

MINISTERE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE
ET LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

République du Mali

Un peuple - Un but- Une foi



UNIVERSITE KANKOU MOUSSA
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(MEDECINE ET PHARMACIE)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°

THÈME :

**ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES
PRIMIPARES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le ... /... /2026 devant le jury de l'université
Kankou Moussa

Par Mle Seyajinou Faupa Anne Merveille

Pour obtenir le grade de docteur en médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Youssouf TRAORE, professeur Titulaire
Membres : M. Amadou BOCOUM, Maitre de conférences agrégé
M. Saleck DOUMBIA, gynécologue obstétrique
Directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences agrégé

Listes de professeurs :

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA
(Faculté des Sciences de la Santé)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT – FMPOS Bamako

Administration

Nom	Discipline
Pr Siné BAYO	Recteur
Pr Dapa A. DIALLO	Doyen
Pr Hamar Alassane TRAORE	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 SOUMARE	Chirurgie générale
M. Amadou I. DOLO	Gynéco-obstétrique
M. Aly Douro TEMBELY	Urologie
M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
M. Djibo Diango MAHAMANE	Anesthésie- Réanimation
M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio- générale
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
M. Adégné Pierre TOGO	Chirurgie générale
M. Alassane 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 – Histoembryologie
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. Bourèima 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. 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

Imagerie médicale

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
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 Doumbo Safiatou NIARÉ	Méthodologie de la recherche
M. Daba SOGODOGO	Physiologie humaine
M. Drissa TRAORÉ	Soins infirmiers
M. Bourèma 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. 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. Hama 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 YOSSO	Technique d'expression & communication
M. Amassagou DOUGNON	Biophysique
M. Abdoulaye FAROTA	Chimie physique

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A mon père M. Faupa Pierre

Grace à ta qualité d'homme modèle, ta générosité et toutes les valeurs chrétiennes que tu nous as inculqué j'ai pu devenir la femme travailleuse que je suis aujourd'hui. Tes sacrifices ont fait de nous ce que tu souhaites, tu es et seras notre fierté tout le temps. Tes prières, tes soutiens, tes accompagnements matériels et financiers ont toujours été pour moi un grand soutien tout au long de mon existence. Je ne trouve jamais des mots pour t'exprimer mon affection et mon admiration. Cette thèse est le fruit de tous ce que tu as dû endurer pour moi. Que Dieu continue d'exagérer dans ta vie et qu'il t'accorde de voir ce la suite de mon évolution et celle de mes frères et sœur. Je ne saurais comment te remercier ou même remercier Dieu de m'avoir donné un père comme toi mais je ne peux que continuer à te rendre fier. Merci infiniment papa. Comme j'aime souvent l'appeler par derrière Mr papa merci encore.

REMERCIEMENTS

Au seigneur JESUS CHRIST

Seigneur Dieu tout puissant merci car tu as été au début et la fin de ce travail

A ma mère Mme Faupa Adeline

Maman ta gentillesse, ton soutien dans la prière incessante pour nous, ta bienveillance ton sens de responsabilité et ton travail acharné ont été un modèle pour moi et pour chacun de nous. Que Dieu dans sa miséricorde fasse que tu sois toujours fier de nous.

A papa Jean Daniel et maman Rose Tchatchouang

Papa maman vous avez été des soutiens pour moi depuis mon arrivé jusqu'à présent. Vous m'avez soutenu par vos encouragements, vos prières et également financièrement. Merci vraiment vous êtes des parents formidables. Que Dieu vous bénisse. Ce travail est également le fruit de votre encouragement inconditionnel.

A mes frères

Israël, Elisée, Osée, Jean baptiste, God love miracle

Mes chers frères merci pour vos messages d'encouragement, vos appels malgré la distance, nos fous rire ont été un grand soutien dans certains moments de solitude je savais que je pouvais compter sur vous mes frères. Que Dieu vous bénisse et qu'il fasse que nous soyons tous une bénédiction pour nos parents.

A ma grande sœur Joëlle et son mari tonton Henri

Merci pour vos conseils, vos messages d'encouragement, votre disponibilité pour m'écouter quel qu'en soit l'heure où j'appelle merci d'avoir été une grande famille pour moi.

Tonton Henri tu as toujours été présent malgré qu'on se soit connu il y a peu de temps tu t'es toujours soucié de moi. Chaque jour tu appelais pour savoir comment je vais vraiment cela était très réconfortant.

Que Dieu vous bénisse votre union et merci encore pour tout

A Jean Edoqué

Johnny franchement merci pour tous tu as été un soutien pour moi à tous les niveaux. Tu as été ma meilleure rencontre ici au Mali. Nous avons fait beaucoup de chemins ensemble nous étions amis jusqu'à devenir une famille. Merci pour tous ses moments passé ensemble, pour nos fous rires, pour ta disponibilité, pour tout l'amour inconditionnel que tu m'as apporté. Merci pour tous.

A Dr stéphanie Towa

Merci beaucoup pour ton soutien et tous le temps que tu as pu m'accorder lorsque j'avais besoin de ton aide malgré ton programme chargé.

Aux autres membres de ma famille

Merci pour vos messages d'encouragement vos prières

A mes amis de l'église

Brenda kamdem sonia, Sybelle, claudia, Ruth Nzéfa, Tawet, Marie victoire

Vous avez été présent dans ma vie dans plusieurs domaines merci pour votre considération, nos fous de rire m'ont aidé à relâchés la pression des études.

A l'équipe 2

Simpara Bouya, Demba Coulibaly, Salimata Koné, Maiga, Abdrahamane traoré, Mahamadou Traoré, Awa cissé, Sidi Diarra

Merci pour la collaboration on a beaucoup souffert et ris ensemble pendant notre période.

Aux externes

Oudé cissoko, Adjaratou téssouké, Fatou, Hatoumata, Combati , Malik, Mamadu allias simply boss, Mady etc....

Comme je le dis souvent vous avez été des externes puis des amis et pour finir je vous ai considéré comme une famille. Merci pour votre présence, votre disponibilité à chaque fois que j'ai eu besoin de vous.

Au Pr Traoré Soumana Oumar et au Dr Traoré Oumar Moussokoro

Merci de m'avoir accepté dans votre unité. Votre générosité et votre encouragement dans la recherche scientifique m'ont beaucoup aidé, puisse Dieu vous accorder une longue et heureuse vie.

Au Dr Diakité Nouhoum dit le Grand et au Dr Mamadou Amadou Traoré dit Dr G-MAT

Merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette thèse. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

Au Dr Tall Saoudatou, Dr Saleck Doumbia, Dr Sylla Niagalé, Dr Bah BERTHÉ

Merci pour votre générosité, votre sympathie, votre dévouement dans le travail et votre soutien sans limite.

A toute l'équipe du Bloc Opératoire et toutes les sages-femmes

Merci pour votre disponibilité, votre enseignement, vos conseils et vos contributions.

A toutes les personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin

Merci pour votre soutien.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur YOUSSEF TRAORÉ

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS,
- Chef de département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Modérateur nationale et expert sur la PTME au Mali,
- Titulaire de diplômes universitaires « Méthode de recherche clinique » et « Méthodes pratique en Epidémiologie » 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. Grand est notre privilège 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 DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Soumana Oumar Traore

- Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS
- Praticien Hospitalier au Centre de santé de référence de la commune V
- Certifié formateur de programme GESTA International (PGI) de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGOC)
- Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son rôle dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans le district de Bamako, délivrée par le gouverneur du dit district en 2009
- Leader d'opinion local de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako

Cher maître,

Permettez-moi de vous exprimer ma très haute reconnaissance pour l'honneur que nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Votre encadrement éclairé, votre rigueur scientifique et votre engagement constant ont été essentiels à l'aboutissement de cette thèse et ont profondément contribué à ma formation académique et professionnelle. Nous vous prions d'agréer l'expression de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY

Professeur AMADOU BOCOUM

- Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique,
- Praticien hospitalier au 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 Maître,

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 maître 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 bénéficions de votre grand savoir.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Doumbia Saleck

- Gynécologue-Obstétricien
- Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune V
- Titulaire d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS
- Titulaire d'un Master en colposcopie obtenu en Algérie
- Titulaire d'un DU (diplôme universitaire) en Epidémiologie-Bio statistique à l'institut Africain de Santé Publique de Ouagadougou

Cher Maître,

Je vous adresse ma profonde reconnaissance pour l'accompagnement constant dont j'ai bénéficié tout le long de ce travail. Votre disponibilité, vos conseils et tout ce que vous nous avez transmis ont été déterminants dans la réalisation de cette thèse et dans ma formation. Nous remercions très sincèrement.

Liste des sigles et abréviations

ATCD	: Antécédent
βHCG	: Béta Hormone Chorionique Gonadotrope
BDCF	: Bruit du Cœur fœtal
BGR	: Bassin Généralement Retrécie
CPN	: Consultation Périnatale
CSCOm	: Centre de Santé Communautaire
CSREF CV	: Centre de Santé de Référence de la Commune v
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
DES	: Diplôme d'Etude Supérieur
Gr	: Gramme
HU	: Hauteur Utérine
IC	: Indice de Confiance
IMCM	: Institut Malien de Conseil en Management
Nbre	: Nombre
OMS	: Organisations Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
PRP	: Promoto Rétro Pubien
P	: Probabilité
PA	: Pression Artérielle
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SFA	: Souffrance fœtal aigu
SFC	: Souffrance fœtal chronique
TM	: Transverse Maximal
TMx	: Transverse Maximum

Listes des tableaux

Tableau I: Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique	10
Tableau II: classification des bassins rétrécis symétriques non déplacés	12
Tableau III: Classification des bassins selon Thoms	12
Tableau IV : Classification de Caldwell - Moloy.....	13
Tableau V : Répartition des patientes selon l'âge	47
Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	47
Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession.....	48
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	48
Tableau IX : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN.....	49
Tableau X: Répartition des patientes selon le lieu de la CPN.....	49
Tableau XI : Répartition des patientes selon le mode d'admission	50
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'antécédent médicochirurgical..	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel.....	50
Tableau XIVI : Répartition des patientes selon le motif d'admission	51
Tableau XV : Répartition des patientes selon la pathologie au cours de la grossesse	51
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état général.....	52
Tableau XVII: Répartition des patientes selon le type de présentation.....	53
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'état du bassin à l'admission.....	53
Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'engagement de la présentation à l'admission	54
Tableau XX: Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal.....	54
Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né	54
Tableau XXII: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	55
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la réalisation de l'épisiotomie	55
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne.....	56
Tableau XXV: Répartition des patientes selon le pronostic fœtal.....	56
Tableau XXVI. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la première minute.	57
Tableau XXVII. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minutes.	57
Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon les complications fœtale	58
Tableau XXIX : Répartition des nouveau-nés selon qu'il soit réanimés ou non.	58
Tableau XXX. Répartition des nouveaux nés selon le transfert à la néonatalogie.	59

Tableau XXXI: Répartition des nouveaux nés selon le motif de transfert à la néonatalogie. . 59

Listes des figures

Figure 1: chronologie de transformation à la puberté 8

Figure 2 : Différente partie du détroit supérieur..... 16

Figure 3 : Schémas représentant la tête fœtale et les dimensions du bassin 19

Table de matières

1	INTRODUCTION.....	1
2	OBJECTIFS	4
2.1	Objectif général	4
2.2	Objectifs spécifiques	4
3	GENERALITES.....	6
3.1	Définition	6
3.2	Rappel sur l'accouchement :	6
3.3	Transformations de la puberté à l'adolescence	7
3.5	Complications obstétricales et périnatales	19
3.6	Stratégie de lutte des grossesses précoces et de la mortalité maternelle périnatale	23
4	METHODOLOGIE.....	25
4.1	Cadre et lieu d'étude	25
4.2	Type et période d'étude	26
4.3	Critères d'appariements.....	Erreur ! Signet non défini.
4.4	Population d'étude.....	26
4.5	Échantillonnage	Erreur ! Signet non défini.
4.6	Variables étudiées	30
4.7	Outils et méthodes de collecte des données	45
4.8	Saisie et analyse des données	45
4.9	Définitions opérationnelles.....	45
4.10	Considération éthique.....	45
5	RESULTATS	47
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	61
7	CONCLUSION	65

8	RFRERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68
9	ANNEXES	72

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 à bas âge, entre 10 et 19 ans selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) [1]

Selon les estimations, dans les régions en développement, 21 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans tombent enceintes chaque année et environ 12 millions d'entre elles mettent au monde des enfants selon l'OMS 2024 [2] . La plupart survenant dans des pays en voie de développement. De nombreux facteurs sont discutés, en premier lieu les mariages précoces et les aspects culturels associant mariage et fécondité, l'absence d'éducation à la sexualité ou à la planification familiale, et le faible recours à la contraception, non disponible ou trop coûteuse. La gravité des maternités précoces réside dans le risque de mortalité et de morbidité élevé pour la mère et l'enfant. En effet, les complications de la grossesse et de l'accouchement représentent la principale cause mondiale de décès entre 15 et 19ans [3]

Les adolescentes doivent faire face à des risques pour la santé durant la grossesse et la naissance, représentant 15 % de la charge mondiale de morbidité des conditions maternelles, et 13 % de toutes les morts maternelles. Les grossesses chez les jeunes ne mettent pas seulement en péril la santé et les chances de survie de l'enfant ou de la femme, mais elles mettent également en péril leur scolarisation et leur avenir professionnel .[4]

La grossesse chez l'adolescente est devenue un problème important de santé publique, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, vu l'augmentation significative du taux de fécondité en dessous de 20 ans, et les risques importants, médicaux, psychologiques et sociaux, auxquels sont exposés à la fois la mère et l'enfant. Ces risques sont certes d'importance variable selon le contexte familial, culturel, socio-économique et religieux. Néanmoins, l'immaturité psychologique et psychoaffective liée à l'âge constitue un facteur en commun : « elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères ».

Au Mali, la Septième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VII) rapporte que 28 % des femmes de 15–19 ans ont déjà été enceintes et 22 % des femmes ont déjà eu une naissance vivante, 3 % des femmes ont déjà eu une grossesse improductive ; 8 % des femmes sont actuellement enceintes [5]. Près de 40 à 50 % des jeunes filles ont un enfant avant l'âge de 18 ans en Côte d'Ivoire, au Liberia, au Mali, au Cameroun, au Bangladesh [6]. Dembélé Z [7] a trouvé une fréquence de 13,9% au CSREF de la Commune V . Dans les études de Adama D [8] , Oumar HD [9], l'accouchement chez les adolescentes étaient respectivement 13,31% et 19,61% de l'ensemble des accouchements.

Les adolescentes doivent faire face à des risques pour la santé durant la grossesse et la naissance représentant 15 % de la charge mondiale de morbidité des conditions maternelles, et 13 % de toutes les morts maternelles [6]. Les issues défavorables de ces grossesses et accouchements compliqués sont essentiellement : l'accouchement prématuré, l'asphyxie néonatale, la naissance d'un enfant de faible poids et le décès du nouveau-né, sans oublier les fistules obstétricales et ses conséquences sur la vie de la jeune fille [10]. Une étude de l'organisation mondiale de la santé sur les grossesses des adolescentes affirme que l'âge seul pourrait ne pas en être la cause, l'éducation, le statut social et l'utilisation des structures de santé sont des facteurs contributifs[11].

Au Mali nombreuses études ont été faites sur l'accouchement chez l'adolescente et l'adulte. Le but de ce travail est de préciser les aspects particuliers à l'adolescente primipare concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et le pronostic materno-fœtal afin d'améliorer leur résultat obstétrical.

Malgré de multiples stratégies mis en place pour réduire les complications liées aux grossesses chez les adolescentes, ce phénomène continu d'être problématique au Mali. Il était essentiel de comprendre en quoi ces facteurs peuvent impacter le déroulement de la grossesse, le pronostic obstétrical, ainsi que la qualité de prise en charge. Peu d'études y ont été consacrées au CSREF de la commune V. Ainsi nous avons initié ce travail afin de comparer l'accouchement chez une primipare adolescente et chez l'adulte primipare.

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier l'accouchement chez les adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- Décrire le profil sociodémographique des adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- Comprendre les facteurs de risques liés à l'accouchement chez les adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.
- Evaluer le pronostic maternel et périnatal.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition

L'accouchement, selon l'OMS 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 22 semaines d'aménorrhée. [12]

L'OMS définit l'adolescence comme la tranche d'âge allant de 10 à 19 ans, elle débute à l'apparition des premiers signes de la puberté et sa fin dépend de chaque individu en fonction de sa maturité physique, psychologique, sexuelle et sociale .[13]

3.2 Rappel sur l'accouchement :

L'accouchement résulte de l'ensemble des phénomènes physio-dynamiques et hormonaux qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint son terme théorique de 22 SA (5mois) ou poids fœtal supérieure ou égal à 1000 g. 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 5-10cm pendant laquelle la dilatation se fait rapidement

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

Phase pelvienne : L'achèvement de la descente et la rotation de la présentation.

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

Troisième période : La délivrance est l'expulsion du placenta et des membranes après celle du fœtus. Elle évolue en trois phases réglées par la dynamique utérine (le décollement et l'expulsion du placenta, l'hémostase). Par fois l'accouchement se fait par césarienne (Voie

haute) lorsque surviennent des complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital du fœtus et /ou de la mère. Ce sont :

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

On parle d'accouchement prématuré lorsqu'il survient entre la fin de la 28^{ème} et de la 37^{ème} semaine d'aménorrhée. Au-delà de 42 semaines d'aménorrhée, on parle alors de post-terme.[9]

L'accouchement spontané est celui qui se déclenche de lui-même, sans intervention de causes extérieures. Il est provoqué, lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure, généralement d'ordre thérapeutique. Il est dit programmé lorsqu'il est provoqué sans indication pathologiques. L'accouchement est naturel lorsqu'il se fait sous l'influence de seule physiologie ; sinon est dirigé.

Il est artificiel quand il est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale, par voie basse ou par voie abdominale.

L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal. Il est dystocique dans le cas contraire. On appelle dystocie l'ensemble des anomalies qui peuvent entraver la marche normale de l'accouchement. Celles-ci peuvent concerner la mère (bassin, dynamique utérine), le fœtus (position, présentation, volume) ou ses annexes.[7]

3.3 Transformations de la puberté à l'adolescence

L'adolescence se caractérise essentiellement par la puberté, pendant laquelle le corps de la jeune fille se modifie et son caractère s'affirme.

Avant la puberté, il y a un temps qu'on qualifie de réveil de l'activité hormonale (entre 8- 10 ans) : c'est la pré- puberté se manifestant essentiellement par le gonflement des glandes mammaires.

3.3.1 « Déroulement de la puberté »

C'est à partir de 10 ans que les premières 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.

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

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

- **Les règles** : L'âge moyen des 1ères menstruations est d'environ 12,5 ans. Elles apparaissent selon les cas entre 9- 15 ans

La fin de la puberté arrive avant celle de l'adolescence ce qui explique qu'un jeune homme et une jeune femme peuvent être physiologiquement prêts à enfanter à 16 ans mais socialement pas encore prêts.

Facteurs pouvant influencer la puberté

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

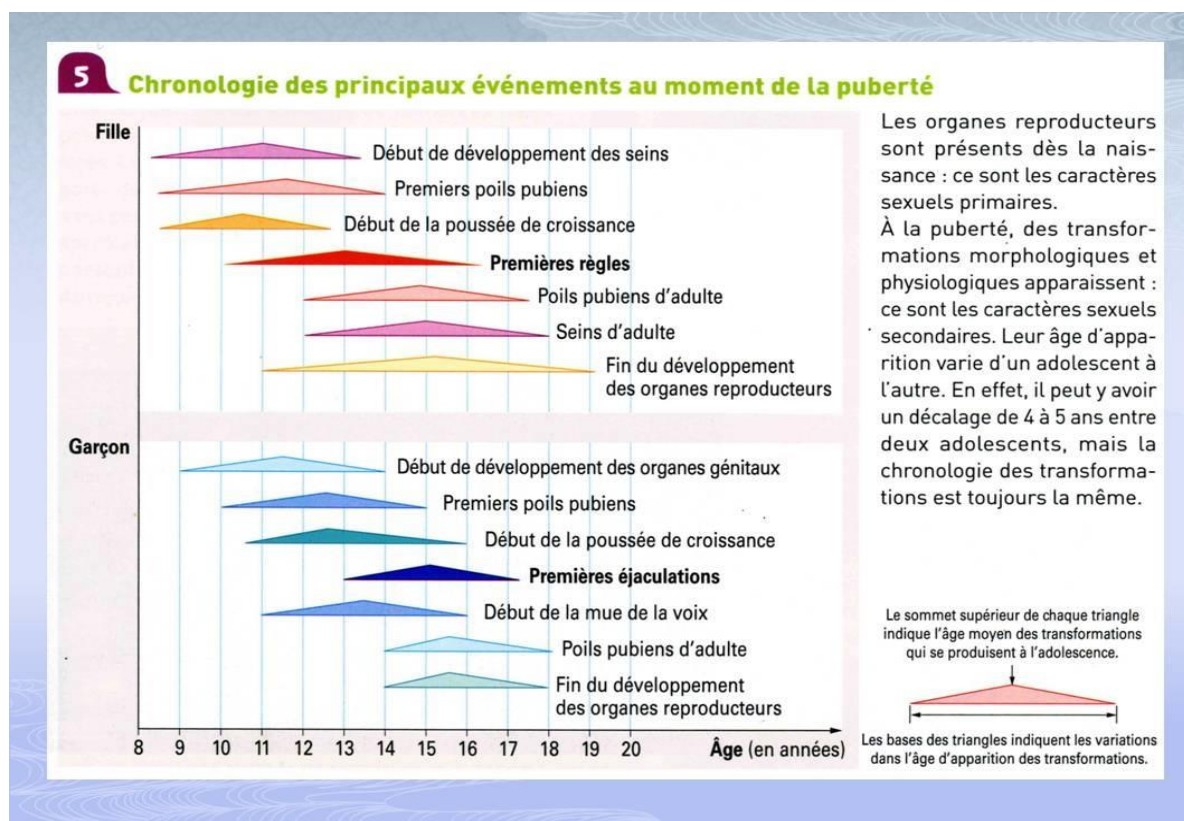


Figure 1: chronologie de transformation à la puberté

Source : Vincent Pakula. Novembre 2016

3.3.2 Modifications des caractères sexuels secondaires :

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

Pilosité pubienne (P)

P1=absente

P2=quelques poils bruns et épais

P3=pilosité pubienne fournie couvrant le Mont de venus ;

P4=pilosité pubienne triangulaire respectant la ligne inguinale ;

P5=pilosité pubienne triangulaire dépassant la ligne inguinale.

Seins (S)

S1=aucun développement ;

S2= bourgeon mammaire retro aréolaire

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

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

S5= seins de femme adulte avec aréole plate

Poils axillaires (A)

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

A1= absence de pilosité axillaire

A2= présence de quelques poils

A3= nombre de poils supérieur à 10

A4= pilosité axillaire assez fournie

A5= pilosité fournie

La puberté culmine avec l'apparition des premières menstruations ou ménarche.

Celle-ci survient le plus souvent à P4, S4, A2.

3.3.3 Modifications staturo-pondérales

Pendant l'adolescence 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.

3.3.4 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.[7]

3.4 Grossesse :

Pendant la puberté, il y'a de profondes modifications, de la personnalité affective et intellectuelle. La survenue d'une grossesse, donc la présence d'un corps étranger au sein de l'organisme maternel s'accompagne de nombreuses modifications physiques (environnement hormonal, fonctions digestives, circulatoire, respiratoire...) et apparente (prise de poids, rondeur du corps). Il s'agit d'un processus d'adaptation physiologique à une nouvelle situation. L'évolution normale aboutit au bout de 9 mois soit 38 semaines d'aménorrhée (SA) à 42 SA à l'expulsion du fœtus et des annexes, dénommée accouchement. Cette évolution peut être émaillée de divers événements pouvant influencer sur la grossesse. Ce sont :

- Les infections uro-génitales et palustres surtout sous les tropiques ;
- Les vomissements « dits gravidiques » pouvant entraîner un état de dénutrition ;
- L'anémie parmi tant d'autres Ces symptômes pris séparément ou associés constituent des incidents au cours de l'évolution de la grossesse qui lorsque pris en charge correctement sont sans conséquence sur le fœtus et la mère. En revanche, l'absence ou la mauvaise prise en charge peut conduire à des accidents graves tels que :
- L'expulsion du fœtus avant viabilité : c'est l'avortement qui lorsqu'il survient avant 15 SA sera appelé avortement précoce et au-delà jusqu'à 27 SA, avortement tardif
- La mort du fœtus in utero.
- La pré éclampsie qui peut aboutir à une mort materno-fœtale [7]

3.3.5 Classifications du bassin obstétrical :

Il existe plusieurs classifications dont :

Tableau I: Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique

Classification pratique des bassins féminins en Obstétrique (Mécanique et Technique Obstétricale ; JP. Schaal, D. Riethmuller, R. Maillet). Éditeur : SAURAMPS Médical, 1998					
Bassins	PRP	TM	Indice de Magnin	Biscliatique	Bi-ischiatique
Normaux	≥ 105 mm	≥ 115 mm	≥ 220 mm	≥ 95 mm	≥ 90 mm
Limites	< 105 mm > 85 mm	< 115 mm > 95 mm	< 220 mm > 200 mm	< 95 mm > 80 mm	< 90 mm > 80 mm

Chirurgicaux	< 85 mm	< 95 mm	< 200 mm	< 80 mm	< 80 mm
---------------------	---------	---------	----------	---------	---------

Source : classification des bassins féminins en obstétrique [14]

Tableau II: classification des bassins rétrécis symétriques non déplacés

Classification des bassin rétrécis symétriques non déplacés selon Merger (Précis d'Obstétrique. Masson 1995)	
Bassin aplati	Diminution isolée du diamètre promonto-rétro-pubien
Bassin transversalement rétréci	Diminution isolée du diamètre transverse maximum Forme ovale : bassin anthropoïde Forme triangulaire : bassin androïde
Bassin généralement rétréci	Bassin bien proportionné mais: Diamètre promonto-rétro-pubien diminué et diamètre transverse maximum diminué
Bassin généralement rétréci et aplati	Diamètre promonto-rétro-pubien et transverse maximum diminués prédominant sur le diamètre promonto-rétro-pubien

Source : Classification des bassins féminins en obstétrique[14]

Tableau III: Classification des bassins selon Thoms

Classification des bassins selon Thoms (selon les dimensions du détroit supérieur) (Précis d'Obstétrique. Masson 1995)	
Les diamètres pris en compte : Au niveau du détroit supérieur : Le diamètre antéro-postérieur promonto-rétropubien (PRP) ; Le diamètre transverse maximum (TMx). Elle ne prend pas en compte la forme du bassin.	
Bassin dolichopellique :	$PRP > TMx$
Bassin mésatipellique :	$PRP = TMx$ ou $PRP < TMx$ de 1 cm
Bassin brachypellique	$PRP < TMx$ de 1 à 3 cm
Bassin platypellique :	$PRP < TMx$ de plus de 3 cm

Source : Classification des bassins féminins en obstétrique[14]

Tableau IV : Classification de Caldwell - Moloy

Classification de Caldwell – Moloy d'après Caldwell WE Moloy HC, Am J Obstet Gynecol 1933 ; 26 : 479	
• Elle prend en compte la forme du bassin. • Technique de mesure • Division du détroit supérieur par une ligne qui passe par le plus grand diamètre transverse (TMx) • Comparaison des deux parties ainsi divisés antérieure et postérieure du détroit postérieur en comparant • Le diamètre sagittal de la partie antérieure et celui de la partie postérieure • L'aspect de la réunion des deux parties antérieure et postérieure de la ligne innommée	
Bassin gynoïde	Diamètre sagittal postérieur légèrement inférieur au diamètre sagittal antérieur ; La réunion des deux parties forme un cercle $PRP = TMx$ ou $PRP < TMx$ BIE (diamètre bi-épineux) $>$ ou $= 10$ cm Le plus fréquent des bassins
Bassin androïde	Diamètre sagittal postérieur très inférieur au diamètre sagittal antérieur ; la réunion des deux parties se fait à angle aigu
Bassin anthropoïde	$PRP > TMx$ Il existe souvent une sixième vertèbre sacrée
Bassin platypelloïde	$TMx > PRP$

Ces quatre types de bassin représente 50 % des cas, les autres bassins sont des formes mixtes.

Source : Classification des bassins féminins en obstétrique[14]

3.3.2. Consultation prénatale

La grossesse est le développement d'un fœtus au sein de l'organisme maternel.

L'hormone chorionique gonadotrope ou la bêta HCG sécrétée par les cellules du syncytiotrophoblaste est présente dès le 8ème jour de la fécondation. Sa présence dans les urines à l'aide de bandelettes permet de poser le diagnostic de la Grossesse. Sous l'influence des

nouvelles conditions causées par le développement du fœtus, des modifications nouvelles et complexes surviennent dans l'organisme maternel.

Ces modifications sont physiologiques : elles favorisent le développement normal du fœtus, préparent l'organisme maternel à l'accouchement et à l'allaitement du nouveau-né. Depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement, la durée de la grossesse est de 9 mois soit 37 à 42 semaines d'aménorrhées. Mais cette évolution peut être émaillée de divers événements pouvant influencer sur le devenir de la grossesse,

Ce sont :

Les infections uro-génitales ; les infections parasitaires notamment le paludisme ; les

Vomissements gravidiques pouvant entraîner un état de dénutrition ; L'anémie.

Ces symptômes pris séparément ou associés constituent des accidents au cours de l'évolution de la grossesse. Une prise en charge correcte est sans conséquences sur la mère et le fœtus.

Les soins prénataux, soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveaux – nés.

Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les soins prénataux constituent l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle, en particulier là où l'état de santé général des femmes laisse à désirer.

La surveillance prénatale de la grossesse normale s'inscrit dans une démarche de dépistage et de prévention de complications maternelles ou fœtales. Les dispositions réglementaires et recommandations professionnelles ont pour but d'assurer un accès universel à un suivi de qualité. L'information des femmes est au premier plan de la prévention, notamment celles concernant certaines maladies infectieuses, la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances toxiques. La continuité des soins est importante pour la sécurité et pour le bien-être. L'organisation en réseaux périnataux implique entre autres les praticiens libéraux et hospitaliers, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes ainsi que généralistes.

Elle peut nécessiter l'assistance de psychologues et d'assistantes sociales.

Sept consultations prénatales, des dépistages sanguins et trois échographies sont prévus. La consultation du 1er trimestre est déterminante car elle détecte des grossesses à risque particulier et permet d'orienter la femme enceinte vers le suivi le plus adapté. La suite du suivi mensuel permet de détecter d'éventuelles pathologies ou risques accrus. Les séances de préparation et les consultations de fin de grossesse permettent de préparer l'accouchement et le post -parfum. Les consultations non programmées, ou urgentes, font partie intégrante du suivi d'une Grossesse. [7]

3.4.3 Bassin obstétrical

Le bassin est divisé en deux parties :

Le grand bassin et le petit bassin. Le grand bassin, sans intérêt obstétrical, fait partie de la cavité abdominale. Il est constitué latéralement par les fosses iliaques des os coxaux et, en arrière, par les ailes du sacrum.

Le petit bassin, correspond au bassin obstétrical. Ce canal osseux est composé de deux ouvertures : le détroit supérieur et le détroit inférieur et d'une excavation : l'excavation pelvienne. [15]

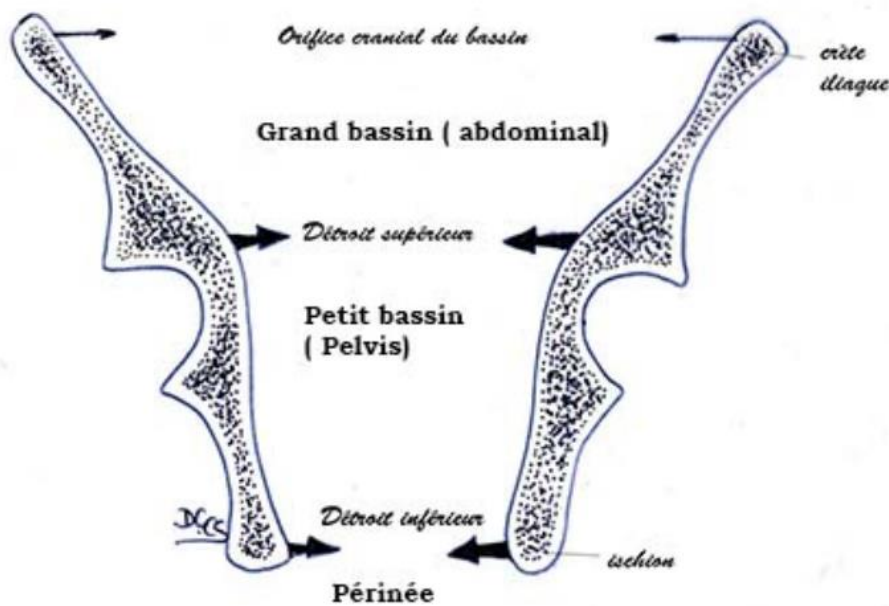


Figure2 : Bassin osseux obstétrical.

Source : Romandarine, Avril, 2021

3.4.3.1 Différentes parties du bassin osseux:

A- LE DÉTROIT SUPERIEUR

. Situation

Il correspond à l'orifice supérieur de la cavité pelvienne. C'est une ceinture osseuse qui sépare le grand bassin du petit bassin. Il est limité par :

- en arrière par : le promontoire
- latéralement par les lignes innominées ou lignes arquées
- en avant par le bord supérieur du pubis.

Le repère essentiel au niveau du détroit supérieur est le promontoire qui est la saillie que fait l'os sacré en s'articulant avec la dernière vertèbre lombaire(L5).

• Importance obstétricale du détroit supérieur

Le détroit supérieur constitue le 1er obstacle que doit franchir le fœtus plus précisément la présentation (partie du fœtus qui se présente la 1ère dans l'aire du détroit supérieur). Le franchissement du détroit supérieur s'appelle l'engagement. On dit qu'une présentation est engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur.

. Forme

Le bassin féminin est de forme gynoïde généralement. Sa forme ressemble alors à un cœur de carte à jouer. Cette forme est la plus favorable au plan obstétrical. Au niveau du détroit supérieur, le promontoire constitue une saillie à direction antérieure et latérale. Il existe de part et d'autre une dépression : ce sont les sinus sacro-iliaques. C'est cette disposition qui fait que l'arc postérieur du bassin au niveau du plan du détroit supérieur n'est pas régulier tandis que l'arc antérieur est concave en arrière et régulier.

L'indice de MAGNIN : Il renseigne sur le pronostic de l'accouchement par l'appréciation de la perméabilité pelvienne.

Indice de MAGNIN= TM + PRP > 23 cm

- Le pronostic de l'accouchement est favorable s'il est > 23 cm
- Incertain, s'il est compris entre 21 – 22cm
- Mauvais, s'il est < 21 cm

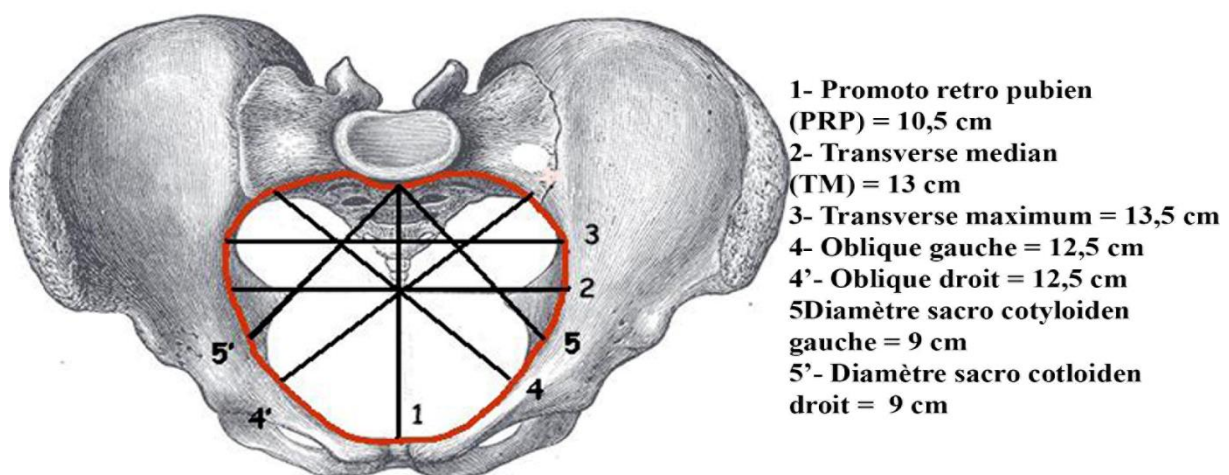


Figure 2 : Différente partie du détroit supérieur

Source : Wikipedia and UVMaF

B-Excavation ou détroit moyen :

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

2.2.1 Situation

Elle est limitée :

- En avant par la face postérieure du pubis
- En arrière par le sacrum et le coccyx
- Latéralement par les bords inférieurs des formations musculaires et tendineuses Ischio-pubiennes, l'ischion, le bord inférieur de l'échancrure sciatique et le trou obturateur. Au niveau de l'excavation, on note la présence d'une saillie correspondant aux épines sciatiques situées de part et d'autre par lesquelles passe le plan du détroit moyen.

• Forme du bassin :

Vue de Face : L'excavation forme un canal à peu près régulier. A mi chemin , les épines sciatiques constituent un rétrécissement léger : c'est le plan du détroit moyen mesuré par la distance entre les deux plans iliaques (distances bi - épineux) donne une valeur de 10,8 cm.

Vue de Profil : L'excavation forme un canal courbe à concavité antérieure.

• Importance Obstétricale du détroit moyen

Le fœtus évolue dans le canal pelvien en procédant à une descente mais aussi à une rotation axiale. Pour que ces mouvements et ces déplacements soient faciles, il est important que la concavité sacrée soit favorable, que les épines sciatiques ne soient pas trop Saillantes ce qui va arrêter la progression de la présentation.

C- Détroit inférieur

. Situation

- Il est limité :
- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx.
- Latéralement par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, le bord inférieur des ligaments sacrosciatiques. On lui décrit 3 diamètres p-principaux :
- Diamètre sous-coccyx-sous pubien : 9,5 cm mais souvent 11 cm, 12 cm en cas de rétropulsion du coccyx.
- Diamètre sous sacro-sous pubien : 11 cm
- Diamètre transverse bi-ischiatique : 11 cm, relie les faces internes des Tubérosités ischiatiques.

- **Importance obstétricale du détroit inférieur :**

Au niveau du détroit inférieur les éléments importants sont : le diamètre bi ischiatique, et l'ouverture de l'ogive pubienne (angle formé par les 2 os pubiens).

Au niveau du détroit inférieur on calcule :

- L'INDICE DE BORELL : qui permet de juger la qualité de l'orifice inférieur du bassin : Bi-ischiatique + sous-sacro-sous pubien + sous coccyx sous pubiens INDICE de BORELL supérieur à 31cm le pronostic est bon.

Par contre s'il est inférieur à 29,5 la dystocie est à craindre. [7]

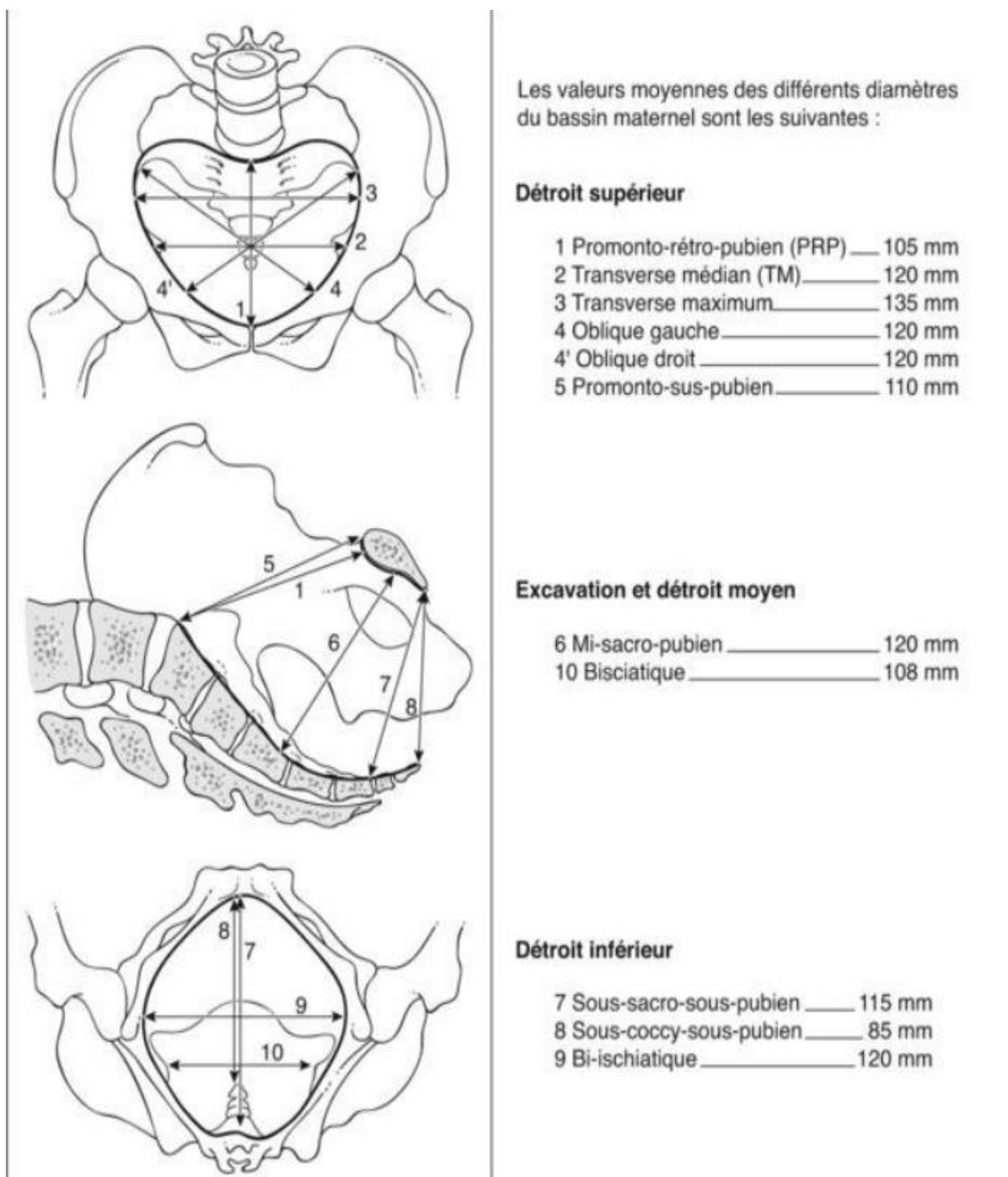


Figure 3 : Schémas représentant la tête fœtale et les dimensions du bassin

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

3.5 Complications obstétricales et périnatales

3.5.1 Sociaux

En bref, la grossesse adolescente, d'abord envisagée comme « grossesse à risque médical » est devenue « grossesse à risque psychosocial ». Nombre de publications courantes et savantes font

l'inventaire des difficultés encourues par une jeune mère et son enfant. La grossesse adolescente y est tour à tour synonyme d'isolement social, de difficultés psychoaffectives ou socio-émotionnelles, de conditions de vie et d'hygiène défailantes, d'inadaptation sociale, de dislocation des liens familiaux et scolaires, de monoparentalité, d'incapacité professionnelle, de problème de logement, d'absence de ressources financières, ou encore de maltraitance et d'infanticide. Elle est désignée comme un handicap social supplémentaire, voire renvoyée au registre du « pathologique ».[16]

3.5.2 Médicaux

3.5.2.1 L'accouchement prématuré

- La prématurité est définie par un terme de naissance inférieur à 37SA. On distingue (définitions OMS) la prématurité moyenne, voire tardive (Naissance entre 32 et 36 SA + 6 j), la grande prématurité (naissance entre 28 et 31 SA + 6 j) et la très grande prématurité (ou prématurité extrême) (naissance entre 22 SA et 27 SA + 6 j). La limite de viabilité est un terme ≥ 22 SA ou un poids ≥ 500 grammes. On distingue également la prématurité spontanée et la prématurité induite (où consentie) résultant d'une décision médicale d'arrêter la grossesse avant son terme pour une pathologie maternelle ou fœtale. Sa prévalence est estimée à 7–8 % des naissances. La très grande majorité (80 à 85 %) des nouveau-nés prématurés naissent entre 32 et 36 SA. Les naissances avant 28 SA représentent environ 0,5 % des naissances. La prématurité est la plus forte cause de morbidité avec 50 % des infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC) et de mortalité périnatales et 50 % des décès.

3.5.2.2 Les accouchements dystociques

Un âge de moins de 18 ans est facteur de dystocie parmi d'autres. L'accouchement dystocique (deys : difficulté et topos : accouchement) est un accouchement qui entraîne des difficultés voire une impossibilité d'accouchement par voie basse.

On distingue 2 sortes de dystocies :

- Les dystocies dynamiques : dysfonctionnement du moteur utérin et/ou des anomalies de la dilation utérine
- Les dystocies mécaniques : ces dernières sont réparties en anomalies du contenant avec les dystocies osseuses et les dystocies des tissus mous, les anomalies du mobile fœtal puis les anomalies des deux (disproportion fœto-pelvienne). On parle de disproportion fœtaux-pelvienne lorsque les diamètres du mobile fœtal sont supérieurs à ceux du bassin maternel.

Les syndromes Vasco-rénaux toxémie gravidique ou pré-éclampsie. Elle est caractérisée par la triade suivante : des œdèmes, une protéinurie, et une hypertension artérielle. Elle survient fréquemment chez une primipare sans antécédents vasco- rénaux et dans le dernier trimestre de la grossesse.

A n'importe quel moment dans l'état pré-éclamptique, une crise éclamptique peut se déclencher. 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 particulière élevée chez les primipares. Les dystocies qu'elles soient dynamiques ou osseuses ainsi que la crise éclamptique nécessitent souvent une césarienne pour sauver la mère et l'enfant.

3.5.2.3 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. [7]

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

3.5.2.5 La césarienne

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

3.5.3 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.

3.5.3.1 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. 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. 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.

3.5.3.2 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. 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.[9]

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

3.6 Stratégie de lutte des grossesses précoces et de la mortalité maternelle périnatale

Les interventions doivent avoir pour but de prévenir les grossesses précoces :

- Réduire le nombre de mariages avant l'âge de 18 ans ;
- Susciter la compréhension et l'appui à la réduction du nombre de grossesses avant l'âge de 20 ans.
- Augmenter l'utilisation de la contraception chez les adolescentes qui risquent de tomber enceintes sans le vouloir.
- Réduire le nombre d'avortements à risque chez les adolescentes.
- Accroître l'utilisation de soins qualifiés durant la grossesse.
- l'accouchement et la période postnatale. [7]

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été menée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de Santé de Référence de la Commune V est une structure de 2ème 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 CS Réf CV

Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :

Il comporte: un(1) Maître de conférences agrégée en Gynécologie Obstétrique et cinq(5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maîtresse
- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les Ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

Fonctionnement du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

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

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables .

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences Gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le Genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

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

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un Médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CScom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois. Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une Infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en Astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service. Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang

4.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes de moins de 20ans et une population témoin de primipares de 20 ans et plus. L'étude s'est étendue de Janvier 2024 à Décembre 2025 soit 2ans. La collecte de donnée allant de Janvier 2024 à Novembre 2025.

4.3 Population d'étude

Elle concernait toutes les adolescentes primipares qui ont accouché dans le district sanitaire de la commune V.

Population cible : toutes les adolescentes primipares ayant effectuées les consultations prénatales pendant la grossesse et accouchées dans les centres de santé de référence de la commune v durant la période d'étude

Population source : les adolescentes primipares ayant accouché au centre de santé de référence de la commune V durant la période d'étude.

4.4 Échantillonnage

La taille de l'échantillon :

La collecte des données a été effectué à partir des dossiers obstétricaux, des partogrammes, des registres d'accouchements, de compte rendu opératoire, d'admission, d'évacuation reçus, d'évacuation vers autres structures, de compte rendu opératoire, de transfert nouveau-né, de décès périnatales, d'avortement, de césarienne, des registres de transfusion, des décès maternels et les résultats ont été collectés et diffusés de manière à respecter l'anonymat des participants.

La taille de l'échantillon a été estimée selon la formule de Fleiss pour les études cas-témoins, en tenant compte d'un ratio témoins / cas de 2 :1

Les paramètres utilisés sont les suivantes :

Parameter	Value
Two-sided confidence level	95%
Power	80%
Ratio of controls to cases	2
Percent of controls exposed	30%
Percent of cases exposed	46.2%

Sample Size	Cases	Controls	Total
Fleiss with CC	103	206	309
Fleiss without CC	100	200	300

Interprétation

Méthode recommandée (Fleiss avec correction de continuité)

- Cas : 103
- Témoins : 206
- Total : 309

Dans la pratique on arrondit souvent à :

- **104 cas**
- **208 témoins**
- **Total = 312**

➤ **Critère d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude pour les :

-Cas : toutes patientes adolescentes portant une grossesse évolutive à terme ($AG \geq 37SA$) ayant effectué un suivi- prénatale et ayant accouché pour la première fois dans le centre de santé de référence de la commune V

-Témoins : toutes patientes adultes portant une grossesse évolutive à terme ($AG \geq 37SA$) de 20 ans et plus ayant effectué un suivi- prénatale et ayant accouché pour la première fois dans le centre de santé de référence de la commune V

Critères de non-inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude pour les :

Cas : Toutes les adolescentes primipares non suivies en consultation prénatale ou qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

Témoins : Toutes les femmes âgées de 20 ans et plus primipares non suivies en consultation prénatale ou qui ont accouché en dehors du service pendant la même période.

4.5 Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées et classées :

Objectifs	Variables	Indicateur se rapportant à la variable	Sources de données de la variable
Objectif 1 : déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes primipares	Age, la fréquence de l'accouchement	Age, la fréquence de l'accouchement	Dossiers obstétrical de la patiente
Objectif 2 : décrire les caractéristiques sociodémographiques des adolescents primipares	Age, statut matrimonial, profession ,niveaux socio-économique	Age, statut matrimonial, profession, niveaux socio-économique	Dossiers obstétrical de la patiente
Objectif 3 : Déterminer les facteurs de risques liés à l'accouchement	Les ATCD de la patiente, la nature du bassin, l'âge	Les ATCD de la patiente, la nature du bassin, l'âge	Dossiers obstétrical de la patiente
Objectif 4: déterminer le pronostic maternel et périnatal	Les ATCD de la patiente, le terme de la grossesse, la nature du bassin, la vie d'accouchement, l'Apgar	Les ATCD de la patiente, le terme de la grossesse ; la nature du bassin, la voie d'accouchement, l'Apgar	Dossiers obstétrical de la patiente

4.6 Outils et méthodes de collecte des données

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

Des dossiers obstétricaux, des partogrammes, des registres d'accouchements, de compte rendu opératoire, d'admission, d'évacuation reçus, d'évacuation vers autres structures, de compte rendu opératoire, de transfert nouveau-né, de décès périnatales, d'avortement, de césarienne, des registres de transfusion, des décès maternels. La collecte des données a été effectuée à partir des dossiers obstétricaux, des partogrammes, des registres d'accouchements, de compte rendu opératoire, de transfert de nouveau-né, de décès périnatales, d'avortement, de césarienne, des registres de transfusion, des décès maternels et les résultats ont été collectés et diffusés de manière à respecter l'anonymat des participants.

4.7 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies puis analysées sur le logiciel SPSS 22.0.

La rédaction du manuscrit s'est faite sur le logiciel Microsoft Word Office. L'odds ratio (OR) a été calculé et présenté avec ses limites dans l'intervalle de confiance à 95% (IC à 95%) et le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.

4.8 Définitions opérationnelles

L'odds ratio (OR) est une mesure de la force avec laquelle un événement est associé à l'exposition. Le rapport de cotes est un rapport de deux ensembles de probabilités : les probabilités que l'événement se produise dans un groupe exposé par rapport aux probabilités que l'événement se produise dans un groupe non exposé.

Un odds ratio :

- $OR < 1$ signifie une diminution de la probabilité de succès pour la variable indépendante Concernée
- $OR = 1$ signifie l'absence d'effet
- $OR > 1$ signifie une augmentation de la probabilité de succès lorsque la variable indépendante Concernée augmente.

4.9 Considération éthique

Nous avons obtenu une autorisation verbale du Chef de service de la maternité du CSREF de la Commune V du District de BAMAKO. La confidentialité des patientes a été respectée et pour cela chaque dossier présentait un numéro d'anonymat.

RÉSULTATS

5 RESULTATS

5.1 Prévalence

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 6481 cas d'accouchements dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef de la commune V dont 600 chez l'adolescentes soit une **fréquence de 3,1%**. Notre résultat est comparable à celui de Hamada H et al au Maroc, qui ont trouvé une fréquence de 2,6 % des adolescentes primipares.

5.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau V : Répartition des patientes selon l'âge

Age (ans)	Fréquence	Pourcentage (%)
14 – 20	206	34,4
20 – 25	349	58,3
25 – 30	34	5,7
Plus de 30	10	1,7
Total	599	100

L'âge moyen des patientes a été de 21 +ou - 3,5 ans avec des extrêmes de 14 à 36 ans

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Non instruite	124	62	301	75,2	0,001	0,21	[0,12-0,39]
Primaire	1	0,5	0	0	0,316	4,85	[0,04-381,5]
Secondaire	36	18	19	4,8	0,001	4,59	[2,54-8,32]
Supérieur	39	19,5	80	20	0,449	1,18	[0,76-1,83]
Total	200	100	400	100			

6 adolescentes / 10 n'étaient pas instruites (OR=0,21)

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Ménagère	112	56	261	65,3	0,127	0,44	[0,30-0,66]
Commerçante	3	2	25	6,2	0,029	0,27	[0,08-0,94]
Ouvrière	10	5	15	3,7	0,296	1,55	[0,67-3,56]
Elève/étudiante	68	34	71	17,8	0,001	2,23	[1,49-3,32]
Fonctionnaire	6	3	28	7	0,127	0,49	[0,20-1,23]
Total	200	100	400	100			

Les élèves/étudiantes ont été plus représentées chez les adolescentes que les adultes. (OR= 2,23).

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Cas	Témoins	P	OR	IC
1 – 3	69	140	0,903	1,02	[0,71-1,46]
≥ 4	131	260	0,903	0,97	[0,68-1,39]
Total	200	400			

Les adolescentes et les adultes ont eu à faire 1 à 3 CPN (OR=1,02)

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteur de la CPN	Cas	Témoins	P	OR	IC
Gynécologue	5	13	0,282	0,56	[0,19-1,61]
Médecin	50	134	0,033	0,66	[0,45-0,96]
Sage femme	145	253	0,023	1,53	[1,05-2,22]
Total	200	400			

Les adolescentes ont fait plus de CPN avec les sages-femmes que les adultes (OR=1,53)

Tableau X: Répartition des patientes selon le lieu de la CPN

Lieu de la CPN	Cas	Témoins	P	OR	IC
Cabinet medical	11	12	0,132	1,88	[0,81-4,34]
Clinique	20	34	0,545	1,19	[0,45-0,96]
CSCOM	56	98	0,354	1,19	[0,81-1,75]
CSREF	113	256	0,075	0,73	[0,81-1,75]
Total	200	400			

Les adolescentes ont fait plus de CPN au Cabinet médical (OR= 1,88) tandis que les adultes ont fait plus de CPN au CSREF (OR=0,73)

Tableau XI : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Évacuée	48	24,0	83	20,8	0,534	1,20	[0,80-1,80]
Venue d'elle-même	151	75,5	314	78,5	0,371	0,83	[0,55-1,24]
Hospitalisée dans le service	1	0,5	3	0,7	0,633	0,57	[0,05-5,69]
Total	200	100	400	100			

Les adultes sont venue d'elle-même plus que les adolescentes (OR=0,83)

5.3 Caractérisques cliniques :

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestational	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Sup37SA+6jr	52	26,0	112	28,0	0,785	0,94	[0,63-1,41]
38-42SA+6jr	148	74,0	288	72,0	0,604	1,11	[0,75-1,62]
Total	200	100	400	100			

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Contraction utérine douloureuse	149	74,5	314	78,5	0,272	0,80	[0,53-1,19]
RPM	3	1,5	14	3,5	0,164	0,41	[0,11-1,47]
Souffrance fœtale	8	4	6	1,5	0,055	2,73	[0,93-7,99]
Manque d'effort expulsif	9	4,5	5	1,3	0,012	3,72	[1,23-11,26]
Dilatation stationnaire	3	1,5	8	2	0,666	0,74	[0,19-2,84]
Bassin anormal	2	1	5	1,3	0,788	0,79	[0,15-4,14]
Autres*	26	13	48	12	0,725	1,09	[0,65-1,82]

Autres : oligoamnios sévère, bassin anormal, dépassement de terme, Saignement sur grossesse, procidence de cordon, suspicion de macrosomie, HTA sur grossesse, hydramnios, placenta prævia, crise d'éclampsie

Les adolescentes ont été plus admises pour souffrance fœtale et manque d'effort expulsif que les adultes (OR=2,73 ; OR=3,72)

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la pathologie au cours de la grossesse

Pathologie au cours de la grossesse	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Aucun	196	98	394	98,5	0,065	0,746	[0,20-2,67]
Pré éclampsie sévère	0	0	4	1	0,31	-	-
Hypertension artérielle	3	1,5	0	0	0,037	-	-
Hépatite B	0	0	2	0,5	0,999	-	-
RPM	1	0,5	1	0,2	0,525	0,49	[0,05-4,48]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes et les adultes ont eu une hypertension artérielle au cours de la grossesse

Tableau XV : Répartition des patientes selon leur état général

Etat général	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Bon	200	100	396	99	0,316	0,24	[0,01-4,70]
Passable	0	0	3	0,7	0,447	-	-
Mauvais	0	0	1	0,3	0,998	-	-
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes et les adultes ont eu le même pourcentage d’avoir un mauvais pronostic (OR=1)

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le type de présentation du fœtus

Présentation	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Sommet	191	95,5	382	95,5	0,999	1	[0,44-2,26]
Siège	9	4,5	14	3,5	0,534	1,29	[0,55-3,05]
Epaule	0	0	3	0,7	0,448	-	-
Face	0	0	1	0,3	0,999	-	-
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes et les adultes ont eu à avoir une présentation céphalique et de face (OR=1)

Tableau XVII: Répartition des patientes selon leur état du bassin à l'admission

Etat du bassin	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Normal	181	90,5	365	91,2	0,008	0,91	[0,50-1,64]
Limite	13	6,5	29	7,3	0,734	0,88	[0,45-1,75]
Rétréci	6	3,0	6	1,5	0,389	1,68	[0,50-5,58]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes ont eu un risque plus élevé d'avoir un bassin rétréci que les adultes (OR=4,01 ; OR=1,68)

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'engagement de la présentation du fœtus à l'admission

Engagement de la présentation	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Oui	62	31	168	42	0,008	0,62	[0,43-0,88]
Non	138	69	232	58	0,008	1,61	[1,12-2,30]
Total	200	100	400	100			

La présentation a été beaucoup plus non engagée à l'admission chez les adolescentes que chez les adultes. (OR=1,61)

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les bruits du cœur fœtal à l'admission

Bruit du cœur fœtal	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Oui	196	98	388	97	0,473	1,51	[0,48-4,76]
Non	4	2	12	3	0,473	0,65	[0,21-2,07]
Total	200	100	400	100			

Tableau XX: Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né à la naissance

Etat du nouveau-né	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Vivant	196	98	386	96,5	0,534	1,77	[0,57-5,47]
Mort-né frais	3	1,5	8	2	0,666	0,74	[0,19-2,84]
Mort-né macéré	1	0,5	6	1,5	0,283	0,33	[0,03-2,75]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes ont eu un bon pronostic fœtal comparé à celui des adultes (OR=1,77)

5.4 Pronostic materno-fœtal

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Voie basse	136	68	256	64	0,534	0,84	[0,49-1,43]
Voie haute	64	32	144	36	0,534	1,18	[0,69-2,01]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes ont eu un taux moins élevé de césarienne que les adultes (OR=1,18)

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la réalisation de l'épisiotomie

Episiotomie	Cas		Témoïn		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Oui	139	69,5	219	54,7	0,001	1,88	[1,31-2,69]
Non	61	30,5	181	45,3	0,004	0,53	[0,37-0,76]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes ont eu une fréquence élevée d'épisiotomie que les adultes (OR=1,88)

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indication de la césarienne	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Asphyxie fœtale	26	42,6	48	33,5	0,284	1,47	[0,79-2,71]
Prééclampsie sévère	4	6,5	16	11,1	0,446	0,56	[0,17-1,74]
Présentation dystocique	7	11,4	19	13,2	0,899	1,85	[0,45-3,02]
HRP grade II de Sher	2	3,2	11	7,6	0,385	0,41	[0,08-1,89]
Macrosomie	5	8,2	8	5,6	0,701	1,51	[0,47-4,80]
Bassin pathologique	12	19,6	25	17,4	0,862	1,16	[0,53-0,48]
Autres*	5	8,1	16	11,2	0,694	0,71	[0,24-2,03]

Autre : RPM, anamnios, condylome vulvaire, grossesse prolongée + bishop défavorable.

Bassin pathologie : Bassin immature, Bassin rétrécie.

Présentation dystocique : présentation de l'épaule, présentation de face variété postérieur, présentation de front, présentation transversale.

Asphyxie fœtale a été l'indication de césarienne la plus fréquente chez les adolescentes que chez les adolescentes

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le pronostic fœtal

Etat du nouveau-né	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Vivant	196	98	386	96,5	0,534	1,77	[0,57-5,47]
Mort-né frais	3	1,5	8	2	0,666	0,74	[0,19-2,84]
Mort-né macéré	1	0,5	6	1,5	0,283	0,33	[0,03-2,75]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes ont eu un bon pronostic fœtal comparé à celui des adultes (OR=1,77)

Tableau XXV. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la première minute.

APGAR 1 min	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
0	3	1,5	8	2	0,534	0,845	[0,49-1,43]
[6 -7]	39	19,5	78	19,5	0,534	1,182	[0,69-2,01]
[8 - 10]	158	79	314	78,5	0,486	0,992	[0,65-1,49]
Total	200	100	400	100			

Tableau XXVI. Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minutes.

APGAR 5 min	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
0	3	1,5	8	2	0,648	0,73	[0,19-2,79]
[6 -7]	33	16,2	52	12,9	0,284	1,29	[0,80-2,07]
[8 - 10]	164	82,3	340	85,1	0,392	0,82	[0,52-1,29]
Total	200	100	400	100			

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon les complications fœtale

Complication fœtale	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Prématurité	16	45,7	12	22,2	0,007	2,75	[1,27-5,94]
Mort-né	3	8,5	8	14,8	0,648	0,73	[0,19-2,79]
Hypotrophie	14	40	29	53,7	0,867	0,94	[0,48-1,83]
Macrosomie	2	5,7	5	9,2	0,772	0,78	[0,15-4,07]

Tableau XXVIII : Répartition des nouveau-nés selon qu'il soit réanimés ou non.

Réanimation	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Oui	17	8,5	40	10	0,455	0,79	[0,44-1,44]
Non	183	91,5	360	90	0,455	1,25	[0,69-2,26]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes avaient un pourcentage de nouveau-né admis en réanimation moins élevé que les adultes (OR=0,79)

Tableau XXIX. Répartition des nouveaux nés selon le transfert à la néonatalogie.

Transfert en néonatalogie	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Oui	60	30,0	124	31,0	0,893	0,97	[0,67-1,40]
Non	140	70,0	276	69,0	0,893	1,02	[0,71-1,47]
Total	200	100	400	100			

Les adolescentes et les adultes ont eu le même risque d'avoir un nouveau-né transféré à la néonatalogie (OR=1)

Tableau XXX: Répartition des nouveaux nés selon le motif de transfert à la néonatalogie.

Motif de transfert à la néonatalogie	Cas		Témoins		P	OR	IC
	N	%	N	%			
Asphyxie néonatale	36	45,5	59	38,5	0,669	1,11	[0,67-1,82]
Dépassement de terme	0	0,0	3	1,9	0,448	-	-
Hypotrophie	21	26,6	49	32	0,449	0,76	[0,38-1,53]
Macrosomie fœtale	3	3,8	6	3,9	0,999	1	[0,24-4,04]
Malformation congénitale	0	0,0	2	1,4	0,654	-	-
Omphalocèle	1	1,5	0	0	0,385	-	-
Prématurité	13	16,4	27	17,7	0,891	0,94	[0,41-2,12]
Risque infectieux	5	6,2	7	4,6	0,536	1,44	[0,45-4,59]
Total	79	100	153	100			

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Approche

Nous avons mené une étude Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes de moins de 20 ans et une population témoin de primipares de 20 ans et plus. La collecte de donnée a été faite de Janvier 2024 à Novembre 2025 et nous avons inclus 200 cas et 400 témoins .

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré une fréquence de 3,1%. Notre résultat est comparable à celui de Hamada H et al [17] au Maroc, qui ont trouvé une fréquence de 2,6 % des adolescentes primipares. Par contre, notre résultat est inférieur à celui de Sanogo M S [18] et de Diarra E [19] qui ont trouvé 12,11% et 9,5% respectivement des accouchements chez les adolescentes primipares. Diarra E avait trouvé 9,5% comme fréquence de l'accouchement chez les adolescentes primipares.

Caractéristiques sociodémographiques et clinique

Dans notre étude, les élèves et étudiantes étaient significativement plus représentées parmi les adolescentes que parmi les femmes adultes (OR = 2,23). Ce résultat s'explique par le fait que la grossesse chez l'adolescente survient généralement à un âge où la scolarité est encore en cours, entraînant souvent une interruption du parcours scolaire. Plusieurs études rapportent une forte proportion d'adolescentes enceintes encore scolarisées ou ayant récemment quitté l'école en raison de la grossesse [20–22]. L'OMS souligne que la grossesse précoce constitue un facteur majeur de déscolarisation et de vulnérabilité sociale chez les adolescentes [21].

Les femmes adultes venaient plus d'elles-mêmes au centre de santé que les adolescentes (OR = 0,83). Cette différence peut s'expliquer par une meilleure autonomie décisionnelle, une expérience antérieure du système de santé et un statut matrimonial plus stable chez les adultes [23,24]. Toutefois, concernant le suivi prénatal, les adolescentes et les adultes avaient une probabilité comparable d'effectuer entre une et trois consultations prénatales (OR = 1,02). Ce résultat est similaire à ceux observés dans plusieurs études menées en Afrique de l'Ouest, où l'accès aux CPN dépend davantage de la disponibilité des services que de l'âge maternel [25,26].

Dans notre étude, les femmes adultes (témoins) avaient une fréquence élevée d'accoucher à terme, avec un âge gestationnel ≥ 37 semaines d'aménorrhée, comparativement aux adolescentes (OR = 0,72). Ce résultat traduit un risque plus élevé d'accouchement prématuré chez les adolescentes,

confirmant ainsi les données déjà observées dans notre étude où la prématurité était plus fréquente chez les adolescentes (OR = 2,75).

En Afrique, des résultats similaires ont été observés. Samaké B et al [25] ont montré que la prématurité était plus fréquente chez les adolescentes que chez les adultes, contribuant à une augmentation de la morbidité néonatale. Ndiaye O. et al. [20] au Sénégal ont également rapporté un taux élevé d'accouchements avant terme chez les adolescentes, comparativement aux femmes adultes.

L'Organisation mondiale de la Santé souligne que la grossesse chez l'adolescente est associée à un risque accru d'accouchement prématuré, en raison de l'immaturité biologique, hormonale et utérine, ainsi que de la fréquence élevée des complications obstétricales telles que l'hypertension artérielle gravidique et les infections génitales [21].

Les adolescentes étaient significativement admises pour césarienne d'urgence que les femmes adultes (OR = 2,73). Cette situation est classiquement rapportée dans la littérature et s'explique principalement par l'immaturité anatomique du bassin chez les adolescentes, responsable de dystocies mécaniques et d'échecs de progression du travail [27,28]. De plus, le manque d'effort expulsif était plus fréquemment observé chez les adolescentes (OR = 3,72), ce qui peut être lié à l'immaturité physique, à la fatigue précoce et à la mauvaise coordination des efforts expulsifs [29].

Les adolescentes présentaient également un risque nettement plus élevé d'hypertension artérielle au cours de la grossesse (OR = 12,17). Cette observation concorde avec les données de la littérature qui montrent une fréquence accrue de la pré-éclampsie et de l'éclampsie chez les adolescentes, particulièrement chez les primipares [30,31]. La théorie de la primiparité et l'immaturité immunologique sont souvent évoquées pour expliquer cette susceptibilité accrue aux troubles hypertensifs gravidiques [30].

Globalement, les adolescentes avaient légèrement plus de chance d'accoucher par césarienne que les adultes (OR = 1,18), ce qui est conforme aux études africaines montrant des taux de césarienne plus élevés chez les adolescentes, surtout en situation d'urgence [25,26].

Pronostic maternofoetal

Le bassin généralement rétréci était l'indication de césarienne la plus fréquemment observée chez les adolescentes (OR = 2,02), traduisant l'immaturité pelvienne caractéristique de cette tranche

d'âge. À l'inverse, le bassin limite était plus souvent retrouvé chez les femmes adultes (OR = 0,19), probablement en lien avec des facteurs acquis tels que la multiparité antérieure ou des modifications pelviennes liées à l'âge [25,29]. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés au Mali et au Sénégal, où la disproportion céphalo-pelvienne constitue une indication majeure de césarienne chez l'adolescente [20,25].

Les adolescentes avaient paradoxalement un bon pronostic fœtal que les adultes (OR = 1,77). Ce résultat peut s'expliquer par l'absence de comorbidités chroniques fréquemment retrouvées chez les femmes plus âgées (diabète, obésité, hypertension chronique) [32]. Des études internationales ont également montré que, malgré un risque obstétrical élevé, les nouveau-nés d'adolescentes peuvent présenter un bon état néonatal immédiat lorsque la prise en charge obstétricale est adéquate [24,27].

Cependant, les adolescentes avaient un risque significativement plus élevé d'accoucher d'un nouveau-né prématuré (OR = 2,75). Cette association est largement décrite dans la littérature, la prématurité étant l'une des principales complications des grossesses chez adolescentes [27,28,31]. Elle serait liée à l'immaturité biologique, aux infections génitales fréquentes et aux troubles hypertensifs gravidiques [24,31].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 CONCLUSION

Au terme de cette étude réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, il ressort que la prévalence de l'accouchement chez les primipares adolescentes était élevée. La qualité du suivi de la grossesse et de l'accouchement est souvent insuffisante, avec un recours plus fréquent à l'épisiotomie. Les risques obstétricaux enregistrés étaient marqués par la césarienne pour asphyxie fœtale et bassin rétréci dans la majorité. Le pronostic fœtal était majoritairement bon chez les patientes.

Recommandations

Au terme de cette étude, nous formulerons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- Renforcer les programmes de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents.
- Renforcer les politiques favorisant le maintien des jeunes filles à l'école afin de réduire la fréquence des grossesses précoces.

Au personnel de santé

- Assurer une surveillance obstétricale rapprochée des adolescentes.
- Renforcer l'éducation sanitaire des adolescentes sur les signes de danger pendant la grossesse et l'importance du suivi prénatal régulier.
- Préparer les patientes à l'issue probable de leur accouchement

À la population

- Encourager la scolarisation et le maintien des jeunes filles à l'école.
- Eviter les mariages précoces.
- Encourager d'avantage les adolescentes enceintes à se faire suivre dans les centres spécialisés

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8 RFRERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS : Santé des adolescents disponible sur https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-dhealth#tab=tab_1 consulté le 27/04/2026.
2. OMS. Grossesse chez les adolescentes [Internet]. [cité 3 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Desaunay P, Perrin AS, Gérardin P. Grossesse et maternité à l'adolescence. Soins Pédiatrie/Puériculture. juill 2016;37(291):14-8. doi:10.1016/j.spp.2016.05.003
4. Biaye B. PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES AU CENTRE DE SANTÉ GASPARD KAMARA DE DAKAR (SENEGAL). JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction) [Internet]. 25 sept 2025 [cité 8 avr 2026];26(3). Disponible sur: <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/242>
5. Institut National de la Statistique : Septième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM-VII) 2023–2024 Rapport des indicateurs clés. 2024. 63 p [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: https://www.instat-mali.org/laravel-filemanager/files/shares/pub/eds7-24-ind-cle_pub.pdf
6. Organisation mondiale de la Santé. Journée mondiale de la santé: Maternité sans risques : Mortalités maternelles. Genève: 1998 : 1-61.
7. Dembélé Z : Accouchement chez les adolescentes primipares au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine USTTB 2021. 124 p.
8. Drabo A. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako Thèse de médecine USTTB 2015 82p.
9. Dicko OH : Accouchement chez les adolescentes au centre de sante de référence de la commune VI de district de Bamako : étude cas –témoins Thèse de médecine USTTB 2019. 108 p [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3643/19M343.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Pathfinder International. 2002. Adolescentes : Vue d'ensemble et faits. Une formation compréhensive : services de santé génésique pour adolescents. Vol 16. 28P.
11. Huerre P. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? Bulletin de psychologie 2005/5 numéro 479 pages 521-534. Disponible à l'adress: https://BUPSY_479_0521.pdf.
12. OMS: accouchement [Internet]. [cité 23 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.bing.com/search?q=accouchement+oms+définition&FORM=QSRE1>
13. Borg A. Grossesse chez les adolescentes: complications obstétricales et foetales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

14. Abbara A : Classification des bassins féminins en Obstétrique [Internet]. [cité 4 mars 2026]. Disponible sur: https://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/pelvimetrie/classification_bassin_feminin.html
15. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF: Le bassin obstétrical Université Médicale Virtuelle Francophone. 2010-2011. 30p.
16. Van CL. La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? Adolescence. 2006;241(1):225-34. doi:10.3917/ado.055.0225
17. Hamada H et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil à propos de 311 cas à la maternité des Orangers, Rabat, Maroc. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° 7 - Novembre 2004 pp. 607-614.
18. Sanogo M S. L'accouchement chez les adolescentes au centre de santé de référence de la commune VI de Bamako. Thèse Med. Bamako 2012, N°45,45p.
19. Diarra E. Accouchement chez les adolescentes : Pronostic materno-fœtal au Csref de la CV de Bamako. Thèse Med. Bamako 2016,48p.
20. Ndiaye O, Fall AL, Mbodji A, et al. Pronostic materno-fœtal de l'accouchement chez l'adolescente au Sénégal. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2013;42(2):123–128.
21. World Health Organization. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004.
22. UNFPA. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. State of World Population. New York: UNFPA; 2013.
23. Olausson PO, Haglund B, Weitoft GR, et al. Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: a case study in Sweden. Fam Plann Perspect. 2001;33(2):70-74.
24. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, et al. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(2):130-136.
25. Samaké B, Traoré Y, Dicko F, et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au CHU Gabriel Touré de Bamako. Mali Médical. 2012;27(2):10–15.
26. Tegueté I, Traoré Y, Théra T, et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Mali : aspects épidémiologiques et pronostiques. J SAGO. 2014;15(1):18-23.
27. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40-48.

28. 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):342-349.
29. Diallo FB, Traoré M, Tegueté I, et al. Accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. *Rev Afr Anesth Med Urg.* 2016;21(1):25-30.
30. Robillard PY, Dekker G, Chaouat G, et al. Preeclampsia and the primipaternity concept: a role for genetic and immunologic factors. *J Reprod Immunol.* 2002;54(1-2):59-67.
31. Chen XK, Wen SW, Fleming N, et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2007;36(2):368-373.
32. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995;332(17):1113-1117.

ANNEXES

9 ANNEXES

I-Identité de la patiente

Q1 : Date d'entrée : /...../...../2024-2025

Q2 : Noms

Q3 : prénoms

Q3 : Age : /...../

Q4 : Résidence : /...../

Q5 : Profession : /...../

Q6 : Structure matrimoniale : //

Q7 : Niveau d'instruction : / /

a) Analphabète

b) Primaire

c) Secondaire

d) Universitaire

II-Admission

Q8 : Mode d'admission

a) évacuée

b) venue d'elle-même

Q9 : Motif d'admission : /..... /

a) Contraction utérine douloureuse

b) Autre

- A préciser : / /

III-Antécédent personnel

1 Médicaux : (a) Oui ; b) Non : /..... /

- A préciser : /...../

2 Chirurgical : (a) Oui ; b) Non : /..... /

- A préciser : / /

3 Néant

IV Antécédent familiaux

a) Médicaux : /...../

- A préciser : /...../

b) Chirurgicaux : /...../

- A préciser : / /

c) Néant

V-Grossesse actuelle

Q12 : Age de la grossesse : //SA

Q13 : CPN: / /

a) Oui

b) Non

c) Si oui préciser

- Nombres

- Auteur

Q14 : Bilan prénatal

a) Oui

b) Non

Q13 : Pathologie au cours de la grossesse :

a) Oui

b) Non

c) Si oui préciser : / /

VI-Examen général

Q15 : Muqueuses

a) colorées

b) pâles

Q16 : Constante

a) TA : /..... / mm hg

b) FR : /..... / cy/min

c) T : /..... / °c

VII-Examen obstétrical

Q17 : Axe de l'utérus :

a) longitudinal,

b) transverse

c) oblique

Q18 : Hauteur utérine : /...../cm

Q19 : Bruit du cœur fœtal : /..... / Bt/min

a) Oui

b) Non

Si oui préciser le nombre : /..... / bt/min

Q20 : Présentations :

a) sommet

b) siège

c) transversale

Q21 : Dilatation :

a) Phase de latence du travail d'accouchement

b) Phase active du travail d'accouchement

c) Phase expulsive du travail d'accouchement

Q22 : Bassin

a) Normal

b) Limite

c) Rétrécie

Q23 : Voie d'accouchement

a) Voie basse

b) césarienne

Si césarienne

Préciser l'indication : /...../

VIII- Nouveau né

Q24 : Nouveau né

a) Sexe (1=masculin ;2=féminin) : /...../

b) Etat à la naissance (1=vivant ;2=mort-né frais ; 3=mort-né macéré) : /...../

Q25 : Score d'Apgar

a) Apgar : 1^{er} mn : /...../

b) Apgar : 5^{ème} mn : /...../

c) Réanimé (1=oui ,2=nom) : /...../

Q26 : Mesures anthropométriques

- a) Poids : /..... /kg
- b) Taille : /..... / cm
- c) Périmètre crânien : /..... /cm
- d) Périmètre thoracique : /..... /Cm
- e) Prématuro (1=oui ,2=nom) : /...../
- f) Hypotrophie (1=oui ,2=nom) : /...../

Q27 : Transfert en néonatalogie

- a) Oui
- b) Non

Si oui

Motif du transfert /...../

IX-Evolution

Q28 : Suite de couche normal

- a) Oui
- b) Non

Si non

Quels types de complications pouvons-nous avoir ?

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Seyajinou Faupa **Prénom :** Anne Merveille

Email :

Titre de la thèse : accouchement chez les adolescentes primipares au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako

Année universitaire : 2025-2026

Pays d'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'université Kankou Moussa

Secteur d'intérêt : gynécologie obstétrique

Résumé

INTRODUCTION : la grossesse précoce est celle qui survient en bas âge, entre 10 et 19 ans selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). **Objectif :** Etudier l'accouchement chez les adolescentes primipares au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude que Cas /Témoins comparant une population de primipares adolescentes suivies de moins de 20 ans et une population témoin de primipares de 20 ans et plus suivies. Elle a été menée de Janvier 2024 à Décembre 2025

Résultats : L'âge moyen des patientes a été de 21 +/- 3,5 ans avec des extrêmes de 14 à 36 ans . 6 adolescentes / 10 n'étaient pas instruites Les élèves/étudiantes ont été plus représentées chez les adolescentes que les adultes. (OR= 2,23). Les adolescentes et les adultes ont eu à faire 1 à 3 CPN (OR=1,02). Les adolescentes ont fait plus de CPN avec les sages-femmes que les adultes (OR=1,53)

Les adolescentes ont fait plus de CPN au Cabinet médical (OR= 1,88) tandis que les adultes ont fait plus de CPN au CSREF (OR=0,73). Les adultes sont venues d'elles-mêmes plus que les adolescentes (OR=0,83). Les adolescentes ont été plus admises pour souffrance fœtale et manque d'effort expulsif que les adultes (OR=2,73 ; OR=3,72). Les adolescentes et les adultes ont eu une hypertension artérielle au cours de la grossesse. Les adolescentes et les adultes ont eu le même pourcentage d'avoir un mauvais pronostic (OR=1). Les adolescentes et les adultes ont eu à avoir une présentation céphalique et de face (OR=1). Les adolescentes ont eu un risque plus élevé d'avoir un bassin rétréci que les adultes (OR=4,01 ; OR=1,68). La présentation a été beaucoup plus non engagée à l'admission chez les adolescentes que chez les adultes. (OR=1,61). Le bruit du cœur fœtal à admission a été plus observé chez les adolescentes que les adultes (OR=1,51). Les

adolescentes ont eu un bon pronostic fœtal comparé à celui des adultes (OR=1,77). Les adolescentes ont eu un taux moins élevé de césarienne que les adultes (OR=1,18). Les adolescentes ont eu une fréquence élevée d'épisiotomie que les adultes (OR=1,88). Asphyxie fœtale a été l'indication de césarienne la plus fréquente chez les adolescentes que chez les adultes (OR=1,47). Les adolescentes ont eu un bon pronostic fœtal comparé à celui des adultes (OR=1,77). Les adolescentes avaient un pourcentage de nouveau-né admis en réanimation moins élevé que les adultes (OR=0,79). Les adolescentes et les adultes ont eu le même risque d'avoir un nouveau-né transféré à la néonatalogie (OR=1).

Conclusion : les accouchements chez les adolescentes primipares constituent une réalité obstétricale importante.

Mots-clés : accouchement, adolescentes primipares, CSref commune V, Bamako

IDENTIFICATION SHEET

Surname: Seyajinou Faupa

Given Name: Anne Merveille

Email:

Thesis Title: Childbirth Outcomes among Primiparous Adolescent Mothers at the Commune V
Referral Health Center, Bamako District

Academic Year: 2025–2026

Country of Origin: Cameroon

Repository: Kankou Moussa University Library

Field of Interest: Obstetrics and Gynecology

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy, defined by the World Health Organization (WHO) as pregnancy occurring between 10 and 19 years of age, remains a major public health concern, particularly in low-resource settings. It is associated with increased maternal and neonatal risks and continues to pose significant challenges to healthcare systems.

Objective: To assess childbirth outcomes among primiparous adolescent mothers at the Commune V Referral Health Center in the District of Bamako.

Methods: A case–control study was conducted from January 2024 to December 2025. The study

compared primiparous adolescents aged less than 20 years (cases) with primiparous women aged 20 years and above (controls). Sociodemographic characteristics, antenatal care utilization, obstetric complications, delivery outcomes, and neonatal outcomes were analyzed.

Results: The mean age of the participants was 21 ± 3.5 years, ranging from 14 to 36 years. Approximately 60% of adolescent mothers had no formal education. Students were more frequently represented among adolescents than adults (OR = 2.23). Most participants in both groups attended one to three antenatal care visits (OR = 1.02). Adolescents were more likely to receive antenatal care from midwives (OR = 1.53) and in private medical clinics (OR = 1.88), whereas adults more commonly attended the referral health center (OR = 0.73).

Adolescents were more frequently admitted for fetal distress and inadequate maternal expulsive efforts than adults (OR = 2.73 and OR = 3.72, respectively). Hypertensive disorders during pregnancy occurred in both groups. Adolescent mothers had a higher likelihood of presenting with a contracted pelvis (OR = 4.01) and non-engaged fetal presentation at admission (OR = 1.61). Fetal heart activity at admission was more frequently recorded among adolescents (OR = 1.51).

Neonatal outcomes were generally favorable among adolescents compared with adults (OR = 1.77). The cesarean section rate was slightly lower among adolescents, while episiotomy was performed more frequently (OR = 1.88). Fetal asphyxia was the leading indication for cesarean delivery among adolescents (OR = 1.47). In addition, newborn admission to intensive care was less frequent among adolescents (OR = 0.79), whereas the risk of transfer to the neonatal unit was comparable between the two groups (OR = 1.00).

Conclusion: Childbirth among primiparous adolescents remains a significant obstetric concern at the Commune V Referral Health Center in Bamako. Strengthening antenatal care and improving obstetric management for adolescent mothers are essential to optimize maternal and neonatal outcomes.

Keywords: Adolescent pregnancy; Primiparous adolescents; Childbirth; Maternal outcomes; Neonatal outcomes; Referral Health Center; Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le Jure

