



UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE

THEME :

**Facteurs socio-culturels et pronostiques de la grossesse
et de l'accouchement chez les adolescentes dans le
service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier
universitaire Gabriel Touré de 2024-2025 : étude cas-
témoins**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le 02/10/2025
Faculté Mixte de Médecine et de pharmacie.*

**Par Mme Mariama KAGNASSY
Pour obtenir le grade de docteur en médecine (Diplôme d'Etat)**

JURY

Président : **M. Youssouf TRAORE, Professeur Titulaire**

Membre : **M. Karamoko SACKO, Maitre de Conférences agrégé**
M. Abdoul Salam DIARRA, Maitre-assistant

Directeur : **M. Amadou BBOCOUM Maitre de Conférences agrégé**

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

(Faculté des Sciences de la Santé)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT – FMPOS Bamako

Administration

Nom	Discipline
Pr Siné BAYO	Recteur
Pr Dapa A. DIALLO	Doyen
Pr Hamar Alassane TRAORÉ	Président du Conseil scientifique et pédagogique
M. Amougnon DOLO	Secrétaire principal

D.E.R Chirurgie et spécialités chirurgicales

Professeurs

Nom	Discipline
M. Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
M. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie générale
M. Amadou I. DOLO	Gynéco-Obstétrique
M. Aly Douro TEMBELY	Urologie
M. Nouhoun ONGOÏBA	Anatomie & chirurgie générale
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
M. Djibo Diango MAHAMANE	Anesthésie-Réanimation
M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-thoracique
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
M. Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
M. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
M. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
M. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mme Doumbia Kadiatou SINGARÉ	ORL
M. Seydou TOGO	Chirurgie thoracique & cardio-vasculaire
M. Birama TOGOLA	Chirurgie générale
M. Soumaïla KEÏTA	Chirurgie générale

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie générale
M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Madiassa KONATÉ	Chirurgie générale
M. Hamady COULIBALY	Stomatologie
M. Sékou KOUMARÉ	Chirurgie générale
M. Abdoul Kadri MOUSSA	Traumatologie
M. Djibril M. COULIBALY	Biochimie

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
M. Souleymane TOGORA	Stomatologie

Maîtres assistants

Nom	Discipline
—	—

Assistants

Nom	Discipline
M. Zakary SAYE	Oncologie chirurgicale

D.E.R Sciences fondamentales

Professeurs / Directeurs de recherches

Nom	Discipline
M. Siné BAYO	Anatomie pathologique – Histo-embryologie
M. Bakary CISSE	Biochimie
M. Cheick Bougadari TRAORÉ	Anatomie pathologique
M. Lassine SIDIBÉ	Chimie organique
M. Mahamadou TRAORÉ	Génétique
M. Mahamadou Ali THÉRA	Parasitologie-Mycologie
M. Bakarou KAMATÉ	Anatomie pathologique
M. Abdoulaye DJIMDÉ	Parasitologie-Mycologie
Mme Doumbo Safiatou NIARÉ	Parasitologie
M. Issiaka SAGARA	Math-Bio-Statistique
M. Bouréima KOURIBA	Immunologie

M. Issiaka TRAORÉ	Biophysique
-------------------	-------------

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Aboulaye KONÉ	Parasitologie
M. Charles ARAMA	Immunologie
M. Djibril M. COULIBALY	Biochimie

Maîtres de conférences / Maîtres de recherches

Nom	Discipline
M. Amadou KONÉ	Biologie moléculaire
M. Mahamadou Z. SISSOKO	Méthodologie de la recherche
M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Mohamed M'BAYE	Physiologie
M. Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBÉLÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique

Maîtres assistants

Nom	Discipline
—	—

Assistants

Nom	Discipline
M. Abdoulaye FAROTA	Chimie physique & chimie générale
M. Aboudou DOUMBIA	Chimie générale

D.E.R Médecine et spécialités médicales

Professeurs

Nom	Discipline
M. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
M. Mamadou Marouf KEÏTA	Pédiatrie
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Hamar Allassane TRAORÉ	Médecine interne
Mme Assa TRAORÉ (SIDIBÉ)	Endocrinologie

M. Siaka SIDIBÉ	Imagerie médicale
M. Moussa Y. MAÏGA	Gastro-entérologie
M. Boubacar DIALLO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
M. Youssoufa M. MAÏGA	Neurologie
M. Yacouba TOLOBA	Pneumologie
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Fatoumata DICKO TRAORÉ	Pédiatrie & génétique médicale
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme Kaya Assétou SOUCKO	Médecine interne
M. Abdoul Aziz DIAKITÉ	Pédiatrie

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Adama DICKO	Dermatologie
M. Koniba DIABATÉ	Biophysique
Mme Menta Djénébou TRAORÉ	Médecine interne
M. Madani DIOP	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation-Urgence
M. Mody CAMARA	Imagerie médicale
M. Djibril SY	Médecine interne
Mme Djénébou SYLLA SOW	Endocrinologie

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
—	—

Maîtres assistants

Nom	Discipline
M. Mamadou N'DIAYE	Imagerie médicale

Assistants

Nom	Discipline
Mme Maimouna SIDIBÉ DEMBÉLÉ	Rhumatologie
M. Bah TRAORÉ	Endocrinologie
M. Modibo MARIKO	Endocrinologie

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Madani LY	Oncologie médicale

D.E.R Santé publique

Professeurs

Nom	Discipline
M. Hammadoun SANGHO	Santé publique
M. Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale

Maîtres de conférences agrégés

Nom	Discipline
M. Oumar SANGHO	Santé communautaire
M. Housseini DOLO	Santé communautaire

Maîtres de conférences

Nom	Discipline
M. Cheick Abou COULIBALY	Santé publique
M. Aldiouma KODIO	Anglais

Maîtres assistants

Nom	Discipline
M. Abdramane COULIBALY	Anthropologie médicale
M. Seydou DIARRA	Anthropologie médicale
M. Salia KEITA	Santé publique
M. Issiaka DIARRA	Anglais

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Birama DIAKITÉ	Économie de la santé
M. Mahamane KONÉ	Santé au travail
M. Ali WÉLÉ	Management
M. Cheick Tidiane TANDIA	Santé publique

D.E.R Sciences pharmaceutiques

Professeurs / Directeurs de recherches

Nom	Discipline
Thèse de Médecine	Mariama KAGNASSY

UKM 2025

M. Saïbou MAÏGA	Législation
M. Gaoussou KANOUTÉ	Chimie analytique
M. Ousmane DOUMBIA	Chimie thérapeutique
M. Aboulaye DABO	Zoologie
M. Moussa SAMAKÉ	Botanique
M. Benoit Yaranga KOUMARÉ	Chimie inorganique
M. Ababacar MAÏGA	Toxicologie
M. Lassine SIDIBÉ	Chimie organique
M. Mahamadou TRAORÉ	Génétique
M. Cheick Bougadari TRAORÉ	Biologie cellulaire
M. Cheick Oumar BAGAYOGO	Informatique
M. Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie
M. Alhassane TRAORÉ	Anatomie
M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Anatomie
M. Siaka SIDIBÉ	Biophysique
M. Sékou BAH	Pharmacologie
M. Abdoulaye DJIMDÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Daouda Kassoum MINTA	Maladies infectieuses
M. Satigui SIDIBÉ	Pharmacie vétérinaire
M. Mahamadou Ali THÉRA	Méthodologie de la recherche
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie de la recherche
M. Aldiouma GUINDO	Hématologie
M. Issaka SAGARA	Math-Bio-Statistiques
Mme Douumbo Safiatou NIARÉ	Méthodologie de la recherche
M. Daba SOGODOGO	Physiologie humaine
M. Drissa TRAORÉ	Soins infirmiers
M. Bouréma KOURIBA	Immunologie

MCF agrégés / MCF / Maîtres de recherches

Nom	Discipline
M. Ousmane SACKO	Cryptogamie
M. Abdoulaye KONÉ	Méthodologie de la recherche
M. Boubacar Sidiki Ibrahim DRAMÉ	Biochimie
M. Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
M. Mahamane HAÏDARA	Pharmacognosie
M. Abdoul K. MOUSSA	Anatomie
M. Madiassa KONATÉ	Anatomie
M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie générale
M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie générale
M. Bourama COULIBALY	Biologie cellulaire
M. Mohamed MBAYE	Physiologie

M. Koniba DIABATÉ	Biophysique
M. Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
M. Laurent DEMBÉLÉ	Parasitologie-Mycologie
M. Mahamadou DIALLO	Anatomie
M. Dominique Patomo ARAMA	Chimie thérapeutique
M. Yaya GOÏTA	Biochimie
M. Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme Menta Djénébou TRAORÉ	Sémiologie médicale
M. Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
M. Lossény BENGALY	Pharmacie hospitalière
M. Ibrahima GUINDO	Bactériologie-Virologie
M. Souleymane SANOGO	Biophysique
M. Issa COULIBALY	Gestion pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA	Bactériologie-Virologie
M. Mohamed Ag BARAÏKA	Bactériologie-Virologie
M. Charles ARAMA	Immunologie

Maîtres assistants / Chargés de recherches

Nom	Discipline
M. Aboubacar DOUMBIA	Bactériologie-Virologie
M. Yaya COULIBALY	Droit & éthique
M. Hamma MAÏGA	Législation-Galénique
M. Bakary Moussa CISSE	Galénique & législation
M. Boubacar ZIBEROU	Physique
M. Aboudou DOUMBIA	Chimie générale
M. Diakardia SANOGO	Biophysique
M. Salia KEITA	Santé publique
Mme Aïssata MARIKO	Cosmétologie
M. Boubacar Tiètiè BISSAN	Analyse biomédicale
M. Issiaka DIARRA	Anglais
Mme Saye Bernadette COULIBALY	Chimie minérale
M. Mamadou BALLO	Pharmacologie

Assistants

Nom	Discipline
M. Dougoutigui TANGARA	Chimie minérale
M. Abdourhamane DIARA	Hydrologie
M. Abdoulaye KATILÉ	Math-Bio-Statistique
M. Aboubacar SANGHO	Droit-Éthique-Législation pharmaceutique
Mme Assitan KALOGA TRAORÉ	Droit-Éthique-Législation pharmaceutique

M. Abdoulaye GUINDO	Pharmacologie
M. Bah TRAORÉ	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
M. Modibo MARIKO	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

Chargés de cours

Nom	Discipline
M. Birama DIAKITÉ	Économie de la santé
M. Mahamane KONÉ	Santé au travail
M. Maman YOSSI	Technique d'expression & communication
M. Amassagou DOUGNON	Biophysique
M. Abdoulaye FAROTA	Chimie physique

DEDICACES ET REMERCIMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A mes très chers parents

Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je vous porte. Cette thèse est l'aboutissement de plusieurs années de travail, d'efforts et de sacrifices, mais elle est aussi le fruit de votre amour, de votre soutien inconditionnel et de vos encouragements constants. Vous avez toujours cru en moi, même dans les moments de doute. Vous m'avez appris la persévérance, la rigueur et l'humidité, des valeurs qui m'ont guidé tout au long de cette aventure académique. Grâce à vous, j'ai pu avancer avec confiance et détermination. Ce succès, je vous le dois autant qu'à moi. Puisse Dieu vous prêter santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant ma vie.

A mes chers Frères et sœurs

Veuillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon attachement le plus profond. Vous occuperez à jamais une place particulière dans mon cœur, que notre fraternité dure à jamais.

A mon très cher époux

Cette thèse n'a pas été qu'un défi personnel, c'était aussi une épreuve de patience, d'endurance et parfois même de sacrifices pour toi. Tu as su m'accompagner dans les moments de doute, me soutenir dans les périodes de fatigue et me rappeler, lorsque c'était nécessaire, pourquoi j'avais commencé ce chemin.

Ta patience, ton écoute et ton amour ont été une source inestimable de force pour moi. Sans ton soutien, cette aventure aurait été bien plus difficile

A mes bébés Naby Sulayman Kantako et khudeja Sharifa Kantako

Je dédie cette thèse à mes bébés Naby et Sharifa, qui m'ont donné la force d'aller jusqu'au bout. Votre présence, votre sourire, et votre innocence ont été ma lumière dans les moments les plus difficiles. Vous êtes, et vous resterez ma plus belle source d'inspiration, tout en remerciant Dieu d'avoir mis sur mon chemin un mari formidable qui grâce à lui je vous ai aujourd'hui dans ma vie

REMERCIEMENTS

ALLAH le tout puissant,

Nous rendons grâce à Allah (SWT), le tout miséricordieux, le très miséricordieux, l'omniscient, l'omnipotent, omniprésent, en ce jour, je me tourne vers toi avec gratitude et humilité en te remerciant de m'avoir accordé la force de survivre, ainsi que le courage pour surpasser les obstacles et les difficultés que j'ai rencontré depuis le début de ma formation à la rédaction de ma thèse de médecine.

J'adresse mes sincères remerciements :

Au corps professoral et à tout le personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de l'université Kankou Moussa

Merci pour votre enseignement et votre éducation scientifique. En plus du savoir, vous nous avez appris le savoir-faire et le savoir être. Nous sommes très fiers d'avoir été l'un de vos apprenants. Trouvez ici l'expression de toute notre gratitude.

A mes maîtres formateurs :

Pr Youssouf TRAORE, Pr Amadou BOCOUM, Pr Oumar SANGHO, Pr Seydou FANE, Pr Cheickne SYLLA, Pr Issaka SANOGO, Dr Adan Adjawiakoye, Dr Abou SOGODOGO, Dr Abdoul Salam DIARRA

Merci pour votre soutien et votre disponibilité, votre détermination, votre courtoisie, votre humanisme et surtout votre désir pour le travail bien fait vous avez été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Aux personnels du CHU Gabriel Touré de Bamako :

Je vous présente mes sincères remerciements pour votre coopération dans l'élaboration de ce travail. Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A toute la 9^{ème} Promotion de la Faculté de médecine de L'UKM :

Ensemble, nous avons passé beaucoup de temps parsemés de joies et de peines. A travers ce travail, je vous réitère, toute ma reconnaissance. Que DIEU nous accompagne tout au long de notre carrière et je souhaite que le marché de l'emploi nous offre tout ce qu'il y a de meilleur.

A mon beau père et mes beaux frères

Vos soutiens indéfectibles, vos bienveillances et vos encouragements ont été pour moi une source précieuse de force et de motivation. Vous avez cru en moi, parfois même plus que je ne croyais en moi-même. Dans les moments de doute, vous avez su trouver les mots justes pour me réconforter et me pousser à aller de l'avant. En franchissant cette étape, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maitre et Président du jury

Professeur YOUSOUF TRAORÉ

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS,
- Chef de département de la gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Modérateur nationale et expert sur la PTME au Mali,
- Titulaire de diplômes universitaires « Méthode de recherche clinique » et « Epidémiologique » de Bordeaux I,
- Vice-président de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA),
- Chef de la filière Sage-femme de l'institut National de Formation en Science de Santé (INFSS),
- Secrétaire Général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)
- Enseignant chercheur

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant généreusement de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre savoir-faire, votre rigueur pédagogique et vos qualités humaines font de vous l'un des meilleurs maîtres. Grande est notre chance de pouvoir profiter en ce jour de vos enseignements. C'est l'occasion pour nous de vous remercier cher maître et de prier afin que DIEU vous accorde santé et longévité.

A notre maître et juge

Professeur Karamoko SACKO

- Maître de conférences agrégé en pédiatrie à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Diplôme en pathologie fonctionnelle digestive de l'enfant
- Hepatogastroenterologue et nutritionniste pédiatrique
- Responsable de l'unité de pédiatrie II du CHU Gabriel TOURE
- Responsable de l'unité nutrition à la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE
- Membre de l'AMAPED

Cher maître,

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail. Votre patience, douceur et votre amour du travail bien fait force au respect. Vos critiques et suggestions ont été des apports capitaux pour l'amélioration de notre travail. Nous profitons de cette opportunité pour vous exprimer notre profonde admiration et gratitude.

Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et juge

Dr Abdoul Salam DIARRA

- Enseignant chercheur
- Maitre-assistant au Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique de Bamako
- Ancien médecin SR (Santé de la Reproduction) et point focal des maladies non transmissibles à la direction régionale de Mopti
- Ancien praticien au Centre de Santé de Référence de Mopti

Cher Maitre,

C'est un immense honneur pour nous de vous avoir parmi les membres du jury. Votre expertise scientifique, vos conseils éclairés et votre disponibilité ont été d'une valeur inestimable pour nous tout au long de cette intense période de recherche.

Veuillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de notre profonde reconnaissance et de nos sincères remerciements.

À notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur AMADOU BOCOUM

- Maitre de conférences agrégé en gynécologie obstétrique,
- Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Titulaire d'un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique en France,
- Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en gynécologie en France,
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en gynécologie obstétrique de l'Université de Paris Descartes,
- Secrétaire général Adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),

Honorable maitre,

Nous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en nous confiant ce travail ; d'y avoir consacré une partie de votre temps précieux et de nous avoir guidé avec rigueur. Nous garderons de vous, l'image d'un maitre généreux de son savoir, d'un médecin humaniste, d'un scientifique assoiffé de savoir. Soyez rassuré de notre estime, notre profonde gratitude et notre entière confiance. Que DIEU vous garde longtemps à nos côtés afin que nous bénéficiions de votre grand savoir.

Liste des abréviations

ATCD	Antécédent
BCF	Bruit Du Cœur Fœtal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
BIP	Diamètre Bipariétal
C	Commune
CAT	Conduite À Tenir
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
Cm	Centimètre
CPN	Consultation Prénatale
CUD	Contraction Utérine Douloureuse
DFP	Disproportion Fœto-pelvienne
DI	Détroit Inférieur
DM	Détroit Moyen
DS	Détroit Supérieur
GEU	Grossesse Extra-utérine
HRP	Hématome Rétro Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LA	Liquide Amniotique
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale

PP	Placenta Prævia
PRP	Promonto-rétro-pubien
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RCIU	Retard de Croissance Intra-utérin
RPM	Rupture Prématurée des Membranes
SA	Semaine d'Aménorrhée
SFA	Souffrance Fœtale Aiguë
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des figures

Figure 1 : Pilosité pubienne.....	5
Figure 2 : Stades des seins.....	6
Figure 3 : Schémas représentant la tête fœtale et les dimensions du bassin	13

Liste des tableaux

Tableau I : Opéralisations des variables.....	17
Tableau II : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU-GT en fonction des caractéristiques socio-démographiques.....	20
Tableau III : Impact de la grossesse sur la scolarité.....	21
Tableau IV : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU GT en fonction des données cliniques	21
Tableau V : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU GT en fonction des pathologies associées à la grossesse	22
Tableau VI : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU GT en fonction du type de présentation	23
Tableau VII : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU GT en fonction du type de bassin.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VIII : Répartition des accouchées en 2024-2025 au CHU GT en fonction de la voie d'accouchement.....	23
Tableau IX : Répartition des accouchées par césarienne en 2024-2025 au CHU GT en fonction de l'indication.....	23
Tableau X : Répartition des femmes accouchés en 2024-2025 au CHU GT en fonction du pronostic materno-fœtal.	24
Tableau XI : Analyse multivarié des caractéristiques socio-démographiques.....	25
Tableau XII : Analyse multivarié des données cliniques	26
Tableau XIII : Analyse multivarié des données sur l'accouchement.....	27
Tableau XIV : Analyse multivarié des données Pronostic materno-fœtale de l'accouchement	28

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	GENERALITES	4
2.1	Définitions.....	4
2.2	Transformations au cours de l'adolescente et de la puberté [10, 12 ,13,14]	4
2.2.1	Modifications physiques	4
2.2.2	Modifications sexuelles.....	5
2.2.3	Modifications staturo-pondérales.....	7
2.2.4	Modifications psychologiques :	7
2.3	Grossesse :.....	7
2.3.1	Rappel sur l'accouchement :	8
2.3.2	Particularités de grossesses et de l'accouchement chez l'adolescente	9
2.3.3	Problème de santé associée à la grossesse et à l'accouchement chez l'adolescente	
	10	
3	METHODOLOGIE.....	15
3.1	Cadre d'étude :	15
3.2	Type et période d'étude.....	16
3.3	Population d'étude :	16
3.3.1	Critères d'inclusions	16
3.3.2	Critères de non inclusion	16
3.4.1	Calcul de la taille de l'échantillon	17
4	RESULTATS	20
4.1	Fréquence :	20
4.2	Caractéristiques socio-démographiques :.....	20

4.3	Caractéristiques cliniques.....	21
4.4	Données sur l'accouchement.....	23
4.5	Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes	24
4.6	Analyses multivariées	25
4.6.1	Caractéristiques socio-démographiques	25
4.6.2	Données cliniques	26
4.6.3	Données sur l'accouchement.....	27
4.6.4	Données sur l'accouchement.....	28
5	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	31
5.1	Limites de l'étude.....	31
5.2	Fréquence globale	31
5.3	Caractéristiques socio-démographiques	32
5.4	Caractéristiques cliniques.....	33
5.5	Données sur l'accouchement.....	35
5.6	Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes	37
6	CONCLUSION	40
7	RECOMMANDATIONS	41
8	REFERENCES	42
	ANNEXES	47
	SERMENT DE MEDECIN.....	52

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Une adolescente est toute femme dont l'âge chronologique se situe entre 10 et 19 ans. la grossesse précoce est celle qui survient en bas âge, entre 10 et 19 ans selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1]. La grossesse est la conséquence normale de rapports sexuels dans une période favorable ou d'une mauvaise utilisation des contraceptions [2].

Les taux les plus élevés de grossesse chez les adolescentes sont enregistrés en Afrique et plus de la moitié des femmes subsahariennes accouchent avant l'âge de 20 ans [3,4]. En Afrique, parler de sexualité est tabou, les filles qui tombent enceinte suite à un rapport sexuel ou à une agression sexuelle ont honte d'en parler et ne font donc rien pour arrêter le phénomène [5].

Au Mali, selon l'enquête démographique et de santé (EDSM) VI, de 2018 plus d'un tiers des adolescentes de 15-19 ans (36 %) ont déjà commencé leur vie féconde ; 30 % sont déjà mères et 6 % étaient enceintes au moment de l'enquête [6]. Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 21 % à 16 ans puis à 59 % à 19 ans [6]. Selon une étude menée au Centre de Santé de Référence (CSRef) de la CVI la fréquence des accouchements chez les adolescentes était de 19,61% ; la tranche d'âge la plus représentée chez les adolescentes était 18-19 ans soit 55,67% et plus de 85% des adolescentes étaient dans un mariage [7]. Dans les études de Dicko O [7], Diarra E [8] et Drabo A [9] l'accouchement chez les adolescentes représentait respectivement 19,61%, 9,5% et 13,31%.

Les issues défavorables des grossesses et accouchements étaient essentiellement l'accouchement prématuré, la souffrance néonatale, le faible poids de naissance, le décès néonatal, les fistules [7]. Une étude de l'organisation mondiale de la santé sur les grossesses des adolescentes a rapporté que l'âge seul pourrait ne pas en être la cause, l'éducation, le statut social et l'utilisation des structures de santé sont des facteurs participants [10].

La grossesse chez les adolescentes constitue un problème de santé publique aux multiples dimensions, influencé par des facteurs sociaux, culturels et économiques. Dans de nombreuses régions, un grand nombre de jeunes filles en âge de procréer n'ont pas accès à une éducation sexuelle adéquate ni à un environnement protecteur favorisant leur développement personnel. La pauvreté, les normes sociales restrictives, les inégalités de genre, les mariages précoce, ainsi que le manque d'information sur la santé reproductive sont autant d'éléments qui exposent les adolescentes à des grossesses précoce et souvent non désirées. Ces situations

compromettent non seulement leur santé physique et mentale, mais aussi leur avenir scolaire et socio-économique. Une grossesse survenant à un âge très jeune reflète bien souvent l'échec des structures sociales à accompagner les adolescentes vers une transition sécurisée à l'âge adulte [3,4].

À Bamako, la grossesse chez l'adolescente est favorisée par des facteurs socio-culturels tels que les mariages précoces et la faible scolarisation. L'étude de Tall S. et al. (2023) réalisée au CHU Gabriel Touré révèle une fréquence élevée de complications obstétricales et néonatales chez les adolescentes, avec notamment des scores d'Apgar significativement faibles et 12 cas de décès maternels. Ces grossesses précoces compromettent la santé de la mère et de l'enfant, tout en aggravant la précarité sociale et économique des adolescentes, souvent exclues du système scolaire et confrontées à une dépendance financière [11].

Par ailleurs cette situation est renforcée par le mariage précoce, à Bamako plusieurs études ont été menées sur l'accouchement et les adolescentes mais vu l'ampleur du phénomène et ses complications materno-fœtales nous avons jugé utile de mener cette étude afin d'évaluer la fréquence, les facteurs associés et le pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes dans service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré.

QUESTION DE RECHERCHE

Quels sont les facteurs pronostiques de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes au CHU Gabriel Touré d'Août 2024 à Janvier 2025 ?

OBJECTIFS :

Objectif général

Étudier les facteurs socio-culturels et pronostiques de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes dans le service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel Toure

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes ;
- Identifier les facteurs socio- culturels, démographiques, économiques et cliniques des adolescentes enceintes ;
- Décrire le pronostic materno-fœtal de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes.

2 GENERALITES

2.1 Définitions

L'adolescence est la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, caractérisée par des changements physiques, psychologiques et sociaux importants [12].

2.2 Transformations au cours de l'adolescente et de la puberté [10, 12 ,13,14]

L'adolescence se caractérise essentiellement par la puberté, pendant laquelle le corps de la jeune fille se modifie et son caractère s'affirme. Avant la puberté, il y a un temps qu'on qualifie de réveil de l'activité hormonale (entre 8-10 ans) : c'est la pré- puberté se manifestant essentiellement par le gonflement des glandes mammaires. C'est à partir de 10 ans que les 1ères règles de puberté commencent. Ainsi à la puberté, l'adolescente doit subir une succession de changements. Ces différents changements surviennent généralement entre 11- 13 ans. La fin de la puberté arrive avant celle de l'adolescence ce qui explique qu'un jeune homme et une jeune femme peuvent être physiologiquement prêts à enfanter à 16 ans mais dans les cultures sociales pas encore prêts.

2.2.1 Modifications physiques

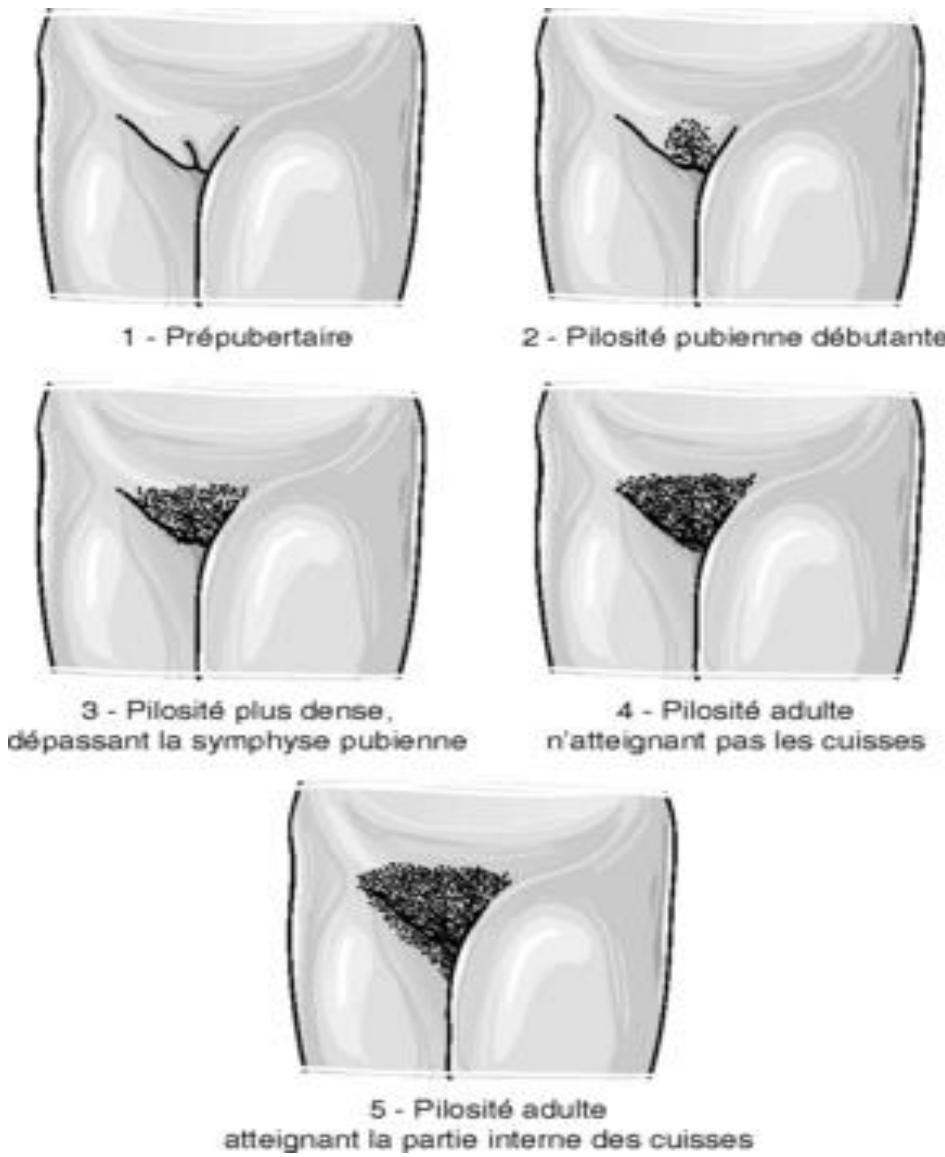
Le bouton mammaire se développe, l'aréole s'agrandit et la glande mammaire bombe un peu. Le duvet de la région pubienne s'épaissit et les poils apparaissent. Les aisselles aussi se couvrent de poils.

Le déclenchement de l'activité hormonale se caractérise par une poussée de croissance et une prise de poids. La silhouette se féminise, la taille s'affine et les hanches s'arrondissent. La poussée de la croissance précède les règles.

L'âge moyen des premières menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans

2.2.2 Modifications sexuelles

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



Pilosité pubienne (P) :

P1 = absence de pilosité pubienne

P2 = quelques poils bruns et épais

P3 = pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4 = pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5 = pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale

Figure 1 : Pilosité pubienne

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

Seins (S) :

S1 = aucun développement ;

S2 = bourgeon mammaire retro aréolaire ;

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

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

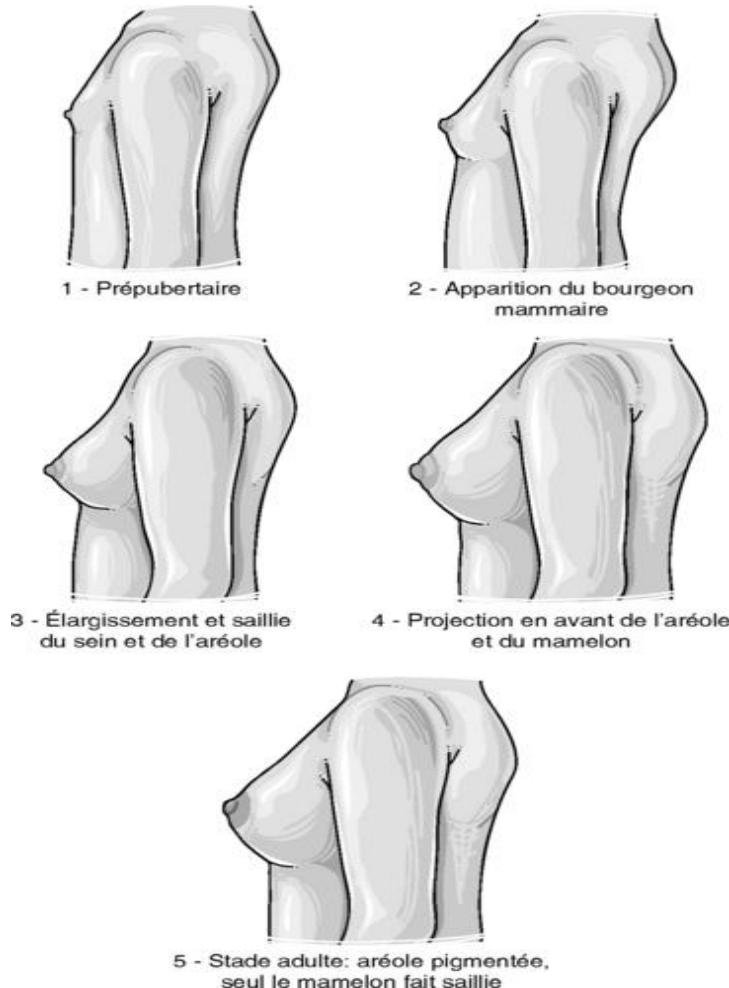


Figure 2 : Stades des seins

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

Poils axillaires (A)

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

A1 = absence de pilosité axillaire

A2 = présence de quelques poils

A3 = nombre de poils supérieur à 10

A4 = pilosité axillaire assez fournie

A5 = pilosité fournie

2.2.3 Modifications staturo-pondérales

Pendant l'adolescente la taille grandit en moyenne d'environ quatre (4) cm et le poids d'environ quatre (4) kg par an. La croissance staturale diminue rapidement après les premières règles. La croissance pondérale augmente plus longtemps que la croissance staturale.

2.2.4 Modifications psychologiques :

L'adolescence est le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté. Ces modifications s'articulent autour de la gestion des transformations corporelles, de la découverte de la sexualité, et de la prise de conscience de la complémentarité des sexes, et d'un réagencement des relations avec l'environnement. L'impact des transformations sur le psychisme est considérable et des modifications se font voir en peu de temps dans tous les domaines : les relations avec les parents, les amis, les intérêts nouveaux, les changements de comportements, d'humeur.

2.3 Grossesse :

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

L'évolution normale aboutit au bout de 9 mois soit 38 semaines d'aménorrhée

(SA) à 42 SA à l'expulsion du fœtus et des annexes, dénommée accouchement.

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

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

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

- L'expulsion du fœtus avant viabilité : c'est l'avortement qui lorsqu'il survient avant 15 SA sera appelé avortement précoce et au-delà jusqu'à 27 SA, avortement tardif [17] ;
- La mort du fœtus in utero.
- La pré éclampsie qui peut aboutir à une mort materno-fœtale

2.3.1 Rappel sur l'accouchement :

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales féminines à partir d'un délai où la grossesse a atteint un terme théorique de 28 semaines d'aménorrhée [17].

Ces phénomènes sont régis par l'adaptation des dimensions des diamètres du fœtus et la présentation en particulier à celles du bassin et ses parties molles.

Ceci permettra au fœtus de traverser la filière génitale par les contractions utérines du travail qui le poussent vers le dehors : c'est la loi de l'accommodation.

L'accouchement se déroule en 3 périodes :

Première période : Effacement et dilatation du col : elle est marquée par l'apparition des contractions utérines du travail et leurs conséquences. Elle se termine lorsque la dilatation du col est complète. Elle se déroule en deux phases :

- Phase de latence : jusqu'à 4cm pendant laquelle la dilatation se fait lentement.
- Phase active : de 4-10cm pendant laquelle la dilatation se fait rapidement

Deuxième période : L'expulsion du fœtus. Elle s'étend de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance et comprend deux phases :

- Phase pelvienne : L'achèvement de la descente et la rotation de la présentation.
- Phase périnéale : L'expulsion proprement dite au cours de laquelle la poussée
- Abdominale contrôlée et dirigée vient s'ajouter aux contractions utérines dégageant ainsi la présentation suivant un axe formant avec l'axe ombilico-coccygien un angle obtus.

Troisième période : La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine (le décollement et l'expulsion du placenta, l'hémostase) Par fois l'accouchement se fait par césarienne (Voie haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et /ou de la mère. Ce sont

- Les syndromes vasculo-rénaux : Toxémie gravidique, éclampsie, hématome rétro-placentaire.
- Les dystocies dynamiques et mécaniques
- Les hémorragies, procidence du cordon etc.

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 28eme et de la 37eme semaine d'aménorrhée [17].

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

2.3.2 Particularités de grossesses et de l'accouchement chez l'adolescente

2.3.2.1 Causes floues de grossesses chez l'adolescente

Les professionnels témoignent pour une grande majorité de la difficulté qu'ils ont de connaître les causes de la grossesse. D'abord, ces détails relevant de leur intimité, les jeunes filles ou garçons éprouvent des difficultés à en parler, sans oublier qu'une partie d'entre eux semblent ignorer la cause de leur grossesse. En effet, tout comme les profils des jeunes filles sont très variés, les causes de leur grossesse le sont aussi et ne sont pas toujours univoques : aux causes déclarées et bien circonscrites viennent se mêler des problématiques psychologiques plus profondes.

Selon Charlotte le Van[18], il y a 5 types de désir de grossesse :

- La grossesse « initiatique » : pour attirer l'attention de l'entourage de façon indirecte, éprouver la relation amoureuse, marquer un passage à l'âge adulte.
- La grossesse « S.O.S » : elle résulte d'un comportement contraceptif à risque, symptôme d'un mal de vivre. C'est encore une fois la recherche d'une attention particulière de la part de l'entourage familial.
- La grossesse « insertion » : la maternité est désirée et planifiée et cherche à combler un vide existentiel et à acquérir un statut social reconnu et accepté par l'entourage.
- La grossesse « identité »: la jeune fille l'attribue au hasard mais elle découle d'un désir de maternité non explicite, se traduisant par une contraception à risque - La grossesse « accidentelle » : elle est imprévue et involontaire.

2.3.3 Problème de santé associée à la grossesse et à l'accouchement chez l'adolescente

Les risques pour la santé de la mère et du bébé sont fortement associés à l'accouchement à un âge précoce.

2.3.3.1 Mortalité maternelle :

La mortalité maternelle est la mort d'une femme durant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, de cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge. Les morts maternelles tardives interviennent jusqu'à un an après l'accouchement [19].

Les causes obstétricales directes résultent de complications de la grossesse, du travail ou de la puerpéralité (période d'environ six semaines après la naissance), ou d'interventions, de traitements incorrects ou d'oublis. Les causes obstétricales indirectes résultent de maladies aggravées par la grossesse. Les morts liées à la grossesse font référence à toutes les morts intervenant durant cette période, quel que soit la cause [19].

Le risque de mourir d'un mal lié à l'accouchement est dans beaucoup de pays deux fois plus élevé pour les adolescentes âgées de 15 à 19 ans que pour les femmes plus âgées.

Cela est dû à une grande variété de facteurs, incluant :

- La première grossesse,
- La pauvreté,
- Un statut social bas et un manque d'accès aux services de santé.

Avortement :

- Avortement spontané :

C'est l'accident le plus fréquent en pathologie obstétricale. C'est celui qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire [17]. Lorsqu'il survient avant 15 semaines d'aménorrhée, on parle d'avortement spontané précoce. Entre 15 et 27 semaines, c'est l'avortement spontané tardif. Parmi les causes on peut citer l'hypotrophie des organes génitaux, tel le cas chez l'adolescente dont les organes génitaux ne sont pas arrivés à maturité.

- Avortement provoqué clandestin :

C'est celui qui survient à la suite de manœuvres ou entreprises destinées à interrompre la grossesse avant la fin de la 28ème semaine [17].

Il est fréquent mais cette fréquence est difficile à établir à cause de ses caractères clandestins. Ces avortements sont motivés par plusieurs raisons : sous l'effet de la peur, de la honte ou du désespoir, beaucoup de jeunes filles sont prêtes à risquer leur vie pour mettre fin à une grossesse accidentelle.

Elles ont recours à un avortement illicite, souvent pratiqué par une personne non qualifiée et dans de mauvaises conditions ou alors elles tentent de se faire avorter, de leurs propres moyens en employant des doses excessives de médicaments, en buvant des produits détergents.

A travers le monde l'avortement est un phénomène trop courant parmi les adolescentes. Parmi les 19 millions d'avortements illégaux ayant lieu chaque année, 2,2 à 4 millions concernent des adolescentes, qui ont tendance à avoir recours à l'avortement tard dans la grossesse et de retarder la recherche de soins dans l'éventualité de complications [20].

Si tous les avortements clandestins ne sont pas nécessairement dangereux, force est de reconnaître qu'ils sont malgré tout, associés à des taux élevés de maladies et de décès. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions peuvent entraîner une hémorragie, une infection, et des synéchies.

2.3.3.2 L'accouchement prématué :

L'accouchement prématué est celui qui survient avant 37 SA révolues, soit le 259^e jour d'aménorrhée. La limite inférieure est imprécise : les progrès de la périnatalogie l'abaissent à 26 SA, voire à 24 SA [17].

Chez les adolescentes, force est de reconnaître qu'il y a un grand nombre de prématuroté, des petits poids de naissance dus en particulier à l'hypotrophie utérine. On peut citer aussi la toxémie gravidique, l'éclampsie, les dystocies mécaniques et dynamiques etc.

2.3.3.3 Anémie :

L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11g /dl au cours du premier et troisième trimestre et inférieur à 10,5 g/dl au cours de deuxième trimestre.

Environ la moitié des adolescentes des pays en voie de développement sont anémiques. Une anémie grave est une cause indirecte importante de mortalité maternelle. Les carences nutritionnelles d'acide folique et de fer, les maladies infectieuses telles que le paludisme et les parasites intestinaux contribuent tous à l'anémie des adolescentes. Les mères adolescentes anémiques, souffrant de carences en fer, sont plus susceptibles d'accoucher avant terme d'un

bébé de petit poids. Le corps en pleine croissance des adolescentes les plus jeunes rivalise avec le fœtus pour la nutrition, épuisant les réserves de fer et de nutriments.

2.3.3.4 Accouchements dystociques

Un âge de moins de 18 ans est un facteur de dystocie parmi d'autres [21]

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

- Dystocie dynamique : c'est l'ensemble des anomalies fonctionnelles de la contraction et de la dilatation du col. Elle survient lorsqu'il existe des obstacles au passage du fœtus [17].
- Dystocie mécanique : elle s'installe lorsqu'il y a une mauvaise adaptation du fœtus au bassin maternel. Les diamètres du mobile foetal sont supérieurs à ceux du bassin maternel. On parle alors de disproportion foeto-pelvienne.

2.3.3.5 Syndromes vasculo-rénaux

- Toxémie gravidique ou pré-éclampsie :

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

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

Sa fréquence est particulièrement élevée chez les primipares.

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

2.3.3.6 Césarienne :

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

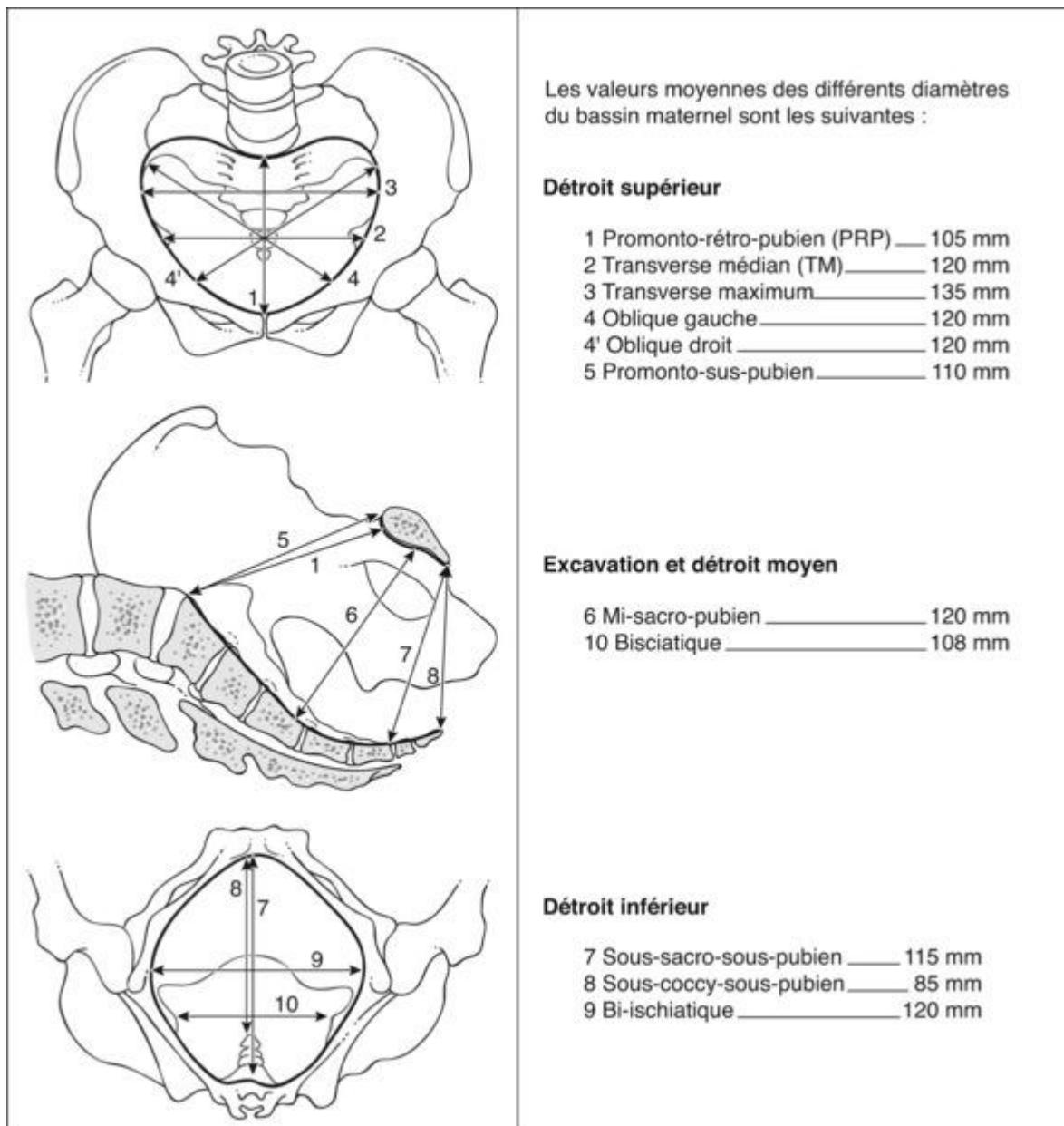


Figure 3 : Schémas représentant la tête fœtale et les dimensions du bassin

Source : Impact internat Gynécologie obstétrique (2) Med. Légale- toxicologie ; No 18

METHODOLOGIE

3 METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré. Le CHU-GT est une structure de 3^{ème} référence qui reçoit des patientes venant essentiellement du District de Bamako mais souvent de l'intérieur du pays.

- **Description du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-Gabriel Touré.**
 - **Le personnel**, comprend
 - Deux professeurs Titulaire de gynécologie et d'obstétrique dont le chef de service ;
 - Deux Maîtres de Conférences dont un agrégé de gynécologie et d'obstétrique
 - Deux Maîtres de Recherches en gynécologues obstétrique ;
 - Une gynécologue-obstétricienne
 - Des médecins en spécialisation des classes différentes et une dizaine d'internes ;
 - Une secrétaire médicale ;
 - Les majors de l'hospitalisation, de box de consultation externe et celui du bloc à froid
 - Une sage-femme maitresse ;
 - Vingt-cinq sage-femmes ;
 - Un infirmier chargé de pansements et cinq infirmières ;
 - Deux aides de bloc opératoire ;
 - Quatre manœuvres.
 - **Fonctionnement**
 - Le service dispose d'un bloc opératoire à froid qui fonctionne deux jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne 24h/24.
 - En outre la consultation externe est assurée quotidiennement du lundi au vendredi par les gynécologue-obstétriciens et les D.E.S de gynéco-obstétrique.

- Le dépistage des dysplasies du col de l'utérus est devenu une activité quotidienne du service et se fait du lundi au vendredi.
- Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à partir 8h 00mn pour discuter de la prise en charge des urgences admise la veille ainsi que des accouchements effectués.
- Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les Gynécologue-Obstétriciens et les D.E.S de gynéco-obstétrique
- Une équipe de garde quotidienne travaille 24h/24 avec un gynéco-obstétricien comme chef d'équipe.

3.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude cas-témoins avec collecte prospective des données de 1 cas pour 2 témoins.

L'étude s'est étendue d'Août 2024 à Juillet 2025 soit 12 mois. La collecte des données a concerné la période allant d'Août 2024 à Janvier 2025.

3.3 Population d'étude :

Elle était constituée de l'ensemble des gestantes et accouchées admises dans le service.

3.3.1 Critères d'inclusions :

Ont été incluses dans cette étude :

- **Pour les cas** : toutes femmes enceintes âgées de 10 à 19 ans ayant accouché dans le service
- **Pour les témoins** : toutes femmes enceintes âgées de 20 à 34 ans ayant accouché dans le service durant la période de collecte des données.

3.3.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude :

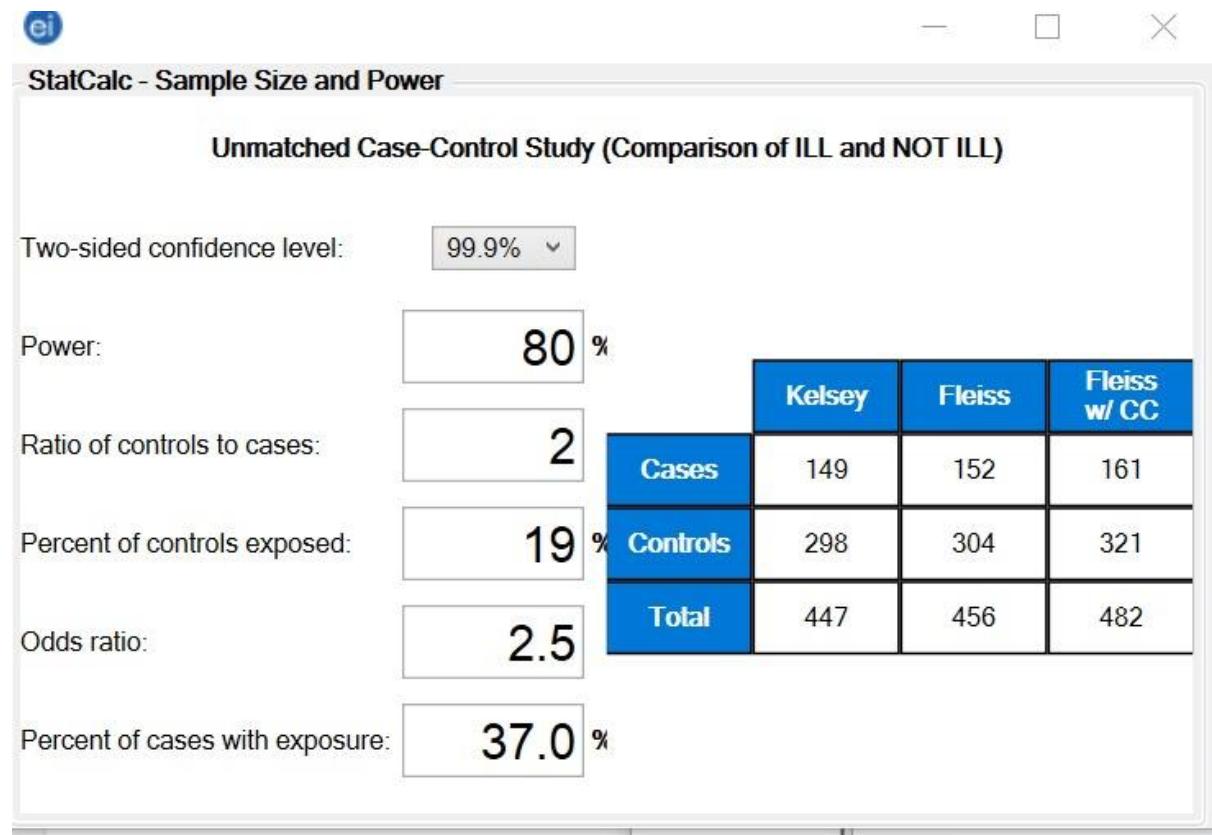
- Pour les cas et témoins : celles qui n'ont pas accepté de répondre à notre questionnaire.

3.4. Echantillonnage

Nous avons exploité les dossiers d'hospitalisations pour sélectionner les cas et les témoins en fonction de leurs âges. Nous avons procédé à un recensement de toutes les adolescentes qui constituaient nos cas. Pour les témoins nous avons sélectionné au hasard deux par cas.

3.4.1 Calcul de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculé avec le logiciel épi info



3.5 Variables étudiées

Nous utilisons les variables quantitatives et qualitatives

Tableau I : Opéralisations des variables

Objectifs	Variables	Indicateur se rapportant à la variable	Sources de données de la variable
Objectif 1 : déterminer la fréquence de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes	Ages, la fréquence de l'accouchement	Ages, la fréquence de l'accouchement	Dossiers de la patiente
Objectif 2 : identifier les facteurs socio- culturels et économiques des adolescentes enceintes	Age, statut matrimonial, profession, niveaux socio-économiques, le salaire	Age, statut matrimonial, profession, niveaux socio-économiques, le salaire	Dossier de la patiente

Objectif 3 : décrire le pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes	Les ATCD de la patiente, le terme de la grossesse, la nature du bassin, voie d'accouchement, l'Apgar	Les ATCD de la patiente, le terme de la grossesse, la nature du bassin, voie d'accouchement, l'Apgar	Dossier de la patiente
---	--	--	------------------------

3.6. Technique ou mode de collectes des données

Les données ont été recueillies sur les fiches d'enquête individuelles à partir de l'interrogatoire des patientes et de la revue des dossiers obstétricaux.

3.7. Outils de collecte des données

Questionnaire, bloc note, stylo.

3.8. Plan de gestion et analyse des données

L'ensemble des données a été saisi et analysé à l'aide du logiciel SPSS.

Sur le plan descriptif, une analyse statistique a permis de présenter les résultats sous forme de nombre et de fréquence pour les variables qualitatives, et de moyenne \pm écart type pour les variables quantitatives.

Pour la partie analytique, des tests statistiques ont été appliqués afin de rechercher d'éventuelles associations significatives entre les variables. Le test du Khi-deux de Pearson et, en cas d'effectifs faibles, le test exact de Fisher, ont été utilisés pour la comparaison des proportions. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p = 0,05$. De plus, la force des associations a été mesurée à l'aide de l'Odds Ratio (OR), accompagné de son intervalle de confiance à 95 %.

3.9 Considérations éthiques et déontologique

La confidentialité des patients était respectée et pour cela chaque dossier présentait un numéro d'anonymat. La participation à l'étude était libre et volontaire, un consentement verbal a été obtenu avant toute participation à l'étude. La collecte des données a été effectué auprès du patient lui-même puis, les résultats ont été collectés et diffusés de manière à respecter l'anonymat des participants.

RESULTATS

4 RESULTATS

4.1 Fréquence :

Pendant la période d'étude du 01 Août 2024 au 31 Janvier 2025, nous avons enregistré 1953 accouchements dont 313 chez les adolescentes soit une fréquence de 16,02%.

4.2 Caractéristiques socio-démographiques :

Tableau II : Répartition des accouchées en fonction des caractéristiques socio-démographiques de 2024-2025 au CHU-GT

Variables	Cas n=200	Témoin n=400	Total n (%)
Niveau d'instruction	n (%)	n (%)	
Non scolarisée	92 (46,0)	207 (51,8)	299 (49,8)
Medersa	8 (4,0)	12 (3,0)	20 (3,3)
Primaire	72 (36,0)	69 (17,3)	141 (23,5)
Secondaire	25 (12,5)	78 (19,5)	103 (17,2)
Supérieur	3 (1,5)	34 (8,5)	37 (6,2)
Profession			
Ménagère	134 (67,0)	289 (72,3)	423 (70,5)
Élevé/Étudiante	36 (18,0)	36 (9,0)	72 (12,0)
Vendeuse	12 (6,0)	50 (12,5)	62 (10,3)
Aide-ménagère	12 (6,0)	17 (4,3)	29 (4,8)
Couturière	5 (2,5)	2 (0,5)	7 (1,2)
Aide-soignante	1 (0,5)	6 (1,5)	7 (1,2)
Statut matrimonial			
Mariée	156 (78,0)	338 (84,5)	494 (82,3)
Célibataire/ Divorcée	44 (22,0)	62 (15,5)	106 (17,7)

la majorité des accouchées étaient mariées, ménagères et non scolarisée avec un faible pourcentage ayant atteint le niveau supérieur.

Tableau III : Impact de la grossesse sur la scolarité

Impact de la grossesse	Cas	Témoin	Total
	n=200	n=400	
	n (%)	n (%)	n (%)
Bonne performance scolaire	32 (16,0)	73 (18,3)	105 (17,5)
Redoublement	4 (2,0)	14 (3,5)	18 (3,0)
Abandon	73 (36,5)	137 (34,3)	210 (35,0)
Non scolarisée	91 (45,5)	176 (44)	267 (44,5)

Les femmes accouchées non scolarisées étaient le plus représentées.

4.3 Caractéristiques cliniques

Tableau IV : Répartition des accouchées en fonction des données cliniques de 2024-2025 au CHU-GT

Mode d'admission	Cas	Témoins	Total (%)
	n=200	n=400	
	n (%)	n (%)	n (%)
Venue d'elle même	47 (23,5)	76 (19,0)	123 (20,5)
Référée	153 (75,5)	324 (81,0)	477 (79,5)
Hospitalisation			
Oui	125 (62,5)	209 (52,3)	334 (55,7)
Non	75 (37,5)	191 (47,8)	266 (44,3)
Total	200 (100,0)	400 (100,0)	600 (100,0)
ATCD Médicaux			
HTA	2 (1,0)	20 (5,0)	22 (3,7)
VIH	2 (1,0)	5 (1,3)	7 (1,2)
Drépanocytose	1 (0,5)	4 (1,0)	5 (0,8)
Diabète	0 (0,0)	4 (1,0)	4 (0,7)
Asthme	0 (0,0)	4 (1,0)	4 (0,7)
Ulcère gastrique	0 (0,0)	3 (0,8)	3 (0,5)
ATCD Chirurgicaux			
Césarienne	4 (2,0)	31 (7,8)	35 (5,8)

GEU	0 (0,0)	3 (0,8)	3 (0,5)
Appendicectomie	0 (0,0)	2 ((0,5)	2 (0,3)
Amygdalectomie	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,3)
Myomectomie	0 (0,0)	2 ((0,5)	2 (0,3)
Utilisation de la contraception			
Oui	4 (2,0)	11 (2,8)	15 (2,5)
Non	196 (98,0)	389 (97,3)	585 (97,5)
Nombre de CPN réalisée			
0	42 (21,0)	57 (14,3)	99 (16,5)
1-3	99 (49,5)	184 (46)	283 (47,2)
Plus de 3	59 (29,5)	159 (39,5)	218 (36,3)
Bruit du cœur fœtal			
Absent	16 (8,0)	14 (3,5)	30 (5,0)
Présent	184 (92,0)	386 (96,6)	570 (95,0)

La majorité des femmes accouchées ont été Référée et Hospitalisée.

Tableau V : Répartition des accouchées en fonction des pathologies associées à la grossesse de 2024-2025 au CHU-GT

Pathologie associée à la grossesse	Cas	Témoins	Total (%)
	n=200	n=400	
	n (%)	n (%)	
Pré-éclampsie sévère	14 (7,0)	33 (8,3)	47 (7,8)
Éclampsie	3 (1,5)	9 (2,3)	12 (2,0)
Anémie sévère	3 (1,5)	7 (1,8)	10 (1,7)
Infection au VIH	2 (1,0)	5 (1,3)	7 (1,2)
Paludisme grave	1 (0,5)	2 (0,5)	3 (0,5)
Diabète	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,2)
Insuffisance cardiaque	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,2)
Aucune	177 (88,5)	342 (85,5)	519 (86,5)

LA Pré-éclampsie était la Pathologie la plus représenté associe a la grossesse

4.4 Données sur l'accouchement

Tableau VI : Répartition des accouchées en fonction de la voie d'accouchement de 2024-2025 au CHU-GT

Voie d'accouchement	Cas	Témoin	Total (%)
	n=200	n=400	
	n (%)	n (%)	
Voie basse	134 (67,0)	244 (61,0)	378 (63,0)
Césarienne	66 (33,0)	156 (39,0)	222 (37,0)

La voie basse était favorable dans 2/3 des cas

Tableau VII : Répartition des accouchées par césarienne en fonction de l'indication de 2024-2025 au CHU-GT

Indication à la césarienne	n=66 (%)	n=156 (%)	Total
Prééclampsie sévère	46 (69,7)	94 (60,3)	140 (63,1)
Asphyxie fœtale aigue	10 (15,2)	21 (13,5)	31 (14,0)
HRP	3 (4,5)	20 (12,8)	23 (10,4)
Utérus cicatriciel	0 (0,0)	10 (6,4)	10 (4,5)
Eclampsie	4 (6,1)	6 (3,8)	10 (4,5)
Hydrocéphalie sur bassin immature	1 (1,5)	3 (1,9)	4 (1,8)

La Pré-éclampsie était l'Indication de césarienne la plus indiquée

4.5 Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel chez nos adolescentes.

Tableau VIII: Répartition des femmes accouchées en fonction du pronostic materno-fœtal de 2024-2025 au CHU-GT

Pronostic néonatal	Cas	Témoin	Total (%)
	n=200	n=400	
	n (%)	n (%)	
Mort-né frais	12 (6)	33 (8,3)	45 (7,5)
Mort-né macéré	5 (2,5)	3 (0,8)	8 (1,3)
Vivant	183 (91,5)	364 (91,0)	547 (91,2)
Apgar à la 1^{ère} min			
0	17 (8,5)	36 (9,0)	53 (8,8)
4 – 7	12 (6,0)	44 (11,0)	56 (9,3)
8 – 10	171 (85,5)	320 (80)	491 (81,8)
Apgar à la 5^{ème} min			
0	17 (8,5)	36 (9,0)	53 (8,8)
4 – 7	1 (0,5)	4 (1,0)	5 (0,8)
8 – 10	182 (91,0)	360 (90,0)	542 (90,3)
Complications maternelles			
Anémie	18 (9,0)	25 (6,3)	43 (7,2)
Éclampsie du post-partum	12 (6,0)	10 (2,5)	22 (3,7)
Endométrite	5 (2,5)	8 (2,0)	13 (2,2)
Hémorragie du post-partum	6 (3,0)	7 (1,8)	13 (2,2)
Péritonite	1 (0,5)	2 (0,5)	3 (0,5)
Aucune complication	158 (79,0)	348 (86,8)	506 (83,8)

Le pronostic maternel et néonatal était favorable dans les deux cas avec un bon Apgar

4.6 Analyses multivariées

4.6.1 Caractéristiques socio-démographiques

Tableau IX: Analyse multivariée des caractéristiques socio-démographiques

	OR (IC a 95%)	p-value
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	11,826(3,471- 40,289)	0,0001
Medersa	3,632(1,027 – 12,851)	0,045
Primaire	7,556(1,718 – 33,229)	0,007
Secondaire	5,037(1,508 – 16,820)	0,009
Supérieur	Réf	
Profession		
Ménagère	2,782(0,332 – 23,338)	0,346
Élevé/Etudiante	4,235(0,450 – 39,874)	0,207
Vendeuse	6,000(0,687 – 52,383)	0,105
Aide-ménagère	1,440(0,158 – 13,110)	0,746
Couturière	15,000(1,031 – 218,300)	0,047
Autre	Réf	
Statut matrimonial		
Mariée	0,650(0,423 – 1)	0,050
Célibataire/ Divorce	Réf	
Impact de la grossesse		
Bonne performance scolaire	0,848(0,521 – 1,379)	0,506
Redoublement	0,553(0,177 – 1,727)	0,308
Abandon	1,031(0,704 – 1,508)	0,877
Non scolarisée	Réf	

L'analyse des facteurs associés à la grossesse chez les adolescentes a révélé une forte corrélation avec le niveau d'instruction et la situation professionnelle. Les adolescentes non scolarisées étaient 11,8 fois plus susceptibles d'être enceintes (OR = 11,83 ; p = 0,001). Celles

ayant un niveau primaire présentaient également un risque accru, avec un odds ratio de 7,56 ($p = 0,007$), suivies des adolescentes ayant atteint le niveau secondaire ($OR = 5,04$; $p = 0,009$) et de celles issues des écoles médersas ($OR = 3,63$; $p = 0,045$). En ce qui concerne la profession, les adolescentes exerçant comme couturières étaient 15 fois plus à risque de grossesse ($OR = 15,00$; $p = 0,047$). En revanche, les adolescentes ayant abandonné l'école ne présentaient pas de risque significativement différent ($OR = 1,03$; $p = 0,877$).

4.6.2 Données cliniques

Tableau X : Analyse multivariée des données cliniques

	OR (IC a 95%)	p-value
Mode d'admission		
Venue d'elle même	1,310(0,868 – 1,976)	0,199
Referee	Réf	
Hospitalisation		
Oui	1,523(1,076 – 2,155)	0,017
Non	Réf	
ATCD Méd		
Oui	3,391(1,301 – 8,843)	0,013
Non	Réf	
HTA		
Oui	0,192(0,044 – 0,809)	0,027
Non	Réf	
VIH		
Oui	0,978(0,153 – 4,150)	0,788
Non	Réf	
ATCD Chir		
Oui	Réf	
Non	4,213(1,634 – 10,864)	0,003
Utilisation de la contraception		
Oui	0,650(0,423 – 1)	0,050
Non	Réf	
Nombre de CPN		
0	1,986(1,207 – 3,268)	0,007

1-3	1,450(0,986 – 2,133)	0,059
Plus de 3	Réf	
Bruit du cœur fœtal		
Absent	1,329(0,677 – 2,607)	0,408
Présent	Réf	

L'étude a également identifié plusieurs facteurs cliniques et comportementaux associés à un risque accru de grossesse chez les adolescentes. Celles ayant été hospitalisées étaient 1,52 fois plus à risque (OR = 1,52 ; p = 0,017). Les adolescentes présentant des antécédents médicaux étaient 3,39 fois plus exposées (OR = 3,39 ; p = 0,013), tandis que celles n'ayant aucun antécédent chirurgical affichaient un risque multiplié par 4,21 (OR = 4,21 ; p = 0,003). Par ailleurs, l'absence totale de consultations prénatales (CPN) constituait également un facteur aggravant, les adolescentes concernées étant 1,99 fois plus à risque (OR = 1,99 ; p = 0,007)

4.6.3 Données sur l'accouchement

Tableau XI : Analyse multivariée des données sur l'accouchement

	OR (IC 95%)	p-value
Type de présentation		
Céphalique	Réf	
Autre	1,466 (0,860 – 2,498)	0,160
Nature du bassin		
Normal	Réf	
Autre	1,508(1,018 – 2,233)	0,040
Voie d'accouchement		
Voie basse	Réf	
Césarienne	0,770(0,539 – 1,101)	0,152
Episiotomie		
Oui	4,226(1,678 - 10,645)	0,002
Non	Réf	
Utilisation de ventouse		
Oui	1,299(0,552 - 3,055)	0,549
Non	Réf	

Sur le plan obstétrical, les adolescentes ayant un bassin de nature différente du bassin normal étaient 1,51 fois plus à risque de présenter des complications liées à la grossesse (OR = 1,51 ;

$p = 0,040$). De plus, celles ayant subi une épisiotomie étaient exposées à un risque significativement plus élevé, avec un odds ratio de 4,23 ($p = 0,002$).

4.6.4 Données sur l'accouchement

Tableau XII : Analyse multivariée des données Pronostic materno-fœtale de l'accouchement

	OR (IC a 95%)	p-value
Pronostic néonatal		
Mort-né	0,9390(,514 - 1,717)	0,839
Vivant	Réf	
Apgar à la 1^{ère} min		
0	0,884(0,482 - 1,620)	0,689
4 – 7	0,510(0,884 - ,992)	0,047
8 – 10	Réf	
Apgar à la 5^{ème} min		
0	0,934(0,511 - 1,708)	0,825
4 – 7	0,495(0,055 - 4,456)	0,530
8 – 10	Réf	
Complications		
Anémie	1,42 (0,81 – 2,47)	0,21
Éclampsie du post-partum	2,75 (1,22 – 6,18)	0,014
Endométrite	1,30 (0,50 – 3,36)	0,59
Hémorragie du post-partum	1,68 (0,62 – 4,54)	0,30
Péritonite	1,05 (0,18 – 5,89)	0,95

Aucune complication	Ref

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Limites de l'étude

Notre étude présente quelques limites :

- Elle a été conduite dans une seule structure hospitalière de référence, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble du pays.
- Elle s'appuie sur des données hospitalières, excluant ainsi les adolescentes accouchant à domicile ou dans des structures privées ou communautaires.
- Enfin, l'absence de données qualitatives limite l'exploration de certains déterminants socioculturels profonds liés à la grossesse précoce.

Malgré ces limites, notre étude met en lumière la persistance élevée de la grossesse en milieu adolescent au Mali, nécessitant des actions renforcées en éducation sexuelle, en lutte contre le mariage précoce, et en accès aux soins de santé reproductive pour les jeunes filles.

5.2 Fréquence globale

Au cours de notre étude cas-témoins, menée au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré de Bamako, nous avons enregistré 1953 accouchements, dont 313 concernaient des adolescentes âgées de 10 à 19 ans, soit une fréquence de 16,02 %.

Cette proportion, bien que préoccupante, demeure légèrement inférieure à celles rapportées dans plusieurs études similaires menées dans le même contexte national. Par exemple, Dicko OH (2019)[22], dans une étude réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune VI de Bamako, avait trouvé une fréquence de 19,61% (1 768 accouchements chez adolescentes sur 9 012 accouchements). D'autres travaux antérieurs menés au Mali rapportent également des taux élevés : Dembélé F (19,2 %)[23], Dembélé S (21,72 %)[24], Sanogo M (12,11 %)[25] et Yattasaye A (18,14 %)[26], ce qui suggère une prévalence persistante et relativement homogène dans différentes structures de santé du pays.

Nos résultats s'inscrivent également dans les fourchettes rapportées à l'échelle régionale. Selon Leke J [27].., l'incidence de la grossesse chez l'adolescente en Afrique subsaharienne varie entre 5 % et 20 %. À l'inverse, les taux de natalité chez les adolescentes sont nettement plus faibles dans les pays industrialisés : 0,6 % en France et 2,6 % au Royaume-Uni [28]. Cette disparité reflète des différences notables en matière de scolarisation, d'accès à la contraception, de politiques publiques en santé reproductive, mais aussi des réalités socioculturelles telles que les mariages précoce, encore très fréquents dans nos communautés.

Il convient toutefois de souligner que la comparaison des fréquences entre études reste délicate, en raison des variations dans les définitions de l'adolescence utilisées par les chercheurs. Certaines études considèrent une limite supérieure à 16, 17 ou 18 ans [[29],[30], [31],[32]], alors que nous avons adopté la définition standard de l'OMS, qui situe l'adolescence entre 10 et 19 ans révolus[33]. Ce manque d'uniformité peut influer sur les statistiques et biaiser les comparaisons.

5.3 Caractéristiques socio-démographiques

La répartition ethnique des parturientes dans notre étude révèle une prédominance des Bambaras, aussi bien chez les cas (40 %) que chez les témoins (38,5 %). Cette distribution ethnique doit être interprétée à la lumière de la structure démographique de Bamako, où les Bambaras constituent historiquement et démographiquement l'ethnie majoritaire.

Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur déterminant majeur dans la survenue de la grossesse chez les adolescentes. Dans notre étude, 46 % des adolescentes étaient non scolarisées, contre 51,8 % chez les témoins adultes.

Dans notre étude, la scolarisation était statistiquement associée à l'âge des participantes. En effet,-Les adolescentes étaient 11,8 fois plus susceptibles d'être non-scolarisées (OR=11,83 ; IC [3,47 – 40,29] comparées aux femmes âgées de 20 à 34 ans. Elles étaient 3,63 fois susceptibles d'avoir le niveau medersa et 7,56 fois susceptibles d'avoir le niveau secondaire comparées à celles âgées de 20 à 34 ans.

Le faible niveau d'instruction constitue un facteur de vulnérabilité exposant les adolescentes à des grossesses précoces. Ce lien a été largement démontré dans les contextes comparatifs : ainsi, Boisselier signalait en France un taux de non-scolarisation de seulement 1 % chez les adolescentes, contre plus de 40 % dans les pays africains étudiés, soulignant les disparités Nord-Sud.[34]

L'abandon scolaire, souvent conséquence directe de la grossesse ou du mariage précoce, est également un élément important.

Dans notre étude, la majorité des adolescentes étaient ménagères (67 %) ou élèves/étudiantes (18 %), tandis que les témoins étaient majoritairement ménagères (72,3 %) ou vendeuses (12,5 %).

Comparées aux femmes adultes, les adolescentes étaient nettement moins représentées dans les activités génératrices de revenus, notamment le commerce (6 %) ou la couture (2,5 %), avec une différence statistiquement significative ($p = 0,001$). En analysant les rapports de côtes, les

couturières présentaient un risque accru d'accouchement à l'adolescence, avec 5,1 fois plus de chances que les autres femmes (OR = 5,10 ; IC [0,98 – 26,5]), suivies des élèves/étudiantes avec un OR de 2,22.

Ce faible taux d'activité économique chez les adolescentes met en évidence une dépendance économique importante, les rendant plus vulnérables aux mariages précoce ou à des rapports sexuels transactionnels, mécanismes bien documentés dans les études sur la santé reproductive en Afrique subsaharienne. Cette précarité socio-économique limite également leur accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive.

Dans notre série, 78 % des adolescentes étaient mariées, contre 84,5 % des témoins adultes, sans une différence statistiquement significative ($p = 0,050$). Ces résultats sont cohérents avec les données de Dembélé F (86,9 %) [23], Dembélé S (79,2 %) [24] et Drabo A (73,6 %) [15], qui confirment la forte prévalence des mariages précoce dans le contexte malien.

Ces mariages précoce, souvent arrangés ou contraints, sont généralement motivés par des considérations économiques, sociales ou culturelles, et constituent un déterminant majeur des grossesses adolescentes. Ils limitent les perspectives éducatives et professionnelles des jeunes filles, renforçant leur vulnérabilité aux complications obstétricales et à la dépendance financière.

Inversement, 22 % des adolescentes de notre échantillon étaient célibataires, contre 15,5 % chez les témoins, ce qui indique qu'une proportion non négligeable de grossesses surviennent hors mariage, une situation encore fortement stigmatisée dans notre société. Toutefois, cette proportion reste nettement inférieure à celle observée dans les pays occidentaux : par exemple, Boisselier rapportait en France que 75 % des adolescentes enceintes étaient célibataires, soulignant des différences culturelles majeures dans la perception et la prise en charge des grossesses adolescentes.

5.4 Caractéristiques cliniques

Dans notre étude, la majorité des adolescentes enceintes (75,5 %) ont été référées au CHU-Gabriel Touré, contre 81 % des témoins adultes, sans différence statistiquement significative ($p = 0,199$). Cette forte proportion de patientes référées pourrait s'expliquer par le manque d'expérience des adolescentes face à la maternité et par la fréquence plus élevée de complications, réelles ou suspectées, nécessitant une prise en charge spécialisée.

En comparaison, Dicko OH (2019) [22] avait trouvé 38,55 % d'adolescentes référées contre 26 % chez les témoins, avec une différence statistiquement significative ($p = 0,0009$), et Dembélé

F [23]avait rapporté 22,92 % chez les adolescentes contre 8,29 % chez les témoins. Notre taux plus élevé s'expliquerait par la structuration du système de référence actuelle au CHU-GT et par l'augmentation des accouchements adolescents dans les structures périphériques.

Dans notre échantillon, les adolescentes ont été hospitalisées dans 62,5 % des cas, contre 52,3 % des témoins, une différence statistiquement significative (OR = 1,52 ; p = 0,017). Cela indique que les grossesses adolescentes sont souvent médicalement à risque, nécessitant fréquemment une prise en charge hospitalière. Ce résultat concorde avec l'étude de Théra et al. (2017) [35], qui avait observé que 57,3 % des adolescentes avaient bénéficié d'un accouchement par voie basse (limite inférieure de l'hospitalisation), comparativement à 46,2 % chez les adultes, suggérant un besoin accru de surveillance médicale dans ce groupe

Dans notre étude, les adolescentes avaient moins d'antécédents médicaux que les femmes plus âgées (2,5 % contre 9,3 %, p = 0,008), en particulier pour l'hypertension artérielle (1 % contre 5 %, p = 0,014). Ce résultat s'explique par le fait que les adolescentes sont plus jeunes et ont donc eu moins de temps pour développer des maladies chroniques. Cependant, cette apparente « bonne santé » ne les protège pas des risques liés à la grossesse précoce, qui reste une période fragile. Cela montre l'importance d'un suivi médical adapté à leur âge et à leur situation, même en l'absence de maladies connues.

Concernant les antécédents chirurgicaux, 2,5 % des cas contre 10,1 % des témoins avaient déjà subi une intervention, en particulier des césariennes (2 % vs 7,8 %, p = 0,005). Cela confirme que les adolescentes sont généralement primigestes. Ce constat rejoint celui de Dicko OH [7] qui rapporte 99,3 % de primigestes chez les adolescentes contre 92 % chez les témoins.

Dans notre étude, la contraception n'était utilisée que par 2 % des adolescentes contre 2,8 % des témoins, sans différence significative (p = 0,579). Ces résultats sont très faibles comparés à ceux de la littérature : Drabo A (2019) [15]rapportait un taux de 9,1 % chez les adolescentes, et Hamada[36] jusqu'à 22,4 %, avec des moyennes régionales de 5 % à 40 % selon les zones. Ce faible taux dans notre échantillon peut être attribué au contexte socioculturel local, à la stigmatisation des adolescentes sexuellement actives, et au manque d'accès aux services de santé sexuelle.

Le suivi prénatal s'est avéré insuffisant chez les adolescentes de notre étude : 21 % d'entre elles n'avaient effectué aucune consultation prénatale (contre 14,3 % chez les témoins), et seules 29,5 % avaient bénéficié de plus de trois consultations (contre 39,5 %), avec une différence statistiquement significative (p = 0,019). Ce déficit peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, la grossesse à l'adolescence est souvent entourée de stigmatisation sociale, poussant

certaines jeunes filles à dissimuler leur état et à éviter les structures de santé. D'autre part, un manque d'information, des contraintes financières ou logistiques, ou encore une faible autonomie dans la prise de décision sanitaire peuvent également entraver l'accès au suivi prénatal.

Les conséquences d'un tel déficit sont multiples et préoccupantes. L'absence ou l'insuffisance de CPN limite la détection précoce des complications obstétricales, comme l'hypertension gravidique, l'anémie, les infections ou les anomalies de croissance fœtale. Elle empêche également la mise en œuvre de mesures préventives essentielles (vaccinations, supplémentations, conseils hygiéno-diététiques), ce qui peut compromettre à la fois la santé maternelle et celle du nouveau-né.

Ces données confirment les résultats de Kakudji P. (31,8 % de grossesses non suivies), Diallo A [37], Drabo A [9] et Dembélé S [24] qui évoquent tous la faible couverture en soins prénatals chez les adolescentes, liée à la pauvreté, la stigmatisation sociale ou la méconnaissance.

Il n'y a pas eu de différence statistiquement significative entre les groupes concernant les principales pathologies associées à la grossesse. La prééclampsie, complication hypertensive grave, a été observée dans des proportions proches chez les adolescentes et les adultes. L'anémie, fréquente chez la femme enceinte, notamment dans sa forme sévère, a touché légèrement plus les adolescentes (1,5 % contre 1,8 %). Toutefois, l'anémie sévère semble légèrement plus présente chez les cas (1,5 % vs 1,8 %), confirmant les données de Sissoko H. et Boisselier [34] qui soulignent la vulnérabilité nutritionnelle des adolescentes.

. Le paludisme gestationnel, pathologie endémique dans nos régions, ainsi que l'infection à VIH, sont également apparus avec des taux comparables dans les deux groupes, sans différence notable. Ces résultats laissent penser que, bien que jeunes, les adolescentes suivies à l'hôpital n'étaient pas exposées à un surrisque significatif de pathologies obstétricales spécifiques par rapport aux femmes plus âgées.

5.5 Données sur l'accouchement

La présentation céphalique a été majoritaire dans les deux groupes, représentant 87% chez les cas contre 90,8% chez les témoins. Bien que cette présentation soit physiologiquement la plus fréquente et la plus favorable à l'accouchement par voie basse, la légère différence observée n'est pas statistiquement significative ($p = 0,770$). Cela montre que l'âge maternel n'a pas influencé de manière significative la présentation fœtale à l'accouchement, ce qui rejoint les résultats d'études antérieures sur la grossesse chez les adolescentes, notamment celle de Fatusi

et al. (2004)[38], qui soulignait une proportion comparable de présentations céphaliques chez les jeunes mères.

Le bassin était jugé normal dans 72% des cas et 79,5% des témoins, avec une différence significative ($p = 0,150$), montre une tendance à la fréquence plus élevée des bassins non normaux (immatures, limites ou non appréciés) chez les adolescentes. L'existence d'un bassin immature (4% chez les cas contre 2% chez les témoins) illustre l'inachèvement du développement pelvien chez certaines adolescentes, ce qui peut poser un risque pour la progression du travail. Ce constat est appuyé par des publications comme celle de **Loto et al.** (2004)[39], qui ont rapporté une fréquence plus élevée de dystocies chez les adolescentes, souvent en lien avec une disproportion fœto-pelvienne.

L'accouchement par voie basse a été majoritaire dans les deux groupes, légèrement plus fréquent chez les adolescentes (67%) que chez les femmes adultes (61%), sans différence significative ($p = 0,151$). Ce résultat contredit en partie certaines données de la littérature qui rapportent un taux plus élevé de césarienne chez les adolescentes, souvent en raison de complications obstétricales (Tayebi et al., 2010). Dans notre étude, il est probable que la bonne sélection des cas, le suivi prénatal et la prise en charge obstétricale aient contribué à réduire les indications de césarienne dans ce groupe.

Parmi les césariennes réalisées, la pré-éclampsie sévère a été la principale indication chez les cas comme chez les témoins, représentant 69,7% des cas et 60,3% des témoins. Bien que la différence ne soit pas significative ($p = 0,080$), cette prédominance suggère que la pathologie hypertensive gravide est une complication fréquente justifiant l'accouchement par voie haute, particulièrement chez les adolescentes. Ce constat rejette les travaux de **Conde-Agudelo et al.** (2005)[40], qui avaient déjà souligné la fréquence accrue des complications hypertensives chez les adolescentes enceintes.

L'épissiotomie, qui est une incision pratiquée au niveau du périnée pour faciliter la sortie du bébé lors de l'accouchement, a été significativement plus pratiquée chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées. En effet, 7 % des adolescentes ont subi une épissiotomie contre seulement 1,8 % des témoins. Cette différence est statistiquement significative, avec un Odds Ratio (OR) de 4,23 (IC 95 % : 1,68 – 10,6 ; $p = 0,001$), ce qui signifie que les adolescentes avaient plus de quatre fois plus de risques de subir une épissiotomie. Ce recours plus fréquent peut s'expliquer par l'immaturité anatomique du bassin chez certaines adolescentes, une élasticité moindre des tissus périnéaux, ou encore une peur accrue des complications chez les praticiens, qui préfèrent alors anticiper les difficultés d'expulsion. Cette surreprésentation

pourrait être expliquée par une moins bonne extensibilité périnéale chez les adolescentes, en lien avec une immaturité tissulaire ou une crainte d'un périnée étroit. Ce constat est cohérent avec des études comme celle de Scholl et al. (1994[41]), qui indiquent une fréquence accrue des interventions obstétricales chez les primipares adolescentes.

L'usage de la ventouse obstétricale a été observé dans 4,5% des cas contre 3,5% des témoins, sans différence significative ($p = 0,548$). Cela indique que le recours aux extractions instrumentales reste modéré et comparable entre les deux groupes. Toutefois, cette fréquence, bien que faible, souligne la nécessité d'un encadrement rigoureux de l'accouchement chez les adolescentes afin de prévenir des complications telles que la souffrance fœtale aiguë ou la stagnation du travail.

5.6 Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez les adolescentes

Pronostic maternel

Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré dans le groupe des adolescentes, ce qui est un résultat encourageant. Il témoigne d'une prise en charge obstétricale adéquate et d'une prévention efficace des complications graves comme les hémorragies, l'éclampsie ou les infections post-partum. Ce constat est en cohérence avec les travaux de Conde-Agudelo et al. (2005)[40], qui affirmaient que lorsque les adolescentes bénéficient d'un bon suivi prénatal et d'un accouchement assisté, les risques de mortalité maternelle ne sont pas nécessairement plus élevés que chez les femmes adultes.

Pronostic néonatal

Concernant le devenir des nouveau-nés, l'étude montre que 91,5% des enfants nés de mères adolescentes étaient vivants à la naissance, un taux légèrement supérieur à celui des témoins (91%), sans différence statistiquement significative ($p = 0,204$). Cette tendance rassurante indique que la jeunesse maternelle n'a pas compromis significativement la viabilité des nouveau-nés.

Toutefois, la proportion de mort-nés macérés est plus élevée chez les adolescentes (2,5%) que chez les témoins (0,8%). Bien que cette différence ne soit pas significative statistiquement, elle évoque un risque accru de retard dans la détection ou la prise en charge des décès fœtaux in utero chez les adolescentes, possiblement lié à un suivi prénatal tardif ou incomplet. Ce constat rejette l'hypothèse avancée par selon laquelle les jeunes mères, en particulier celles en situation socioéconomique défavorisée, sont plus susceptibles de bénéficier d'un suivi tardif ou irrégulier.

Le score d’Apgar à la 1ère minute est un indicateur crucial du bien-être néonatal immédiat. Dans notre étude, 85,5% des nouveau-nés de mères adolescentes avaient un score optimal (8–10), contre 80% chez les témoins. Bien que la différence ne soit pas significative ($p = 0,129$), elle reflète une tendance à de meilleurs scores initiaux chez les enfants des adolescentes.

Cependant, 8,5% des enfants de mères adolescentes avaient un score nul à la première minute, un taux comparable à celui des témoins (9%). Cette proportion relativement élevée nécessite une analyse prudente, car elle peut être liée à des pathologies périnatales (asphyxie, détresse respiratoire) ou à des indications obstétricales tardives à la naissance. Cela montre l’importance de la surveillance étroite pendant le travail et l’accouchement.

À la 5ème minute, 91% des nouveau-nés des adolescentes avaient un score optimal (8–10), contre 90% chez les témoins. La quasi-égalité entre les deux groupes et l’absence de différence significative ($p = 0,787$) indiquent une récupération satisfaisante des nouveau-nés après prise en charge néonatale immédiate. Ces résultats confortent l’idée que, dans un environnement médicalisé, la jeunesse maternelle n’impacte pas négativement les performances vitales du nouveau-né à court terme.

Malgré l’analyse des différents paramètres obstétricaux et néonatals, aucun facteur étudié n’a montré d’association significative avec le pronostic des grossesses adolescentes dans notre échantillon. Cette absence de lien statistiquement démontré peut s’expliquer par plusieurs éléments, notamment la taille limitée de l’échantillon, la qualité de la prise en charge obstétricale au sein de la structure d’accueil, ou encore l’homogénéité des conditions de suivi entre les groupes. Ces résultats suggèrent que le pronostic néonatal ne dépend pas uniquement des caractéristiques individuelles des adolescentes, mais pourrait être fortement influencé par des facteurs organisationnels ou contextuels, nécessitant une exploration plus approfondie dans des études ultérieures à plus grande échelle.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6 CONCLUSION

La grossesse chez l'adolescente demeure un enjeu de santé publique, en raison de ses risques obstétricaux et néonatals.

Les adolescentes ont bénéficié d'un suivi prénatal souvent insuffisant, avec un recours plus fréquent à l'épisiotomie (7% vs 1,8%) et une prédominance de la prééclampsie comme indication de césarienne. Cependant, les taux d'accouchement par voie basse, de présentation céphalique, et de nouveau-nés vivants avec bon score d'Apgar à la 1ère et 5ème minute étaient comparables entre les deux groupes.

Malgré l'absence de décès maternels, la grossesse à l'adolescence reste à risque. Il est essentiel de renforcer la prévention des grossesses précoces, d'assurer un meilleur suivi prénatal et d'adapter la prise en charge obstétricale à cette population vulnérable afin d'améliorer les résultats materno-fœtaux.

7 RECOMMANDATIONS

Aux autorités :

- Renforcer une politique facilitant la prise en charge de l'adolescente enceinte grâce à une couverture sociale.
- Renforcer les campagnes de sensibilisation et de communication sur la sexualité et la contraception

Aux personnels socio-sanitaires :

- Encourager les adolescentes à utiliser les méthodes de contraception moderne
- Veiller à la complétude des supports.

A la population :

- Discuter avec les adolescentes sur la sexualité
- Soutenir et accompagner les adolescentes enceintes
- Sensibiliser les adolescentes sur les méthodes de contraceptions moderne

8 REFERENCES

1. OMS. Services de santé adaptés aux adolescents: Un programme pour le changement [Internet]. [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-FCH-CAH-02.14>
2. Dictionnaire médical. Définition de « Grossesse » - [Internet]. 2025 [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/912-grossesse/>
3. UNFPA. Etat de la population mondiale 2013, la mère-enfant face aux défis de la grossesse chez les adolescentes [Internet]. Génève: OMS; 2013 [cité 24 juin 2025].
4. Berthe D. Problematique des grossesses precoces au deuxième trimestre de 2018 au cscom universitaire de sanoubougou ii [Mémoire MF/MC]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2018.
5. Plan International. Causes et conséquences des grossesses précoce [Internet]. ONG Plan International France. 2019 [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.plan-international.fr/nos-combats/sante-sexuelle-et-reproductive/causes-et-consequences-des-grossesses-precoce/>
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), ICF. Enquête Démographique et de Santé Mali (EDS M). Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF; 2019.
7. Dicko OH. Accouchement chez les adolescentes au centre de sante de reference de commune vi de district de bamako : etude cas –temoins [Internet] [Thesis]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2019 [cité 24 juin 2025]. Disponible sur: <https://library.adhl.africa/handle/123456789/13560>
8. Diarra E. Accouchement chez les adolescentes : Pronostic materno-fœtal au Csref de la CV de Bamako [These Med]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2016.
9. Drabo A. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako' [These Med]. [Bamako, Mali]: USTTB; 2015.
10. UNFPA. Les grossesses des adolescentes. . Journée mondiale de la population. Kinshasa, Congo: Fonds des Nations Unies pour la Population; 2013 p. 12.
11. Tall S, Cisse B, Keita M, Goita D, Traore S, Coulibaly Z, Sacko D, Kante M, Traore TA, Konate I. Pregnancy and Childbirth in Unmarried Adolescents at the Commune V District Hospital in Bamako, Mali. Open J Obstet Gynecol. 2025;15(3):603-11.
12. Organisation Mondiale de la Santé. Adolescent health - SEARO [Internet]. 2021 [cité 1 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>

13. Samaké A, Diarra L, Traoré SO, Keita M, Haidara M, Diallo M, Konaté M, Maiga M, MS AMEE, Kassogue D. 10. Dicko. OH. Grossesse et accouchements chez les adolescentes dans le centre de santé de référence de la commune VI de District de Bamako. *Health Sci Dis.* 2023;23(5):114.
14. UNFPA M. . UNFPA. Rapport sur les grossesses des adolescentes. Journée mondiale de la population en République Démographique du Congo ; Kinshasa. 2013;114.
15. Drabo A. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako'. [Bamako, Mali]: USTTB; 2012.
16. B. Letombe, Catteau-Jonard,, G. Robin. B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, Livre « Pratique en gynécologie obstétrique », Elsevier-Masson, 2012. Elsevier Health Sciences; 2012.
17. Fatton B. Anatomie dynamique du périnée. *Pelvi-Périnéologie.* 2005;21-30.
18. Le Van C. Les grossesses à l'adolescence: normes sociales, réalités vécues. 1998;206.
19. McIntyre, peter. Adolescentes enceintes: apporter des promesses globales d'espoir. *Adolesc Enceintes Apporter Promesses Glob Espoir.* 2007;30.
20. Olukoya P. Avortement à risque chez les adolescentes. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:137-47.
21. Ndiaye P, Diallo I, Wone I, Fall C. Un nouvel outil d'aide à la décision médicale dans la lutte contre la mortalité maternelle: le score de risque dystocique (SRD). *Cah Détudes Rech Francoph.* 2001;11(2):133-8.
22. Dicko OH. Accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune vi de district de bamako: etude cas–tmoins. USTTB; 2019.
23. Dembele F. Accouchement chez les adolescentes au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako à propos de 1000 accouchements. [Bamako, Mali]: USTTB; 2015.
24. Dembélé S. Accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de Dioila. [Bamako, Mali]: USTTB; 2012.
25. Sanogo. Accouchement chez les adolescentes au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako à propos de 1000 accouchements. [Bamako, Mali]: USTTB; 2009.
26. Yattasaye A. Accouchement chez les adolescentes à la maternité de CHU Gabriel Touré thèse de médecine Bamako 1998. N;

27. Luhete PK, Mukuku O, Tambwe AM, Kayamba PKM. Etude du pronostic maternel et périnatal au cours de l'accouchement chez l'adolescente à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2017;26:182.
28. Daguerre A. Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne: Un phénomène dérangeant pour les pouvoirs publics. *Inf Soc.* 2010;(6):096-102.
29. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):918-20.
30. Gallais A, Robillard PY, Nuissier E, Cuirassier T, Janky E. Adolescence et maternité en Guadeloupe: à propos de 184 observations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1996;25(5):523-7.
31. Creatsas G, Michalas S, Terzakis E, Kaskarelis D. Grossesse chez l'adolescente. *Gynécologie.* 1980;31:343-5.
32. Carles G, Jacquelin X, Raynal P, Bertsch M, ZOCCARATO AM. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Etude de 150 cas en Guyane française. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1998;27(5):508-13.
33. World Health Organization. World Health Organization. Adolescent pregnancy (Issues in Adolescent Health and Development). 2004;
34. Boisselier PH. Boisselier PH. Grossesse chez l'adolescente, Revue française de gynécologie-obstétrique et biologique de la reproduction 1985. 1985;
35. Thera T, Mounkoro N, Teguete I, Kouma A, Traore ZO, Kante I, Diarra E. Maternal and perinatal outcome of teenage deliveries in Bamako's district. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6(11):4766-71.
36. Hamada H, Zaki A, Nejjar H, Filali A, Chraibi C, Bezad R, Alaoui MT. Grossesse et accouchement chez l'adolescente: caractéristiques et profil: À propos de 311 cas. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2004;33(7):607-14.
37. Diallo A. Diallo A. Accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune VI. Thèse Méd. 2013;108.
38. Fatusi. Teachers' perspectives on sexual and reproductive health interventions for in-school adolescents in Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 2004;17(4).
39. Loto OM, Ezechi OC, Kalu BKE, Loto AB, Ezechi LO, Ogunniyi SO. Poor obstetric performance of teenagers: is it age-or quality of care-related? *J Obstet Gynaecol.* 2004;24(4):395-8.

40. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9.
41. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health.* 1994;15(6):444-56.

ANNEXES

ANNEXES

I – Identification

Q1 : Nom / Prénom / Résidence :

Q2 : Âge en années :

Q3 : Niveau d'instruction :

Non scolarisée Medersa Primaire Secondaire Supérieur

Q4 : Profession :

Ménagère Élève / Étudiante Vendeuse Aide-ménagère

Couturière Aide-soignante Autre :

Q5 : Statut matrimonial :

Mariée Célibataire / Divorcée

II – Antécédents

Q6 : Antécédents médicaux :

HTA Drépanocytose Diabète Asthme VIH Ulcère
gastrique Autre :

Aucun

Q7 : Antécédents chirurgicaux :

Césarienne GEU Appendicetomie Amygdalectomie
Myomectomie Autre :

Aucun

Q8 : Utilisation de la contraception :

Oui Non

III – Histoire de la grossesse actuelle

Q9 : Mode d'admission :

Venue d'elle-même Référée

Q10 : Hospitalisation :

Oui Non

Q11 : Nombre de CPN réalisées :

0 1-3 >3

Q12 : Bruit du cœur fœtal (BDCF) :

Absent Présent

Q13 : Pathologies associées à la grossesse :

Pré-éclampsie sévère Éclampsie Anémie sévère VIH

Paludisme grave Diabète Insuffisance cardiaque Aucune Autre :
.....

IV – Accouchement

Q14 : Type de présentation :

Céphalique Siège Non précisée Épaule

Q15 : Nature du bassin :

Normal Immature Limite Rétréci Non apprécié

Q16 : Mode d'accouchement :

Voie basse Césarienne

Q17 : Indication de la césarienne :

Pré-éclampsie sévère Éclampsie HRP Utérus cicatriciel

Asphyxie fœtale aiguë Hydrocéphalie / bassin immature Bassin rétréci

Présentation de l'épaule Autre :

V – Pronostic materno-fœtal

Q18 : État du nouveau-né à la naissance :

Vivant Mort-né frais Mort-né macéré

Q19 : Apgar 1ère minute :

0 4–7 8–10

Q20 : Apgar 5ème minute :

0 4–7 8–10

Q21 : Pronostic maternel :

Bon Complication Décès

Q22 : Complications maternelles :

Anémie Éclampsie du post-partum Endométrite Hémorragie du post-partum Péritonite Aucune Autre :

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KAGNASSY

Prénom : Mariama

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Adresse électronique : mariamakagnassyk@gmail.com

Année de soutenance : 2024–2025

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique – Santé publique

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Université de Médecine et de Pharmacie Kankou Moussa

Titre : Facteurs socio-culturels économiques et pronostiques de la grossesse et de l'accouchement chez les adolescentes dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de 2024-2025 : étude cas-témoins

Introduction : La grossesse à l'adolescence constitue un problème de santé publique majeur, particulièrement en Afrique subsaharienne où les taux restent élevés. Ce travail vise à étudier la fréquence, les caractéristiques et les issues de ces grossesses au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude cas-témoins réalisée au CHU Gabriel Touré de août 2024 à janvier 2025. Les cas incluent toutes les adolescentes enceintes de 10 à 19 ans ayant accouché dans le service, et les témoins sont des femmes de 20 à 34 ans ayant accouché dans la même période. Le ratio utilisé est de 2 témoins pour 1 cas. L'échantillon a été tiré à partir des dossiers obstétricaux, avec un total de 600 femmes, dont 200 cas et 400 témoins. L'analyse statistique a été faite avec SPSS, et les associations significatives ont été explorées via les OR (Odds Ratio) avec un seuil de signification fixé à $p < 0,05$.

Résultats : La fréquence des accouchements chez les adolescentes durant la période d'étude était de **16,02 %**. L'analyse multivariée a mis en évidence plusieurs facteurs de risque significatifs : la non-scolarisation (OR = 11,83), l'absence de suivi prénatal, les antécédents médicaux, l'hospitalisation, la nature du bassin et la pratique de l'épissiotomie. Aucun facteur significatif n'a été associé au pronostic néonatal dans cette étude. Le score d'Apgar à la première et à la cinquième minute était satisfaisant dans plus de 80 % des cas.

Conclusion : La grossesse à l'adolescence au CHU Gabriel Touré est associée à plusieurs déterminants socio-économiques et cliniques.

Mots-clés : Adolescent – accouchement – pronostic – CHU Gabriel Touré – Bamako.

IDENTIFICATION SHEET

Last name: KAGNASSY

First name: Mariama

Country: Mali

City of defense: Bamako

Email address: mariamakagnassyk@gmail.com

Academic year: 2024–2025

Field of interest: Obstetrics and Gynecology – Public Health

Repository location: Library of the University of Medicine and Pharmacy Kankou Moussa

Title: Socio-cultural, economic, and prognostic factors of adolescent pregnancy and childbirth among adolescents in the obstetrics and gynecology department of the University Hospital Center Gabriel Touré (2024–2025): A case-control study

Introduction

Adolescent pregnancy is a major public health issue, particularly in sub-Saharan Africa where rates remain high. This study aims to assess the frequency, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancies at the obstetrics and gynecology department of CHU Gabriel Touré.

Methodology

This is a case-control study conducted at CHU Gabriel Touré from August 2024 to January 2025. The cases included all pregnant adolescents aged 10 to 19 who gave birth in the department, while the controls were women aged 20 to 34 who also delivered during the same period. A 2:1 control-to-case ratio was used. The sample consisted of 600 women (200 cases and 400 controls), selected from obstetrical records. Data analysis was performed using SPSS, and significant associations were identified using odds ratios (OR) with a significance level set at $p < 0.05$.

Results The frequency of adolescent deliveries during the study period was 16.02%. Multivariate analysis identified several significant risk factors: lack of schooling (OR = 11.83), absence of prenatal care, medical history, hospitalization, pelvic abnormalities, and the practice of episiotomy. No significant factor was associated with neonatal prognosis. More than 80% of newborns had a satisfactory Apgar score at the first and fifth minute.

Conclusion: Adolescent pregnancy at CHU Gabriel Touré is linked to multiple socio-economic and clinical determinants.

Keywords: Adolescent – delivery – prognosis – CHU Gabriel Touré – Bamako

SERMENT DE MEDECIN

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples
Je promets et je jure, au nom de Dieu, 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 je n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de
parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la
menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre
les lois de l'humanité.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!