sanitaire de DIOILA



2. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude prospective et analytique.Cas-témoin

3. POPULATION D'ETUDE :

-La population étudiée était les adolescentes en travail d'accouchement. Les témoins étaient recrutés parmi les adultes en travail. La limite d'âge supérieure concernant les adolescentes était de 19 ans.

La limite d'âge inférieur concernant les adolescentes était 10 ans.

4. CRITERES D'INCLUSION :

- Etre en travail d'accouchement ;
- Acceptées volontairement de se soumettre aux exigences de l'étude.
- Age supérieur à 19 ans pour les témoins

5. CRITERES DE NON INCLUSION :

- Accouchement à domicile.

6. DEROULEMENT DE L'ETUDE

- Toutes les parturientes admises et qui acceptaient les exigences de l'étude étaient systématiquement interrogées pour le remplissage du questionnaire.
- En plus les fiches de partogrammes et le registre de compte rendu de l'accouchement étaient exploités du jour au jour. Périodiquement nous procédions au renseignement du masque saisi des données préalablement mis au point à l'aide du questionnaire.

7. SUPPORT DES DONNEES:

- Nos données ont été recueillies à partir de :
 - fiche d'enquête ;
 - registre d'accouchement
 - et de fiches de partogrammes.

8. CONSIDERATIONS ETHIQUES

- Cette étude, grâce à l'aide du centre de santé de référence de Dioïla, a obtenu l'approbation de la clairance du comité de l'éthique. En outre le consentement éclairé des parturientes et ou de leurs parents a été obtenu.

9. ANALYSE DES DONNEES

- Nos données ont été analysées sur les logiciels SPSS12, EPI-INFO version 2011. Les résultats ont été jugés statistiquement significatifs à partir du seuil $P < 0,05$.

RESULTATS

V-RESULTATS

- Du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011 nous avons enregistré **976** accouchements dont **212** accouchements chez les adolescentes; soit une fréquence de **21,72%**. Nos résultats ont été répartis en quartes(4) volets.

1-Caractères sociodémographiques

Tableau I : Répartition des parturientes selon les classes d'âge

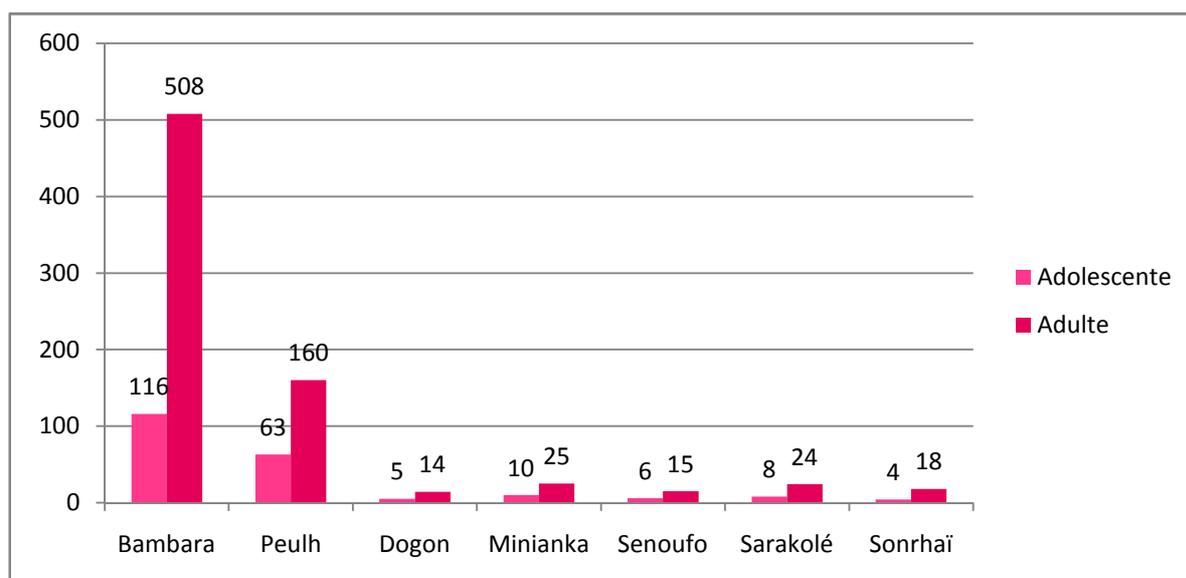
Ages	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
10-19 ans	212	100%	0	0%
20-29 ans	0	0%	503	66%
30-39 ans	0	0%	223	29%
>=40 ans	0	0%	38	5%
Total	212	100%	764	100%

Les âges extrêmes étaient 14 et 19 ans avec un âge moyen de 17 ans pour les adolescentes.

Tableau II : Répartition des parturientes selon la provenance

Résidence	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Dioila	159	75,0%	565	74,0%
Hors Dioila	53	25,0%	199	25,0%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série la majorité des parturientes provenait de la ville de Dioila avec 75,0% chez les adolescentes contre 74,0% pour les témoins. A peu près 74% de notre population d'étude provenait de la ville de Dioila.



Graphique 1: Répartition selon l'ethnie

Dans notre série le bambara était déclaré de l'ethnie la plus représentée dans les deux groupes avec 54,7% chez les adolescentes contre 66,5% pour les témoins.

Tableau III: Répartition des parturientes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Venue d'elle-même	177	83,5%	592	77,5%
Evacuée	24	11,3%	115	15,1%
Référée	11	5,2%	57	7,5%
Total	212	100%	764	100%

Les adolescentes et les témoins étaient majoritairement venus d'elles même avec respectivement 83,5% contre 77,5% ; $P=0,51$ non statistiquement significatif

Tableau IV : répartition des Parturientes en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Non scolarisée	148	69,8%	690	90,3%
Primaire	40	18,9%	48	6,3%
Secondaire	24	11,3%	25	3,3%
Supérieur	0	0,0%	1	0,1%
Total	212		764	100%

La majorité des adolescentes était non scolarisée soit 69,8% contre 90,3% pour les témoins $P=0,03$ la différence est statistiquement significative; $OR=0,77$.

Tableau V: Répartition des parturientes selon la profession

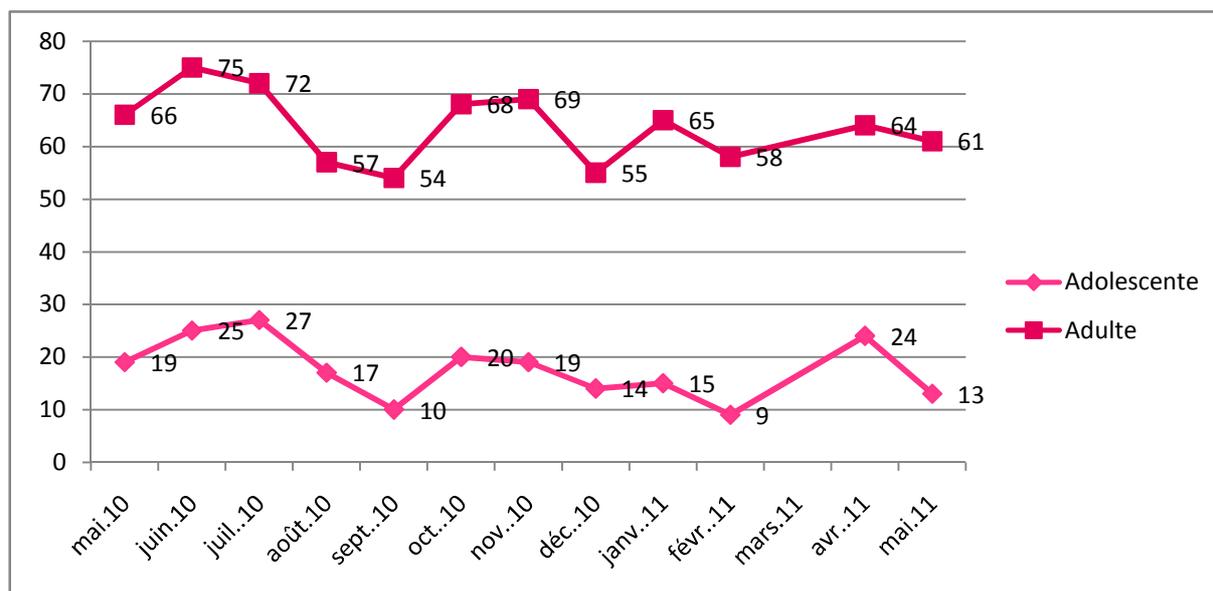
Profession	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Femme au foyer	145	68,4%	731	95,6%
Elève	48	23%	12	2,0%
Etudiante	5	2%	3	0,3%
Aide-ménagère	14	6,6%	9	1,2%
Salariée	0	0,0%	9	1,2%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série les parturientes étaient majoritairement au foyer avec 68,4% pour les adolescentes contre 95,6% pour les témoins, $P=0,04$ statistiquement significatif.

Tableau VI: répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Mariée	168	79,2%	747	97,8%
Célibataire	44	20,8%	17	2,2%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série 79,2% des adolescentes étaient mariées contre 97,8% pour les témoins ; P=0,06 non statistiquement significatif. Un nombre important des adolescentes était célibataire soit 20,8%.



Graphique 2: Répartition d'accouchement mensuel

Les mois de juillet 2010 et avril 2011 représentaient les pics de fréquence d'accouchement pour les adolescentes soit respectivement 27% et 24% contre 75% en mois de juin et 68% en mois de novembre pour les témoins.

2-Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau VII: Répartition des parturientes en fonction de la gestité

Gestité	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Primigeste	184	86,8%	54	7,1%
Paucigeste	26	12,3%	253	33,1%
Multigeste	2	0,9%	457	59,8%
Total	212	100%	764	100%

La majorité des adolescentes était à leur première grossesse soit 86,8% contre 7,1% pour les témoins ; $P=0,0000000$ la différence est statistiquement significative.

Tableau VIII: Répartition des parturientes en fonction de la parité

Parité	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Nullipare	186	87,7%	61	8,0%
Primipare	24	11,3%	124	16,2%
Paucipare	2	0,9%	254	33,2%
Multipare	0	0,0%	325	42,6%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série 87,7% des parturientes étaient à leur premier accouchement contre 8,0% pour les témoins $P=0,0000000$ la différence est statistiquement significative.

3-Histoire de la grossesse

Tableau IX : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
0	130	58%	128	16,8%
1-3	42	23,1%	416	54,4%
≥4	40	18,9%	220	28,8%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série ; 58% des parturientes n'ont pas fait de consultations prénatales chez les adolescentes contre 16,8% pour les témoins ; $P=0,0000000$ la différence est statistiquement significative ; $OR=3,66$

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

Terme	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Terme	207	97,6%	755	98,8%
Non terme	5	2,4%	9	1,2%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série la majorité des grossesses parvenait à terme ; soit 97,6% chez les adolescentes contre 98,8% pour les témoins ;P=0,91 non statistiquement significatif.

Tableau XI: Répartition selon l'existence d'hémorragie au cours de la grossesse

Hémorragie	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Hémorragie	3	2,8%	20	3,4%
Sans hémorragie	206	97,2%	738	96,6%
Anémie	3	1,4%	6	0,8%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série la majorité des parturientes n'avait pas fait d'hémorragie au cours de la grossesse soit 97,2% pour les adolescentes contre 96,6% pour les témoins ; P=0,95 la différence n'est pas statistiquement significative

4-Pronostic de l'accouchement

Tableau XII : Répartition selon le bassin

Bassin	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
symétrique	206	97%	752	98%
Asymétrique	6	3%	12	2%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série 97% de bassin symétrique chez les adolescentes contre 98% de bassin symétrique chez les témoins.

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

Voie d'accouchement	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Voie basse sans instrument	134	63,2%	552	72,3%
Voie basse avec instrument	57	26,9%	93	12,1%
Voie haute/césarienne	21	9,9%	119	15,6%
Total	212	100%	764	100%

NB: les accouchements avec instrument concernaient les accouchements avec ventouse.

Dans notre série la majorité des parturientes avait accouché par voie basse sans instrument soit 63,2% chez les adolescentes contre 72,3% pour les témoins. A noter qu'un nombre important d'accouchement par voie basse avec instrument (ventouse) a été effectué chez les adolescentes soit 26,9% contre 12,1% pour les témoins ; $P=0,00001$ la différence est statistiquement significative.

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon les indications de la césarienne.

Indication	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
SFA	30	47%	350	81%
Bassin rétréci	5	8%	12	3%
DFP	6	9%	4	1%
HRP	3	5%	5	2%
PP	2	3%	10	2%
Pré rupture utérine	2	3%	11	3%
Présentation viciieuse	4	6%	9	2%
Autres	12	19%	20	5%
Total	64	100%	421	100%

Dans notre série l'indication la plus fréquente de la césarienne a été la souffrance fœtale aigue avec 47% chez les adolescentes contre 81% pour les témoins.

Tableau XV : Répartition des parturientes selon les complications traumatiques

Traumatisme	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Périnée déchiré 1 ^{er} degré	16	8,0%	0	0,0%
Aucun	182	92%	764	100%
Total	198	100%	764	100%

Dans la majorité des parturientes l'accouchement a été fait sans complication traumatique soit 92% pour les adolescentes contre 100% pour les témoins $P=0,27$ la différence n'est pas statistiquement significative. Un nombre important de complication traumatique a été observé chez les adolescentes soit 7,5% contre 0,0% pour les témoins ; $P=0,000000$ la différence est statistiquement significative.

Tableau XVI : Répartition des parturientes en fonction de l'épisiotomie

Adolescentes		Témoins	
Nombre	%	Nombre	%

Épisiotomie	14	7,1%	21	2,7%
Sans				
épisiotomie	182	92,2%	743	97,3%
Total	196	100%	743	100%

Dans notre série 7,1% d'épisiotomies ont été réalisées chez les adolescentes contre 2,7% pour les témoins $P=0,01$ la différence est statistiquement significative ;OR=2,40

Tableau XVII: Répartition des nouveaux nés en fonction de l'APGAR à la 1^{ère} minute

APGAR à la 1 ^{ère} minute	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
4 -7 (enfant réanimé)	20	9,4%	12	1,6%
≥8(enfant non réanimé)	187	88,2%	743	97,2%
Total	212	100%	764	100%

Le quart des nouveaux nés des adolescentes a été réanimé dans les 1^{ères} minutes soit 11,8% contre 2,8% pour les témoins ; $P=0,0000001$ la différence est statistiquement significative.

Tableau XVIII: Répartition selon APGAR à la 5^{ème} minute

Apgar à la 5 ^{ème} mn	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
4-7	59	27,9%	151	19,8%
8-10	132	62,3%	522	65,5%
Total	212	100%	764	100%

A 5 minutes chez plus du tiers des nouveaux nés des adolescentes la réanimation a été poursuivie soit 27,9% contre 19,8% pour les témoins ; $p=0,04$ la différence est statistiquement significative.

Tableau XIX : Répartition en fonction des morts nés

Apgar	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
0 - 3	5	2,4%	9	1,2%
Total	212		764	

Dans notre série 2,4% de mort né chez les adolescentes ont été enregistré contre 1,2% pour les témoins $P=0,20$ la différence n'est pas statistiquement significative

Tableau XX: Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance

Poids /grammes	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
<2000	20	9%	45	6%
2000-2500	44	21%	132	17%
2600-3500	141	67%	518	68%
>3500	7	3%	69	9%
Total	212	100%	764	100%

Dans notre série 3% des nouveaux nés des adolescentes avaient plus de 3500 g contre 9% pour les témoins $p=0,009$. Le poids moyen était 2700gr chez les adolescentes contre 3000 gr pour les témoins.

Tableau XXI: Répartition des nouveaux nés selon l'existence de malformation

Nouveau né	Adolescentes		Témoins	
	Nombre	%	Nombre	%
Malformation	0	0,0%	2	0,3%
Sans malformation	212	100,0%	762	99,7%
Total	212	100%	764	100%

Nous n'avons pas enregistré de cas de malformation chez les nouveaux nés des adolescentes par contre 0,3% de cas de malformation a été observé chez les adultes ; P=0,45 non statistiquement significatif.

Tableau XXII : Répartition selon l'état de l'enfant à la sortie de la maternité.

Enfant vivant/décédé	Adolescentes			Témoins
	Décédé	Vivant	Décédé	Vivant
10-19 ans	11	201	0	0
>=20 ans	0	0	67	697
Total	11	201	67	697

Dans notre série nous avons enregistré 11 cas de décès néonataux soit 5,2% chez les adolescentes contre 8,8% pour les témoins ; P=0,11 la différence n'est pas statistiquement significative.

A noter qu'au cours de notre période d'étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

- ✓ Durant notre période d'étude nous avons enregistré **976** accouchements dont **212** accouchements chez les adolescentes.

Fréquence :

- ✓ La proportion d'adolescentes venues accoucher dans la maternité représentait **21,72%** de toutes les femmes qui ont accouché dans la maternité soit **212** accouchements chez les adolescentes pour **976** accouchements.
- ✓ Les études sur l'adolescence posent des problèmes parce que les limites de cette tranche de la population ne sont pas définies avec précision. Certains auteurs prennent pour limite supérieure 16 ans [10], d'autres 17 ans [11]. Nous avons pris la tranche d'âge de **10-19 ans** selon l'OMS.
- ✓ La grossesse chez l'adolescente sans être un phénomène nouveau est d'une actualité brûlante comme en témoigne son indice : 5-20% des naissances vivantes en Afrique noire [13]. Sa fréquence est de 28% en Afrique, 21% en Amérique latine, 18% en Asie selon Oben GB [12].
- ✓ Au Mali des taux de fréquence de l'accouchement chez les adolescentes ont été rapportés par Maiga B et Coll.[5] avec 10,43%; Coulibaly B [2] avec 12,30% ; Yattassaye A [1]avec 18,14%.
- ✓ Notre fréquence élevée chez les adolescentes pourrait être expliquée par le nombre de jeune scolaire (25% des cas). On peut aussi noter le fait que nous avons reçu beaucoup de cas référées/évacuées par le milieu rural(18% des cas) où les mariages précoces semblent être plus fréquents.

CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Age :

- ✓ Dans notre étude **80%** des adolescentes avaient moins de **18 ans** avec une moyenne de **17 ans**. Diallo D[3], B .Maiga et Coll[5] ont rapporté des taux similaires avec respectivement **97,32%** et **97,63%**.

Résultat confirmé par P .H .Boisselier en France [6]

Ainsi les adolescentes très jeune d'âge inférieur à 15 ans étaient le plus souvent épargnées du risque d'être enceinte. Ceci pouvait s'expliquer par la rareté de l'activité sexuelle et ou des cycles généralement anovulatoires chez ces adolescentes.

Ethnie :

- ✓ Dans notre série le bambara était l'ethnie la plus représentée avec **54,7%** suivie du peulh avec **29,71%** témoignant le mariage précoce dans ces deux ethnies.

Niveau d'instruction :

la non scolarisation :

- ✓ Les études sur la fécondité de l'adolescente affirmaient l'importance de l'instruction et la prenaient comme un facteur limitant de cette fécondité précoce [18, 25]. Les parturientes instruites étaient plus nombreuses à suivre les consultations prénatales que celles qui n'avaient pas été à l'école [21].
- ✓ Dans notre étude, nous avons trouvé **69,8%** des adolescentes qui étaient non instruites contre **90,3%** pour les témoins **P=0,03** statistiquement significatif **OR=0,77**. Notre taux est inférieur à celui de Coulibaly B[2] qui a rapporté **91,21%** et supérieur à

celui de Yattassaye A : **29,3%**[1]. Le problème de scolarisation des filles est présent surtout dans les pays en développement. Il existe une nette différence entre les taux de non scolarisation dans les pays développés : Italie (**1%**); Israël (**4%**).

La scolarisation :

- ✓ Dans notre étude nous avons trouvé **18,9%** et **11,3%** des parturientes qui avaient fréquenté l'école respectivement le primaire et le secondaire contre respectivement **6,3%** et **3,3%** pour les témoins .Yattassaye A a rapporté **44,5%**.

Profession :

- ✓ Dans notre série **68,4%** des adolescentes étaient ménagères contre **95,6%** pour les témoins **P=0,04** statistiquement significatif. Ce taux est supérieur à celui de F .KANTE [4] qui a trouvé **15,33%** des adolescentes ménagères. Notre taux élevé pouvait s'expliquer par le fait que la plupart des adolescentes admises n'avait pas fréquenté l'école ; En plus dès que la majorité des parturientes qui était tombé enceinte ; avait abandonné ou était retirées de l'école.

Statut matrimonial :

- ✓ La place du statut matrimonial dans les grossesses et les accouchements a fait l'objet de beaucoup d'études [13,14, 18]
- ✓ Dans notre série **79,2%** des adolescentes étaient mariées contre **97,8%** des témoins **P=0,06** non statistiquement significatif.
A noter que **20,8%** des adolescentes étaient célibataires contre **2,2%** pour les témoins **P=0,0000000** statistiquement significatif.
Notre taux est inférieur à celui de Diallo D[3] qui a rapporté **42%**

d'adolescentes célibataires. P.H.Boisselier en France [6] a trouvé **75%** d'adolescentes françaises célibataires contre **15%** d'adolescentes africaines célibataires.

- ✓ Le nombre élevé d'adolescentes mariées dans notre série pouvait s'expliquer par le mariage précoce surtout en milieu rural.

Antécédents gynéco-obstétricaux :

- ✓ La majorité des adolescentes était à leur première grossesse soit **86,8%** contre **8,0%** pour les témoins **P=0,000000** statistiquement significatif .La majorité des adolescentes était à leur premier accouchement soit **87,7% contre 8,0%** pour les témoins **P=0,000000** statistiquement significatif. Ces résultats ont montré que le mariage précoce et l'ignorance de la contraception étaient présents.

Consultation prénatale :

- ✓ Dans notre série **58%** des adolescentes n'ont effectué aucune consultation prénatale contre **16,8%** pour les témoins **P=0,000000** statistiquement significatif ;**OR=3,66**. Diallo D [3] a trouvé **37,33%** des adolescentes qui n'ont effectué aucune consultation prénatale.
- ✓ Notre taux élevé d'adolescentes pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des adolescentes n'avaient pas assez de moyens financiers ou dépendaient de personnes peu sensibles à ces grossesses. Un nombre important de nos parturientes n'était pas instruit et ignoraient l'importance des consultations prénatales.

Voie d'accouchement :

- ✓ Dans notre série **90,1%** des adolescentes ont accouché par voie basse sans instrument contre **72,3%** pour les témoins **P=0,27** non statistiquement significatif. Un nombre important des adolescentes ont accouché avec ventouse soit **26,9%** contre **12,1%** pour les témoins **P=0,00001** statistiquement significatif. Yattassaye A [1] a rapporté **84,2%** d'accouchement par voie basse chez les adolescentes dont **0,3%** avec forceps, ce taux est faible par rapport au nôtre. Au Sénégal Ba M Gueye a rapporté **8,5%** [7]
- ✓ Dans notre étude, nous avons indiqué et effectué la ventouse uniquement pour souffrance fœtale aigue avec épuisement de la mère.

Complications traumatiques :

- ✓ Dans notre série la majorité des parturientes ont accouché sans complication traumatique soit **85,8%** pour les adolescentes contre **97,3%** pour les témoins **P=0,27** non statistiquement significatif. A noter que **7,5%** de déchirure du périnée au 1^{er} degré et **6,6%** d'épisiotomie ont été observées chez les adolescentes contre respectivement **0,0%** et **2,7%** pour les témoins ;**P=0,000000** et **0,01** statistiquement significatif .
- ✓ Les taux d'épisiotomies observées dans notre étude étaient faibles par rapport aux épisiotomies effectuées et rapportées par Yattassaye A [1] **57%**, B M Gueye au Sénégal [7] **62,7%**, Coulibaly B [2] **32%**.
Pour certaines écoles l'épisiotomie est systématique chez les primipares.

Nous avons effectué l'épisiotomie lorsque le périnée était très sollicité.

Poids de naissance :

- ✓ Dans notre série **9%** de faible poids de naissance ont été retrouvés chez les adolescentes contre **6%** pour les témoins ; **P=0,08** non statistiquement significatif ceci pouvait s'expliquer par la prématurité, le retard de croissance dans les deux (2) groupes ; ces taux sont élevés par rapport au taux rapporté par Yattassaye A soit **5,6%** [1] chez les adolescentes. En plus **3%** des nouveaux nés avaient plus de **3500g** chez les adolescentes contre **9%** chez les adultes ; **p=0,009** statistiquement significatif. Il y'a moins de chance d'observer la macrosomie chez les adolescentes que chez les témoins.

Apgar à la cinquième minute :

- ✓ Dans notre série nous avons considéré comme nouveau né à réanimer, tout nouveau né dont l'Apgar à la naissance était inférieur ou égal à 07 de ce fait **27,9%** des nouveaux nés avaient un Apgar inférieur ou égal à 07 à la cinquième minute chez les adolescentes contre **19,8%** pour les témoins ; **P=0,04** statistiquement significatif. Ce taux était élevé par rapport aux taux rapportés par Coulibaly B (**20,51%**) [2] et faible à ceux de B M Gueye (**32%**) [7]. Ce pourcentage de nouveaux nés réanimés témoignait la souffrance fœtale aigue. Les nouveaux nés des adolescentes étaient plus exposés à la souffrance fœtale aigue que ceux des témoins. Cette SFA pouvait s'expliquer par l'effort expulsif prolongé.

Mort fœtale

- ✓ Dans notre série **5,2%** de décès fœtaux ont été enregistrés chez les adolescentes contre **8,8%** pour les témoins ; **P=0,11** non statistiquement significatif . Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de CPN, de moyens financiers, le statut matrimonial, le niveau d'étude.

Malformation

- ✓ Dans notre étude aucune malformation n'a été retrouvée chez les nouveaux nés des adolescentes par contre nous avons enregistré **0,3%** de cas de malformation chez les nouveaux nés des témoins. A noter qu'il s'agissait des cas d'hydrocéphalie.

Mort maternelle

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

Coulibaly F a rapporté **12%** [15] de cas de décès chez les adolescentes de moins de 18 ans.

- ✓ Dans notre étude il n'y'a pas eu de décès chez les adolescentes.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII-CONCLUSION :

- Aux termes de notre étude qui s'est déroulée pendant une année du 1^{er} Mai 2010 au 30 Avril 2011 dans la maternité du CS Réf de Dioila ; ont été réalisés **976** accouchements dont **212** adolescentes. Nous sommes arrivés à la conclusion suivante :
Les adolescentes ont représentés **21,72%** des parturientes
Le taux de non instruction était de **69,8%** chez les adolescentes dont **25,0%** d'élèves et étudiantes ; **20,8%** d'entre elles étaient des célibataires;
Les adolescentes qui n'ont pas effectué de CPN au cours de la grossesse étaient de **58%**
L'accouchement par voie basse est la plus fréquente ; la ventouse a été faite chez **26,9%** des adolescentes ;
Les complications morbides à type de déchirure obstétricale étaient de **7,5%** chez les adolescentes ;
Le risque lié à l'adolescence n'est pas meilleur chez les témoins que chez les adolescentes avec respectivement **5,2%** et **8,8%** de mort fœtale il en est de même pour les malformations fœtales (**0,3%** chez les témoins);
- Certains facteurs de risques ont attiré notre attention en plus de l'âge, il s'agit de: l'absence de consultation prénatale, le statut matrimonial ; le niveau d'instruction.

VIII-RECOMMANDATIONS :

Aux termes de notre étude nous avons formulé des recommandations à quatre niveaux :

❖ Au personnel médical :

- porter une attention particulière à la grossesse et à l'accouchement chez l'adolescente car elle arrive sur un organisme immature.
- Etre plus ouvert pour la prestation des méthodes contraceptives aux adolescentes dans les centres de santé tant en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- D'être conseil en matière de sexualité avec les adolescentes, cela permettra de diminuer de façon considérable les grossesses précoces et leurs conséquences ;
- Une utilisation judicieuse du partogramme évitera les évacuations et les prises de décisions tardives à tous les niveaux.
- Faire une épisiotomie systématique chez l'adolescente pour éviter les expulsions prolongées et les fistules.

❖ A la population :

- Eviter les mariages précoces
- Assister moralement les adolescentes pour qu'elles vivent mieux leurs grossesses ;
- Eviter le tabou au tour de la sexualité et la contraception avec les adolescentes.

❖ Aux autorités :

- Que l'âge autorisé pour le mariage soit respecté ;
- Inclure dans le programme éducatif scolaire une éducation sur la santé de la reproduction.

❖ Aux adolescentes :

- Fréquenter les centres pour la consultation prénatale en cas de grossesse ;
- Adhérer aux méthodes de planification familiale.

REFERENCES

IX-REFERENCES

1-YATTASSAYE A.

L'accouchement de l'adolescente à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré. [Thèse de médecine n° (non mentionné)]. Université de Bamako. Bamako. 1998

2-Coulibaly B.

Etude de la gravido-puerperalité chez les adolescents à la maternité de l'hôpital national du point "G".

These médecine Bamako 1993

3-Diallo D.

L'accouchement chez l'adolescente en milieu périurbain de Bamako propos de 150 observations recueillies au s.s.s de la commune v

Thèse de médecine année 1995 N °48

4-Kanté F .

Grossesses et accouchements à risque dans le service de gyneco-obstétrique de l'hôpital national du point "G"

Thèse de médecine Bamako 1997.

5-Maiga B, Diabaté F.S, Traoré M, Dolo A

Grossesse et accouchement chez l'adolescente. A propos de 1440 cas.

Thèse de médecine année 1992.

6-Boisselier P.H. et Coll

Grossesse chez l'adolescente, Revue française de gynécologie, obstétrique et biologique de la reproduction 1985 N°14 P.P607-611.

7-Ba M Gueye.

Gravido-puerpéralité de l'adolescente au CHU de Dakar à propos de 1630 cas

Thèse de médecine année 1990.

8-Camara M.

Contraception chez l'adolescente

Thèse médecine Bamako 1993.

9-Sow I.

Grossesse et accouchement chez l'adolescente

Thèse de médecine 1994 Bamako

10-LANSAC J, BODY G.

Pratique de l'accouchement. 2^{ème} édition. Paris : Simep. 1992 : 360.

11-LANSAC J . , LECOMTE P.

Gynécologie pour le praticien. 3^{ème} édition. Paris : Simep. : 1989: 512.

12-Oben GB.

Pregnancy in girl under 16 years

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

13-OMS.

Santé et développement des adolescents. La clé de l'avenir.
WHO/ADH/94.3. Rev. 1 : Genève 1995.

14-UNICEF-(FISE)

Trop grandes pour jouer, trop jeunes pour être mère

Revue août 1994.

15-Coulibaly F.

Etude qualitative des causes de mortalité maternelle à Bamako à propos
de 25 cas cliniques

Thèse de médecine Bamako 1995 n° 40

16-LEKE J.I.R.

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

17-MERGER R. , MEVY J. , MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique. 5^{ème} édition. Paris Masson, 1989 : 740.

18-OMS.

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

19-ROBERT P.

Le petit Robert. Dictionnaire de la langue française.

20-LANSAC J. , BERGER C. , MAGNIN G.

Obstétrique pour le praticien. 2^{ème} édition. Paris : Simep. 1990 : 424.

21-CERPOD. , CILSS. , INSAH .

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

22-OMS.

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

Genève 1996

23-Nations Unis.

Adolescent reproductive behavior evidence from developing countries for the 2000 New York 1986-1989

24-SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE (SCP).

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

25- CHAMAKI A.

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

ANNEXES

Fiche signalétique

Titre : Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila.

Auteur : Souleymane Dembélé Tel : 66-81-35-29

Année universitaire : 2010-2011

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : santé publique

Résumé :

L'étude a porté sur 976 accouchements dont 212 pour les adolescentes. L'objectif était d'étudier l'accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila. L'étude a couvert une période de 12 mois ; du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011. Il s'agissait d'une étude prospective et analytique cas-témoin

Les résultats de l'étude ont montré :

- Une insuffisance de moyen de communication
- Une fréquence importante de l'accouchement chez les adolescentes 21,72%
- Un mariage précoce élevé 79,2% pour les adolescentes
- Un faible taux de scolarisation 18,9% pour les adolescentes
- Un nombre important des adolescentes était sans profession 68,4%.
- L'accouchement par voie basse est la plus fréquente 90,1% pour les adolescentes
- L'accouchement n'est pas plus meilleur chez les témoins que chez les adolescentes
- Le taux de décès néonatal a été 11 pour l'ensemble des naissances chez les adolescentes
- Une absence de taux de décès maternel de 0 décès pour 100000 naissances

Mots clés : Accouchement, niveau d'instruction, CPN, Profession, Statut matrimonial.

FICHE D'IDENTIFICATION N°.....

I. IDENTIFICATION

Q1 : Nom et Prénom

Q2 : Age en année

Q3 : Résidence

1-Dioila

Q4 : Niveau d'instruction

1-primaire

2-secondaire

3-maidarsa

4-non scolarisée

Q5 : Profession

1-Ménagère 2-Elève 3-Aide ménagère 4-Vendeuse 5-Autres

Q6 :Statut matrimonial

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

Q7 :Mode d'admission

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

Q7A : Hospitalisatoin 1-Oui 2-Non

Q8 :Coprocréateur

Est-il connu 1-Oui 2-Non

II. LES ANTECEDENTS

Q9 : ATCD Médicaux 1-HTA 2-Drépanocytose 3-Asthme

4-Diabète 5-Autres

Q10 : ATCD Chirurgicaux

1-Laparotomie 1a-Oui 2a-Non

Si oui préciser

Q11 : Fracture du bassin

1-Oui 2-Non

Q12 : ATCD Gynécologiques

1-Ménarche

2-pratiquiez-vous une méthode contraceptive ?

2a-Oui 2b-Non

Q13 : ATCD Obstétricaux

1-Gestité

2-Parité

3-Avortement

3a-Oui 3b-Non

III-HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q14 : La grossesse actuel est-elle désirée

1-Oui 2-Non

Q15 : CPN

1-Oui	2-Nombre	3-Non
Q16 :Terme	1-terme1	2-avant terme

IV EXAMEN A L'ADMISSION

EXAMEN GENERAL

Q17 :Conjonctives	1-pales	2-Colorées
-------------------	---------	------------

Q18 :Taille	1- \leq 1,5m	2- $>$ 1,5m
-------------	----------------	-------------

Q19 :Convulsions éclamptiques

1-Oui	2-Non
-------	-------

EXAMEN OBSTETRICAUX

Q20 :HU

BDCF

1-Entendus

2-Non entendus

Q21 :Contractions uterines

1-Oui	2-Non
-------	-------

Q22 :Hémorragie

1-Oui

2-Non

Q23 :poche des eaux

1-rompue	2-intacte
----------	-----------

Q24 :L'aspect

1-clair	2-verdatre	3-rouge
---------	------------	---------

	4-chocolat	5-jaune	6-autres
Q25 :Bassin			
1-normal	2-asymetrique	3-BGR	4-autres

IV-MODE D'ACCOUCHEMENT

Q26 :Voie d'accouchement

- | | |
|------------------|--------------|
| 1-voie basse | 2-Césarienne |
| -VBN | |
| -Episiotomie | |
| -Pose de forceps | |
| -cramiotomie | |
| -Autres | |

Q27 :Indication

- 1-Césarienne
- 2-Gestes associés
 - Ligatures
 - Hystérectomie
 - Appendicectomie
 - Kystectomie
 - Autres

Q28 :COMPLICATIONS TRAUMATIQUES

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

1-Oui

2-Non

Q38 :Malformation

1-Oui

2-Non

VII-LE PRONOSTIQUE MATERNEL

Q39 :Morbidité

1-Hystérectomie

2-Ligature des trompes

3-Fistule vésico-vaginale

4-Déchirure périnéale

5-Déchirure du col

6-Rélachement symphysaire

7-Autres

Q40 :Mortalité

1-Oui

2-Non

Si Oui cause

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je jure !