

Nom : COULIBALY

Prénom : Bintou

Titre de la thèse:

Etude de la gravido-puerpéralité chez les adolescentes à la maternité de l'hôpital national du Point G (à propos de 239 cas)

Année : 1992 - 1993

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Ecole Nationale de Médecine et de pharmacie

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

RESUME :

Notre étude est rétrospective, elle s'est déroulée à la maternité de l'hôpital national du Point G du 1er janvier 1991 au 31 décembre 1992.

Cette étude a permis de trouver que les adolescentes représentaient 12,30% des parturientes de la maternité.

Elle nous a permis de savoir aussi que le taux d'analphabétisme était très élevé chez les adolescentes soit 91,21%, que le mariage précoce existe encore dans notre pays soit 62,72% des adolescentes sont mariées, que les adolescentes fréquentent moins les consultations prénatales soit 48,54% des adolescentes n'ont fait aucune consultation prénatale, que l'indication la plus couramment rencontrée chez les adolescentes est d'ordre mécanique soit 8,78% de bassin généralement retréci.

Cette étude nous a permis également de savoir que les foetus nés de ces adolescentes sont dans la majorité des cas bien portant, 68,5% des cas; et que 53,13% des foetus avaient un poids supérieur ou égal à 2500 grammes.

Mots-clés : adolescentes, grossesse, scolarisation.

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992 - 1993**

LISTE DES PROFESSEURS

Professeur	ISSA	TRAORE	Doyen
Professeur	BOUBACAR S.	CISSE	Premier Assesseur
Professeur	AMADOU	DOLO	Deuxième Assesseur
Monsieur	BERNARD	CHANFREAU	Conseiller Technique
Professeur	BAKARY M.	CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur	ABDEL KARIM KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Professeur	MAMADOU LAMINE TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur	ALIOU BAH	Ophtalmologie
Professeur	BOCAR SALL	Ortho. Traumat. Secourisme
Professeur	SAMBOU SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	ABDOU ALASSANE TOURE	Ortho-Traumat
Professeur	AMADOU DOLO	Gynéco-Obstétrique
Professeur	DJIBRIL SANGARE	Chirurgie Générale

2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Madame SY AIDA SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur	KALILOU OUATTARA	Urologie
Docteur	MAMADOU L. DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur	SALIF DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Docteur	ABDOULAYE DIALLO	Ophtalmologie
Docteur	ALHOUSSEINI AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur	Mme DIANE FANTA DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur	ABDOULAYE DIALLO	Anesth.-Réanimation
Docteur	SIDI YAYA TOURE	Anesth.-Réanimation
Docteur	GANGALY DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur	SEKOU SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Docteur	A.K.TRAORE DIT DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur	BREHIMA KOUMARE	Microbiologie
Professeur	SINE BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur	GAOUSSOU KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur	YAYA FOFANA	Hématologie
Professeur	OGOBARA DOUMBO	Parasitologie

2 DOCTEURS D'ETAT

Professeur	YEYA TIEMOKO TOURE	Biologie
Professeur	AMADOU DIALLO	Chef DER Sciences Fond.
Professeur	YENIMEGUE A. DEMBELE	Chimie Organique

3 DOCTEURS 3ème CYCLE

Professeur	MOUSSA HARAMA	Chimie Organique
Professeur	MASSA SANOGO	Chimie Analytique
Professeur	BAKARY M. CISSE	Biochimie
Professeur	MAHAMADOU CISSE	Biologie
Professeur	SEKOU F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Professeur	ABDOULAYE DABO	Malacologie, Biolo.anima.
Professeur	N'YENIGUE S. KOITA	Chimie organique

4 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	ABDERHAMANE S. MAIGA	Parasitologie
Docteur	ANATOLE TOUNKARA	Immunologie
Docteur	AMADOU TOURE	Histo-Embryologie

5 MAITRES ASSISTANTS

Docteur	ABDRAMANE TOUNKARA	Biochimie
Docteur	FLABOU BOUGOUDO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur	ABDOULAYE AG RHALY	CHEF D E R Médecine
Professeur	SOULEYMANE SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Professeur	ALY GUINDO	Gastro-Enterologie
Professeur	MAMADOU K. TOURE	Cardiologie
Professeur	MAHAMANE MAIGA	Néphrologie
Professeur	ALI NOUHOUM DIALLO	Médecine Interne
Professeur	BABA KOUMARE	Psychiatrie
Professeur	MOUSSA TRAORE	Neurologie
Professeur	ISSA TRAORE	Radiologie
Professeur	MAMADOU M. KEITA	Pédiatrie
Professeur	ERIC PICHARD	Médecine Interne
Professeur	TOUMANI SIDIBE	Pédiatrie

2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	ABDEL KADER TRAORE	Médecine Interne
Docteur	MOUSSA Y. MAIGA	Gastro-Enterologie
Docteur	BALLA COULIBALY	Pédiatrie
Docteur	BOUBACAR DIALLO	Cardiologie
Docteur	DAPA ALI DIALLO	Hémato.Médec. Interne
Docteur	SOMITA KEITA	Dermato-Leprologie
Docteur	BAH KEITA	Pneumo-phtisiologie
Docteur	HAMAR A. TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur	BOUBACAR CISSE	Toxicologie
Professeur	AROUNA KEITA	Matière Médicale

2 MAITRES ASSISTANTS

Docteur	BOULKASSOUM HAIDARA	Législ. Gest.Pharm.
Docteur	ELIMANE MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur	OUSMANE DOUMBIA	Chef D E R SCESPHARM.
Docteur	DRISSA DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur	SIDI YAYA SIMAGA	Santé Publique (Chef D.E.R)
Professeur	MOUSSA A. MAIGA	Santé Publique
Docteur	HUBERT BALLIQUE	Maître de Conférence

2 ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	JEAN MICHEL MOURILLE	Santé Publique
Docteur	BOCAR G. TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur	MME CISSE A. GAKOU	Galénique
Professeur	N'GOLO DIARRA	Botanique
Professeur	BOUBA DIARRA	Bactériologie
Professeur	SALIKOU SANOGO	Physique
Professeur	DAOUDA DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur	BAKARY I. SACKO	Biochimie
Professeur	YORO DIAKITE	Maths
Professeur	SIDIKI DIABATE	Bibliographie
Docteur	ALIOU KEITA	Galénique
Docteur	BOUBACAR KANTE	Galénique
Docteur	SOULEYMANE GUINDO	Gestion
Madame	SIRA DEMBELE	Maths
Monsieur	MODIBO DIARRA	Nutrition
Madame	MAIGA FATOUMATA SOKONA	Hygiène du Milieu

ASSISTANTS

Docteur	NOUHOUM ONGOIBA	Chirurgie
Docteur	SAHARE FONGORO	Néphrologie
Docteur	BAKOROBA COULIBALY	Psychiatrie
Docteur	BENOIT KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur	ABABACAR I. MAIGA	Toxicologie
Docteur	MAMADOU DEMBELE	Médecine Interne
Docteur	SADIO YENA	Chirurgie Générale
Docteur	IBRAHIM ALWATA	Ortho-traumatologie
Docteur	ADAMA D. KEITA	Radiologie
Docteur	TATIANA KEITA	Pédiatrie
Docteur	MASSAMBOU SACKO	Santé Publique

C.E.S

Docteur	GEORGES YAYA (CENTRAFRIQUE)	Ophtalmologie
Docteur	ABDOU ISSA (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur	AMADOU DIALLO (SENEGAL)	Ophtalmologie
Docteur	ASKIA MOHAMED (NIGER)	Ophtalmologie
Docteur	OUMAR BORE	Ophtalmologie
Docteur	N'DJIKAM JONAS (CAMEROUN)	Ophtalmologie
Docteur	DEZOUNBE DJORO (TCHAD)	Ophtalmologie
Docteur	ABOUBACRINE A. MAIGA	Santé Publique
Docteur	DABABOU SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur	MAHAMANE TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur	MOHAMED AG BENDECH	Santé Publique
Docteur	MAMADOU MAIGA	Dermatologie
Docteur	TONGO DOUMBIA	Chirurgie Générale
Docteur	SALIMATA KONATE	Ophtalmologie
Docteur	LAMINE TRAORE	Ophtalmologie
Docteur	OUSMANE C. FAYE	Dermatologie
Docteur	MME N'DIAYE HAWA THIAM	Dermatologie
Docteur	IDRISSA A. CISSE	Dermatologie
Docteur	AKORY AG IKNANE	Santé Publique
Docteur	HAMADOUN SANGHO	Santé Publique
Docteur	MAHAMADOU MAIGA	Santé Publique
Docteur	ADAMA DIAWARA	Santé Publique
Docteur	MAHAMADOU THERA	Santé Publique
Docteur	NKOK LUC LOIS (CAMEROUN)	Ophtalmologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur	P. HAVLCK	Biophysique
Professeur	F. ROUX	Biophysique
Professeur	G. FARNARIER	Physiologie
Professeur	G. GRAS	Hydrologie
Professeur	E.A. YAPO	Biochimie
Professeur	BABACAR FAYE	Pharmacodynamie
Professeur	MAMADOU BADIANE	Pharmacie Chimique
Professeur	ISSA LO	Législation

PERSONNES RESSOURCES

Docteur	MADANI TOURE	H.G.T
Docteur	TAHIROU BAH	H.G.T
Docteur	AMADOU MARIKO	H.G.T
Docteur	BADI KEITA	H.P.G
Docteur	ANTOINE NIANTAO	H.G.T
Docteur	KASSIM SANOGO	H.G.T
Docteur	YEYA I. MAIGA	I.N.R.S.P
Docteur	CHOMPERE KONE	I.N.R.S.P
Docteur	BA MARIE P. DIALLO	I.N.R.S.P
Docteur	ALMAHDY DICKO	H.G.T
Docteur	MOHAMED TRAORE	Kati
Docteur	ARKIA DIALLO	D.S.F
Docteur	REZNIKOFF	IOTA
Docteur	TRAORE J. THOMAS	IOTA
Docteur	P. BOBIN	I. Marchoux
Docteur	A. DELAYE	H.P.G
Docteur	N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur	HAMIDOU B. SACKO	H.G.T

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL

A la mémoire de mon père et de ma mère.

Vous qui avez tant fait pour nous mais qui n'êtes pas là aujourd'hui pour jouir du fruit de votre labeur

Paix à votre âme

Dormez en paix très chers parents

A mes très chères grandes soeurs Hawa et Halima vous êtes pour nous plus que des soeurs. Veuillez trouver à travers ce modeste travail, la récompense de vos sacrifices pour votre binjamine. Profonde affection.

A mon ami Elie. M. BANKINEZA

En témoignage de mon amour.

Ce travail est le tien.

A ma petite soeur Aïssata COULIBALY.

En souvenir des grands moments d'affection et d'euphorie qui nous ont lié.

Puisse toi et ton gentil mari trouver ici mes meilleurs sentiments.

A mon amie Fatoumata BADADERE

Douloureusement arrachée à mon affection

Puisse ce travail témoigne d'une grande affection qui ne faiblira jamais.

A mon neveu Salah WAGUE

Pour tous les moments de joie et de peine que nous avons passé ensemble.

Nous voilà tous les deux au bout du tunnel l'espoir de la réussite nous stimulait.

Toute mon affection.

A Monsieur Emile DACKOUA

Vous nous avez accueilli dans votre maison.

Vous n'avez jamais cessé de nous encourager dans la poursuite de nos études.

Votre soutien moral et matériel ne nous ont jamais fait défaut.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A Monsieur Souleymane CAMARA

Auprès de vous nous avons appris l'assiduité dans les études et l'amour du travail bien fait.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur Grégoire DACKOUA et son épouse Thérèse COULIBALY.

Pour votre soutien moral et constant.

Profonde reconnaissance.

A ma soeur Fatoumata GUINDO et son époux Abdramane GUINDO.

Pour n'avoir jamais cessé de me témoigner votre affection.

Ce modeste ouvrage vous appartient.

A ma tante Bintou et sa Famille.

Toute mon affection profonde.

A mes tantes Fanta KANSSAYE et Houssounatou TRAORE

Profonde affection

A tous mes frères et soeurs.

Meilleurs sentiments fraternels.

A tous mes cousins et cousines.

Profond attachement.

A Monsieur SANOGO Issa

En souvenir des grands moments d'affection qui nous ont lié

Puisse tes charmantes épouses et tes enfants trouvent ici mes sentiments sincères.

A Daniël GIFONDORWA

Pour vos encouragements.

Sincères remerciements.

A tous mes neveux et nièces

Retenez que l'homme n'est que le fruit de ce qu'il a fait. Courage, le parcours est assez long. je vous aime tous.

A Monsieur K. KONATE et ses collaborateurs Issa GUINDO et DIOP Salif

Vous qui m'avez aidé à la réalisation de cet ouvrage malgré vos multiples occupations.

Puisse ce modeste travail témoigne d'une grande reconnaissance et profonde gratitude.

A Madame DOLO Aïssata DIALLO

Pour votre soutien moral et matériel

Profond attachement.

Au Dr Sidi Lamine TOGORA

Vous m'avez donné l'amour pour la gynéco-obstétrique

Trouvez à travers ce modeste travail ma profonde affection.

A Raki TRAORE et Coumbel BOCOUM

Vous êtes mes amies de toujours.

Cette grande amitié a résisté malgré nos différentes destinées.

Ce modeste travail est le votre.

Tendresse.

A Aminata BALLO et son gentil mari

Ce long parcours riche en souvenirs m'a permis de trouver en vous une amie sincère et une soeur.

Ce modeste travail est le vôtre

Heureux ménage.

A Djénèba Daffa KEITA, Angèle Eugénie AGOUA et Aïcha GUINDO

Que de nuits blanches, hantées toutes par l'espoir de la réussite

Toute mon affection profonde
Au Comité sportif et à toutes les basketteuses de l'ENMP.

Profond attachement.

Mes remerciements vont:

Au corps professoral de l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

A tout le personnel du service de Gynéco-Obstétrique de l'Hôpital national du Point G.

- Au Dr Mamadou TRAORE, assistant chef de clinique

Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos hautes qualités professionnelles. Nous vous prions d'accepter nos vifs remerciements pour l'encadrement durant notre internat.

- Au Dr Moustapha TOURE.

Vous nous avez aidé dans la réalisation de ce travail.

Votre simplicité, vos qualités humaines et professionnelles font de vous un médecin admirable. Trouvez ici l'expression de nos sentiments respectueux.

- Au Dr Bady KEITA.

Sincères remerciements

- Au Major Amadou DIALLO

Votre contribution à notre formation a été très importante. Soyez-en très vivement remercié.

- A toutes les Sages-femmes de la Maternité du Point G

Vous avez mis votre dynamisme, votre compétence et votre chaleur humaine au service des stagiaires.

Soyez-en vivement remercié.

A tous mes collègues d'internat

Sincères remerciements.

A tous les étudiants de la promotion 1985-1992.

En souvenir des moments de joie, d'inquiétude et de nuits blanches que nous avons eu à passer ensemble.

Profond attachement.

Au Dr Abdoulaye DIALLO et son service

Pour toute la patience que vous avez eu pour nous.

Sincères remerciements.

A tout ce qui de loin ou de près ont contribué à la réalisation de cet ouvrage.

Du fond du coeur, nous exprimons nos vifs remerciements et nous leur demandons de bien vouloir trouver ici la manifestation de notre sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le professeur Sidi Yaya SIMAGA

- Professeur agrégé de santé publique
- Chef du DER de santé publique à l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury

Nous avons bénéficié de votre enseignement tout le long de notre cycle.

Vous avez toujours su rendre vos cours passionnant et persuasifs.

C'est pour nous l'occasion de revivre les brefs et agréables moments passés avec vous.

Puisse ce travail être l'occasion de vous exprimer notre grande sympathie et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Amadou DOLO

- Deuxième assesseur à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
- Professeur agrégé à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali
- Chef du service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point G.

Vous êtes l'inspirateur de ce travail

Aucune expression ne saurait définir nos sentiments après ces années de contact et de travail. Maître de rigueur, mais une rigueur éducative et surtout maître indulgent d'une disponibilité si peu commune. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite.

Vous constituer pour nous un modèle de courtoisie, de simplicité et surtout de cordialité. Pour ce qui est de votre compétence des voix mieux placées que la notre en ont fait échos. Nous nous excusons si durant notre séjour dans votre service, notre comportement aurait été incommode. Ayez l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE DR MME SY AÏDA SOW

- Docteur en gynéco-obstétrique
- Assistante chef de clinique
- Maître de conférence

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de siéger dans notre jury de thèse. Cela témoigne de votre constante disponibilité, de votre grande simplicité et de l'intérêt que vous portez toujours à la formation de vos étudiants. Au cours de nos études, nous avons pu mesurer l'étendu de votre savoir, votre sagesse et votre délicatesse qui resteront à jamais un exemple pour nous. Nous avons le plus grand estime pour vos qualités aussi bien humanitaires que professionnelles.

Permettez-nous de vous exprimer ici, toute notre reconnaissance, notre considération et très sincère attachement.

A NOTRE MAÎTRE MME DOUCOURE ARKIA DIALLO

Directrice de la Division Santé Familiale du Mali

Vous avez accepté de siéger dans notre jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous ne pouvons qu'en être fier, quand on sait vos hautes qualités de médecin et votre sérieux dans le travail. Tout en promettant de suivre votre exemple, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

CHAPITRE I : INTRODUCTION ET OBJECTIFS	
1 - Objectif général	
2 - Les objectifs spécifiques sont :	
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	
1) - Cadre d'étude	
2) - Le matériel	
3) - Echantillon	
a) - Critères d'inclusion	
b) - Critères d'exclusions	
CHAPITRE III : RAPPELS	
A) - Anatomie du canal pelvi-génital de la femme	
I) - Le bassin :	
1) - Variantes morphologiques	
a) - Le bassin commun	
b) - Le bassin rond	
c) - Le bassin plat	
d) - Le bassin ovale	
e) - Le bassin triangulaire	
2) - Les deux moitiés de la symphyse pubienne	
3) - Les symphyses sacro-iliaques	
4) - L'articulation sacro-coccygienne	
II) - Diaphragme pelvi-perinéal	
III) - Rappel sur l'accouchement normal	
1) - Définition	
2) - L'évolution de l'accouchement	
B) - Des conséquences socio-psychologiques et économiques de la gravido-puerperalité chez l'adolescente	
CHAPITRE IV : RESULTATS	
I - Résultats globaux	
II - Résultats descriptifs	
III - Résultats analytiques	
IV - Résumés cliniques des cas qui ont subi l'hystérectomie	

CHAPITRE V : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
A) - Aspects épidémiologiques	
1) - Fréquence et âge	
2) - Conditions socio-économiques	
a) - L'ethnie :	
b) - Le niveau d'instruction	
c) - La situation matrimoniale	
d) - Le partenaire	
B - Particularités obstétricales	
a) - Provenance	
b) - Consultations prénatales	
c) - Issue de la grossesse	
d) - Taille de la mère	
C) - Variables portant sur le nouveau-né	
a) - Etat du nouveau né à la naissance	
b) - Poids du nouveau né à la naissance	
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	
BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES	

ABREVIATIONS

- 1 - BGR: Bassin généralement rétréci
- 2 - FVV: Fistule vésico-vaginale
- 3 - DFP: Disproportion foeto-pelvienne
- 4 - PO : Poche des eaux
- 5 - DIU: Dispositif intra-utérin
- 6 - CP : Consultation prénatale
- 7 - ACC: Accouchement
- 8 - HRP: Hématome retro-placentaire
- 9 - AMPPF: Association malienne pour la promotion et la protection de famille

CHAPITRE I
INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Les adolescents considérés depuis longtemps comme un groupe distinct dans les sociétés industrialisées commencent depuis quelques années seulement dans les pays en développement à s'affirmer en tant que groupe, à mi-chemin entre l'enfance et l'âge adulte. Il n'existe pas une définition universelle pour l'adolescence.

Pour le petit Larousse c'est un groupe à mi-chemin entre l'enfance et l'âge adulte.

Pour l'organisation mondiale de la santé est considérée comme adolescente une fille d'âge compris entre 10 et 19 ans. Elle définit cette période comme celle au cours de laquelle:

- l'individu progresse du stade de l'apparition initiale des caractères sexuels secondaires jusqu'à celui de la maturité sexuelle;

- Les processus psychologiques et modes d'identification de l'individu évoluent, de ceux qui sont propres à un enfant, à ceux qui caractérisent un adulte.

- L'individu passe de l'état de dépendance sociale et économique totale à celui d'indépendance relative (36). Il s'agit alors d'un individu en maturation tant sur le plan physique, qu'en ce qui concerne son insertion harmonieuse dans son milieu.

Dans notre étude, nous avons fait le choix de fixer cette limite à 17 ans. Ceci en tenant compte de l'aspect juridique du problème au Mali (où la législation interdit le mariage avant 18 ans, le considérant comme un crime avant 15 ans et ne l'autorisant entre 15 et 17 ans qu'avec le consentement express des parents) et nous situe dans la moyenne des limites d'âge admises (code du mariage) (30).

Selon les estimations des Nations-Unies, les 936 Millions d'adolescents dans le monde en 1980 représentent presque 1/5 de la population mondiale (36).

Les adolescentes sont sexuellement actives et apparemment n'ont pas accès aux méthodes de contraception comme l'atteste les statistiques recueillies par l'AMPPF en 1990.

Enceinte, l'adolescente est confrontée du fait de la précocité de cette grossesse à des risques majorés à tous les stades évolutifs du cycle gravido-puerperal, cette période allant du début de la grossesse jusqu'au retour des couches en passant par l'accouchement. Le risque est potentialisé selon que la grossesse survient dans un cadre social accepté (mariage précoce), ou rejeté (célibat) par la famille et la société.

Pratiquement 15 Millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant chaque année (23).

Selon les registres des formations sanitaires de l'AMPPF à Bamako on constate :

- qu'à l'Hôpital Gabriel Touré 16% des accouchements intéresseraient les filles mères âgées de 11 à 18 ans
- Banconi 22% de 14 à 18 ans
- Sogoniko 23% de 12 à 20 ans.

Ainsi la grossesse des adolescentes, phénomène relativement ancien, suscite encore de nos jours un intérêt particulier du fait des problèmes qu'il engendre tant sur le plan médico-biologique que socio-affectif dans nos différents pays.

Dans nos sociétés traditionnelles, où des cérémonies rituelles de socialisation d'éducation, sont périodiquement organisées, les adolescentes obéissent aux normes établies par la société. Dans ce contexte, la grossesse des adolescentes est culturellement acceptée et encouragée par la société.

Cependant les relations qu'entretenaient traditionnellement l'adolescente avec la famille et le reste de la société ont pratiquement disparu.

Dès lors, le contexte psychologique et social de grossesse de l'adolescente revêt un tout autre aspect. Quelque soit le contexte, la grossesse de l'adolescente peut avoir des conséquences fâcheuses pour la jeune mère en pleine mutation et pour son enfant s'il vient au monde.

La grossesse est un facteur de risque pour les jeunes femmes de moins de 18 ans mariées ou non.

Les risques de mortinatalité, de prématurité et d'insuffisance pondérale demeurent élevés chez les jeunes mères de moins de 16 ans (6).

Au Mali quelques études ont été faites dans ce domaine.

- Maïga. B et collaborateurs (30) ont fait une étude rétrospective sur les adolescentes à Bamako dans les Communes V et VI. Il en ressort de cette étude que 10,43% des parturientes était des adolescentes d'âge compris entre 15 et 17 ans. Ils ont étudié les aspects épidémiologiques et conséquences de la grossesse chez l'adolescente.

A Dakar en 1990 Diadhiou. F et collaborateurs, ont publié des travaux sur la fécondité de l'adolescente.

Au cours de ces travaux, quatre auteurs issus tous des pays du sahel mettent en évidence les drames socio-sanitaires qui résultent d'une maternité précoce chez cet individu à la recherche de sa personnalité (7).

La même année Bâ Gueye publie un article sur les risques qu'une grossesse d'adolescente peut engendrer. Ces auteurs ont défini les principales causes de décès maternel, le profil épidémiologique et obstétrical de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente.

Ainsi en 1983 Herbert L. Freidman et collaborateurs se sont intéressés à l'étude des aspects médico-sanitaires mais surtout sociologiques de la reproduction chez les adolescentes.

Dans cette étude les auteurs nous relatent les différents problèmes sociologiques que l'adolescente rencontre tout le long de cette étape de sa vie. Il en ressort aussi des complications et conséquences qu'une grossesse précoce peut engendrer dans la vie de l'adolescente à court et à long terme (7).

- Au cours d'un séminaire international organisé en Décembre 1985 à Lomé au Togo par l'URD en collaboration avec le CRDI et la Fondation Ford, les participants venus des différents pays d'Afrique, des Etats-Unis, de la France et du Canada, ont comparé leurs expériences à celles de l'Afrique dans ce domaine (47).

Si la fécondité des adolescentes revêt un aspect important aux Etats-Unis d'Amérique, elle ne se présente pas de la même façon en Afrique car la grossesse des adolescentes aux Etats-Unis se rencontre dans certains milieux démunis (47).

- VINATIER en France trouve en 1984 une fréquence de 0,67% de survenue de grossesse chez les adolescentes de moins de 18 ans et 0,03% pour celles de moins de 15 ans (48).

L'expérience Canadienne en matière de fécondité des adolescentes a quelques similitudes avec celles de l'Afrique (47). Il a été alors constaté que dans ce domaine que :

- les données fiables font défaut
- les conséquences de la fécondité des adolescentes touchent les domaines variés : sanitaire, démographique, scolaire, éducatif, sociologique et économique.

Nous constatons donc que les informations de base sur ce groupe particulier manquent, alors qu'il représente une proportion importante de la population en particulier dans les pays d'Afrique.

De tout ce qui précède, nous constatons que :

- les études sur les adolescentes, surtout dans nos pays en développement manquent, alors qu'elles représentent une proportion importante de la population.

Les adolescentes au cours de leur grossesse sont exposées à des risques morbides et même mortels aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Ce sont ces raisons qui justifient le choix de notre sujet. Face à ces divers problèmes nos objectifs visés sont les suivants.

1 - Objectif général

Etudier la gravido-puerperalité chez l'adolescente.

2 - Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Déterminer la fréquence de l'association grossesse et adolescence ;
- 2) Déterminer les risques que courent l'adolescente au cours de la grossesse et de l'accouchement ;
- 3) Déterminer les caractéristiques épidémiologiques de cette association dans notre milieu ;
- 4) Déterminer les complications et les séquelles de cette association ;
- 5) suggérer quelques recommandations pouvant améliorer la situation.

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

1) Cadre d'étude

Ce travail a été réalisé à la maternité de l'hôpital national du Point G; centre de référence ultime dont la triple vocation de soins, de recherche et d'enseignement en fait une unité dynamique.

La 1ère pierre de l'Hôpital national du Point G a été posée en 1906. Mais l'hôpital n'a été fonctionnel qu'à partir de 1912 ainsi que la maternité. De 1912 à 1980 la maternité a été supervisée par les chirurgiens chefs de l'hôpital.

De 1912 à 1975 la maternité occupait l'actuel bâtiment de la médecine B. C'est en 1976 que la maternité a été transférée dans l'actuel bâtiment qu'elle occupe.

De 1980 à 1989 le service a été tenu par des chirurgiens expatriés faisant fonction de gynécologue (Colomar, Philipe, Jarrot, Stener).

De 1989 à 1990 le Docteur Bady KEITA a assuré l'intérim après le départ des chirurgiens expatriés.

C'est en 1991 que le service a eu comme chef un gynécologue malien le Professeur Amadou DOLO.

Actuellement la maternité compte :

- 4 médecins tous spécialisés en gynéco-obstétrique ;
- 13 sages-femmes dont 1 sage-femme maîtresse, 2 sages-femmes jouant le rôle de secrétaire ;
- 1 infirmier major
- 1 infirmière
- 2 aide-soignantes
- 3 garçons de salle.

2) Le matériel

Notre étude est rétrospective. Elle s'est étendue sur une période allant du 1er Janvier 1991 au 31 Décembre 1992. Cette étude a commencé par l'élaboration d'un questionnaire d'enquête. Ce questionnaire a comporté sur les facteurs socio-démographique et sur la grossesse depuis la consultation prénatale jusqu'aux suites du post-partum en passant par le mode d'accouchement. L'Elaboration du questionnaire a été suivie par la collecte des données.

Nous nous sommes servi à cet effet des documents suivants:

- dossiers des femmes venues accoucher ;
- registres de consultations gynécologiques ;
- registres de consultations prénatales ;
- registres de malades opérées hospitalisées.

3) Echantillon

La population étudiée est celle d'adolescentes âgées de 13 à 17 ans, venues de Bamako, de la banlieue de Bamako et des zones qui évacuent sur la maternité de l'hôpital national du Point G.

a) Critères d'inclusion

- adolescentes âgées de 13 à 17 ans lors de l'accouchement
- adolescentes en état de grossesse ayant accouché dans le service, ou reçues dans les vingt quatre heures après leur accouchement
- adolescentes reçues dans le service dans les limites de la période d'étude précédemment citée.

b) Critères d'exclusions

- adolescentes âgées de plus de 17 ans à l'admission
- adolescentes venues consulter pour des problèmes gynécologiques
- adolescentes reçues en dehors de la période d'étude.

La collecte des données a duré quatre mois du 15 janvier 1993 au 25 avril 1993. Pendant cette période, nous avons enregistré 239 adolescentes sur un total de 1942 patientes reçues en état de gravido-puerpéralité pendant la même période soit une fréquence de 12,30%.

Les données collectées ont été saisies et analysées sur mini-ordinateur à l'aide du logiciel ISSA (Integrated system for survey analysis) les tests de CHI2 et de Fisher ont été utilisés pour étudier les liaisons statistiques entre les différentes variables mesurées.

C H A P I T R E I I I

R A P P E L S

Anatomique du canal pelvi-génital de la femme

Pendant l'accouchement, le fœtus contenu dans l'utérus, puis engainé par le vagin doit traverser la filière pelvi-génitale formée de :

- un canal osseux : le bassin
- un diaphragme musculo-aponevrotique, comprenant les deux étages du périnée.

Le bassin :

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie. Il a été modelé dans les premières années de la vie, par la pression du poids de la partie supérieure du corps transmise par le rachis et par le fémur.

Il est formé par la réunion de 4 os :

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

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses.

- La symphyse pubienne en avant
- Les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement.
- L'articulation sacro-coccygienne, en arrière et en bas.

Les lignes innommées divisent le bassin en deux parties:

- en haut le grand bassin constitué par l'évasement des ailes iliaques et la face supérieure des ailerons sacrés. Le grand bassin n'a guère d'intérêt obstétrical ;
- en bas, le petit bassin ou pelvis, canal osseux auquel on décrit deux orifices d'une excavation. Son anatomie doit être précisée, puisque c'est sa traversée qui constitue l'essentiel de l'accouchement.

Variantes morphologiques

Les auteurs classiques décrivaient un seul type de bassin normal, répondant à celui qui vient d'être décrit. Les auteurs actuels décrivent plusieurs sortes de bassins normaux, en rapport avec la typologie des individus.

A regarder les hommes si l'on met à part quelques nains, boiteux et bossus, tous ceux que l'on considère comme normaux ne se ressemblent cependant pas. Ils diffèrent dans leur statique c'est à dire dans leur attitude, leur démarche, leur geste. De tous temps, médecins, artistes, psychologues, ont cherché à les classer en types. L'antiquité avait créé ses dieux à l'image des hommes, chaque divinité ayant une morphologie accordée avec son tempérament, son caractère, ses actions. S'agissant de femme, chaque type a aussi sa statique, sa cinématique et par conséquent son ossature et son bassin particulier, conséquence probable d'un héritage génétique.

Du point de vue obstétrical, que les bassins normaux subissent quelques variations dans leur forme, leurs diamètres, leur capacité, suivant chaque typologie féminine, c'est une constatation ancienne. Des auteurs européens comme Weber (1830) ou Van Stein (1844), distinguaient déjà les bassins ronds des bassins en cône tronqué, ou des bassins ovales, ou des bassins à grand axe transversal. Des auteurs américains contemporains, s'aidant de la radio-pelvimétrie, ont proposé d'autres classifications. Les deux plus connues sont celle de Caldwell et Moloy, et celle de Thams.

Les premiers distinguent quatre sortes de bassins normaux symétriques: le gynécoïde, l'androïde, l'anthropoïde, et platypelloïde. Thams en distingue cinq sortes: le dolichoppelique, le mesatypellique, les brachypelliques 1 et 2, le platypellique.

Ces classifications morphologiques des bassins normaux tirent leur intérêt du fait que, les augusties pelviennes prononcées étant devenues rares, l'analyse moderne cherche à déceler les formes du bassin qui, tout en étant normales, impriment au mécanisme obstétrical des obligations particulières et quelquefois des commodités moindres à cause desquels l'accouchement sera plus ou moins facile, ou même difficile. L'engagement en transverse, par exemple, semble plus fréquent que le pensaient les classiques. La descente peut être plus ou moins gênée suivant la longueur du transverse médian, ou celle du sagittal postérieur. Les variations morphologiques des bassins normaux sont donc utiles à connaître et correspondent au but de l'obstétrique actuelle qui tend à n'admettre par les voies naturelles que les accouchements se déroulant à l'aise. Le point faible de ces classifications est de ne répondre, dans leurs formes typiques, qu'à un petit nombre de bassins et d'obliger à décrire une foule de types intermédiaires qui ne laissent au classement qu'une valeur indicative.

Enfin, les dénominations américaines empruntent un vocabulaire fâcheux. Gardant l'esprit des classifications, nous emploierons, pour notre part, des adjectifs compréhensibles, et décrirons cinq sortes de bassins normaux, c'est à dire de bassins sur lesquels aucun processus pathologique ne s'est manifesté :

I - Le bassin commun : le plus fréquent en France (50% des Européennes) gynécoïde brachypellique des Américains est le bassin correspondant à la morphologie féminine banale, dans laquelle en particulier la largeur des hanches l'emporte sur celle des épaules.

II - Le bassin rond : (mésatypellique de Thoms) serait peu fréquent. Les diamètres antéro-postérieur et transverse maximal du détroit supérieur sont égaux. Pour le reste, il se rapproche du bassin commun.

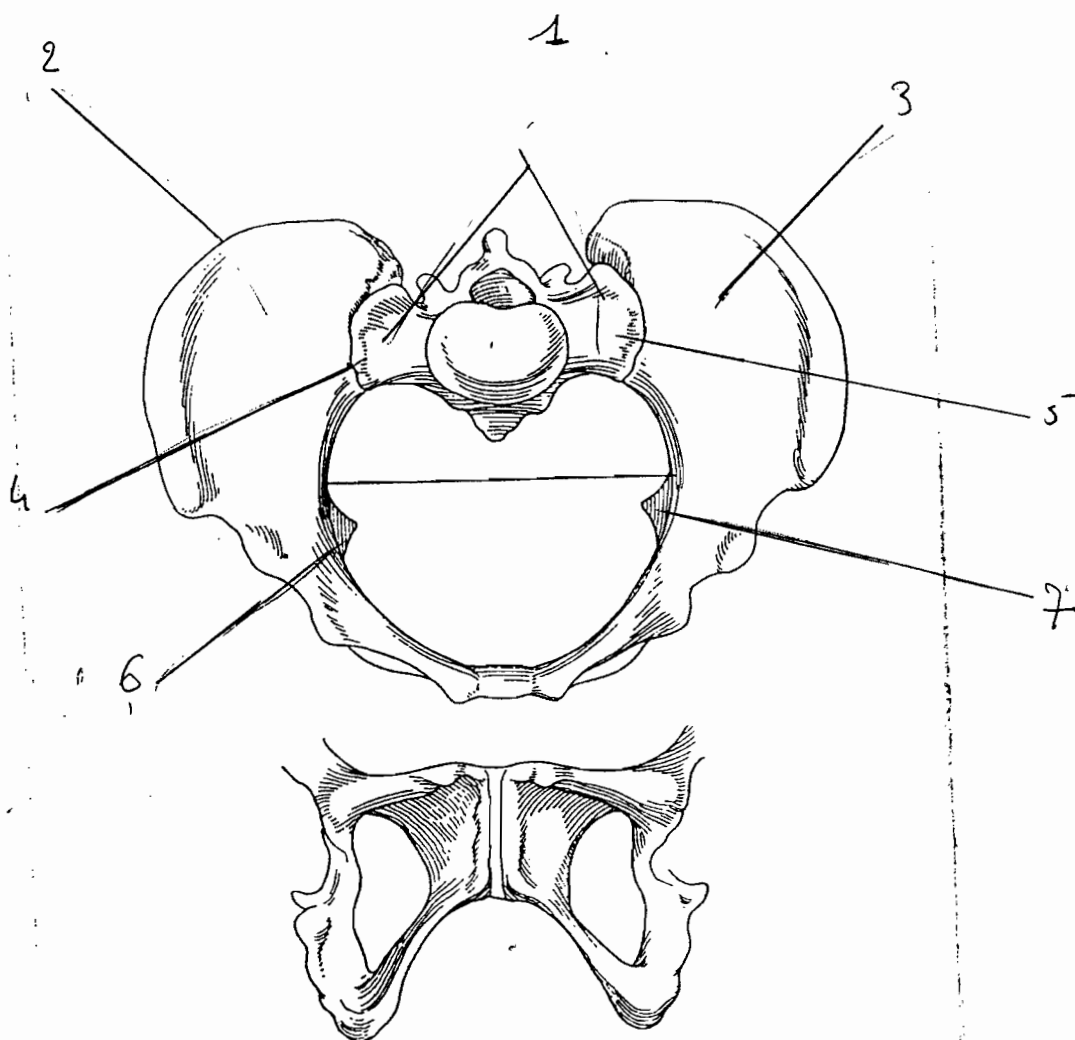


FIG. 1. — Bassin commun.

1: sacrum ; 2 : os iliaque droit ; 3 : os iliaque gauche
 4 : aileron sacré droit ; 5 aileron sacré gauche ;
 6 : épine iliaque droit ; 7 : épine iliaque gauche

III - Le bassin plat : (platypelloïde - platypellique des Américains), assez fréquent, 25% environ à Paris. Le diamètre antéro-postérieur est diminué par rapport au transverse maximal, lui même agrandi. L'arc antérieur es large et évasé, l'arc postérieur large et plat. Le sacrum est normal, le diamètre interépineux augmente; les parois latérales de l'excavation tombent d'aplomb, l'ogive pubienne est large. la morphologie générale est la même que celle des femmes porteuses d'un bassin commun.

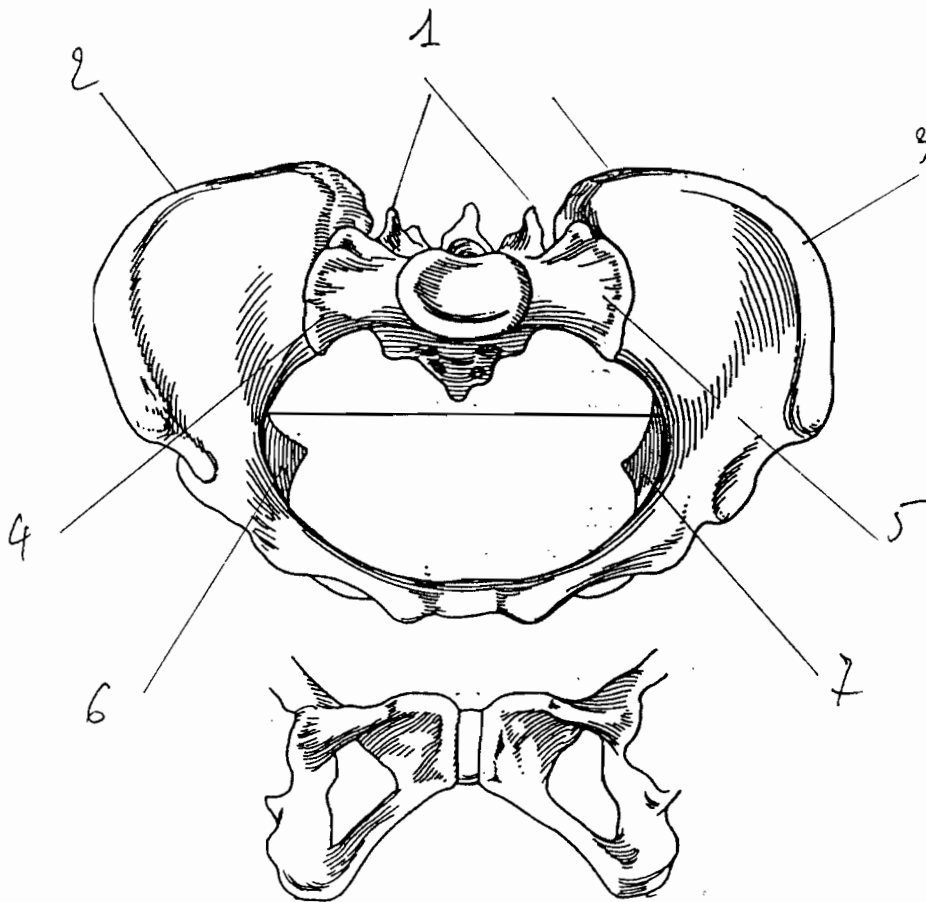


FIG. 2 — Bassin plat.

1: Sacrum; 2: os iliaque droit; 3 os iliaque gauche
 4: aileron sacré droit; 5: aileron sacré gauche.
 6: épine sciatique droit; 7 épine sciatique g

IV - Le bassin ovale : (anthropoïde - dolichopellique des Américains) est peu fréquent.

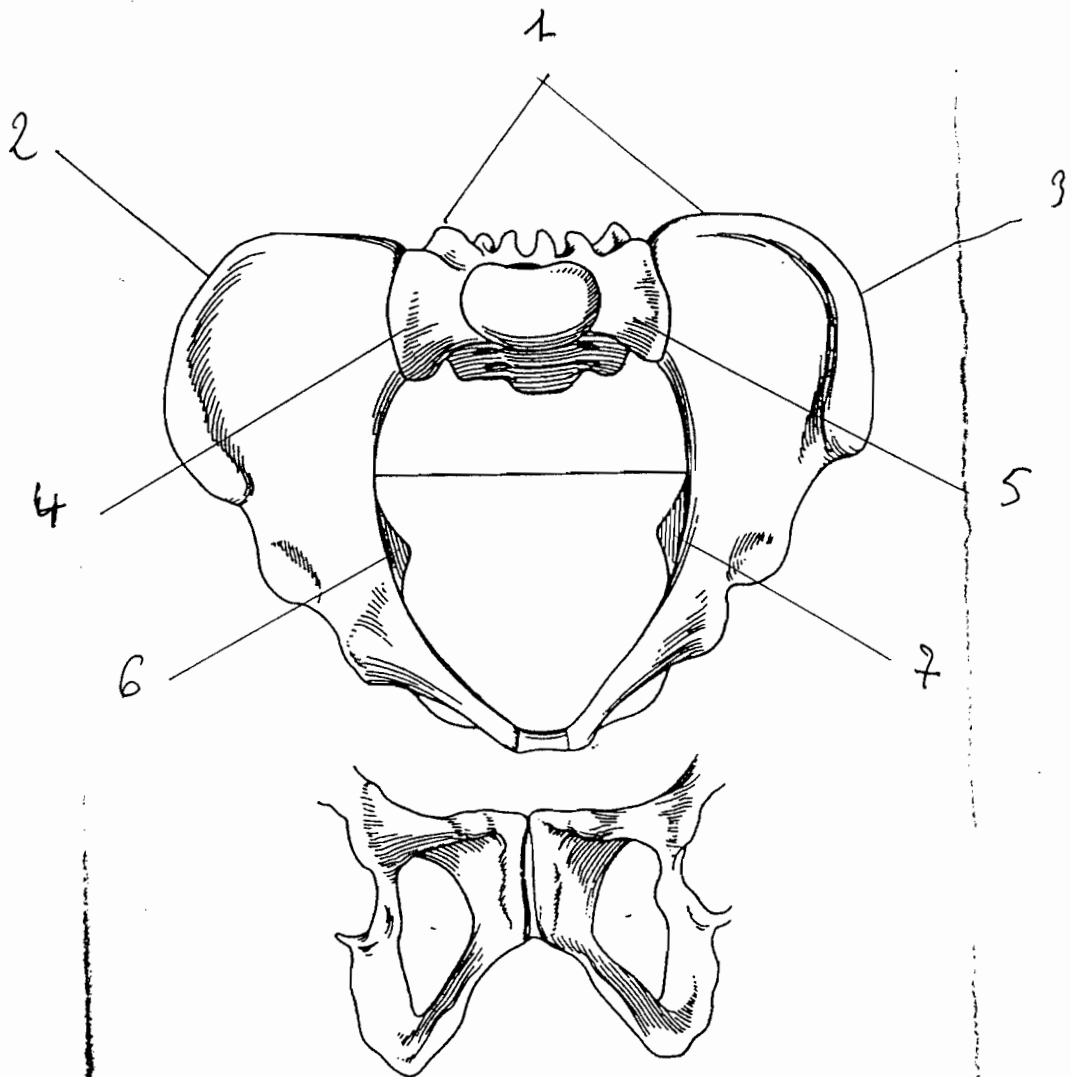


FIG. 3. — Bassin ovale.

1: Sacrum; 2: os iliaque droit; 3: os iliaque gauche; 4: aileron sacré droit; 5 aileron sacré gauche; 6: épine iliaque droit; 7: épine iliaque gauche.

A détroit supérieur, le diamètre antéro-postérieur est agrandi par rapport au transverse, lui même un peu diminué; l'arc antérieur est long, étroit arrondi, l'arc postérieur long et étroit. Les parois de l'excavation sont d'aplomb, mais les échancrures sciatiques sont profondes, le sacrum est long et étroit, moyennement incurvé, l'ogive pubienne étroite, le diamètre interepineux est diminué. La morphologie générale est celle d'une femme grande et mince au torse long et aux hanches étroites.

V - Le bassin triangulaire : (androïde de Caldwell et Moloy) est rare. détroit supérieur, les lignes innomées, sont peu incurvées et forment un angle aigu en avant L'arc postérieur large et plat. Les parois latérales et l'excavation convergent vers le bas; les échancrures sciatiques sont étroites et le diamètre intérieur est diminué. Le sacrum est incliné en avant. L'ogive pubienne est en arc gothique. Il s'agit en général de femme de petite taille avec un aspect carré, les épaules et les hanches étant de la même largeur.

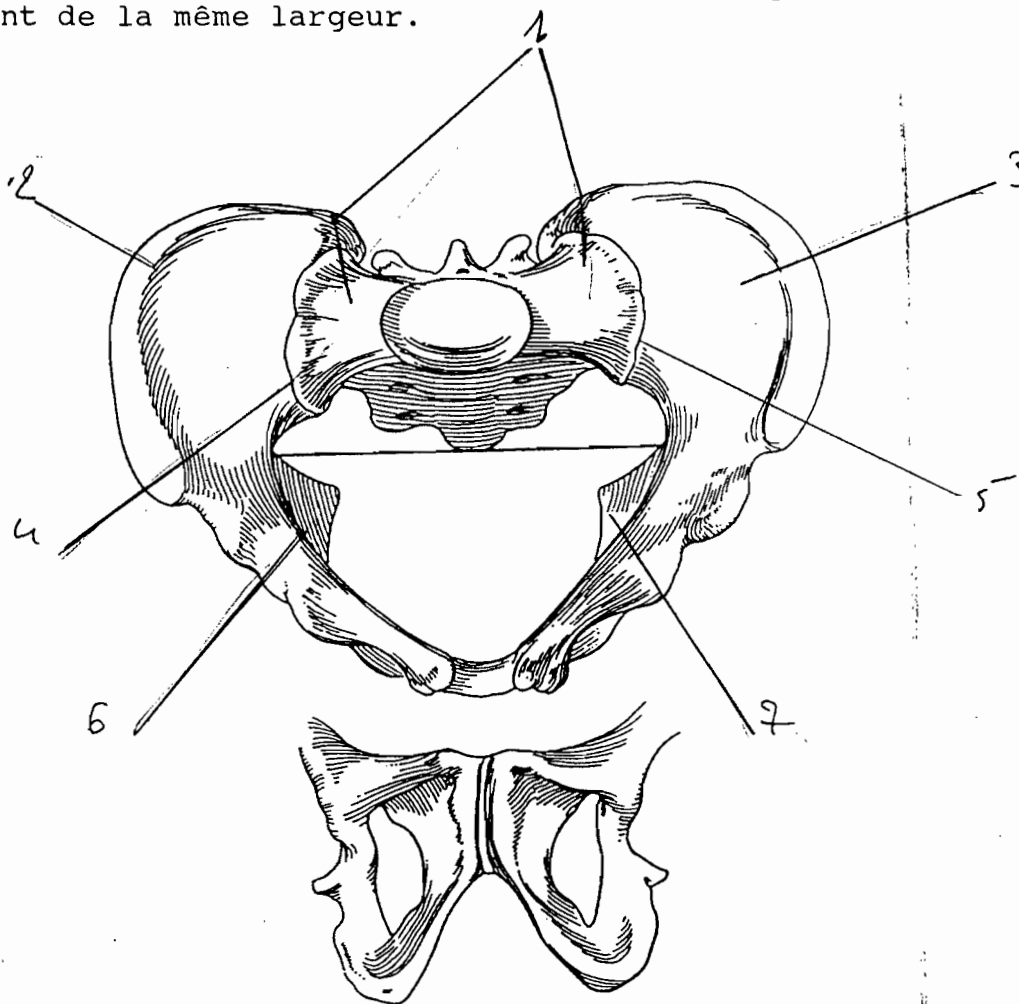


FIG. 4 — Bassin triangulaire.

- 1 : Sacrum ; 2 : os iliaque droit ; 3 : os iliaque gauche ; 4 : orifice sacré droit ; 5 : orifice sacré gauche ; 6 : épine iliaque droit ; 7 : épine iliaque gauche

Repetons qu'il ne faut pas exagérer l'importance de ces classifications morphologiques. Elles ne sont qu'approximatives, elles ont toutefois l'intérêt de montrer la transition insensible qui existe entre certains bassins pathologiques qui sont étudiés, tous les intermédiaires existent entre le bassin plat normal et le bassin aplati pathologique; entre le bassin ovale et le bassin transversalement rétréci que Maygrier avait parfaitement décrit.

C'est pourquoi, dans la pratique, chaque bassin obstétrical, qu'il soit normal ou pathologique, doit être étudié comme un cas particulier par les moyens cliniques et, s'il y a lieu, radiologiques, d'abord dans ses diverses parties c'est l'analyse; puis dans son ensemble; c'est la synthèse. Alors les résultats trouvés donneront la connaissance exacte du bassin, sans qu'il soit toujours nécessaire de lui donner une étiquette plus ou moins conforme à la vérité.

Articulations du bassin

Les articulations du bassin, quoique symphyses, subissent l'inhibition gravidique et acquièrent ainsi une mobilité physiologique réduite.

I - Les deux moitiés de la symphyse pubienne : peuvent devenir quelque peu mobiles, l'une sur l'autre, comme on a pu le constater par le toucher sur la femme marchant.

II - Les symphyses sacro-iliaques : peuvent exécuter de minimes mouvements de bascule autour d'un axe passant par la dixième vertèbre sacrée, auxquels on n'attache aujourd'hui qu'une mince importance. Ces mouvements sont tout de suite limités par le système ligamentaire de l'articulation.

1) Quand le promontoire se porte en avant, le coccyx est refoulé en arrière, c'est la mutation, qu'on peut obtenir par la mise en position de la taille. Elle entraîne le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit et l'agrandissement du détroit inférieur.

2) La bascule du sacrum en arrière ou contre-mutation, obtenue par l'attitude en hyper extension, les membres inférieurs pendant hors du lit, porte la pointe du coccyx en avant. Elle entraîne l'agrandissement du diamètre promonto-pubien et le rétrécissement des diamètres du détroit inférieur.

III - L'articulation sacro-coccygienne : accroît au cours de la grossesse sa mobilité habituelle. Cette laxité permet la retropulsion du coccyx, grâce à laquelle le véritable diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur devient le sacro-sous-pubien.

Diaphragme pelvi-périnéal

Lorsqu'on regarde par en haut le bassin éviscéré, on voit que la cavité pelvienne est fermée en bas par un diaphragme musculo-aponevrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celle du diaphragme proprement dit. Ce diaphragme, attaché sensiblement au pourtour du détroit moyen, est formé de quatre muscles, les deux releveurs de l'anus et les deux ischio-coccygiens. L'obliquité de leurs fibres en bas et en dedans forme "un infundibulum, un entonnoir qui soutient dans sa concavité tous les organes pelviens".

Le diaphragme cocci-périnéal, ou périnée profond, est complètement fermé dans sa partie postérieure. Là, les deux ischio-coccygiens sont tendus transversalement des épines sciatiques aux bords et à la pointe du coccyx. Ils forment avec les faisceaux postérieurs des grands fessiers, les ligaments sacro-sciatiques et les faisceaux ischiatiques des releveurs, une sangle musculo-aponevrotique peu extensible qui amarre le coccyx et en limite la repulsion. Dans sa partie antérieure au contraire, existe une boutonnière médiane, antéro-postérieure, séparant les releveurs l'un de l'autre, empruntée par les organes (urètre, vagin, rectum) qui, de pelviens, vont devenir périneaux.

C'est la couche antérieure profonde élévatrice des releveurs qui limite la boutonnière. Née sur la face postérieure du pubis, elle se dirige en arrière, se termine sur l'anus et le raphé ano-vulvaire après avoir croisé les faces latérales du vagin et cravaté sa face postérieure. Les faisceaux iliaques des releveurs vont au raphé ano-coccygien. C'est donc cette boutonnière des releveurs que le fœtus dans la gaine vaginale devra franchir pendant l'accouchement. mais au dessous d'elle existe "un deuxième plancher, le plancher uro-génital, principalement fibreux".

Il est constitué par les muscles des périnées moyen (transverse profond et aponévrose moyenne) et superficiel (transverse superficiel, ischio-caverneuse, bulbo-caverneuse, constructeur de la vulve, sphincter externe de l'anus). Eux aussi laissent passer, tout en les insérant, les trois conduits urinaires, génital et anal, qui gagnent leur orifice externe. Le fœtus, toujours par l'intermédiaire du vagin, devra donc suivre, après avoir franchi l'hiatus des releveurs, la filière musculo-aponevrotique périnéale jusqu'à son orifice vulvaire.

Dans son ensemble, le plancher pelvi-périnéal se divise en:

- Périnée antérieur, musculo-aponevrotique, qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires, et le noyau fibreux central : celui-ci résulte de l'entrecroisement entre anus et vagin des fibres de tous les muscles périméaux; en forme de coin introduit en bas entre les deux conduits, il soutient la face postérieure du vagin ;

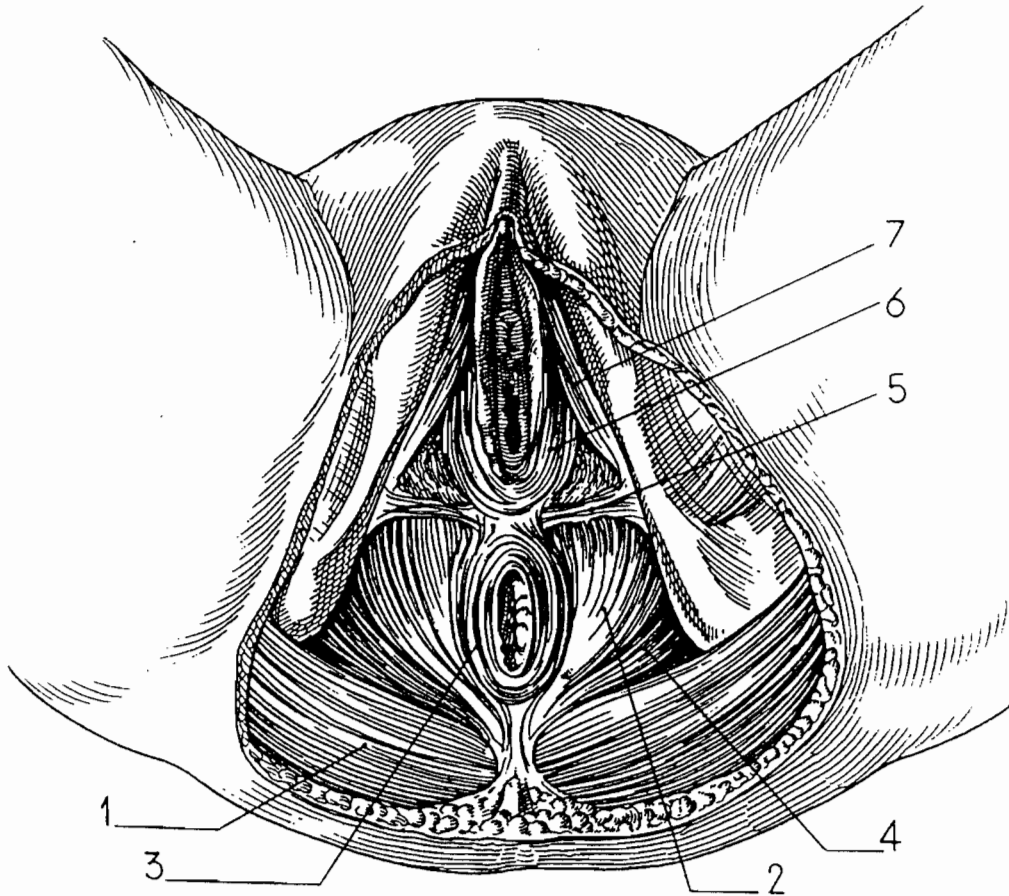


FIG. 5 — Plancher périnéal.

1 : muscle grand fessier ; 2 : muscle releveur de l'anوس ; 3 : sphincter anal ; 4 : muscle ischio-coccygien ; 5 : muscle transverse superficiel du périnée ; 6 : muscle bulbo-caverneux ; 7 : muscle ischio-caverneux.

- Périnée postérieure, qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus, en arrière un surtout fibreux, inextensible, retro-anal, rendez-vous des muscles qui se rejoignent sur le raphé ano-coccygien. Cette disposition permet de comprendre la physiologie du périnée au cours de l'accouchement.

Dans un premier temps, la présentation descend suivant l'axe de l'excavation, arrive sur le coccyx, qu'elle repousse en arrière. De ce fait, le segment précoccygien s'allonge, la région retro-anale bombe, l'orifice anal s'ouvre : c'est l'ampliation du périnée postérieur.

Mais la retropulsion du coccyx est vite limitée. La présentation est poussée vers le périnée antérieur en avant et en haut par les fibres des grands fessiers.

La boutonnière des releveurs se distend peu à peu, la tête la franchi et arrive sur le périnée superficiel. Il se distend à son tour et bombe. La longueur ano-vulvaire que devra parcourir la présentation est de 3 à 8 cm. La vulve se distend aux dimensions de la présentation lors de l'ultime période d'expulsion.

Le bassin et le diaphragme pelvi-périnéal décrits ici sont ceux d'une femme mûre c'est à dire en âge de procréer.

A l'adolescence 13-17 ans la croissance n'étant pas encore terminée; certaines articulations du bassin n'atteignent leur maturité qu'à 25 ans. A la ménarche la jeune fille peut grandir encore d'environ 4%, mais peut aussi gagner 12 à 18% de largeur du bassin. Même après 2 ans de menstruation, il peut rester une marge de 3 à 9% de croissance pelvienne contre 1% seulement de croissance de hauteur (22).

C'est dire combien de fois on ne doit pas compter uniquement sur la taille de l'adolescente pour la donner en mariage.

Cela explique aussi le grand risque que court une adolescente en grossesse.

L'adolescence est une période traditionnellement considérée comme relativement exempt de problème de santé. Du point de vue développement cependant, c'est un stade crucial durant lequel la malnutrition et la maladie peuvent avoir des effets dramatiques à court et à long terme.

Ainsi le diaphragme pelvi-perinéal étant mal étoffé à cet âge, va poser problème dans la propagation d'un fœtus doté de dimensions normales à terme.

Ces dimensions sont :

Le nouveau-né à terme a un poids moyen de 3250 grs avec des écarts de plus ou moins 250 grs. Le périmètre crânien mesuré au niveau du front est à terme, en moyenne de 34 cm. D'où un pourcentage très élevé de la pratique de l'épisiotomie chez ces adolescentes dont la grossesse arrive à terme.

Rappel sur l'accouchement normal

I - Définition

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment théorique ou la grossesse a atteint le terme de 6 mois.

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres fœtaux, ceux de la tête fœtale en particulier, à celle du bassin maternel et des parties molles, permettant au fœtus de traverser la filière génitale, et par les contractions utérines du travail qui poussent le fœtus vers le dehors.

l'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique et mécanique normal.

Il est dystocique dans le cas contraire.

II - L'évolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement comprend trois périodes.

- 1) La première période correspond à l'effacement et à la dilatation du col ;
- 2) la deuxième à la sortie du fœtus.

Au cours de ces deux premières périodes c'est à dire au cours du travail, le fœtus pour sortir doit :

- lutter contre un premier obstacle : le col qu'il doit traverser après dilatation ;
- la deuxième opération est la traversée du bassin, qu'il traverse en s'y adaptant.

Cette traversée du bassin l'amène dans le vagin.

La troisième opération est la traversée du périnée.

- 3) La troisième période correspond à la sortie des annexes (placenta et membranes)

Des conséquences socio-psychologiques et économiques de la gravido-puerperalité chez l'adolescente

La survenue d'une grossesse chez une adolescente pose toujours de grands problèmes.

Au plan social cette maternité peut avoir des effets préjudiciables non seulement pour la mère qui est un individu immature, mais aussi pour l'enfant et pour le père de l'enfant, en particulier s'il s'agit d'un adolescent (22)

Si la mère n'est pas mariée elle se heurte à l'ostracisme social dans certains cas. Dans d'autres elle est contrainte à un mariage peut être prématuré ou encore elle recourt à l'avortement provoqué qui implique d'autres risques, en particulier si l'intervention doit être clandestine du fait des pressions légales et sociales.

D'une manière générale les adolescents du monde entier, et surtout des pays en développement, sont toujours exposés aux problèmes médico-sanitaires de la reproduction et à leurs conséquences nuisibles (22).

La régression du système de la famille élargie et du contrôle social entraîne l'augmentation du nombre d'enfants abandonnés et des avortements dans les sociétés où la fécondité hors-mariages est perçue comme un déshonneur. Par contre, dans les groupes où les naissances extra-conjugales sont acceptées, il est observé de plus en plus une précocité des activités sexuelles.

Les grossesses non désirées sont souvent la cause de ces mariages précoces non souhaités (47) et de ces avortements qui se passent dans la plupart des cas dans de mauvaises conditions d'asepsie qui peuvent être la cause d'une stérilité secondaire qui est un drame dans nos sociétés traditionnelles.

Ainsi sur le plan psychologique l'adolescente en maturation suscite par son comportement face aux multiples stress de la société un certain nombre de problème parfois aigus. Son caractère est fragile et sa personnalité encore indéterminée.

C'est souvent brutalement que la sexualité fait irruption dans le vécu de cet individu en quête de personnalité dans un environnement qui évolue vers quelque chose de très incertain. (1).

La survenue d'une grossesse est cause d'un déséquilibre psycho-affectif. La "transition" met les adolescentes "entre deux chaises" et les garçons comme les filles, en Afrique davantage les filles, ce sont des gens sans terre qui refusent le monde de l'enfance qu'ils voudraient quitter (lorsqu'ils l'ont d'ailleurs vraiment connu), alors que les adultes ne les acceptent pas dans leur cercle.

S'agissant de grossesse désirées ou non chez l'adolescente, on devine bien combien il sera difficile et artificiel de repérer et fixer un désir chez un être en mouvance, en ébullition, en transit, un être qui est à peine ou pas sorti d'une relation fusionnelle avec un parent, pour s'individualiser, s'identifier, exister pour lui-même en étant capable de désirer quelqu'un (1).

Chez l'adolescente qui n'a pas pu bien négocier son virage oedipien et semble condamnée à confondre le père, partenaire imaginaire, le père ou son substitut partenaire réel, le passage de la sexualité à la grossesse en passant par le sexe est bien vite franchi.

En effet, lorsque ce passage n'a pas pu se faire d'une sexualité d'enfant vers une sexualité adulte, c'est alors que le sexe s'impose et dicte sa loi, celle de ses sens et contresens, surtout pour une adolescente sous l'emprise des modifications physiologiques, morphologiques et psychosexuelles.

Dans les sollicitations et les stimulations qu'elle reçoit de toutes parts, elle donne des réponses indirectionnelles privilégiant le sexe et aboutissant à des grossesses, non acceptées et probablement non désirées, déjà par elle-même et certainement par une succession de personnes dont les attentes et les intérêts sont en fait divergents.

Tout ceci une fois de plus, justifie l'abord psycho-social des grossesses non désirées chez les adolescentes (1).

En plus de ces deux conséquences, les conséquences économiques sont très importantes et peuvent être classées en grands groupes.

- Les dépenses occasionnées pour réaliser ces avortements et ceux des soins récurrents sont élevées ;
- les arrêts de la scolarisation de ces jeunes bloquent leur progression sociale et professionnelle ;
- la prise en charge de l'enfant par la fille mère constitue un sérieux problème, non souvent solutionné (47).

Pour la mère, ou pour le couple adolescent l'élevage de l'enfant peut ôter aux parents toutes possibilités de mûrir, de se développer, d'améliorer leur situation économique ou de poursuivre leurs études. Ce qui les expose à des difficultés économiques. A ces risques s'ajoutent la coupure avec les pairs, la promiscuité, la dépendance vis à vis d'autres personnes (22).

CHAPITRE IV
RESULTATS

Nou présentons les résultats de la manière suivante

- 1 - Les résultats globaux
- 2 - Les résultats descriptifs
- 3 - Analyse statistique des résultats
- 4 - Inventaire des cas ayant nécessité une hystérectomie.

I - Résultats globaux

INVENTAIRE DE SITUATION	EFFECTIFS	FREQ. RELATIVES
Nombre total d'acc	1942	
Nombre total d'acc chez les adolescentes	239	12,30
Nombre de Nais. vivantes	1828	
Nombre de nais. vivantes chez les adolescentes	201	10,99
Nombre de C.P	991	
Nombre de C.P chez les adolescentes	123	12,41
Nombre de césarienne	437	
Nombre de Césarienne chez les adolescentes	41	9,38
Nombre de morts-nés	114	
Nombre de morts-nés chez les adolescentes	28	24,56

II - Résultats descriptifs

Tableau N° 1 : Répartition selon l'âge

AGE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
13 ANS	1	0.42
14 ANS	3	1.26
15 ANS	22	9.21
16 ANS	65	27.20
17 ANS	148	61.92
TOTAL	239	100.00

Ce tableau montre que :

- Plus de la moitié de notre échantillon est constituée d'adolescentes de 17 ans soit 61,92%
- La plus jeune adolescente dans notre étude est âgée de 13 ans.

Tableau N° 2 : Répartition selon le statut matrimonial

STATUT MAT.	EFFECTIF	FR. RELATIVE
1 MARIEE	126	62.72
2 CELIBATAIRE	113	47.28
TOTAL	239	100.00

Le tableau N° 2 montre que le mariage précoce existe encore au Mali 62,72% de notre échantillon sont mariées.

Tableau N° 3 : Répartition selon la provenance

PROVENANCE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
BAMAKO	75	31,38
BANLIEUE-BKO	133	55,64
HORS-BKO	31	12,97
TOTAL	239	100.00

Plus de la moitié des adolescentes soit 55,65% viennent de la périphérie c'est à dire des quartiers environnant de Bamako.

12,97% viennent d'ailleurs c'est à dire des zones évacuant sur la maternité du Point G.

Notons que la proportion des adolescentes qui viennent de Bamako n'est pas négligeable 30,995%.

Tableau N° 4 : Répartition selon l'ethnie

ETHNIES	EFFECTIF	FR. RELATIVE
01 BAMBARA	108	45.19
02 SARAKOLE	25	10.46
03 PEULH	22	9.21
04 SONRAI	4	1.67
05 MALINKE	43	17.99
06 KASSONKE	1	0.42
07 DOGON	7	2.93
08 BOZO	4	1.67
09 SOMONO	2	0.84
10 MAURE	2	0.84
11 SENOULO	4	1.67
12 MINIANKA	7	2.93
13 BOBO	10	4.18
TOTAL	239	100.00

Ce tableau révèle que la majorité des adolescentes de notre étude se recrute parmi les Bamanan (45,19%).

Tableau N° 5 : Répartition selon le niveau d'instruction

NIVEAU SCOLAIRE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
NON SCOLARISEE	218	91,21
NIV PRIMAIRE	19	7,95
NIVEAU SECONDAIRE +	2	0,83
TOTAL	239	100,00

Ce tableau montre que le taux d'analphabètes est très élevé chez les adolescentes (91,21%). Seulement 7,95% des adolescentes ont un niveau primaire.

Tableau N° 6 : Répartition selon la parité

PARITE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
PRIMIGESTE	203	84,94
PARITE > 1	36	15,06
TOTAL	239	100,00

La plupart des adolescentes sont à leur premier accouchement: 84,94%.

Tableau N° 7 : Répartition selon la taille des adolescentes

TAILLE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
TAILLE ≤ 150 cm	30	12,55
TAILLE ≥ 160 cm	209	87,45
TOTAL	239	100,00

Plus de la moitié des adolescentes ont une taille moyenne (59,83%) et parfois même supérieure à la moyenne 27,62% .

Tableau N° 8 : Répartition selon le nombre de consultations prénatales

Nbre de C.P	EFFECTIF	FR. RELATIVE
C.P = 0	116	48,54
0 < C.P < 4	30	12,55
C.P > 4	93	38,91
TOTAL	239	100,00

Ce tableau nous montre que 48,54% d'adolescentes n'ont pas fait de consultations prénatales, 38,91% ont fait au moins quatre consultations prénatales.

Tableau N° 9 : Répartition selon la profession du procréateur

PROFES. PROCREAT.	EFFECTIF	FR. RELATIVE
01 PAYSAN/CULTIV	51	21,34
02 COMMERCANT	33	13,81
03 FONCTIONNAIRE	23	9,62
04 SANS EMPLOI	3	1,26
05 CHAUF/MECANIC	24	10,04
06 MILITAIRE	17	7,11
07 BERGER/ELEVEU	5	2,09
08 PECHEUR	4	1,67
09 ETUDIANT/ELEV	12	5,02
10 AUTRES	11	4,60
99 INDETERMINEE	56	23,43
TOTAL	239	100,00

La majorité des procréateurs chez les adolescentes de notre étude, sont des paysans (cultivateurs) soit 20,92%.

Tableau N° 10 : Répartition selon l'issue de la grossesse en fonction de l'évacuation

ISSUE GROSSESSE	EFFECTIFS	FR. RELATIVE
ACC NATUREL	88	36,82
ACC APRES DECH. DU PERINEE	13	5,44
ACC APRES EPISIOTOMIE	74	30,97
ACC PREMATURE	13	5,44
FAUSSE COUCHE / AVORTEMENT	4	1,67
GROSSESSE MOLLAIRE	1	0,42
CESARIENNE	41	17,15
LAPAROTOMIE	5	2,02
TOTAL	239	100,00

Dans la plupart des cas, la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente se déroulent normalement dans 92,47% des cas.

Tableau N° 11 : Répartition selon le mode d'accouchement

MODE D'ACCOUCH.	EFFECTIF	FR. RELATIVE
VOIE BASSE	192	80,33
CESARIENNE	41	17,15
NON APPLIQUE	6	2,52
TOTAL	239	100,00

Ce tableau montre que la majorité des adolescentes ont accouché par voie basse soit 80,33%.

Tableau N° 12 : Répartition selon l'indication de la césarienne.

INDICATION	EFFECTIF	FR. RELATIVE
B G R	21	8,78
BASSIN LIMITE	11	4,60
PLACENTA PREV	1	0,42
D F P	5	2,09
RUPTURE UTERI	3	1,26
HEMA/RET/PLAC	1	0,42
PRESENT.DYSTO	3	1,26
NON APPLIQUE	193	80,75
TOTAL	239	100,00

La plupart des indications sont d'ordre mécanique. Bassin généralement rétréci 8,78% .

Tableau N° 13 : Répartition selon les suites du post partum

SUITES	EFFECTIF	FR. RELATIVE
SIMPLES	211	88,29
COMPLIQUEES	28	11,71
TOTAL	239	100,00

Dans ce tableau nous constatons que dans la majorité des cas les suites ont été simple.

Tableau N° 14 : Répartition selon l'état du fœtus à la naissance

ETAT A LA NAISSANCE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
SATISFAISANT APGAR \geq 7	157	68,55
NON SATISFAISANT APGAR $<$ 7	44	18,88
MORT FOETALE APGAR = 0	28	12,01
NON APPLICABLE	6	2,51
TOTAL	239	100,00

La grande majorité des fœtus ont un apgar \geq à 7.

Tableau N° 15 : Répartition selon le poids de naissance

POIDS NAISSANCE	EFFECTIF	FR. RELATIVE
P \leq 2500 grs	127	53,13
P \geq 2500 grs	106	44,35
NON APPLIC.	6	2,52
TOTAL	239	100,00

Ce tableau nous montre que dans 55,65% des cas, l'enfant a un poids supérieur à 2500 grs.

III - Résultats analytiques

Tableau N° 16 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction du statut matrimonial

AGE STAT.MAT	≤ 15 ans	≥ 16 ans	TOTAL
Mariée	16	110	126
Célibataire	10	103	113
Total	26	213	239

- $X^2 = 0,55$

- $p = 0,45$

Il n'y a pas de liaison statistique entre l'âge et le statut matrimonial ($P = 0,45$).

Tableau N° 17 : Répartition du niveau d'instruction des adolescentes en fonction du statut matrimonial

NIV.INST. STAT.MAT	NON SCOLARISEE	SCOLA. RISEE	TOTAL
MARIEE	120	6	126
CELIBATAIRE	98	15	113
TOTAL	218	21	239

- $X^2 = 4,37$

- $P = 0,036$

Ce tableau nous montre que :

Il existe une liaison statistique entre le niveau d'instruction et le statut matrimonial:

- la non scolarisation est un facteur de mariage précoce: sur 218 adolescentes non scolarisées, 120 sont mariées soit

55,04%;

Tableau N° 18 :

Répartition du nombre de consultations prénatales des adolescentes en fonction du niveau d'instruction

NBRE C.P NIV. INST.	C.P = 0	0 < C.P < 4	C.P > 4	TOTAL
NON SCOLARISEE	110	28	80	218
SCOLARISEE	6	2	13	21
TOTAL	116	30	93	239

- $X^2 = 2,84$
- $p = 0,09$
- DDL = 1

Il n'existe pas une liaison statistique entre le nombre de consultation prénatale et le niveau d'instruction.

Le niveau d'instruction n'influe pas sur le nombre de consultations prénatales.

Tableau N° 19 : Répartition du nombre de consultations prénatales des adolescentes en fonction des suites

NBRE CP SUITES	C.P = 0	0 < C.P < 4	C.P > 4	TOTAL
SIMPLES	96	29	86	211
COMPLIQUEES	20	1	7	28
TOTAL	116	30	93	239

- $X^2 = 5,6$
- $p = 0,017$
- DDL = 1

Dans ce tableau nous constatons que c'est surtout chez les adolescentes qui ont fait au moins quatre consultations prénatales que les suites ont été plus simples.

Les consultations prénatales permettent de diminuer les suites

fâcheuses de la grossesse ($p = 0,017$)

Tableau N° 20 : Répartition de la provenance des adolescentes en fonction des suites

PROVENANCE SUITES	BAMAKO	AILLEURS	TOTAL
SIMPLES	198	13	211
COMPLIQUEES	13	15	28
TOTAL	211	28	239

Test de Fisher

- $p = 0,001$

Les adolescentes venant hors de Bamako courent plus de risques de suites compliquées ($p = 0,001$).

Tableau N° 21 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction du nombre de consultations prénatales

AGE	≤ 15 ANS	≥ 16 ANS	TOTAL
C.P.			
C.P = 0	13	103	116
0 < C.P < 4	4	26	30
C.P ≥ 4	9	84	93
TOTAL	26	213	239

- $\chi^2 = 2,45$

- $p = 0,96$

Il n'existe pas une liaison statistique entre l'âge et le nombre de consultations prénatales.

Tableau N° 22 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction des indications de la césarienne

AGE INDICATION	≤ 15 ANS	≥ 16 ANS	TOTAL
B.G.R	1	18	19
BASSIN LIMITE	1	10	11
PLACENTA PREVIA	0	1	1
D.F.P	1	4	5
RUPTURE UTERINE	2	1	3
HEMATOME RETRO/PLAC.	0	1	1
PRESENTATION DYSTOCIQUE	0	3	3
NON APPLICABLE	21	172	193
TOTAL	26	213	239

L'indication couramment rencontrée est le bassin généralement rétréci.

Tableau N° 23 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction du mode d'accouchement.

AGE	≤ 15 ANS	≥ 16 ANS	TOTAL
MODE D'ACC.			
VOIE BASSE	21	172	193
CESARIENNE	3	38	41
LAPAROTOMIE	2	3	5
TOTAL	26	213	239

- $X^2 = 6,82$

- $p = 0,79$

Il n'existe pas de liaison statistique entre l'âge et le mode d'accouchement.

Dans ce tableau la majorité des adolescentes ont accouché par la voie basse soit 80,76% des adolescentes.

Tableau N° 24 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction du poids de naissance du fœtus

AGE	≤ 15 ANS	≥ 16 ANS	TOTAL
POIDS DE NAISSANCE			
P < 2500 grs	18	110	128
P ≥ 2500 grs	8	98	106
NON APPLICABLE	4	1	5
TOTAL	30	209	239

- $X^2 = 0,31$

- $p = 0,57$

Il n'existe pas de liaison statistique entre l'âge de la mère et le poids de naissance du fœtus.

Tableau N° 25 : Répartition de l'âge des adolescentes en fonction de l'état de naissance

AGE	≤ 15 ANS	≥ 16 ANS	TOTAL
ETAT DE NAISSANCE			
SATISFAISANT APGAR ≥ 7	13	149	162
NON SATISFAIS APGAR < 7	3	41	44
MORT-NES APGAR = 0	6	22	28
NON APPLICABLE	4	1	5
TOTAL	26	213	239

- $\chi^2 = 3,36$

- $p = 0,06$

Il existe une liaison statistique significative entre l'âge et l'état de naissance des foetus. L'état de naissance du foetus est moins satisfaisant chez les adolescentes de moins de 16 ans.

Tableau No 26 : Répartition du poids du foetus en fonction du statut matrimonial de l'adolescente

POIDS STATUT MATRIMONIAL	P<2500 grs	P>2500grs	TOTAL
MARIEES	57	65	122
CELIBATAIRES	71	40	111
NON APPLICABLE	4	1	5
TOTAL	128	106	239

- $X^2 = 7,03$

- $p = 0,008$

Il existe une liaison statistiquement significative entre le poids de naissance des foetus et la situation matrimoniale ($p = 0,008$).

Tableau No 27 : Répartition du nombre de consultations prénatales des adolescentes en fonction du statut matrimonial

C. P. STATUT MATRIM.	C.P = 0	0 < C.P < 4	C.P ≥ 4	TOTAL
MARIEES	57	13	56	126
CELIBATAIRES	59	17	37	113
TOTAL	116	30	93	239

- $X^2 = 3,75$

- $P = 0,15$

Il n'existe pas de liaison statistique entre le nombre de consultations prénatales et la situation matrimoniale.

IV Résumés cliniques des cas qui ont subit l'hystérectomie

Au cours de notre étude, une situation dramatique a attiré particulièrement notre attention. Il s'agit de l'hystérectomie chez certaines adolescentes.

Sur les 239 adolescentes qui ont fait l'objet de notre étude, cinq ont subies l'hystérectomie. Il nous a paru alors intéressant de présenter dans notre travail, les conditions dans lesquelles ces cinq adolescentes nous sont parvenues dans le service.

I - Mme S.S

A été évacuée sur la maternité du Point G pour rupture utérine sur une grossesse à terme en travail. Elle est âgée de 17 ans, mariée, ménagère et de l'ethnie bamanan.

Mme S.S est non scolarisée. Elle habite chez son mari à Banan dans le cercle de Bougouni. Elle a été reçue dans le service le 6 janvier 1992.

Comme antécédents personnels il n'y a rien à signaler.

Comme antécédents médico-chirurgicaux il n'y a également rien à signaler.

Comme antécédents obstétricaux, elle est primigeste nullipare.

Anamnèse

Le début du travail remonterait à trois jours. De son village elle est évacuée sur le centre de santé de Bougouni où faute de personne ressource, elle est acheminée vers la maternité de l'hôpital national du Point G, par un automobile de transport en commun. Bougouni est à 135 Km de Bamako, la durée de parcours est en moyenne 1h 45 minutes.

L'examen à l'arrivée

- Les signes généraux : Elle avait un mauvais état général, les conjonctives palpébrales pâles, une tension artérielle à 10/6, une température à 38°, un poids de 57 kg une taille de 160 cm.

- Les signes physiques : Absence de contractions utérines, on palpe les parties foetales à fleur de peau de l'abdomen. La hauteur utérine est de 32 cm.

Les bruits du coeur foetal ne sont pas perceptibles
A la vulve on remarque un liquide séro-hématique d'odeur fétide.
Au toucher vaginal, la vulve est oedémateuse, impossible
d'apprécier le type de présentation.

- Diagnostic : rupture utérine

- Attitude thérapeutique :

On procède au groupage sanguin

- On prévoit une transfusion sanguine isogroupe isorhesus.

- On procède à une antibiothérapie préopératoire

- Comme geste chirurgical on procède à une hystérectomie sub-
totale interannexielle.

- Etat du foetus : mort-né

II - Mme K.T N° 1

A été évacuée sur la maternité du Point G pour rupture utérine sur une grossesse à terme en travail. Elle est âgée aussi de 17 ans, mariée, ménagère et de l'ethnie bamanan.

Elle n'a jamais été à l'école. Elle habite chez son mari à Tinkolé dans le cercle de Fana. Elle a été reçue à la maternité du Point G. le 19 juin 1992.

Comme antécédents personnels il n'y a rien à signaler.

Comme antécédents médico-chirurgicaux il n'y a également rien à signaler.

Comme antécédents obstétricaux, elle est primigeste nullipare.

Anamnèse

Grossesse à terme en travail n'ayant été l'objet d'aucune consultation prénatale. Le début du travail remonterait à quarante huit heures environ. Le diagnostic de rupture utérine avait été posé par le médecin chef du centre de Santé de Fana, ce dernier par faute de moyens matériels évacue la parturiente sur la maternité de l'hôpital national du Point G, par l'ambulance du Centre. Fana est à 120 Km de Bamako, la durée de parcours est en moyenne 1h 30 mn.

L'examen à l'arrivée

- Les signes généraux : mauvais état général, les conjonctives palpébrales pâles, une tension artérielle à 10/7, une température à 38°5, un poids de 65 kg une taille de 150 cm.

- Les signes physiques : on palpe les parties fœtales à fleur de peau de l'abdomen.

La hauteur utérine est de 32 cm.

Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles
A la vulve on remarque un liquide amniotique en purée de pois.
Au toucher vaginal, la tête fœtale est dans le vagin avec une énorme bosse séro-sanguine.

- Attitude thérapeutique :

On procède au groupage sanguin

- A la prise d'une voie veineuse périphérique
On prévoit une transfusion sanguine isogroupe isorhésus.

- Comme geste opératoire on procède à une hystérectomie sub-totale intersexuelle à cause de l'énormité des dégâts causés à l'utérus

- Etat du foetus : mort-né

Plutard, la patiente signale une perte d'urine dans le lit. On procéda à une épreuve au bleu de méthylène qui s'avéra positive. Elle avait donc une fustile vésico-vaginale.

III - Mme C.C

Agée de 15 ans, mariée, ménagère, ethnique Malinké.

Elle est non scolarisée. Elle habite à Kita chez son mari. Elle a été reçue à la maternité du Point G. le 26 janvier 1991. Pour procidence du cordon et du bras.

Comme antécédents personnels il n'y a rien à signaler.

Comme antécédents médico-chirurgicaux il n'y a également rien à signaler.

Comme antécédents obstétricaux, elle est deuxième geste primipare, un enfant vivant.

Anamnèse

Grossesse à terme ayant suivi les consultations prénatales à Kita. Le début du travail remonterait à quarante huit heures. Au centre de Santé de Kita, au cours de la surveillance du travail, s'est produit une procidence du bras et du cordon ombilical; pour laquelle la parturiente est évacuée sur la maternité de l'hôpital Gabriel Touré. Pour manque de matériels elle est acheminée vers la maternité de l'hôpital national du Point G. Kita est à 160 Km de Bamako, le transport s'est effectué par train et aurait durée 3 heures.

L'examen à l'arrivée

- Les signes généraux : mauvais état général, les conjonctives palpébrales pâles, une tension artérielle à 8/6, une température à 38°5, un poids de 60 kg une taille de 160 cm.

- Les signes physiques : on constate une contracture abdominale rendant impossible la palpation.

La hauteur utérine est de 36 cm.

Pas de bruits du coeur foetal.

A la vulve on remarque la procidence du bras et du cordon ombilical avec présence de sérosité hématique.

- Diagnostic : rupture utérine

- Attitude thérapeutique :

On procède à la prise d'une voie veineuse (groupe sanguin connu A+).

On prévoit une transfusion sanguine isogroupe isorhesus.

- Comme geste opératoire on procède à une hystérectomie sub-totale intersexuelle à cause de l'énormité des dégâts causés à l'utérus par la rupture.

- Etat du fœtus : mort-né en début de macération.

IV - Mme N.D

Elle est âgée de 16 ans, mariée, ménagère, ethnique Peulh.

Elle est non scolarisée. Elle habite chez son mari à Faladjè village dans le cercle de Kati. Elle a été reçue à la maternité du Point G. le 23 Novembre 1991 pour hémorragie sur une grossesse à terme à travail.

Comme antécédents personnels il n'y a rien à signaler.

Comme antécédents médico-chirurgicaux il n'y a également rien à signaler.

Comme antécédents obstétricaux, elle est primigeste nullipare.

Anamnèse

Le début du travail remonterait à environ quarante huit heures. Du centre de Santé de Faladjè, elle est évacuée sur la maternité du Point G pour hémorragie abondante et syncope. Elle n'avait fait aucune consultation prénatale. Faladjè est à 95 km de Bamako et le transport dure 2 heures en raison de l'état de la route.

L'examen à l'arrivée

- Les signes généraux : mauvais état général, les conjonctives palpébrales pâles, extrémités froides, une tension artérielle à 8/6, une température à 39°, un poids de 55 kg une taille de 145 cm.

- Les signes physiques : on constate une contracture abdominale rendant impossible la palpation. La hauteur utérine est de 32 cm. Pas de bruits du coeur fœtal. Toucher vaginal : placenta previa recouvrant.

- Diagnostic : rupture utérine

- Attitude thérapeutique :

On procède à un groupage sanguin, à la prise d'une voie veineuse périphérique, à une transfusion sanguine isogroupe isorhésus (groupe AB+).

- Comme geste opératoire on procède à une hystérectomie sub-totale intersexuelle à cause de l'énormité des dégâts causés à l'utérus par la rupture.

- Etat du foetus : mort-né.

Ensuite il a été constaté qu'elle perdait les urines dans son lit. Une épreuve au bleu a été faite et s'est avérée positive, elle avait une fistule vésico-vaginale.

V - Mme K.T N° 2

Agée de 15 ans, mariée, ménagère, ethnies Bamanan.

Elle est non scolarisée. Elle habite chez son mari à Niamana-Bani dans le cercle de Kati. Elle a été reçue à la maternité du Point G. le 13 Mars 1991 pour disproportion foeto-pelvienne.

Comme antécédents personnels il n'y a rien à signaler.

Comme antécédents médico-chirurgicaux il n'y a également rien à signaler.

Comme antécédents obstétricaux, elle est primigeste nullipare.

Anamnèse

Grossesse à terme en travail ayant suivi les consultations prénatales à Niamana-Bani chez les soeurs religieuses. Le travail aurait duré au moins soixante douze heures. Elle fut évacuée sur le Centre de santé de Faladjè. Le diagnostic de disproportion foeto-pelvienne est posé à Faladjè. Elle est donc acheminée vers la maternité du Point G.

L'examen à l'arrivée

- Les signes généraux : mauvais état général, les conjonctives palpébrales pâles, extrémités froides, une tension artérielle à 10/6, une température à 38°8, un poids de 62 kg une taille de 158 cm.

- Les signes physiques : on constate une contracture abdominale, la palpation abdominale est douloureuse. La hauteur utérine est de 34 cm.

Pas de bruits du coeur foetal.

Toucher vaginal : on constate la présence de la tête foetale engagée et fixée avec une énorme bosse séro-sanguin.

- Diagnostic : rupture utérine

- Attitude thérapeutique :

On procède à un groupage sanguin, à la prise d'une voie veineuse périphérique, à une antibiothérapie pré-opératoire. On prévoit une transfusion sanguine isogroupe isorhésus.

- Comme geste opératoire on procède à une hystérectomie sub-totale intersexuelle à cause de l'état échymotique de l'utérus.

- Etat du foetus : mort-né en début de macération.

La patiente ensuite perdait les urines dans son lit. Une épreuve au bleu a été faite et s'est avéré positive, elle avait une fistule vésico-vaginale.

CHAPITRE :V
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Les résultats observés au cours de notre étude, appellent à certaines réflexions qui feront l'objet de nos commentaires et discussions.

Nous allons aborder successivement les aspects épidémiologiques et les particularités obstétricales.

A) Aspects épidémiologiques

1) Fréquence et âge

Il convient de noter que la fréquence de la maternité précoce des adolescentes varie d'une étude à une autre compte tenu des limites d'âge considérées.

En effet l'OMS (36) fixe la limite supérieure de l'adolescence à 19 ans.

Collette et Bouvard (8) de même que Lamarre (28) fixent la limite supérieure à 18 ans.

D'autres auteurs fixent la limite supérieure de l'adolescence à 16 ans : Tandu - Umba (41), et Hassane et Falls (21).

Tandis que certains autres fixent cette limite à 15 ans, Russell (40), Wallace H.(49).

Dans notre étude nous avons pris comme limite supérieure 17 ans ceci en tenant compte de l'aspect juridique du problème au Mali; et aussi du fait que beaucoup d'auteurs ont constaté que les résultats de la tranche d'âge 18-19 ans sont identiques à ceux des adultes. Le niveau de fécondité des adolescentes est quatre fois plus élevé en Afrique qu'en Europe et en Amérique du Nord (16)

En Afrique le taux de fécondité pour 1000 femmes de 15 à 19 ans atteint 173 et 189 au Nigéria (6). Le pourcentage de femmes âgées de moins de 18 ans qui ont déjà un enfant est (34):

- Afrique 28%

- Asie 18%

- Amérique latine 21%

- Au Mali Maïga et collaborateurs (30) trouvent que les adolescentes représentent 10,43% des parturientes dans les communes V et VI de Bamako ;

- A Dakar Diadhiou et collaborateurs (9) trouvent qu'elles représentent 7,34% des femmes qui accouchent ;

- En France en 1984 Vinatier trouve que les adolescentes représentent 0,67% des parturientes ;

- Aux Etats-Unis plus d'un millions d'adolescentes tombent enceinte chaque année. Une étude faite en 1973 (43) a trouvé que les adolescentes de moins de 18 ans constituaient 8% de l'ensemble des parturientes aux Etats-Unis.

Notre étude nous a permis de trouver que les adolescentes représentaient 12,30% des parturientes de la maternité du Point G. Ce taux est nettement supérieur à ceux des autres auteurs. cela peut s'expliquer par le fait que notre échantillon n'est pas aussi grand et aussi par le fait que la maternité du Point G est situé en dehors de la ville de Bamako.

2) Conditions socio-économiques

a) L'ethnie :

Facteur épidémiologique important en matière de grossesse précoce met en évidence que la pratique du mariage précoce existe toujours dans notre pays.

Dans notre étude nous trouvons que les bamanan 45,19%, malinké 17,99%, soninké 10,46%, peulh 9,21% .

Cette répartition est sûrement liée à la forte concentration de ces ethnies dans le district de Bamako et banlieue (42)

b) - Le niveau d'instruction

Le taux d'analphabétisme est très élevé dans notre étude soit un taux de 91,21% . 7,95% des adolescentes ont un niveau primaire 0,83% ont un niveau secondaire et plus.

Ceci est également lié au faible taux de scolarisation au Mali 8% Diadhiou et collaborateurs (10) trouvent à Dakar un taux de 65% d'analphabétisme contre 27,7% pour le niveau primaire et 7,5% pour le niveau secondaire et plus.

Ces taux sont nettement supérieurs aux nôtres.

La survenue d'une grossesse chez l'adolescente élève a des conséquences néfastes entraînant un arrêt soit volontaire ou non des études.

c) La situation matrimoniale

Facteur épidémiologique incontournable en matière de grossesse précoce, met en évidence 126 adolescentes mariées contre 113 célibataires. Ceci nous laisse dire que le mariage précoce phénomène très ancien existe toujours dans notre pays: 62,72% d'adolescentes mariées dont 0,42% de 13 ans, 0,84% de 14 ans.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Bâ Gueye et collaborateurs (3) qui trouvent sur un échantillon de 200 adolescentes : 110 mariées et 90 célibataires.

La survenue d'une grossesse hors mariage chez une adolescente n'est pas négligeable. Nous avons 113 cas soit 47,28% contre 90 cas soit 50% dans l'étude de Bâ Gueye et collaborateurs (3). Cette situation pose évidemment d'énormes problèmes sur le plan social. car elle est perçue différemment par rapport à une grossesse qui survient dans le mariage. ceci a été démontré par Collette et Bouvard (8), Duche et collaborateurs (14).

La non scolarisation engendre l'oisiveté avec pour conséquence l'inactivité des jeunes et augmente le taux de mariage précoce ou de grossesse accidentelle: 120 soit 55,04% d'adolescentes mariées parmi celles non scolarisées.

d) - Le partenaire

Très peu d'études se sont occupées du partenaire de l'adolescente. Bâ Gueye et collaborateurs (3) qui a fait une étude prospective sur 200 adolescentes s'est intéressé à l'âge du partenaire. Il a constaté que :

- . 55% des adolescentes n'ont pas pu répondre à la question concernant l'âge de leur partenaire.
- . 6% des cas ont des partenaires qui ont plus ou moins 20 ans.
- . Les autres partenaires ont entre 21 et 50 ans au plus.

Notre étude étant rétrospective, le seul renseignement concernant le partenaire est sa profession. Ceci donc ne nous a pas permis de faire une étude sur l'âge mais plutôt sur la profession du procréateur.

Sur les 239 adolescentes :

- 56 n'ont pas pu dire la profession du procréateur;
- . Pour 50 adolescentes les partenaires sont des paysans;

- . Pour 33 adolescentes les partenaires sont des commerçants;
- . 24 adolescentes ont comme partenaires des fonctionnaires, toutes catégories confondues ;
- . Pour 17 adolescentes les partenaires sont des militaires ;
- . 11 adolescentes ont des étudiants ou élèves pour partenaires.

B - Particularités obstétricales

a) Provenance

Plus de la moitié des adolescentes 55,65% sont venues de la banlieue de Bamako ou souvent la promiscuité est le facteur favorisant de cette association adolescence et grossesse.

Cette association se rencontre également en ville, 31,37% .

12,9% sont venues hors de Bamako. Ces dernières sont reçues dans un contexte d'urgence; ceci dû au fait que toutes les urgences obstétricales venues en dehors de Bamako sont acheminées vers l'hôpital du Point G.

b) Consultations prénatales

Le profil psycho-social des adolescentes ayant une immaturité psychologique et souvent démontrée dans la littérature (1). Notre étude montre que 48,54% des adolescentes n'ont pas été suivies. Ce taux inquiétant de non suivi est de loin supérieur à celui de Diadiou (9) 11%; de celui de Bâ Gueye et collaborateurs (3) 11,39% et de AZNAR (2) 18,9%. 12,55% ont fait au moins quatre consultations prénatales. 38,91% ont fait plus de quatre consultations prénatales.

L'un des facteurs qui peut expliquer ce taux de non suivi élevé est probablement le taux de non scolarisation élevé. Comme nous l'avons vu plus haut 91,21% de nos adolescentes n'ont jamais été à l'école.

Et sur les 116 adolescentes de notre étude qui n'ont fait aucune consultation prénatale, 110 n'ont jamais été à l'école .

Il est capital de noter que ces grossesses non suivies se soldent généralement par des suites compliquées alors que les consultations prénatales régulières constituent le gage d'une issue normale de la grossesse.

c) - Issue de la grossesse

La plupart des grossesses d'adolescente s'est soldé par un accouchement eutocique soit 38,82%, avec des cas fréquents d'épisiotomie 30,97% .

Les césariennes ne sont pas aussi rares soit 17,15% . Les accouchements prématurés soit 5,44% . Au cours de cette période d'étude nous avons eu à recenser 1,67% d'avortement (spontané); 0,42% de grossesse molaire qui a subit curetage. Les taux de Bâ Gueye sont meilleurs aux nôtres: 67,5% d'accouchement eutocique avec une fréquence d'épisiotomie de 62,7% et 8,5% de forceps (qui sont très rares chez nous). Les Césariennes chez Bâ Gueye et collaborateurs 7,4% .

Les indications de la césarienne au cours de notre étude ont été nombreuses et parfois d'une gravité exceptionnelle.

Le bassin généralement rétréci a été retrouvé dans 51,21% des cas, le bassin limite 24,39%, la disproportion foeto-pelvienne 9,75%, les présentations dystociques 7,31% des indications.

Une fois la décision de césarienne prise et exécutée, les suites ont été généralement simples.

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel au cours de notre étude.

Mais à partir du moment où la jeune fille porte une cicatrice sur son utérus son avenir obstétrical est profondément compromis surtout s'il n'y a pas un suivi prénatal régulier.

Mais il y a des indications qui obligent l'obstétricien à prendre et à exécuter la lourde décision d'hystérectomie. Dans notre étude, cette situation s'est produite dans 5 cas. A l'immaturation physique et psychologique s'ajoute l'hystérectomie. La jeune fille voit sa vie obstétricale se terminer après avoir à peine commencé; c'est une situation dramatique dont les conséquences psycho-sociales sont difficiles à apprécier dans notre société.

Nous avons enregistré d'autres complications comme l'endométrite (15 cas), hémorragie de la délivrance (7 cas), fistule vésico-vaginale (3 cas) qui se sont produits à la suite du travail prolongé et difficile. ce qui va entraîné une incontinence urinaire. La fille qui en souffrira se trouvera au banc de la société en raison de l'odeur persistante d'urine qui accompagne cette infirmité.

d) Taille de la mère

Plus de la moitié de notre effectif a une taille supérieure ou égale à 160 cm soit 87,45% . A l'adolescence la croissance n'étant pas encore terminée, certaines articulations du bassin n'atteignent leur maturité qu'à 25 ans (22).

A la ménarche la jeune fille peut grandir encore de 4% mais peut aussi gagner 12 à 18% de largeur du bassin. Même après deux ans de menstruation il peut rester une marge de 3 à 9% de croissance de hauteur (22). C'est dire combien de fois on doit pas compter uniquement sur la taille de l'adolescente pour la donner en mariage. Ceci explique aussi le grand risque que court une adolescente en grossesse.

D) - Variables portant sur le nouveau-né

a) - Etat du nouveau né à la naissance

Sur les 234 grossesses il y a eu 206 naissances vivantes : soit 88,03% dont 157 nouveaux nés bien portant avec un apgar supérieur à 7 (67,09%). 48 nouveaux nés réanimés avec un apgar inférieur à 7 (20,51%) et 28 morts-nés (11,96%).

Nos résultats sont proches de ceux de Bâ Gueye et collaborateurs (3) qui trouvent 70,7% de nouveaux nés bien portant 32% qui ont reçus une réanimation et 10,91% de morts-nés

b) - Poids du nouveau né à la naissance

Dans 45,44%, des nouveaux nés avaient à la naissance un poids supérieur ou égal à 2500 grammes.

Dans 54,56% des cas, le poids était inférieur à 2500 grammes.

Bâ Gueye et collaborateurs (3) ont trouvé que 57,5% de nouveaux nés avaient un poids supérieur à 2500 grammes et que 42,5% avaient un poids inférieur à 2500 grammes.

Certains auteurs (22) ont constaté que les risques d'insuffisance pondérale à la naissance étaient accrus lorsque la fille était très jeune.

CHAPITRE VI
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le phénomène de la gravido-puerpéralité des adolescentes avec son cortège de complications psychologique, médicale et sociale demeurent un problème dans le monde entier en général et au Mali en particulier.

Dans notre pays le facteur aggravant de cette situation est le taux bas de scolarisation des filles, 91,21% des adolescentes n'ont jamais été à l'école et seulement 7,95% ont un niveau primaire et 0,83% ont un niveau secondaire et plus. Cette présente étude rétrospective nous a permis de dégager le profil épidémiologique et obstétrical de ces grossesses chez les adolescentes âgées de 13 à 17 ans. Au terme de cette étude nous constatons que le pronostic médical de la mère et de l'enfant est le plus souvent bon.

Cependant le pronostic ultérieur s'agissant de l'éducation de cet enfant et de l'avenir conjugal de cette jeune mère reste hypothéqué chez cet être en phase de mutation ayant une immaturité psychologique.

Dans le cas de celles qui ont été hystérectomisées, nulle n'ignore le drame que vit une femme stérile dans nos sociétés.

La grossesse de l'adolescente reste dans son ensemble un problème difficile dont la résolution nécessite une action coordonnée et pluridisciplinaire impliquant, les hommes politiques, les autorités religieuses, les enseignants, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé.

Nous devons accorder une grande importance à cette tranche d'âge, n'est-elle pas constituée des parents de demain ?

La grossesse chez l'adolescente est un cas particulier survenant sur un terrain immature tant sur le plan physique que psychologique.

A cette immaturité, s'ajoutent comme vient de le prouver notre étude :

- le niveau de scolarisation très bas 91,2% des adolescentes n'ont jamais été à l'école ;
- la persistance des mariages précoces : la plus jeune mariée dans notre étude a 13 ans ;
- l'existence, chez l'adolescente de grossesse en dehors du mariage ;
- le taux élevé des adolescentes qui ne font pas de consultations prénatales.

Autant de situation qui aggravent l'association adolescente et grossesse dans notre pays.

Les conséquences qui résultent de cette association rendent impératives les interventions en faveur de cette importante couche de la population.

C'est dans le souci de réduire ces conséquences que nous recommandons les actions suivantes :

1. Faciliter et encourager la scolarisation et l'éducation sexuelle et familiale des jeunes. Ceci leur permettra de :

. lutter contre l'oisiveté et le chômage sources de multiples déviations.

. lutter contre les grossesses non désirées surtout si ces adolescentes sont encore célibataires.

. suivre, au cas où survenait une grossesse, correctement les consultations pré-natales. Elles éviteraient ainsi les complications dues à la grossesse avant ou après l'accouchement.

La plus redoutable dans notre étude étant l'hystérectomie.

2. Eduquer les parents pourqu'ils reculent l'âge de mariage qui demeure encore précoce dans certaines ethnies de notre pays.

3. Faire une étude prospective sur les méthodes contraceptives et l'adolescence. Ceci pour déterminer les méthodes contraceptives les plus acceptées et les plus efficaces.

4. faciliter l'accès et leur utilisation correcte.

CHAPITRE VII
BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES

- 1 - AGOSSOU THERESE
" Etre adolescent"
Revue vie et santé Juillet 1991 3-6
- 2 - AZNAR R. BENNETTA
Pregnancy in the adolescent girl
Am I obstet gynecolo 1961. 81.5 934 - 140
- 3 - BA GUEYE . M
Gravido-puerpéralité des adolescentes au CHU de Dakar
(à propos de 1360 cas)
Thèse med Dakar 1990 N° 25.
- 4 - BERLIER P.
Adolescente et contraception
Rev. Prat 1988, 40, 17-20
- 5 - BILADEAU R., MERCIER L.
La grossesse et l'adolescente.
Communication au 39è congrès de L'AMLFC, Québec 1969,
1485-1489.
- 6 - CAMARA MATATA
La contraception chez l'adolescente
Thèse médecine N° M44 1992
- 7 - CHEICK M.
Drame d'une maternité précoce. Pop Sahel N° 13, Août 1988. 66p,
Rev Pop Sahel (CERPOD).
- 8 - COLLETTE et BOUVARD
La grossesse des adolescentes
Rev France Gym. 1979 74 . 7-9, 5 15 - 518
- 9 - DIADHIOU F. & COLL.
Profil épidémiologique et obstétrical de la gravido-puerpéralité
des adolescentes au CHU A. le Dantec à Dakar.
Rev. Pop Sahel N° 13 Août 1990 12-13.
- 10 - DIADHIOU F. & COLL.
Adolescence et grossesse.
Communication au congrès de la société de gynécologie et
obstétrique Cotonou 23-26 mars 1988.
- 11 - DESCHAMPS J.P
La grossesse chez l'adolescente, l'enfant en milieu tropical,
1974, 93, 16-24.
- 12 - DIOP NAFISSATOU I. & GORA M. BOUP
"Les adolescentes d'aujourd'hui au Sahel"
Colloque sur <<les jeunes au Sahel>>
Québec 25-26 Septembre 1990 Université de Laval.

- 13 - DNSI (Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique)
Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali.
- 14 - DUCHE J. & COLL.
La grossesse de l'adolescente
Entretien de Bichat 1985 303 - 305.
- 15 - FAMILY HEALTH INTERNATIONAL
Les adolescentes et la fécondation. Mai 1991 p16-19
- 16 - FIELDLER. D.E
The adolescent, the gynecologist's dilemma 1973, Ip (un published)
- 17 - GAZOBY ET COLL.
La gravido-puerpéralité de l'adolescente Nigérienne à propos de 952 cas. Maternité centrale du Niger.
Interface 1988.
- 18 - GUEYE. L.
Enquête Sénégalaise sur la fécondité
Rapport d'évaluation W. F.S scientifique
Rapport 1984 no 49, voeburg, Nertherland
International Statutical Institut
- 19 - GYEJI GARBAH BENJAMIN : 1988
"Fertility and marriage in adolescents in Africa" African Population Conference, Dakar 1988, Vol 2, 5, 8. 1-15. Liège Belgium International Union for the Scientific Study of Population.
Revue Maternité sans risque 14-16.
- 20 - HADDOHW, BAHM.D.
Adolescence et sexualité
Groupe expert OMS. Rapport N° 428/FPL 12, Ile Maurice 1973.
- 21 - HASSA et FALLS
The young primipa.
Am. I. obstet Gynecol 1964, 88. 2, 254 - 269.
- 22 - HERBERT L. FRIEDMAN & KARIN EDSTROM
Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescentes O.M.S Genève 1983 7-8.
- 23 - I.C.A.F. (Centre International sur la Fécondité des adolescentes)
Age transitoire, Avril 1991, vol 10 N° 1

- 24 - I.P.P.F. (International Planning Family Perspectives)
Les services destinés aux adolescents.
Initiative de quelques associations de planning familial, 1985. p
40
- 25 - I.P.P.F. (International Planning Family Perspectives)
Adolescence et la sexualité 1978 p 31
- 26 - I.S.F.R.A. (Institut Supérieur de Formation et de Recherche
Appliquée)
Fécondité et comportement psycho-sociologique des adolescents en
milieu urbain au Mali. Annexe 1988
- 27 - JEANNE RETO; SANDE. E. A; DESCHAMPS J. P MANCJAUX. M.
Les adolescentes et leur santé, Flammarion Médecine Science
Presse de l'Université de Montréal, Paris - Montréal 1983: 264-
272
- 28 - LAMARRE A.
La grossesse des adolescentes à Dakar
Thèse med. Paris VI 1983.
- 29 - LOCOH THERESE
"La fécondité des adolescents"
Synthèse des résultats des enquêtes nationales
Revue Vie et Santé Juillet 1991 3-6.
- 30 - MAIGA B.; DIABATE F.S.; TRAORE. M.; DOLO.A.
Grossesse et accouchement chez l'adolescente (à propos de 1440
cas) 1992 Bamako.
- 31 - MERGER R. LEVY I. MELCHIOR I.
Précis d'obstétrique 5è édition 1989 45-86.
- 32 - MINISTERE DU PLAN; ORGANISATION DES NATIONS UNIES FNUAP;
INSTITUT DU SAHEL (CILSS)
Analyse du recensement 1976, République du Mali; perspectives de
la population résidente du Mali de 1977 à 2007: Avril 1985 p 46
Tome VI.
- 33 - MOUNANGA, M, MOUELY, G. ADZINSOU
La grossesse et l'accouchement de l'adolescente
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1985. 298
- 34 - OBEN G.B
Pregnancy in girl under 16 years
I. obstet-gynecol. B, 1969, 76, 7, 640-644
- 35 - O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé)
La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence
Rapport d'une réunion d'expert de l'OMS
Série des rapports techniques 1975 N° 583.

- 36 - O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé)
Contribution de l'OMS au document de travail de l'UNESCO destiné
au Congrès Mondial de la Jeunesse. Barcelone 1985.
- 37 - HUBINONT PO.
Problématique de la contraception chez les adolescentes
Rev. Contr. Fertilité, Sexualité, Vol 10, N° 4 p 217-222 1982.
- 38 - POPULATION REPORT
Série I, N° 10, Août 1976
- 39 - RAMIALISON. L
Problématique de la grossesse pendant l'adolescence.
Document non publié
- 40 - RUSSELL K. J.
Pregnancy in the young teenager
Lancet, 1969, I 7590, 365-366.
- 41 - TANDU - UMBA et COLL
Profil obstétrical de la Maternité précoce à Kinshassa
I. Gym Obst Biol. Repr, 1983, 12, 873-877.
- 42 - TRAORE B. et COLL.
Enquête démographique et de Santé au Mali (CERPOD)
Haute Vallée Bamako Novembre 1990. 101,p (Doc non publié)
- 43 - UNITED NATIONS
The situation of youth in the 1980's and prospects and Challenges
for the year 2000, New York 1989.
- 44 - UNITED NATIONS
Adolescent reproductive behaviour evident from development
countries vol II, New York 1989.
- 45 - UNFM (Union Nationale des Femmes du Mali)
Séminaire sur le problème des filles mères et leur insertion
socio-économique FNUAP Bamako, Mopti 1986, 73 p.
- 46 - UNFM (Union Nationale des Femmes du Mali)
Femme et population, programme de recherche.
Education et information, projet FNUAP - UNESCO, MLI 78-PG 1,
Octobre 1984, 98 p.
- 47 - U.R.D, CRDI et la FOUNDATION FORD
La fécondité des adolescentes en Afrique
Rapport final d'un séminaire international organisé du 02 au 10
décembre 1985 à Lomé au Togo.

48 - VINATIER & COLLABORATEURS

Problématique de la grossesse pendant l'adolescence
Document non publié.

49 - WALLACE H

Teenage pregnancy

Am. I. obstet gynocol 1965, 92,8 1125 - 1131.

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

--:--:--:--:--
- B A M A K O -

SUJET : ETUDE DE LA GRAVIDO-PUERPERALITE
CHEZ L'ADOLESCENTE

1 - Date _____

2 - N° de la Fiche d'Enquête _____

3 - N° du Dossier _____

4 - Nom et Prénom _____

5 - Age _____

6 - Statut Matrimonial _____

1 - Mariée

2 - Célibataire

7 - Provenance _____

1 - Bamako-ville

2 - Périphérie

3 - Ailleurs (à préciser)

9 - Indéterminés

8 - Ethnie _____

1 - Bamanan

8 - Bozo

2 - Soninké

9 - Somono

3 - Peulh

10 - Maure

4 - Sonraï

11 - Sénoufo

5 - Malinké

12 - Minianka

6 - Kassonké

13 - Bobo

7 - Dogon

14 - Autres (à préciser)

99 - Indéterminés

9 - Scolarité de la mère _____
1 - Non scolarisé
2 - Niveau primaire
3 - Niveau secondaire
4 - Niveau Universitaire
5 - Autres (à préciser)
9 - Indéterminés

10 - Taille de la mère _____
1 - T < 150 cm
2 - T ≥ 160 cm

11 - Parité _____
1 - P = 1
2 - P > 1

12 - Profession du procréateur _____
1 - Paysan/cultivateur
2 - Commerçants
3 - Fonctionnaire
4 - Sans emploi
5 - Chauffeur/mécanicien
6 - Militaire
7 - Berger/éleveur
8 - Pêcheur
9 - Etudiant/élève
10 - Autres (à préciser)
99 - Indéterminés

13 - Nombre de CP _____

14 - Déroulement de la grossesse _____
1 - Normal
2 - Prématurité
3 - Avortement/fausse couche
4 - grossesse molaire
5 - Autres (à préciser)
9 - Indéterminés

15 - Mode d'accouchement _____

1 - Basse

2 - Haute

16 - Indication si voie haute _____

1 - BGR

7 - D F P

2 - Bassin limite

8 - Rupture utérine

3 - Eclampsie

9 - Rupture précoce de P.O.

4 - Mort-né

10 - H R P

5 - Placenta prévia

11 - Présentation dystocique

6 - Ancienne F V V

12 - Autres (à préciser)

99 - Indéterminés

17 - Suite _____

1 - Simple

7 - Endométrite

2 - Hémorragie de la délivrance

8 - Hystérectomie

3 - Déchirure du périnée

9 - Septicémie

4 - Episiotomie

10 - F V V

5 - Mort-né

11 - Autres (à préciser)

6 - Mort maternelle

99 - Indéterminés

18 - Etat de l'enfant à la naissance _____

1 - Satisfaisant

2 - Non satisfaisant

3 - Mort-né

19 - Poids de naissance _____

1 - P < 2500 g

2 - P ≥ 2500 g

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'hyppocrate, 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 participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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