

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
FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



U.S.T.T-B



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

THEME

**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ LES
ADOLESCENTES DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT
DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 24/01/ 2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par **Monsieur WAMBE DIARRA**

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

Jury :

Président : Mr Birama TOGOLA *Professeur*

Membre : Mme Saoudatou TALL *Médecin*

Co- Directrice : Mme THERA Aminata KOUMA *Maître de Conférences*

Directeur : Mr Tioukani A THERA *Maître de Conférences Agrégé*

DEDICACES

DEDICACES

Louange et gloire à **DIEU, le tout puissant**. Il s'est a lui-même, prescrit la miséricorde.

Un jour, décida de guider mes pas vers la médecine. Que ce travail soit une preuve de ma reconnaissance. Louage et gloire te soient rendus pour des siècles et des siècles car mon seigneur est par excellence clairvoyant sur toute chose.

A mon père Séko DIARRA

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

A ma mère Tanssi DEMBELE

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

A mes frères et sœurs : Pénou Diarra, Tanahen Diarra, Samou Diarra, Yirossi Diarra, Tiémani Diarra, Waba Diarra et Worowé Diarra

Vous m'avez toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection ; ce travail est le vôtre.

A ma femme Bawa DIARRA

Ma chérie, depuis que nos chemins se sont croisés, nous sommes restés soudés malgré toutes les difficultés rencontrées. Auprès de toi j'ai toujours trouvé du confort, de la tendresse, de l'affection et de l'amour. C'est grâce à tes sages conseils, ton aide, ton soutien moral et matériel en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Que le tout puissant nous aide à réaliser nos projets.

A ma fille Tanssi Diarra,

Vous me donnez le courage de me battre et d'affronter plus aisément les différentes situations qui se présentent. Je serai là pour vous soutenir si DIEU le veut. Merci et longue vie à vous.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de :

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

Au personnel du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

A nos chers maitres :

Dr Traoré Oumar Moussokoro, Pr Traoré Oumar Soumana, Dr Tall Saoudatou, Dr Sylla Niagalé, Dr Doumbia Saleck, Dr Diakité Nouhoum :

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

***A tous mes aînés du service : Dr Romeo, Dr Kamaté Malaki, Dr Dembélé Oumar, Dr Doumbia Adama, Dr Guindo ALY, Dr Charles Dioni, Dr Diarra Kabayi**

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

***La famille Diarra Baba de Kalaban Coura,** vous m'avez accueilli chez vous comme votre propre fils. Vous avez toujours été là pour me soutenir et m'encourager. Ce travail vous appartient, je vous remercie.

A mon beau-frère Sobia Diarra, et à mes belle sœurs Sianwa Diarra, Tenin Diarra :

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

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

***Mes tontons Pakoné et Kalifa Diarra,** merci pour tous vos soutiens et votre aide. Que DIEU vous donne une longue vie pleine de succès.

A mes amis Aubin Kamaté, Joseph Dackouo, Koniko Théra, Robert Diarra, Japhet Kamaté, Kalifa Théra, Sabéré Koné :

Que DIEU vous aide dans vos projets.

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

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

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

***Mes camarades de promotion et particulièrement ceux du centre de santé de référence de la commune V :** merci pour votre bonne collaboration et les bons moments passés ensemble.

***Mes cadets du service** courage et bonne chance.

***A tous le personnel de l'ASACO BALIMAYASSO de Kalaban coro kouloubeni** ainsi que les stagiaires, grand merci à vous.

***Aux internes : Dembélé Francis, Dembélé Bourama, Konaté, Coulibaly Alfousseini** je vous remercie pour votre soutien.

***A l'association des élèves et étudiants BWA(PARISI),**

Je n'oublierai jamais les merveilleux moments vécus avec vous.

Recevez à travers cette thèse l'expression de notre profonde reconnaissance.

***A tous ceux que J'ai omis.** La perfection n'est pas de ce monde. Pardonnez-moi encore

***HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY***

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Birama TOGOLA,

- ✓ **Professeur titulaire en chirurgie générale**
- ✓ **Spécialiste en Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire**
- ✓ **Diplôme inter universitaire en pédagogie et science de la communication**
- ✓ **Diplôme universitaire en endo vasculaire périphérique**
- ✓ **Fellow du West African college of surgeons(WACS)**
- ✓ **Membre de la société Malienne de chirurgie de chirurgie(SOCHIMA)**
- ✓ **Membre de l'association de chirurgie thoracique et cardiovasculaire du Mali (ACTCAV)**
- ✓ **Praticien hospitalier au CHU du point G.**

Cher Maitre

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Grand homme de science et de culture, votre amour du travail bien fait ainsi que vos multiples qualités humaine et sociale font de vous un Maitre admiré de tous.

Veillez recevoir ici cher Maitre l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et juge.

Docteur Saoudatou TALL

- ✓ **Gynécologue obstétricienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V**
- ✓ **Praticienne Hospitalière au Centre de Santé de Référence de la Commune V**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique**
- ✓ **Maitre de Recherche au Centre de Santé de Référence de la Commune V**

Cher Maître

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail, dont vous êtes à l'origine.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre simplicité nous a été d'un grand apport tout au long de notre formation. Vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre cher Maître et co-directrice de thèse :

Professeur THERA Aminata KOUMA

- ✓ **Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique :**
- ✓ **Praticienne hospitalière au service de gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Kati ;**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako ;**
- ✓ **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU de Kati**
- ✓ **Secrétaire générale adjointe de la SAGO**

Cher maître

Nous vous remercions pour avoir codirigé ce travail. Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme, la qualité de votre encadrement ont forcé l'admiration de tous.

Les mots nous manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Cher maître, veuillez accepter nos remerciements pour la qualité de l'encadrement reçu et surtout les conseils que vous nous prodiguez.

Que Dieu vous accorde longue vie.

A notre cher Maître et directeur de Thèse :

Professeur THERA Tioukani Augustin

- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point-G ;**
- ✓ **Maitre de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique ;**
- ✓ **Ancien faisant Fonction d’Interne des Hôpitaux de Lyon (France)**
- ✓ **Diplôme d’Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité- Université Paris IX (France) ;**
- ✓ **Diplôme Européen d’Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d’Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- ✓ **Diplôme Inter Universitaire d’Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- ✓ **Membre de la société Africaine et Française de Gynécologie obstétrique**
- ✓ **Président de la commission médicale au CHU du Point G**

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

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

Permettez-nous de vous adresser l’expression de notre profonde reconnaissance.

Cher maître recevez ici nos sincères remerciements.

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
- G**: 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 foetale 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 TABLEAUX

Tableau I : périodes d'apparition des points d'ossifications des os du bassin ainsi que leurs périodes d'ossifications complètes	34 -
Tableau II : Comparaison des calendriers de soins prénatals	49 -
Tableau III : Répartition des adolescentes selon la résidence.....	64 -
Tableau IV : Répartition des adolescentes selon la taille.....	64 -
Tableau V: Répartition des adolescentes selon la situation matrimoniale.....	65 -
Tableau VI : Répartition des adolescentes selon la profession.....	65 -
Tableau VII : Répartition des adolescentes selon le niveau d'instruction.	65 -
Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon les sources de revenus	67 -
Tableau IX : Répartition des adolescentes selon le niveau d'instruction du conjoint-	67 -
Tableau X : Répartition des adolescentes selon la profession du conjoint	68 -
Tableau XI : Répartition des adolescentes selon l'âge des premières règles.....	68 -
Tableau XII : Répartition des adolescentes selon la parité	69 -
Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon les antécédents médicaux	70 -
Tableau XIV : Répartition des adolescentes selon les antécédents chirurgicaux ...	70 -
Tableau XV : Répartition des adolescentes selon le motif d'admission.....	71 -
Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon le nombre de CPN.....	73 -
Tableau XVII : Répartition des adolescentes selon les causes de non réalisation des CPN.....	73 -
Tableau XVIII : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse à l'admission.....	73 -
Tableau XIX : Répartition des adolescentes selon la réalisation du bilan sanguin	74 -
Tableau XX : Répartition des adolescentes selon la réalisation de l'échographie obstétricale.....	75 -
Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon la réalisation des différentes prophylaxies.....	75 -
Tableau XXII : Répartition des adolescentes selon le résultat de l'examen clinique-	76 -

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes selon le résultat TV- 76 -

Tableau XXIV : Répartition des adolescentes en fonction de la présentation fœtale- 77 -

Tableau XXV : Répartition des adolescentes selon le bassin maternel- 77 -

Tableau XXVI : Répartition des adolescentes selon les indications de césarienne- 79 -

Tableau XXVII : Répartition des adolescentes en fonction des complications de la
délivrance.....- 80 -

Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes selon la survenue de traumatisme
fœtal- 81 -

Tableau XXIX : Répartition des adolescentes en fonction du score d'APGAR
première minute- 82 -

Tableau XXX : Répartition des adolescentes en fonction du score d'APGAR à la
cinquième.....- 82 -

Tableau XXXI : Répartition des adolescentes en fonction du poids fœtal- 83 -

Tableau XXXII: Répartition des adolescentes en fonction du pronostic fœtal- 84 -

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les limites de la puberté normale (48)	30 -
Figure 2 : Pilosité pubienne (49)	31 -
Figure 3 : Stades de développement des seins selon Tanner (49).....	32 -
Figure 4 : Schéma du bassin osseux.....	34 -
Figure 5 : Schéma des diamètres du détroit supérieur	37 -
Figure 6 : Engagement de la présentation	38 -
Figure 7 : Schéma du détroit moyen	39 -
Figure 8 : Forme du détroit moyen ; DS : Detroit Supérieur, DM : Detroit Moyen et DI : Detroit Inferieur.....	40 -
Figure 9 : Rotation au niveau du détroit moyen.....	41 -
Figure 10 : Schéma du détroit inférieur	42 -
Figure 11 : Différents diamètres au niveau du D I.....	42 -
Figure 12 : Classification du bassin	43 -
Figure 13 : Schéma bassin mou [27].....	44 -
Figure 14 : Mécanique obstétricale du bassin mou [23]	45 -
Figure 15 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.	56 -
Figure 16 : Répartition de l'effectif selon les tranches d'âge	63 -
Figure 17 : Répartition des adolescentes selon l'habitation.....	66 -
Figure 18 : Répartition des adolescentes selon la gestité.....	69 -
Figure 19: Répartition des adolescentes selon le nombre d'avortement.....	70 -
Figure 20 : Répartition des adolescentes selon le mode d'admission.....	71 -
Figure 21 : Répartition des adolescentes selon le désir de grossesse	72 -
Figure 22 : Répartition des adolescentes selon la voie d'accouchement.....	78 -
Figure 23 : Répartition des adolescentes en fonction des complications traumatiques.....	79 -
Figure 24 : Répartition des adolescentes en fonction des références nouveau-né.....	83 -
Figure 25 : Répartition des adolescentes selon les motifs de références NNE.....	84 -

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION	- 22 -
II-OBJECTIFS.....	- 26 -
1- Objectif général :.....	- 26 -
III-GENERALITES :	- 28 -
1 - Définition :	- 28 -
2- Caractéristique :	- 29 -
2-1-Déroulement de la puberté.....	- 29 -
3-Filiere pelvienne (bassin osseux et bassin mou).....	- 33 -
3-1- bassin osseux :	- 33 -
3-1.2. Morphogenèse du bassin :.....	- 35 -
3-1.3. Description anatomique du bassin osseux :.....	- 36 -
3-2. Bassin mou :.....	- 43 -
4. Rappel sur le mobile fœtal :	- 45 -
4- 1. Le crâne fœtal [20] :.....	- 45 -
4-2. Le thorax :	- 46 -
4-3. Les hanches :.....	- 46 -
5-Grossesse :.....	- 46 -
6-Accouchement.....	- 47 -
6-1-Mecanisme de l'accouchement : Engagement de la présentation, la descente et la rotation et l'expulsion.....	- 47 -
7-Calendrier de la consultation prénatale.....	- 49 -
8-Differentes prophylaxies (antitétanique, antiparasitaire, antianémique)	- 49 -
8-2 : Vaccination par l'anatoxine tétanique	- 50 -
8-3 : Traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse	- 50 -
9-Examens paracliniques au cours de la grossesse [56]	- 50 -
9-1-Echographie	- 50 -
9-2-Bilans sanguins	- 50 -

10 - Adolescence et santé de la reproduction [17] :.....	- 50 -
10.1 - Définition de la santé de reproduction :.....	- 50 -
10.2 - Composantes de la santé de reproduction :.....	- 51 -
10.3 - Problèmes de la santé de reproduction des adolescents :	- 51 -
IV-Méthodologie	- 55 -
1. Cadre de l'étude :	- 55 -
2. Type d'étude et période d'étude :.....	- 58 -
3. Population d'étude :.....	- 59 -
4. Echantillonnage :.....	- 59 -
4.1- Echantillonnage :.....	- 59 -
4.2 - Critères d'inclusion :.....	- 59 -
4.3 - Critères de non-inclusion :	- 59 -
5. Variables étudiées.....	- 59 -
6. Collecte des données :	- 59 -
6.2. Technique de collecte des données	- 60 -
7. Déroulement de l'enquête :	- 60 -
8. Plan d'analyse et de traitement des données	- 60 -
9. Définitions opérationnelles	- 60 -
V-RESULTATS	- 63 -
1-Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes :.....	- 63 -
2-Caractéristiques socio-démocratiques.....	- 63 -
VI-Commentaires et discussion	- 86 -
1-Limites de l'étude.....	- 86 -
3- Caractéristiques sociodémographiques :.....	- 87 -
4. Caractéristique clinique :.....	- 90 -
5. Déroulement de l'accouchement :.....	- 91 -
6. Pronostics maternel et foetal :	- 93 -
CONCLUSION :	- 97 -

RECOMMANDATIONS :..... - 98 -
ANNEXES - 107 -
FICHE D'ENQUÊTE..... - 107 -
FICHE SIGNALETIQUE - 112 -
SERMENT D'HIPPOCRATE - 114 -

Introduction

I-INTRODUCTION

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

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

Le monde comptait un milliard d'adolescents dont 85% vivant 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 14ans, 11% sont âgées de 15 à 19 ans [4]. Au Mali, la population de 10-14 ans est estimée à 13% et celle de 15-19 ans à 10% [4].

La grossesse est le développement d'un corps étranger (foetus) au sein de l'organisme maternel [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, cela pose différents problèmes obstétricaux (la prématurité, l'avortement à risque, la dystocie au moment de l'accouchement), psychologiques et sociaux [2]. Cependant, la définition de la grossesse chez l'adolescente reste imprécise surtout en ce qui concerne les limites chronologiques. Certains auteurs retiennent 18 ans, d'autres 17 ans ou 16 ans [6]. On estime désormais qu'une fille sur deux de 13 ans et demi est capable dans son corps de concevoir un enfant [7]. L'âge des premiers rapports sexuels est devenu de plus en plus précoce. En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel semble s'être stabilisé depuis quelques années autour de 17 ans et demi [8].

Au Mali, pour les femmes de 25-49 ans, l'âge médian aux 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 [9].

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 [10].

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

Au Mali, Dicko O [11] et Drabo A [15] avaient observé respectivement 19,61% et 13,31% d'accouchement chez les adolescentes.

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

Une étude de l'organisation mondiale de la santé sur les grossesses des adolescentes affirme que l'âge seul pourrait ne pas en être la cause, l'éducation, le statut social et l'utilisation des structures de santé sont des facteurs participants [11,12].

Dans les pays en développement, seules 53 % des naissances sont prises en charge par une personne qualifiée [2].

Les grossesses chez les jeunes ne compromettent pas uniquement la santé et les chances de survie de l'enfant ou de la femme, mais aussi la scolarisation et l'avenir

professionnel de la jeune fille [12]. Au Kenya, jusqu'à 10 000 jeunes filles par an quittent l'école à cause de leurs grossesses. Lorsque la grossesse n'est pas désirée, elle peut aboutir à un avortement, une opportunité très limitée dans certains pays à cause de son caractère illégal, avec ses complications désastreuses [11].

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente entraîneraient une morbidité et mortalité maternelle et périnatale élevées.

Au Mali, plusieurs études ont été faites sur la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. Vu l'ampleur du phénomène, ses complications materno-fœtales et vu le nombre important d'accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, nous avons initié cette étude pour confirmer cette hypothèse avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1- Objectif général :

-Analyser la problématique de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement des adolescentes au centre de santé de référence de la commune V
- Décrire le profil sociodémographique de ces adolescentes ;
- Analyser les résultats de la prise en charge ;

GENERALITES

II-GENERALITES :

1 - Définition :

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 » [1].

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 [14,16].

Selon l'OMS l'adolescence est « une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte située entre 10 et 19 ans et qui se caractérise par des mutations physiologiques, morphologiques et psychosociales » [13].

2- Caractéristique :

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.

2-1-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 [19].

- **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

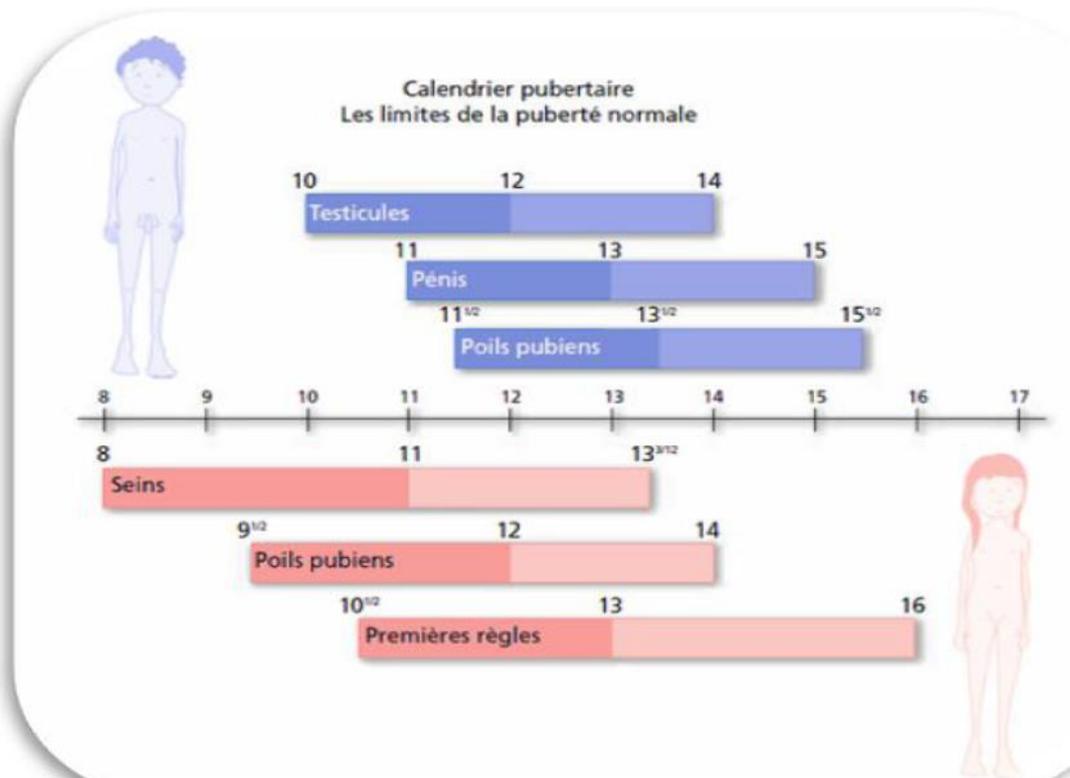


Figure 1 : les limites de la puberté normale [48]

2- 2-Modification des caractères sexuels secondaires :

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

Pilosité pubienne (P)

P1=absente

P2=quelques poils bruns et épais

P3=pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4=pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5=pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale.

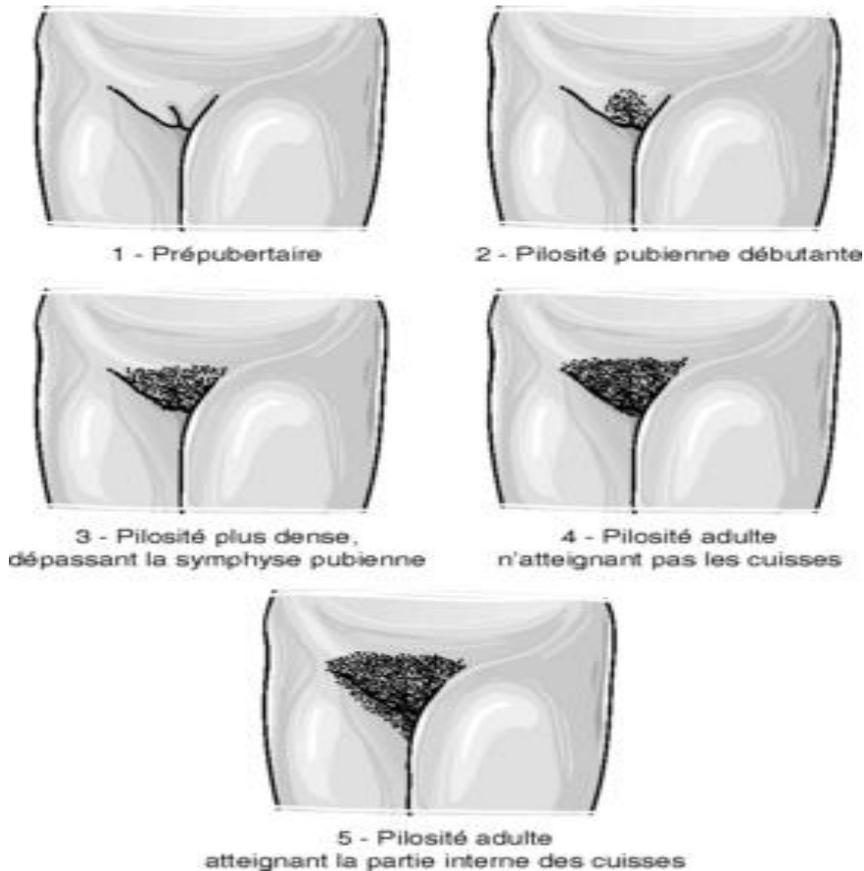


Figure 2 : Pilosité pubienne [49]

Seins (S)

S1=aucun développement ;

S2= bourgeon mammaire retro aréolaire

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

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

S5= seins de femme adulte avec aréole plate

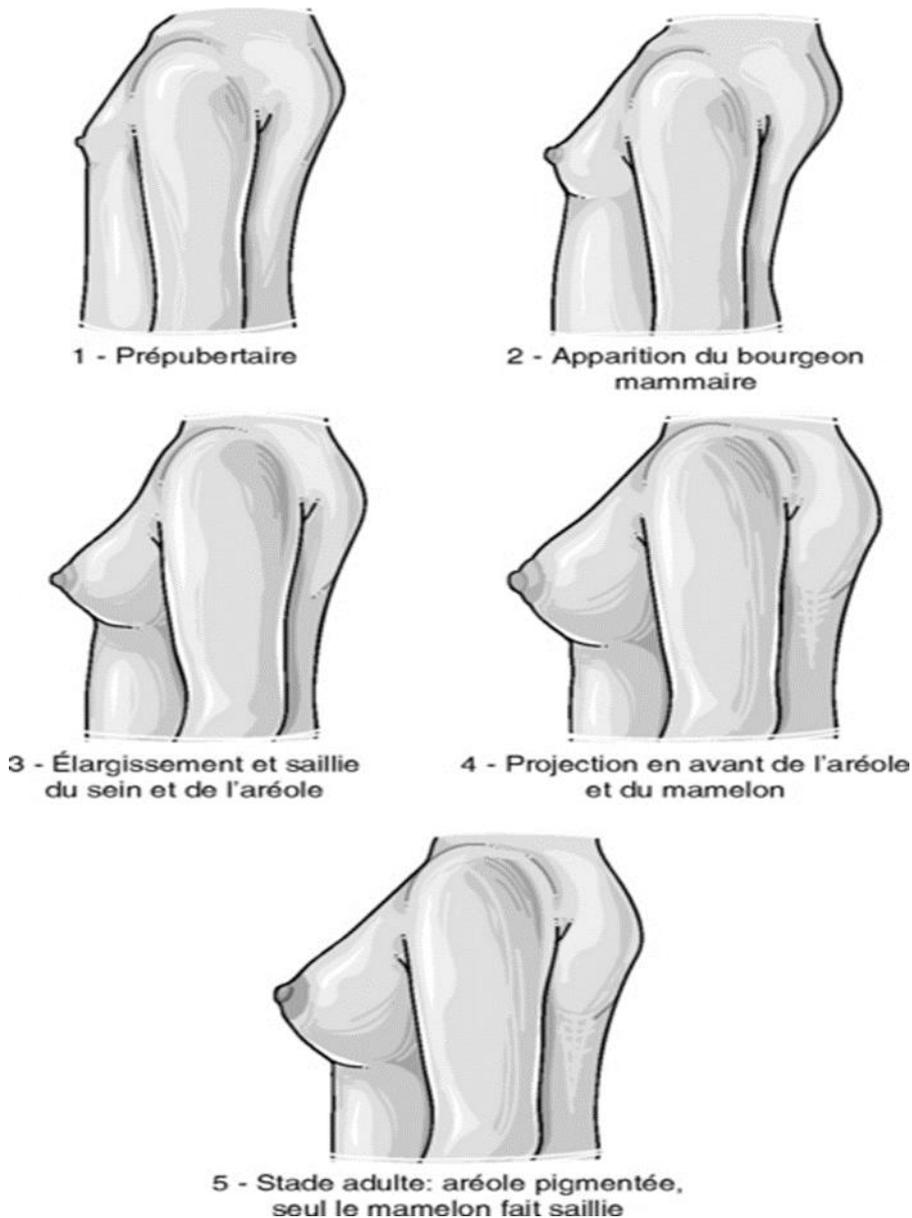


Figure 3 : Stades de développement des seins selon Tanner [49]

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 ménarches. 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.

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-Filiere pelvienne (bassin osseux et bassin mou) [20- 27,50-52 ,57]

C'est l'espace parcouru par le fœtus lors de l'accouchement. Il est constitué de deux parties :

- bassin osseux
- Bassin mou ou diaphragme pelvi périnéal.

3-1- 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.

C'est une ceinture osseuse, rigide et inextensible formée par la réunion de quatre os :

- en arrière le sacrum et le coccyx
- latéralement et en avant les deux os iliaques

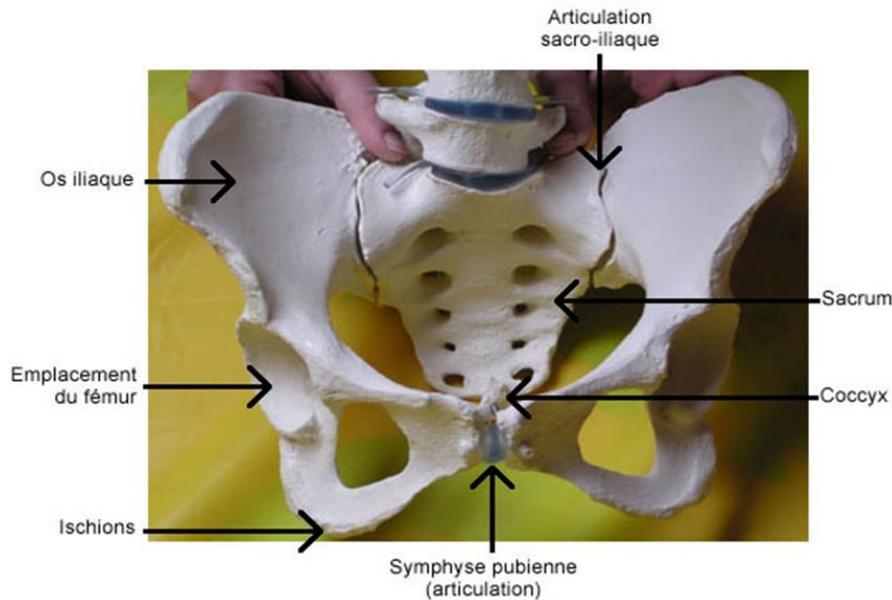


Figure 4 : Schéma du bassin osseux[11]

3-1-1-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 (35eme jour) puis cartilagineux (40eme jour).

Tableau I : 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 60 ème jour	Pubis Après le 4è mois	Ischion Fin 3è 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.

3-1.2. 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

3-1.3. 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

a-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 (cf. chapitre Classification)

- 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.

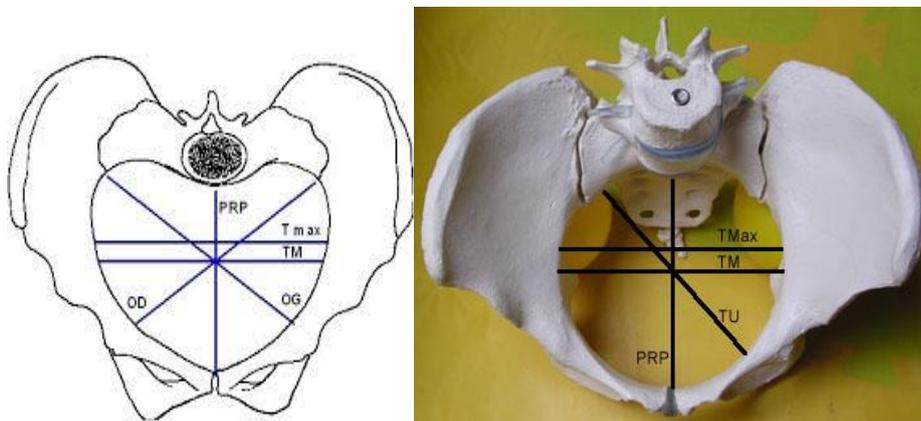


Figure 5 : Schéma des diamètres du détroit supérieur[11]

- **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 6 : Engagement de la présentation[11]

b -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'autres par lesquelles passe le plan du détroit moyen.

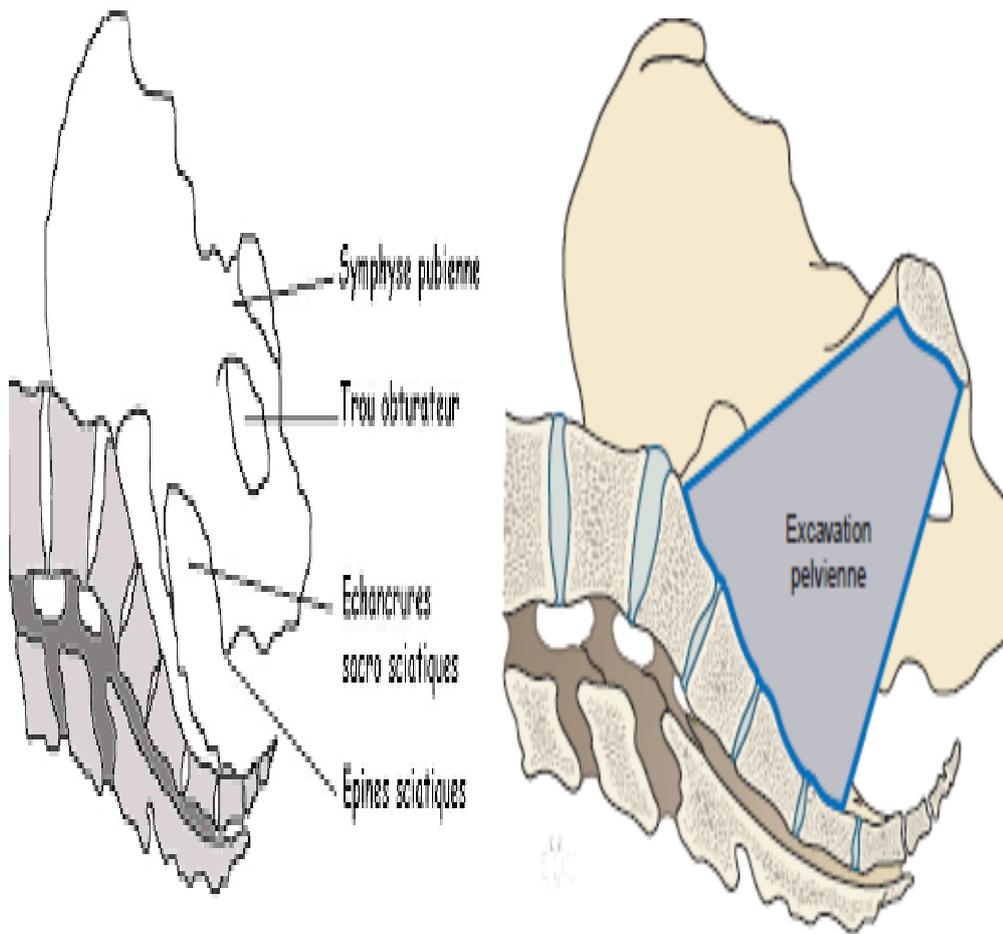


Figure 7 : Schéma du détroit moyen[11]

-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 Ferström : 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.

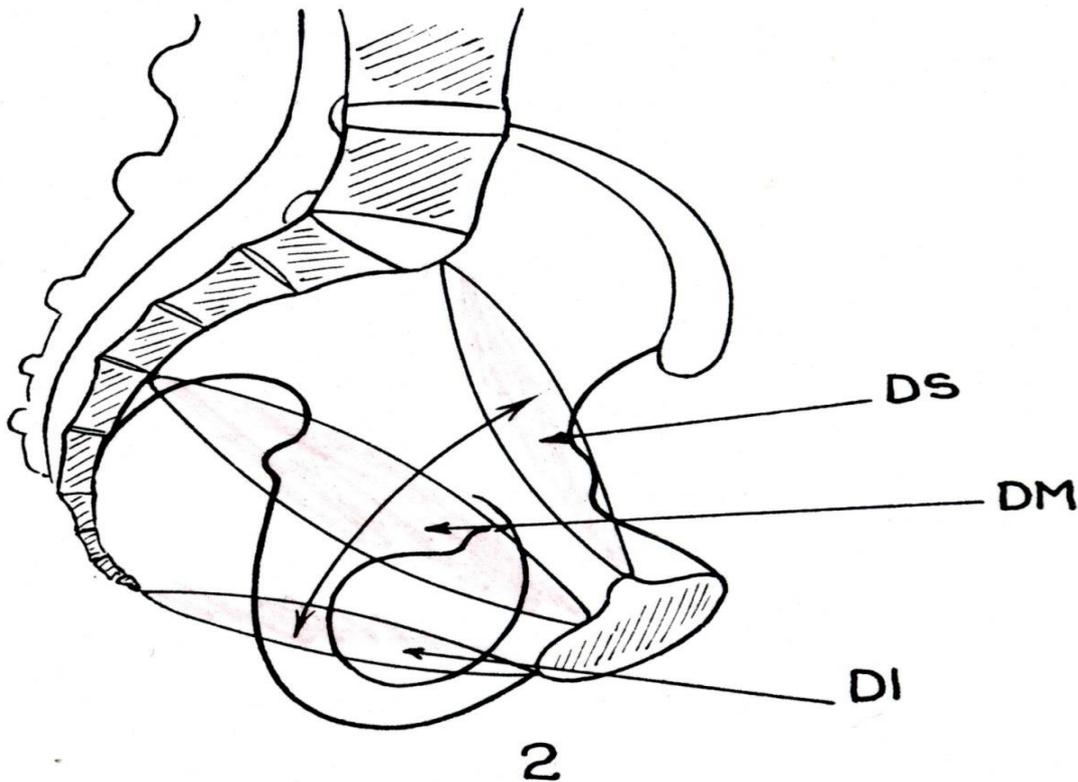


Figure 8 : Forme du déroit moyen ; DS : Déroit Supérieur, DM : Déroit Moyen et DI : Déroit Inférieur [11]

- 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 déroit moyen.



Figure 9 : Rotation au niveau du détroit moyen[11]

c -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-sciatiqes.

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.

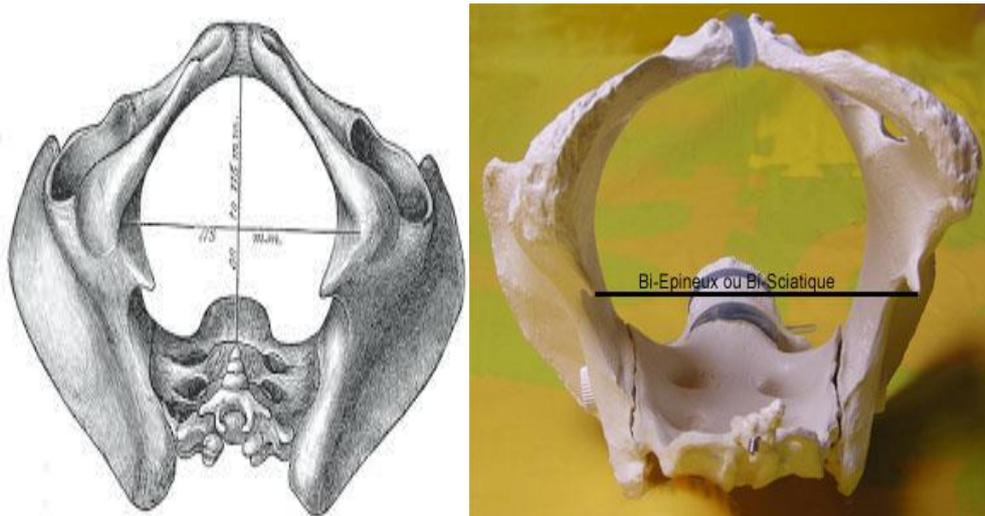


Figure 10 : Schéma du détroit inférieur[46]

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).

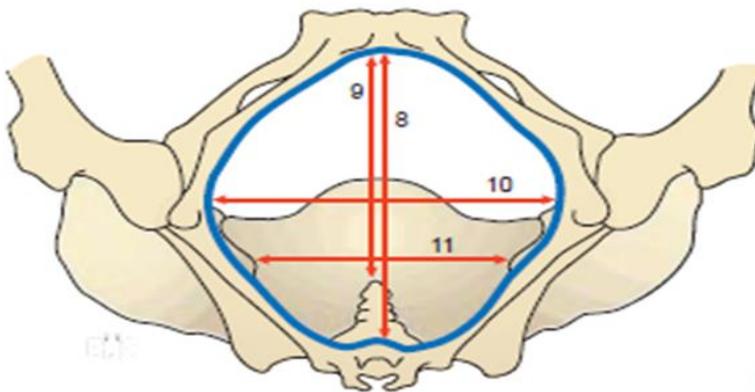
Au niveau du détroit inférieur on calcule :

- 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 31cm le pronostic est bon.

Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre.



- | | | |
|-----|-------------------------|----------|
| 8 | Sous sacro sous pubien | = 115 mm |
| 9 | Sous coccyx sous pubien | 95 mm |
| 10. | Bi ischiatique | 110 mm |
| 11. | Bi épineux | 100 mm |

Figure 11 : Différents diamètres au niveau du D I[46]

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.

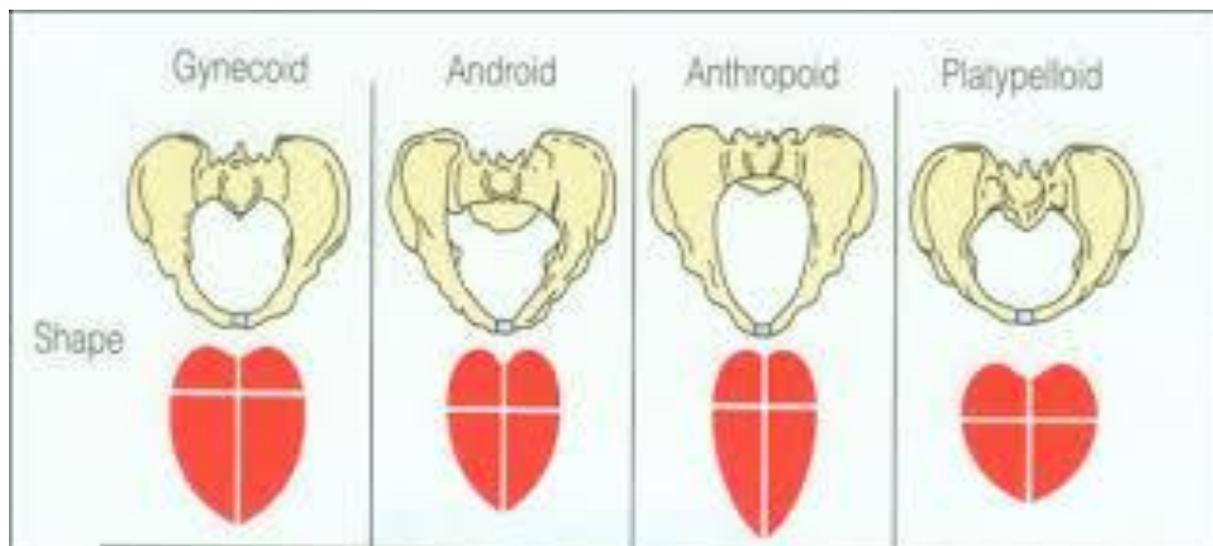


Figure 12 : Classification du bassin[11]

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'anus.

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

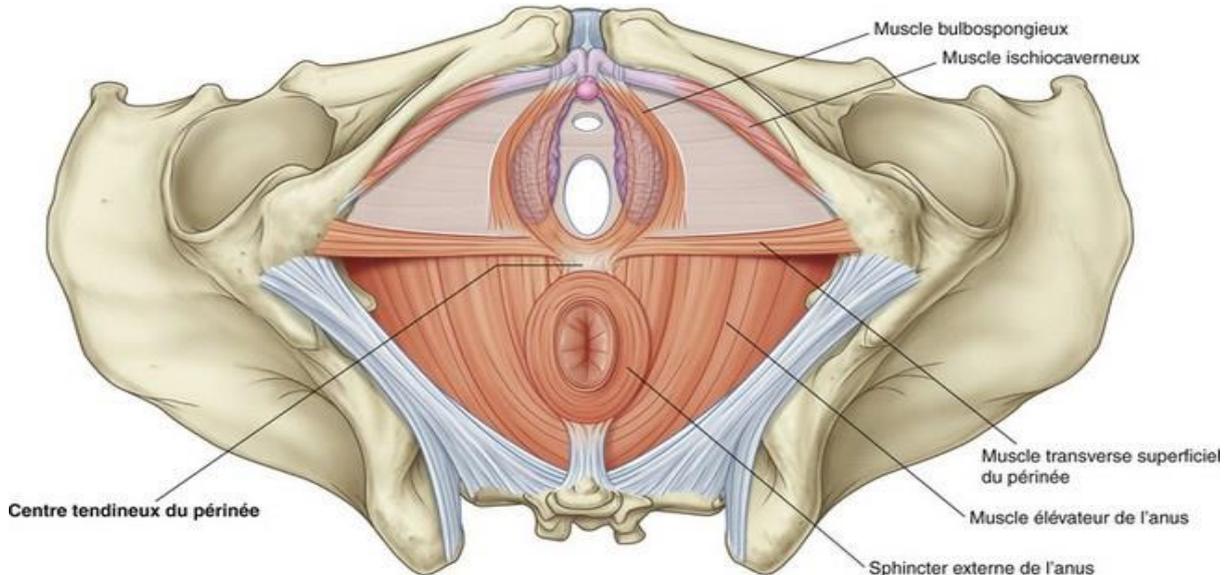


Figure 13 : Schéma bassin mou [27]

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'anus qui participent ainsi à la rotation en faisant correspondre le grand axe de la présentation à celui de l'axe antero postérieur de la fente des boutonnières ;

* dans un 2ème temps au fur et à mesure que la présentation descend la boutonnière s'élargit grâce à un écartement sur les côtés des muscles du périnée mais aussi à leur étirement.

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

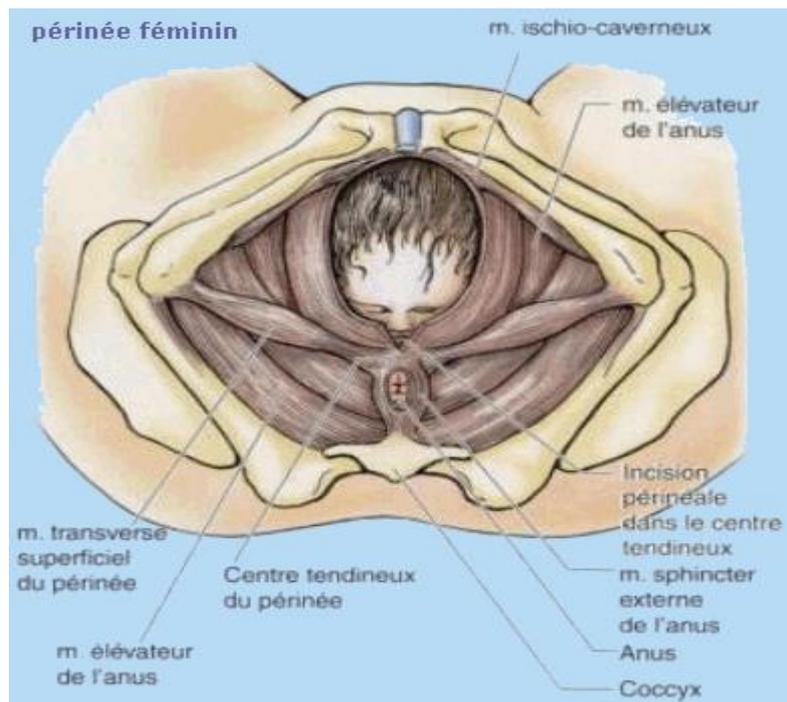


Figure 14 : Mécanique obstétricale du bassin mou [23]

4. Rappel sur le mobile fœtal :

4- 1. Le crâne fœtal [20] :

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.

La figure 7 rappelle les dimensions pour les diamètres antéropostérieurs en fonction du degré de flexion.

Le plan osseux de la voûte crânienne plus fragile que la base du crâne et dont la face est formée « d'écailles » (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 écailles temporales ; en arrière l'écaille occipitale.

Tous ces os ne sont pas encore symphysés mais séparés par des sutures (schéma 1b).

La suture sagittale (antéropostérieure) est médiane partant de la base du nez pour rejoindre la saillie de l'écaille 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 9,5cm.

Le transversal maximum qui est le bipariétal, mesurant 9,5cm de moyenne à terme (Schéma 1a et 1b).

Enfin la circonférence crânienne (périmètre crânien) mesure environ 37cm à terme.

4-2. Le thorax :

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

4-3. Les hanches :

Le diamètre bi trochantérien est de 9cm.

5-Grossesse :

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

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

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

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

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

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

6-Accouchement

6-1-Mecanisme 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 [20].

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 4cm pendant laquelle la dilatation se fait lentement.

Phase active : de 4-10cm 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).

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 28^{ème} et de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée [20].

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

7-Calendrier de la consultation prénatale (2016) [56]

Tableau II : Comparaison des calendriers de soins prénatals

Modèle OMS de soins prénatals ciblés	Modèle OMS 2016 de soins prénatals
<i>Premier trimestre</i>	
Visite 1 : 8–12 semaines	Contact 1 : jusqu’à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
Visite 2 : 24-26 semaines	Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
Visite 3 : 32 semaines	Contact 4 : 30 semaines
Visite 4 : 36–38 semaines	Contact 5 : 34 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.	

8-Différentes prophylaxies (antitétanique, antiparasitaire, antianémique) [56]

8.1 : 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)

8-2 : 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)

8-3 : 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)

9-Examens paracliniques au cours de la grossesse [56]

9-1-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)

9-2-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

10 - Adolescence et santé de la reproduction [17] :

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 ».

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.

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.

10.3.1 - 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.

10.3.1.1 - 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. [53] 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 [54].

-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 [55]., « 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 paires prennent le pas sur le discours moralisateur des parents [24].

METHODOLOGIE

III-Méthodologie

1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la Commune V.

Description du centre de santé de référence de la commune V (CSREF)

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA (Paquet Minimum d'Activité) complet :

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalaban-Coura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

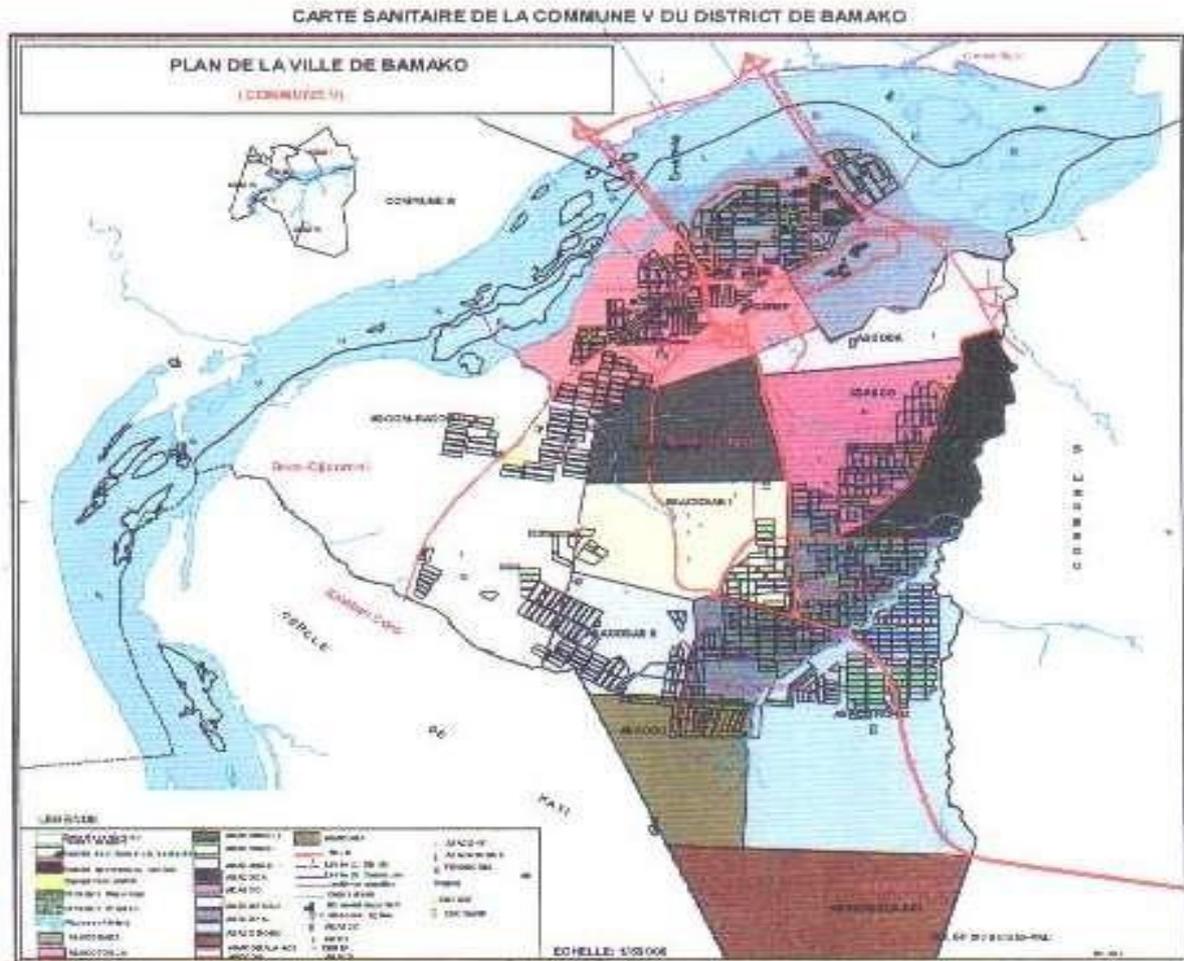


Figure 15 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services qui sont :

A. Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako :

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto-stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7-Service de Pharmacie-Laboratoire ;

- 8-Service de l'USAC ;
- 9-Service de Chirurgie ;
- 10-Service d'anesthésie réanimation.

B –Le service de gynécologie –Obstétrique compte :

- Cinq médecins spécialistes en gynécologie –Obstétrique
- Cinquante une sages-femmes
- Vingt-quatre infirmières
- Neuf aides-soignantes
- Des Résidents en gynécologie – Obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES)
- Des étudiants en médecine faisant fonction d'interne

B-1- Il comporte les unités suivantes :

- Unité de consultation externe
- Unité de consultation prénatale
- Unité PTME
- Unité de la salle d'accouchement
- Unité de suites de couches
- Unité d'hospitalisation
- Unité technique de bloc opératoire
- Unité de planification familiale
- Unité de soins après avortement
- Unité de consultation post – natale
- Unité des urgences gynéco-obstétriques

-Unité de ONE STOP CENTER

-Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus

B-2- le fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

2. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Période d'étude : 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020.

3. Population d'étude :

Etaient concernés par cette étude toutes les parturientes admises dans le service pendant la période d'étude.

4. Echantillonnage :

4.1- Echantillonnage :

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif.

4.2 - Critères d'inclusion : Etaient incluses dans cette étude toutes les adolescentes admises au centre de santé de référence de la commune V au cours de la grossesse ou au moment du travail d'accouchement pendant la période d'étude.

4.3 - Critères de non-inclusion : N'ont pas été incluses dans cette étude les patientes ayant accouchés dans un autre service et secondairement référé au CS Réf de la commune V.

Celles admises en dehors de la période d'étude.

5. Variables étudiées

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

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

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

-L'âge étant considéré comme variable dépendante.

6. Collecte des données :

6.1. Support des données : Les registres d'accouchement, d'admission, de compte rendu opératoire, le programme et le dossier individuel des patientes ont permis de remplir le formulaire d'enquête.

6.2. Technique de collecte des données :

Remplissage du formulaire d'enquête à partir des dossiers des patientes

7. Déroulement de l'enquête : Remplir le formulaire d'enquête.

8. Plan d'analyse et de traitement des données

Les données ont été saisies sur les logiciels Word et Excel 2010 et analysées à partir du logiciel SPSS 2010 avec un seuil de significativité de 5%.

9. Définitions opérationnelles

***Adolescence** c'est une période de maturation physique, psychique et sociale qui concerne les personnes âgées de 10 à 19 ans.

***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 + 6jours au Mali.

***Dépassement de terme** : C'est lorsque l'âge de la grossesse est supérieur à 42SA+2jours.

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

***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 à terme est inférieur à 2500g avec une taille d'au moins 47cm

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

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

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

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

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

RESULTATS

IV-RESULTATS

1-Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes :

Pendant la période d'étude du 1^{er} Janvier 2020 au 31 décembre 2020, nous avons enregistré 9541 accouchements dont 2542 chez les adolescentes soit une fréquence de 26,64%.

2-Caractéristiques socio-démocratiques

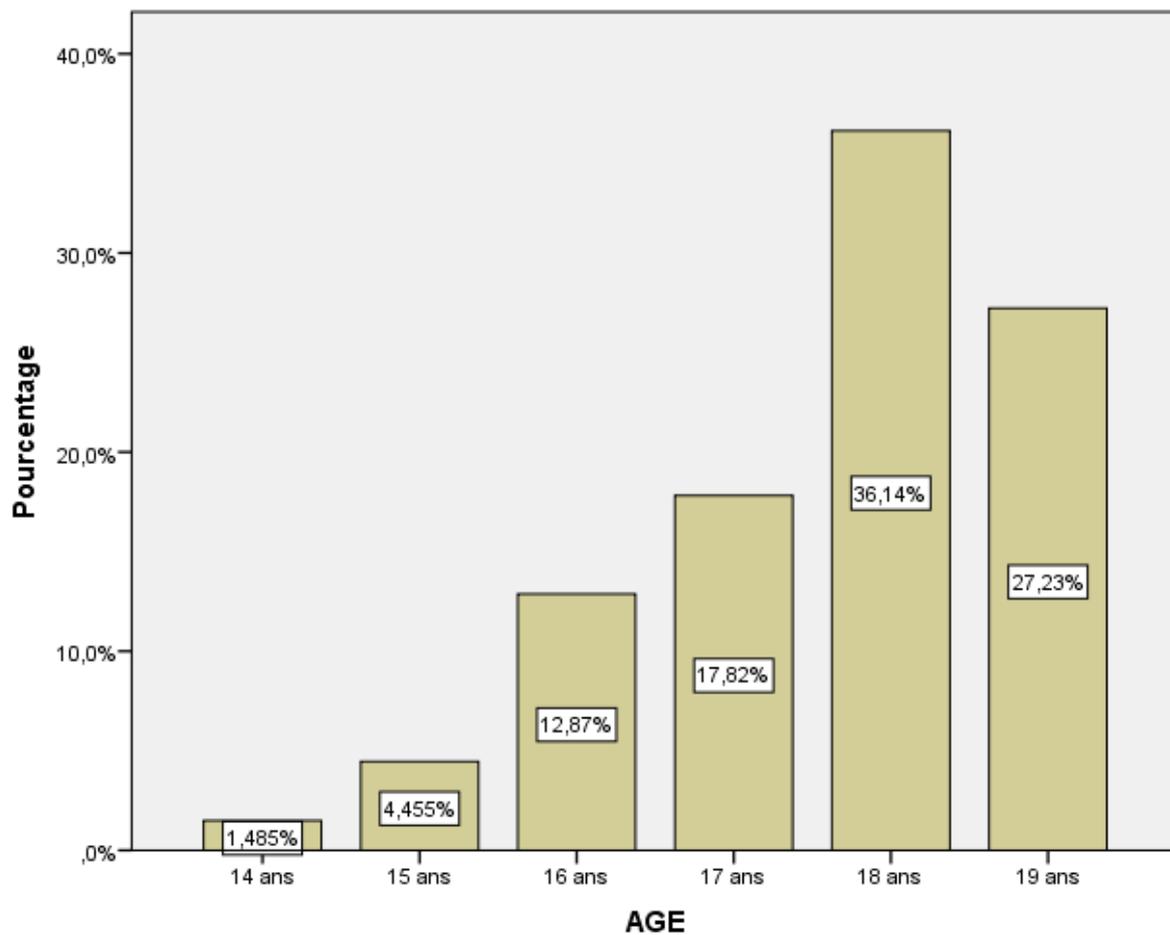


Figure 16 : Répartition des adolescentes selon les tranches d'âge

Parmi les adolescentes enquêtées 36,14% avaient 18ans. L'âge moyenne était 16,5 ans avec des extrêmes :14 et 19 ans.

Tableau III : Répartition des adolescentes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Cv	146	72,3
Hors cv	56	27,7
Total	202	100,0

*CV : Commune V

Parmi les adolescentes enquêtées 27,7% résidaient en dehors de la commune V

Tableau IV : Répartition des adolescentes selon la taille

Taille(cm)	Effectif	Pourcentage
<150	06	2,97
150-159	67	33,17
>160	129	63,86
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées, 63,86% avaient une taille supérieure à 160 cm.

Tableau V: Répartition des adolescentes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	182	90,1
Célibataire	19	9,4
Veuve	1	0,5
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées,90,1% étaient mariées.

Tableau VI : Répartition des adolescentes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Aucun	2	1,0
Aide-ménagère	6	3,0
Commerçante	10	5,0
Ménagère	126	62,4
Etudiante	11	5,4
Elève	47	23,3
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées 62,4% étaient des ménagères.

Tableau VII : Répartition des adolescentes selon le niveau d’instruction.

Instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	51	25,2
Primaire	47	23,3
Secondaire	86	42,6
Supérieur	13	6,4
Ecole coranique	5	2,5
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées 25,2% n’ont reçu aucune instruction.

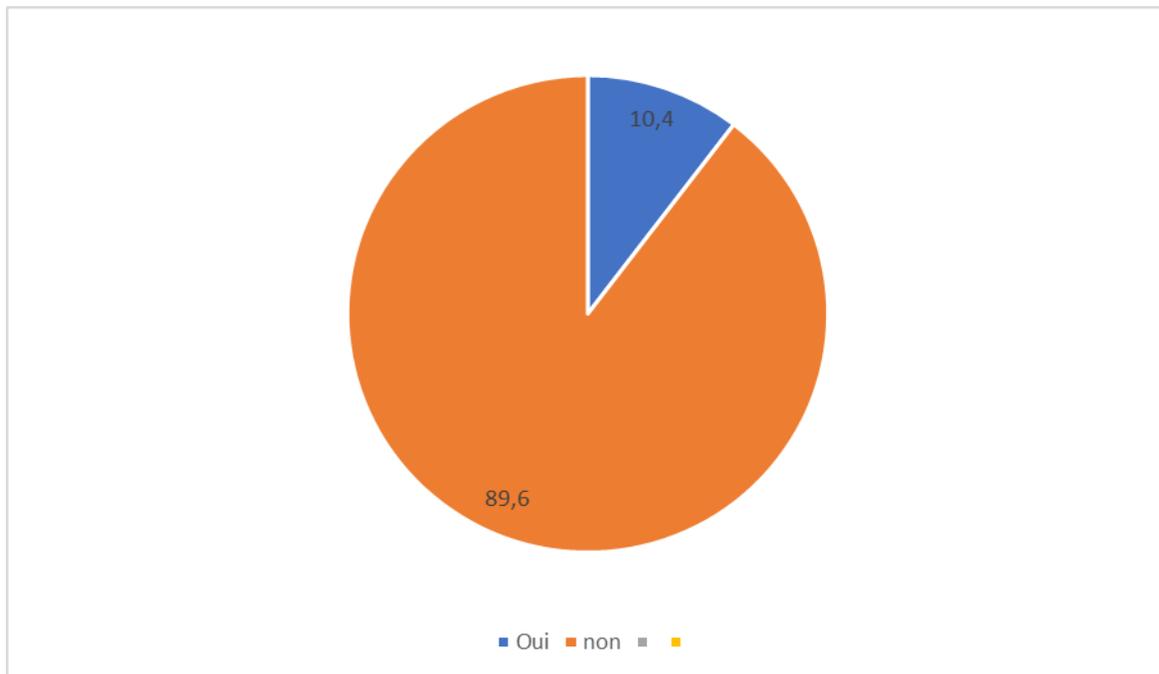


Figure 17 : Répartition des adolescentes selon l’habitation.

Seulement 10,4% des adolescentes habitaient chez leurs parents.

Tableau VIII : Répartition des adolescentes selon les sources de revenus

Sources de revenus	Effectif	Pourcentage
Parents	3	1,5
Mari /Procréateur	194	96,0
Soi-même	5	2,5
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées 96% avaient comme source de revenu leur procréateur.

Tableau IX : Répartition des adolescentes selon le niveau d’instruction du conjoint .

Instruction du conjoint	Effectif	Pourcentage
Aucun	21	10,4
Ecole coranique	6	3,0
Primaire	42	20,8
Secondaire	78	38,6
Supérieur	55	27,2
TOTAL	202	100

Pour 10,4% des adolescentes, leurs conjoints n’ont reçu aucune instruction.

Tableau X : Répartition des adolescentes selon la profession du conjoint

Profession	Effectif	Pourcentage
Aucune	2	1,0
Elève	1	0,5
Etudiant	3	1,5
Ouvrier	60	29,7
Commerçant	61	30,2
Enseignant	11	5,4
Cultivateur	8	4,0
Menuisier	5	2,5
Chauffeur	13	6,4
Autres	38	18,8
Total	202	100

Pour plus de la moitié des adolescentes, le conjoint était soit ouvrier ou commerçant.

II - ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

Tableau XI : Répartition des adolescentes selon l'âge des premières règles

Ménarche (an)	Effectif	Pourcentage
11	1	0,5
12	5	2,5
13	14	6,9
> 14	53	25,7
Inconnu	130	64,4
Total	202	100

Plus de la moitié des adolescentes ne connaissent pas l'âge de leur ménarche

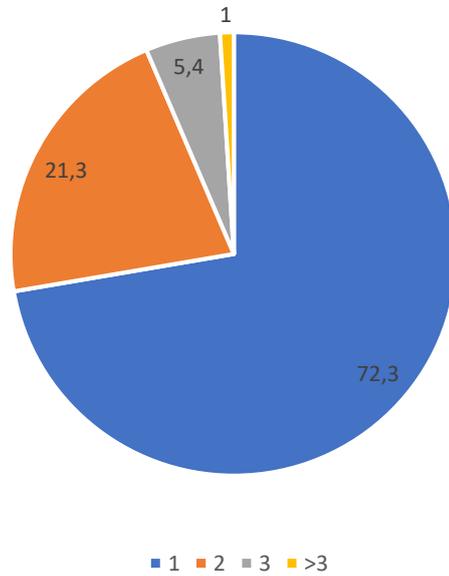


Figure 18 : Répartition des adolescentes selon la gestité

Parmi les adolescentes enquêtées 72,28 % étaient des primigestes.

Tableau XII : Répartition des adolescentes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
1	154	76,2
2	38	18,8
3	9	4,5
> 3	1	0,5
Total	202	100,0

Parmi les adolescentes enquêtées 76,2 % étaient des primipares

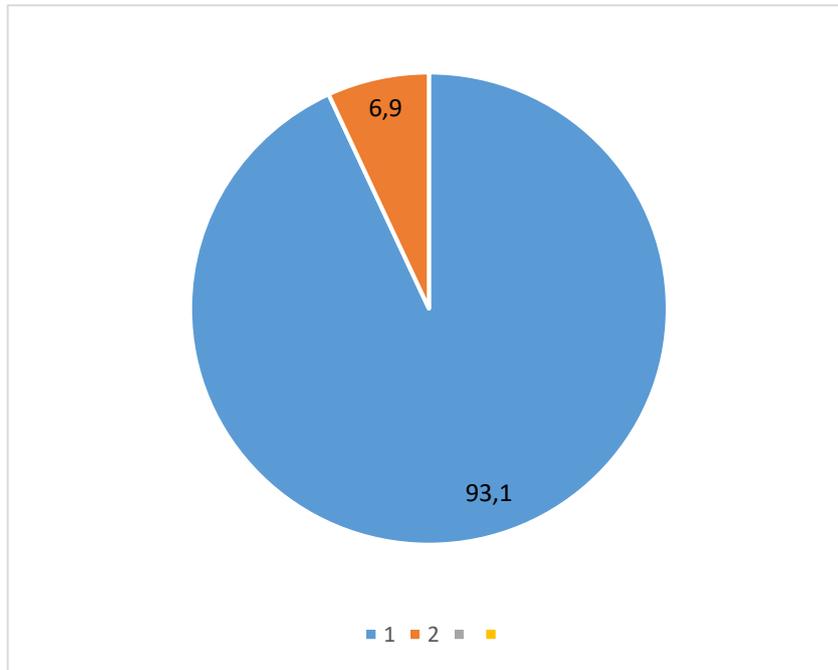


Figure 19: Répartition des adolescentes selon le nombre d'avortement

Pour 6,9% des adolescentes, les avortements étaient tous spontanés.

III : Antécédents médico-chirurgicaux

Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	01	0,5
Asthme	01	0,5
Aucun	200	99
Total	202	100

Parmi nos adolescentes enquêtées 01 était drépanocytaire et 01 autre asthmatique.

Tableau XIII : Répartition des adolescentes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Césarienne	05	2,48
Aucun	197	97,52
Total	202	100

Un antécédent de césarienne était observé chez 2,48% des adolescentes.

IV-Mode d'admission

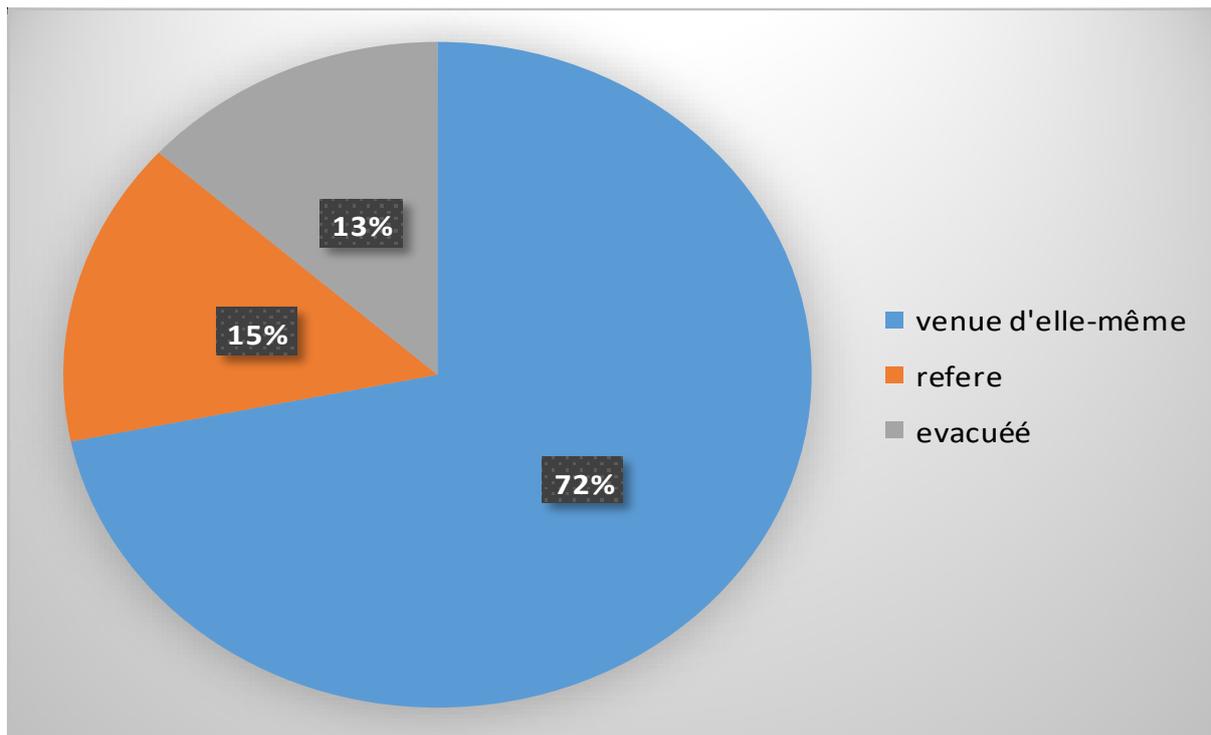


Figure 20 : Répartition des adolescentes selon le mode d'admission
Parmi les adolescentes enquêtées 72% étaient venues d'elles-mêmes.

Tableau XV : Répartition des adolescentes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Contraction utérine	145	71,8
Perte des eaux	5	2,5
Métrorragie	2	1,0
Autres	50	24,8
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées 71,8% avaient comme motif d'admission des contractions utérines.

V-Examen à l'admission

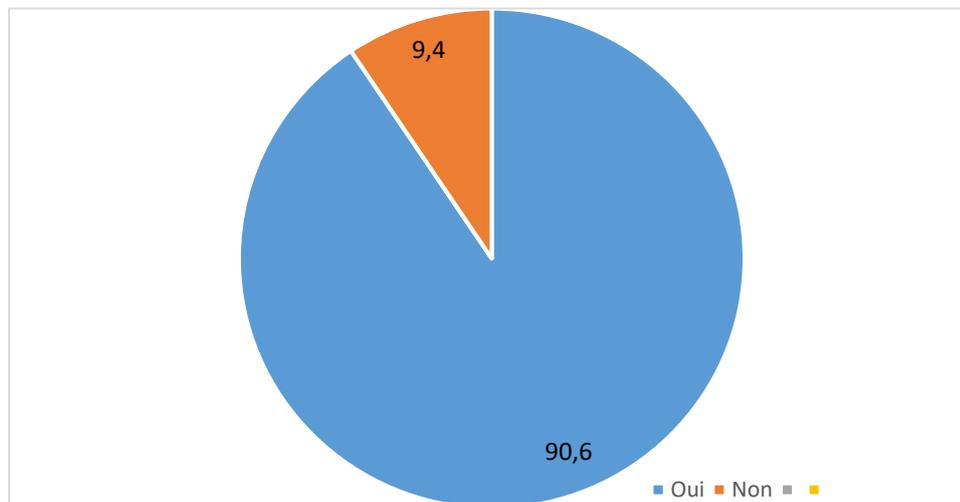


Figure 21 : Répartition des adolescentes selon le désir de grossesse

Pour 9,41% des adolescentes, la grossesse était non désirée.

Tableau XVI : Répartition des adolescentes selon le nombre de CPN

CPN	Effectif	Pourcentage
1-3	72	35,6
> 3	116	57,4
Aucune	14	6,9
Total	202	100

Seules 6,9% des adolescentes n'ont effectuées aucune CPN.

Tableau XVII : Répartition des adolescentes selon les causes de non réalisation des CPN

Causes	Effectif	Pourcentage
Manque de moyens	10	71,43
Grossesse non désiré	3	21,43
Autres	1	7,14
Total	14	100

Pour celles qui n'avaient pas effectué de CPN, la principale raison était le manque de moyens

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes selon le terme de la grossesse à l'admission.

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
A terme	175	86,6
Avant terme	18	8,9
Post terme	9	4,5
Total	202	100,0

Parmi les adolescentes enquêtées 86,6% avaient leurs grossesses à terme.

Tableau XIX : Répartition des adolescentes selon la réalisation du bilan sanguin.

Bilan sanguin	Effectif	Pourcentage
Oui	188	93,07
Non	14	6,93
Total	202	100,0

Parmi les adolescentes enquêtées 93,07% avaient réalisées les bilans sanguins

Tableau XX : Répartition des adolescentes selon la réalisation de l'échographie obstétricale

Echographie Obstétricale	Effectif	Pourcentage
Oui	165	81,7
Non	37	18,3
Total	202	100

Au cours de la grossesse une échographie obstétricale était réalisée chez 81,7% des adolescentes.

Tableau XXI : Répartition des adolescentes selon la réalisation des différentes prophylaxies

Prophylaxies	Effectif	Pourcentage
Anti anémique :		
Oui	187	92,6
Non	15	7,4
Anti tétanique :		
Oui	181	89,6
Non	21	10,4
SP :		
Oui	179	88,6
Non	23	11,4
MII :		
Oui	192	95,0
Non	10	5,0

***SP** : Sulfadoxine Pyriméthamine ***MII** : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides
Dans la majorité, les différentes prophylaxies étaient réalisées.

Tableau XXII : Répartition des adolescentes selon le résultat de l'examen clinique

Examen clinique	Effectif	Pourcentage
Coloration Conjonctive		
Colorées	184	91,1
Pales	00	00
Moyennement	18	8,9
HU :		
<32cm	105	52,0
32-35cm	91	45,0
>36cm	6	3,0
BDCF :		
Absents	5	2,5
Normaux	189	93,6
Anormaux	8	4,9
CU :		
Oui	194	96,0
Non	8	4,0

***CU** : contraction utérine, ***HU** : hauteur utérine, ***BDCF** : bruit du cœur foetal

Dans la majorité, l'examen clinique était normal.

Tableau XXIII : Répartition des adolescentes selon le résultat TV

TV	Effectif	Pourcentage
Dilatation Col		
<3cm	19	9,4
3-5cm	57	28,2
5-8cm	99	49,0
P D E :		
Rompues	59	29,2
Intactes	143	70,8
Liquide Amniotique		
Clair	34	17,3
Verdâtre	23	11,4
Sanglante	1	0,5
Jaune	1	0,5

*PDE : poche des eaux

Tableau XIV : Répartition des adolescentes en fonction de la présentation fœtale

Présentation fœtale	Effectif	Pourcentage
Céphalique	185	91,6
Siège	13	6,4
Autres	4	2,0
Total	202	100

Chez la majorité des adolescentes, la présentation fœtale était céphalique.

Tableau XXV : Répartition des adolescentes selon le bassin maternel

Bassin maternel	Effectif	Pourcentage
Normal	173	85,6
BGR	7	3,5
Bassin limite	21	10,4
Autres	1	0,5
Total	202	100

Pour 85,6% des adolescentes, le bassin était jugé normal

VI-Déroulement de l'accouchement

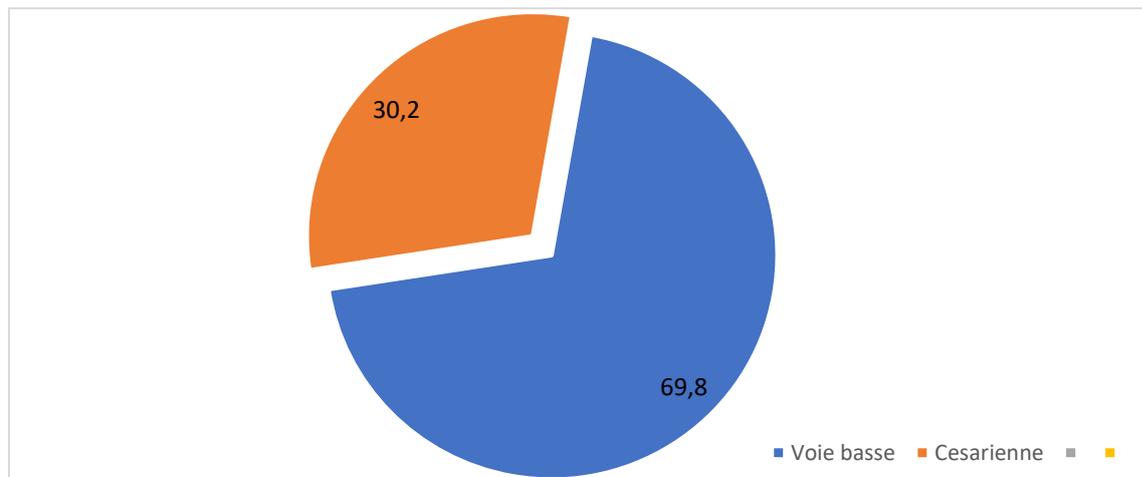


Figure 22 : Répartition des adolescentes selon la voie d'accouchement

Un accouchement par voie basse était réalisé chez 69,8% des adolescentes.

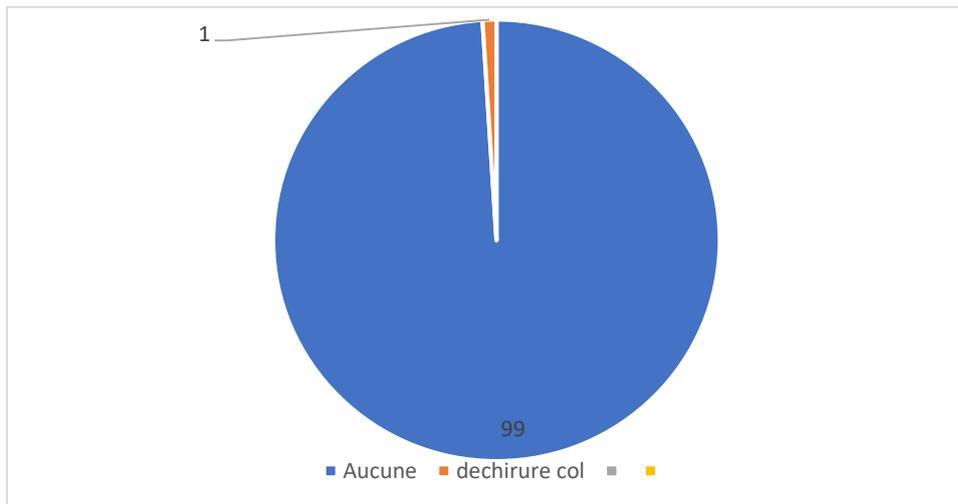


Figure 23 : Répartition des adolescentes en fonction des complications traumatiques.

Aucune complication à type de déchirure du col n'était observée chez 99% des adolescentes.

Tableau XV : Répartition des adolescentes selon les indications de césarienne

Indications de césarienne	Effectif	Pourcentage
Bassin immature	2	3,33
BGR	7	11,67
Bassin immature/anémie	1	1,67
Présentation de face variété postérieure	1	1,67
Présentation de front	1	1,67
Présentation siège chez primipare	4	6,67
Présentation de l'épaule	2	3,33
Pré éclampsie sévère	5	8,33
HRP grade II de sher	1	1,67
Grossesse gémellaire J1 en présentation siège	3	5
Chorioamniotite	1	1,67
Condylome vulvaire	3	5
Echec de l'épreuve du travail par défaut d'engagement	3	5
Echec de l'épreuve du travail par asphyxie fœtale aiguë	2	3,33
Asphyxie fœtale aiguë	15	25
Procidence du cordon 2è degré battant	1	1,67
Utérus bi cicatriciel en travail	1	1,67
Utérus cicatriciel sur bassin limite	5	8,33
Syndrome de pré rupture utérine	1	1,67
Macrosomie fœtale	1	1,67
Total	60	100

Les indications de césarienne chez les adolescentes étaient dominées par l'asphyxie fœtale aiguë avec 25%.

Tableau XVI : Répartition des adolescentes en fonction des complications de la délivrance .

Complications	Effectif	Pourcentage
Rétention placentaire	1	0,5
Aucune	201	99,5
Total	202	100,0

Tableau XXVIII : Répartition des adolescentes selon la survenue de traumatisme fœtal

Traumatisme fœtal	Effectif	Pourcentage
Aucun	201	99,5
Tuméfaction du cou	1	0,5
Total	202	100,0

VII-PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL

Tableau XVII : Répartition des adolescentes en fonction du score d'APGAR à la première minute

Apgar (1mn)	Effectif	Pourcentage
00	5	2,5
3-4	2	1,0
5-7	31	15,3
≥8	164	81,2
TOTAL	202	100

Plus de la majorité des NNés avait un Apgar supérieur à 8 à la première minute.

Tableau XXX : Répartition des adolescentes en fonction du score d'APGAR à la cinquième minute.

Apgar (5mn)	Effectif	Pourcentage
00	6	3,0
5-7	4	2,0
≥8	192	95
Total	202	100,0

La majorité des NNés avait un Apgar supérieur à 8 à la 5^{ème} minute.

Tableau XVIII : Répartition des adolescentes en fonction du poids foetal

Poids(g)	Effectif	Pourcentage
<2500	43	20,9
2500-3999	162	78,6
>4000	1	0,5
Total	206	100,0

Un tiers des NNés était hypotrophes (<2500grs)

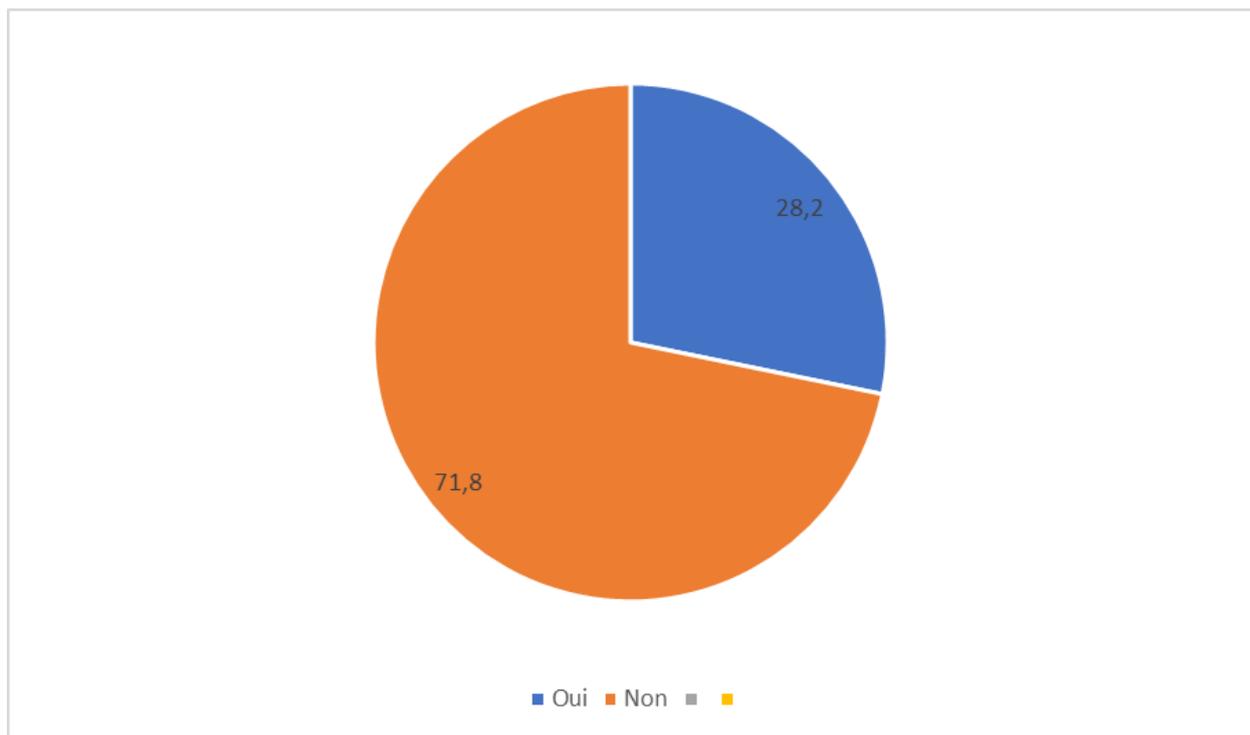


Figure 24 : Répartition des adolescentes en fonction de la référence des nouveau-nés.

Pour les NNés ,28,7% étaient référés en néonatalogie.

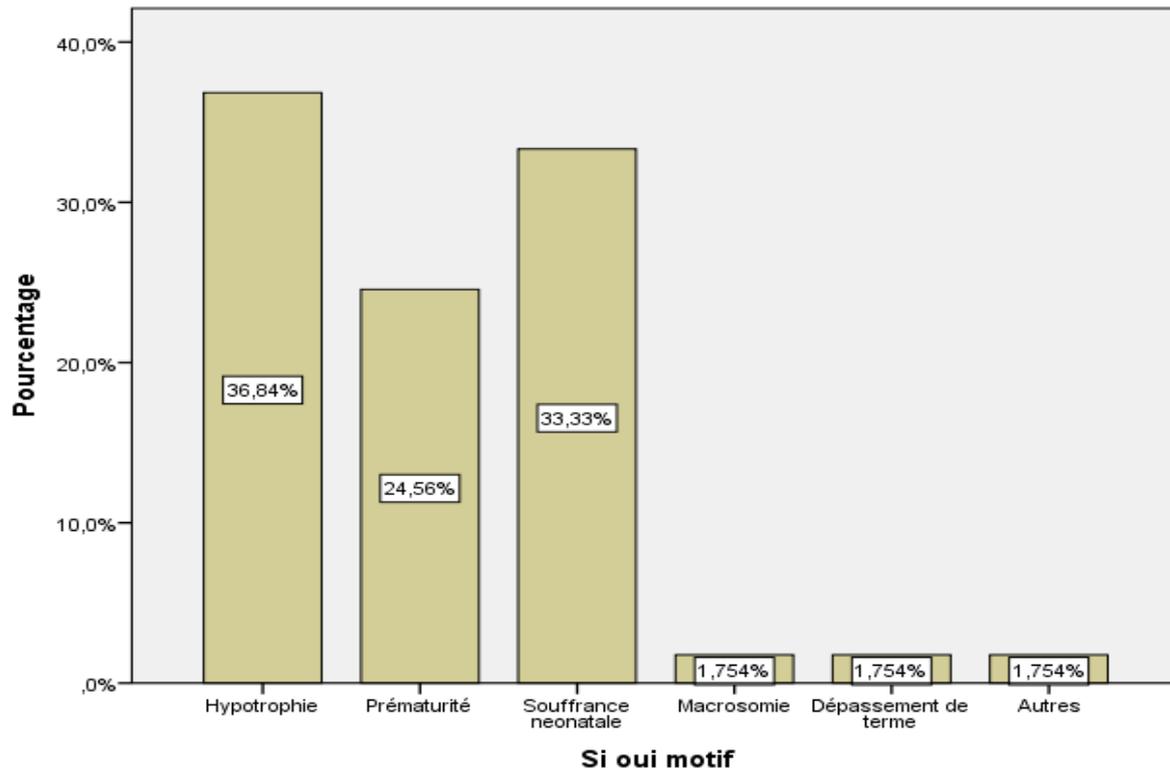


Figure 25 : Répartition des NNés selon les motifs de références.

Les principaux motifs références de NNés étaient l’hypotrophie, la souffrance néonatale et la prématurité.

Tableau XIX : Répartition des adolescentes en fonction du pronostic fœtal

Pronostic fœtal	Effectif	Pourcentage
Décès périnataux	7	3,5
Vivant	195	96,5
Total	202	100

Parmi les adolescentes enquêtées 96,5% avaient des NNés vivant.

***COMMENTAIRES
ET DISCUSSION***

V-Commentaires et discussion

1-Limites 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 parturientes ;

- Le manque de moyen financier de certaines parturientes de faire le suivi prénatal,

2-Fréquence

Durant la période d'étude, il y'a eu 9541 accouchements dont 2542 chez les adolescentes, soit une fréquence de 26,64%.

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 [6].

Nous avons pris la tranche d'âge de 14-19 ans préconisée par l'OMS.

Au Mali, Dicko O [11], Drabo A [15], Dembélé F [28], Dembélé S [29] avaient trouvé respectivement des fréquences d'accouchement chez les adolescentes de 19,61% , 13,31% , 19,2% , 21,72%.

Selon Leke J.I.R [55] l'incidence de la grossesse chez l'adolescente varie entre 5 et 20%. Le taux de naissance chez les adolescentes est beaucoup moins élevé dans les pays développés comme la France avec 0,6%, les USA avec 5,6%, la grande Bretagne avec 2,6% [30]. Cette différence entre les fréquences observées en Afrique et ailleurs dans le Monde pourrait s'expliquer par :

- La fréquence élevée des mariages précoces dans nos pays,
- La faiblesse du niveau d'instruction,
- La faible utilisation de la contraception chez les adolescentes,

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

3- Caractéristiques sociodémographiques :

3-1. Age :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée chez les adolescentes était celle de 18-19 ans avec 63,37%. Au Mali, Dembélé F [28] et Dicko O [11] avaient trouvé respectivement que 55,73% et 55,67% des adolescentes avaient un âge compris entre 18-19 ans.

Dembélé S [29] dans son étude avait trouvé que 80% des adolescentes avaient moins de 18 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le mariage précoce avant 18ans dans notre pays.

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

3-2. Résidence :

La majorité des accouchées résidait dans la commune V du district de Bamako soit une fréquence de 72,3%. Ceci s'explique par la confiance de la population de la commune V et le témoignage de bonnes qualités de service rendu.

3-3. Statut matrimonial :

Le mariage d'enfants définit comme tout mariage d'une personne âgée de moins de dix-huit ans, est une pratique répandue en Afrique de l'ouest. Cette pratique traditionnelle néfaste viole non seulement les droits fondamentaux des filles et des jeunes femmes mais aussi menace également leur santé et leur bien-être [11].

Dans notre série 90,1% des adolescentes étaient mariées. Dembélé F [28], Dembélé S [29], Traore A [31], et Théra T [32] avaient trouvé respectivement 86,98%, 79,2%, 77,3% et 68,7% des adolescentes mariées dans leurs études.

A noter que dans notre série 09,4% des adolescentes étaient célibataires, ceci pourrait s'expliquer par une sexualité précoce. Dembélé S [29] et Traoré B et al [33] avaient rapporté respectivement 20,8%, et 18,3% des adolescentes célibataires.

Dans la série de Prosper K L [34], 81,4% des adolescentes étaient mariées et 18,6% des adolescentes étaient célibataires.

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

En France (Seine-Saint-Denis), Faucher et al [35] avait trouvé 17,7% d'adolescentes mariées et 51,4% d'adolescentes célibataires.

3- 4. Profession :

Dans notre étude les élèves/étudiantes représentaient 28,7% des adolescentes. Dembélé F [28] avait trouvé que les élèves et étudiantes représentaient 26,57% des adolescentes.

Cette fréquence élevée des élèves/étudiantes parmi les adolescentes pourrait s'expliquer par le manque d'éducation sexuelle dans le programme scolaire et les masses média (télévision, radio).

3-5. Niveau d'instruction :

Les études sur la fécondité de l'adolescente affirmaient l'importance de l'instruction comme étant un facteur limitant de cette fécondité précoce. Dans notre étude, nous avons trouvé que 25,2% des adolescentes étaient non scolarisées. Dicko O [11] avait rapporté 39,67% d'adolescentes non scolarisées.

Dembélé S [29] et Traoré B et all [33] avaient rapporté respectivement 69,8% et 69,2% d'adolescentes non scolarisées.

Ce faible taux d'analphabétisme par rapport à Dembélé S [29] 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% [11].

Dans notre étude nous avons constaté que les parturientes ayant un niveau d'étude primaire sont nombreuses chez les adolescentes 23,3%. Par contre 42,6% 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 [11] avait trouvé que 45% et 14% des parturientes adolescentes avaient respectivement le niveau primaire et secondaire. Et Drabo A [15] et Guindo A [36] avaient rapporté respectivement 34,5% et 29% d'adolescentes ayant un niveau d'étude primaire.

3-6. Profession du Conjoint :

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 29,7% des conjoints des adolescentes étaient des ouvriers ; les élèves/étudiants représentaient 2,0% des conjoints chez les adolescentes. Dans la série de Drabo A [15] les élèves/étudiants représentaient 31,8% des conjoints chez les adolescentes.

4. Caractéristique clinique :

4-1. Antécédents obstétricaux :

La majorité des adolescentes étaient à leur première grossesse soit 72,28%.

Parmi les adolescentes 6,93% avaient un ATCD d'avortement.

Guindo A [36] et Dembélé. F [28] avaient trouvé des antécédentes d'avortements chez respectivement 3,07% et 4,69% des adolescentes. En France, Borg. A [37] avait trouvé que 6,5% des adolescentes avaient un antécédent de fausses couches. Ces avortements étaient tous des fausses couches spontanées.

4-2. Mode d'admission :

Les références / évacuations représentaient 28,0% chez les adolescentes. Dembélé. F [28] et Dicko. O [11] avaient trouvé des taux respectifs de 22,92% et 38,55%.

4-3. Motif d'admission :

Le motif d'admission le plus fréquent était les contractions utérines douloureuses avec 71,8% de cas. Les mêmes observations étaient rapportées par Dicko. O [11] avec 91,33% de cas.

4-4. Consultation prénatale :

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

La non-réalisation de CPN était observée chez 6,9% des adolescentes.

Ce résultat est comparable à celui de Traore A [31] qui a trouvé un taux 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.

Au Niger, Diaouga H et al [38] avait trouvé 4,4% d'adolescentes qui n'avaient réalisés aucune consultation prénatale.

Les adolescentes qui avaient réalisé au moins 3 CPN étaient de 57,4%.

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 réalisés au moins 3 consultations prénatales.

Ainsi 3,5% des adolescentes n'avaient pas réalisés de bilans prénatals. Ceci pouvait s'expliquer par le bas niveau économique de ces adolescentes car il s'agissait des femmes ménagères dans 62,4% et élèves/étudiantes dans 28,7% sans emploi n'ayant pas les moyens d'assurer le suivi prénatal.

5. Déroulement de l'accouchement :

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

Dans notre étude les membranes étaient rompues dans 29,2% chez les adolescentes à l'admission. Drabo. A [15] et Diane H [39] avaient rapporté que les membranes étaient rompues à l'admission chez respectivement 19,1% et 77% des adolescentes. Dans la série de Dicko. O [11], 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 été 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.

5-2. Type de présentation :

La présentation céphalique était la plus représentée avec une fréquence de 91,6% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par le respect de la loi d'accommodation chez la majorité de nos gestantes.

5-3. Type de bassin :

Le bassin était normal dans la majorité de cas soit 85,6% chez les adolescentes. Dans la littérature, le taux de bassin normal varie entre 66,3% à 95,7% chez les adolescentes [11, 15, 28, 32]. Le bassin généralement rétréci (BGR) était observé chez 3,5% des adolescentes. Gandonou M.M [40] avait trouvé un taux de 2% de bassin généralement rétrécis chez les adolescentes au Benin ; Dicko. O [11] et Drabo. A [15] avaient rapporté respectivement un taux de BGR de 2% et 4,3% chez les adolescentes.

5-4. Mode d'accouchement :

Les accouchements par voie basse ont représenté 69,80% chez les adolescentes. 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% [5, 11, 28, 41].

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 30,20% de césariennes chez les adolescentes. D'autres études maliennes ont rapporté un taux variable de césarienne. Ainsi Traoré. F avait rapporté [5] 5,2% de cas ; Drabo. A [15] 10,8% de cas ; Traore. A [31] 13,1% ; Dicko. O [11] 15,67% de cas ; Dembélé. F [28] 16,15% ; Traoré B et all [33] 21,4% et Guindo A [36] 32,8%. A Madagascar, Alouinia S et al [43] avaient rapporté 13,72% de césariennes chez les adolescentes.

6. Pronostics maternel et fœtal :

6-1. Indications de la césarienne :

L'asphyxie fœtale aigüe était la cause la plus fréquente de la césarienne soit 24,6% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par l'immaturation du bassin et l'adolescente en elle-même. Le bassin généralement rétréci était impliqué dans 11,5% des césariennes chez les adolescentes. Drabo A [15] et Dicko. O [11] 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 2^e degré battant ; Utérus bi cicatriciel en travail ; Syndrome de pré rupture utérine représentaient les autres indications de césarienne chez les adolescentes.

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

La pré éclampsie sévère, HRP, Chorioamniotite représentaient respectivement les complications pré-partum les plus observées avec respectivement 8,2% ; 1,6% ; 1,6% chez les adolescentes. Les cas d'éclampsies étaient référés dans les CHU dès le diagnostic posé.

Au Niger, Dans l'étude de Diaouga H et al [38] 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 99,5% des adolescentes. Dembélé. S [29] et Dicko. O [11] avaient rapporté 85,8% et 89,5% des suites de couches simples 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.

Dicko. O [11]; Dembélé. F [28] et Dembélé. S [29] avaient rapporté respectivement 6,8% ; 2,08% et 7,5% des déchirures périnéales chez les adolescentes. Notre taux nul par rapport à ces études pourrait s'expliquer par la pratique de l'épisiotomie chez la plupart des primigestes mais aussi à la qualité de la surveillance du travail d'accouchement.

6-3. Décès maternels :

Dans notre série, il n'y avait pas eu de décès maternel chez les adolescentes. Dicko. O [11] et Guindo A [36] avaient rapporté 0,67% et 1,02% de décès maternel chez les adolescentes.

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

Le score d'Apgar à la première minute était compris entre 5 et 7 chez 15,3% des nouveau-nés de mères adolescentes. Dicko. O [11] et Drabo. A [15] en avaient rapporté respectivement 10% et 5%.

Il était ≥ 8 chez 81,2% des NNés et 00 chez 2,5% nouveau-nés. Et le score d'Apgar à la cinquième minute était entre 5 et 7 chez 2% des nouveau-nés de mères adolescentes et 00 chez 3% des nouveau-nés .

6-5. Poids des nouveau-nés : Dans notre série, le faible poids de naissance ($p < 2500g$) était observé chez les adolescentes avec 20,9% de cas. Traoré. F [5] et Théra T [32] avaient rapporté respectivement 13,5% et 26,7% de faible poids de naissance chez les nouveau-nés issus des mères adolescentes. Quant à Dembélé. F [28], le taux de faible poids de naissance était de 10,26 % chez les adolescentes. Le faible poids de naissance peut-être soit des prématurés dont le poids correspond à l'âge gestationnel, soit des hypotrophes dont le poids est inférieur à l'âge gestationnel. Ce petit poids de naissance est préjudiciable pour ces nouveau-nés dont la survie dépend d'un suivi rigoureux par la famille et par les agents de la santé. En outre, les résultats de l'étude multi variée effectuée par Forum. L et Louise. S ne montrent pas d'association significative entre l'âge maternel et

l'accouchement d'un nouveau-né de petit poids. Ce taux élevé de petit poids de naissance chez les adolescentes pourrait s'expliquer par les facteurs sociodémographiques qu'en courent les adolescentes

6-6. Référence des nouveau-nés :

Dans notre série, 28,22% de nouveau-nés issus de mères adolescentes étaient référés à la néonatalogie. Les motifs d'évacuation étaient essentiellement : l'hypotrophie avec 36,84%, la souffrance néonatale avec 33,33% ; la prématurité avec 24,56% ; la macrosomie fœtale avec 1,75%. Dembélé. F [28] avait rapporté un taux de référence de nouveau-nés de 18,97% de cas chez les adolescentes, dans l'étude de Maiga. R [44] ce taux était de 15,9%.

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

Les décès périnataux (mort-né frais, décès néonatal précoce) ont représenté 3,5%. Dicko. O [11] et Dembélé. F [28] avaient rapporté respectivement 5,67% et 3,08% de décès périnataux chez les adolescentes et quant à Dembélé. S [29], le taux de mortalité périnatale était de 5,2%.

***CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS***

CONCLUSION :

Le mariage précoce est une pratique traditionnelle encore ancrée dans certaines communautés du Mali, ce qui expose les adolescentes aux grossesses et accouchements précoces avec leurs contingents de complications comme les dystocies, les prématurités, les mort-nés et souvent des déchirures du col ou du périnée. L'adolescente en temps qu'enfant, qui doit s'occuper de son bébé n'est pas une chose évidente. Il est difficile pour les adolescentes enceintes de poursuivre les études ce qui conduit souvent à des échecs scolaires.

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

Des mesures préventives doivent être adoptées.

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 :

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

***REFERENCE
BIBLIOGRAPHIQUE***

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- 1. OMS.** Journée mondiale de la santé chez l'adolescent : Maternité sans risques : Retarder les naissances, Genève [Enligne], Avril 1998.1-3[Consulte en mars 2020]
- 2. Barabara Shane.** Livre du Planning familial sauve des vies : les adolescentes et la santé en matière de la reproduction. 3^e éd. Washington : Inc Washington DC,1996 : P15-18.
- 3. Yattasaye A.** Accouchement chez les adolescentes à la maternité de CHU Gabriel Touré thèse de médecine Bamako 1998, N°74, 83p.
- 4. UNFPA.** Rapport sur les adolescents et les jeunes : Afrique de l'Ouest et du Centre. 2018 :28-30
- 5. Traoré F :** Conséquences des grossesses précoces en milieu urbain Bamakois. Thèse en médecine 2001-2002. N°103. P35
- 6. Eure, Chineta R, Michael K Lindsay, et William L Graves.** Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital . American journal of obstetrics and gynecology 2002, 186 (5) : P918-920.
- 7. Robin G, Letombe B.** Contraception chez l'adolescente. Trentièmes journées nationales de Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. Paris, 2006: 5-40.
- 8. ANRS, INSERM, INED.** Premiers résultats de l'enquête : Contexte de la sexualité en France. Dossier de presse. 13 mars 2007. P 9-10.
- 9. Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. 89p
- 10. 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.

11. 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

12. UNFPA. Rapport sur les grossesses des adolescentes. Journée mondiale de la population en République Démographique du Congo ; Kinshasa, 11 juillet 2013 ; N°30 : 3-10p

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

14. 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.

15. 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

16-Salomon Owicz S.Le symptôme gynécologique à l'adolescence : le point de vue de l'inconscient.

17. 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

18. Blandine Courbiere, Xavier Carcopino. KB Gynécologique et obstétrique. 5^e édition. Paris : Vernazobres-Grego, 2012, 583p.

19- 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).

20. 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.

- 21. EDS 22. Eyenda Dooh A.C.**La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente : A propos de 464 cas recensés à la maternité Lagune de Cotonou. (Thèse de médecine n°892). Université de Cotonou. Cotonou.2000.
- 23. Fakeye D. Facbule D.**Age and antropometric states of Nigerian's girls at puberty: implication for the Rintroduction of sex education into scolaryschools. Est. Africa J. med. 1990, juillet-sept 9 (3). Pp 226-231.
- 24. Fatoumata T** Etudier la problématique de la grossesse chez l'adolescente dans le District de Bamako. These n° 02M103
- 25. Family Health International.**Network en français. Les adolescents: le coût tragique des avortements à risque. Volume 9 n°1, janvier 1994
- 26. Frish R. E., Reville R.**Height and weight at menarche and hypothesis of menarche . Arch. Dis Child, 1971, 49, 625.
- 27. Kamina P** : anatomie gynécologique et obstétricale. 4eme éd. Paris : Maloine, 1979, 509p.
- Gynécologie, 2013 : 1-6p, 41-897.
- 28. 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
- 29. Dembélé S.** Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de Dioila. Thèse Med Bamako, 2012, N°77. 30-53p
- 30. Daguerre A.** les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne : un phénomène dérangent pour les pouvoirs publics, Journal d'informations sociales, 2010(1) :157 :096-102.
- 31. 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.

- 32. Théra T, Kouma A, Tégouété 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.
- 33. Traore B, Thera T, Kokaina C, Beye SA, Mounkoro N, Teguede I, Traore M, Dolo A.** Accouchement chez les adolescentes à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Ségou au Mali : pronostic obstétrical et néonatal. Méd Afr Noire. 2010; 57 (10).
- 34. 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.
- 35. Faucher et al.** Maternité précoces : profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; MAI 2014 Vol 43, N° 5 page 351360.
- 36. 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
- 37. Borg A.** Grossesse chez les adolescentes : complications obstétricales et fœtales à la maternité régionale universitaire de Nancy. Mémoire Sage-femme 2006-2012. Mise à jour le 14 sept 2018.
- 38. 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.

- 39. Diane H.** L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (Mali). Thèse Médecine 2011, n° 265. 26-49p
- 40. Gandounou M M.** Pronostic de l'accouchement chez l'adolescente dans la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique au CNHU-HKM (Benin). Thèse Médecine Bamako 2012, N° 112. 30-70p
- 41. Soula O, Carles G, Largeaud M, El Guindi W, et Montoya Y.** Grossesse chez les adolescentes de moins de 15ans Etude de 181cas en Guyane française. J. Gynecol Obstet Reprod 2006; 35: 53-61.
- 42. Laghzaoui B, Bouhya S, Bennani O, Hermas S, Soummani A, Aderdour M.** Grossesse et accouchement chez l'adolescente. Maroc Médical 2002, 24 (3) : 181-185.
- 43. Alouinia S et al.** Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret. Journal Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44 (5) : 443-450
- 44. Maiga R.** Accouchement chez l'adolescente à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti, étude cas- témoins. Thèse Médecine 2010, N° 253. 34-67p.
- 45. Dadoorian D.** Grossesses adolescentes. Livre Ramonville Saint-Agne : Editions ; 2007. P136
- 46. Merger R, Jean L, Jean M, Nelly B.** Précis d'obstétrique. 6eme éd. Paris: Masson, 2008.
- 47. Diallo F.B., Diallo Y., Kaba T.** Problèmes posés par la grossesse de l'adolescente à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Ignace Deen de Conakry, la SAGO Conakry, 14-18 décembre 1992 : 189p.
- 48. Thera A.** Cours de médecine. Filière pelvienne. 4^{eme} année médecine. Bamako 2016-2017.

49. B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, livre « Pratique en gynécologie-obstétrique », Elsevier-Masson, 2012.

50. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement 3eme éd. Paris : Masson, 2001, 525 p.

51. Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. Obstétrique pour le praticien. 6ème éd. Paris : Masson 2013, 563 p.

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

53. Bang. 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

54. 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.

55. 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.

56. 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

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Questionnaires (Q)

I. Identité :

Q1=Dossier numéro.....

Q2=nom

prénom.....

Q3=Age:/...../1=14ans, 2=15ans, 3=16ans, 4=17ans, 5=18ans, 6=19ans,

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

Q5=Résidence=/..../1= CV ,2=Hors de la CV

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

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

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

II-Statut socio-économique

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

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

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

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

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

III-Antécédents

A-Gynéco-obstétriques

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

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

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

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

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

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

B-Médicaux

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

Q20=Diabète/..../ 1 = Oui, 2 = Non

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

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

Q22a=Si préciser/...../ oui

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

C-Chirurgicaux

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

Q25=Césarienne/...../1 = Oui, 2 = Non

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

IV-Mode d'admission

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

Q28=Référée/.../1 =Oui, 2= Non

Q29=Evacuée/.../ 1 = Oui, 2 = Non

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

V-Examen d'admission

A-Histoire de la grossesse actuelle

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

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

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

Q33= Agent de santé/..... / 1= IO, 2= SF, 3= Médecin généralité, 4= G.O, 5= Matrone

Q34=Terme de la grossesse à l'admission/...../1 =à terme, 2 =avant terme, 3 =post terme

Q35=Bilan sanguin /.../1=Oui 2=Non

Q35a= Si oui préciser

Q36=Echographie obstétricale/...../1=Oui 2=Non

Q37=Supplémentation en fer /...../1=Oui 2=Non

Q38=Vaccination antitétanique/...../1=Oui 2=Non

Q39=Prophylaxie anti palustre/...../1=Oui 2=Non

Q40=MII/...../1=Oui 2=Non

B-Examen général

Q41=Etat general/...../1=bon 2=passable 3=mauvais

Q42=Conjonctives /.../1 = pales, 2 = colorées 3=moyennement colorées

Q43=Taille /.../ 1 = <1,5m, 2 = >1,5m

Q44=Tension artérielle :.....mmhg

Q45=Poids :.....kg

C-Examen obstétrical

Q46=HU/.../ 1= <32cm, 2 = 32-35cm, 3 = >=36cm

Q47=BDCF/.../ 1=absents, 2= normaux, 3= anormaux

Q48=Contractions utérines/...../1= Oui, 2= Non

Q49=Hémorragies/.../ 1=oui, 2=non

Q50=Etat du col /.../ 1=non modifié, 2=court, 3=dilaté

Q50a=Si dilaté/...../1= <3, 2=3-5, 3=5-8

Q51=Poche des eaux/.../1= rompue, 2= intacte

Q51a=Si rompue, aspect du liquide amniotique/...../1= clair, 2= verdâtre, 3=rouge, 4= chocolat, 5= jaune, 6= autres

Q52=Présentation/...../ 1=céphalique, 2=siège, 3=autres

Q53=Bassin/...../ 1= normal

, 2=asymétrique, 3= BGR, 5= bassin limite, 6= autres

VI-Déroulement de l'accouchement

Q54=Voie d'accouchement/...../ 1= voie basse, 2=césarienne

Q54a=Si voie basse /... / 1= accouchement normal, 2= accouchement par ventouse, 3= autres à préciser :.....

Q54b= Si césarienne ; Indications

Q54c=Si césarienne ; gestes associés/...../1= ligature, 2=hystérectomie, 3=laparotomie pour hystérorraphie, 4= aucun, 5=autres à préciser

Q55=Complications traumatiques/...../1=aucune ,2=déchirure vulvo-vaginale 3=déchirure vaginale, 4=rupture utérine, 5= déchirure du col, 6=accidents urinaires, 7= relâchement symphysaire, 8= autres à préciser :.....

Q56=Complications de la délivrance/...../1= rétention placentaire, 2=aucune, 3=atonie utérine, 4=coagulopathie, 5= inversion utérine,

Q57=Traumatisme foetal/...../1=aucun, 2=fracture de l'épaule, 3=fracture du membre inférieur, 4=traumatisme crânien, 5=autres à préciser :.....

VII-Pronostic materno-fœtal

A-Pronostic maternel

Q58=Morbidité/...../ 1=Aucun, 2=déchirure périnéale, 3=déchirure du col, 4=Fistule vésico-vaginale, 5= relâchement symphysaire, 6=autres.

Q59=Décès maternel/...../ 1=oui, 2=non

Q59a=Si oui cause/...../1=hémorragie du post partum, 2=HTA, 3=autres

B-Pronostic foetal

Q60=Apgar à la première minute/...../1=0, 2=3-4, 3=5-7, 4= □8

Q60a=**Apgar à la cinquième minute**/..../ 1=0, 2=3-4, 3= 5-7, 4=□8

Q61=Poids/...../ 1= <2500g, 2=2500-3999g, 3= □4000g

Q62=Sexe/...../ 1=F, 2= M

Q63=Référé en néonatalogie/...../ 1= Oui, 2= Non

Q63a=Si oui motif/...../1=hypotrophie, 2=prématuré, 3=souffrance néonatale, 4=Mère diabétique, 5= macrosomie,6=systématique, 7= dépassement de terme, 8= CPN=0, 9= Mère drépanocytaire, 10=Mère hypertendue, 11=autres

Q64=Pronostic foetal/...../1=mort-né, 2= décès périnatal, 3= vivant

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : WAMBE

Titre de la thèse : PROBLEMATIQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES DANS LE CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO

Année Universitaire : 2021-2022

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, santé publique.

Résumé :

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

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence et d'évaluer le pronostic maternel et périnatal lors de l'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive de 12 mois, allant de 1^{er} janvier 2020 au 31 Décembre 2020 concernant les adolescentes de 14-19ans ayant une grossesse âgée d'au moins 28SA. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 21.

Résultats : Durant la période d'étude 2542 adolescentes avaient accouché au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako sur 9541 accouchements soit une fréquence de 26,64%. Les adolescentes célibataires représentaient 9,4%. Les grossesses non désirées 9,41%, la non-réalisation de CPN 6,9%, les accouchements prématurés 24,56%, l'hypotrophie 36,84%, souffrance

foétale 33,33%, césarienne 30,20%, Pré-éclampsie 8,2%, décès maternel 00% se sont révélés significativement plus élevés chez les adolescentes.

Conclusion : l'accouchement chez les adolescentes, comparativement à celui de femmes adultes, reste souvent associé à des risques materno-foetaux et périnataux au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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 !