

BURKINA FASO
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S)

ANNEE UNIVERSITAIRE 1992-1993 N° 2

ADOLESCENCE ET GRAVIDO-PUERPERALITE
EN ZONE URBAINE OUEST AFRICAINE:
BOBO-DIOULASSO

The B
68
ISS

(BURKINA-FASO)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Fevrier 1993
pour l'obtention du DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PAR

ISSA Mahamane

Né le 28 Avril 1960 à Doutchi (NIGER)

DIRECTEUR DE THESE

Professeur Bibiane KONE

CO-DIRECTEUR

Docteur Germain S. TRAORE

PRESIDENT DU JURY

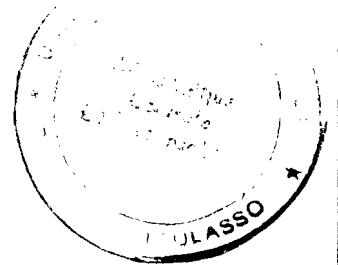
Professeur Alphonse SAWADOGO

MEMBRES DU JURY

Docteur Jean LANKOANDE

Docteur Boukarl J. OUANDAOGO

Docteur Germain S. TRAORE



UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F. S. S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr.Agr .R.B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr.Agr. I.P. GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la Vulgarisation (VDR)	Pr.Agr. B. KONE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr.Agr.R.K. OUEDRAOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr.Agr. A. SANOU
Secrétaire Principal	Mr. S.G. BANHORO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr. S.A. SANKARA
Conservateur de la Bibliothèque	Mr. M. KARANTAO
Chef de Scolarité	Mme. K. ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme. A. KEITA
Secrétaire du VDA	Mme. F. NIKIEMA
Secrétaire du VDR	Mlle. Hakièta BONI
Audio-Visuel	Mr. P.A. PITROIPA.

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA

Anatomie organogenèse
et chirurgie

Hilaire TIENDREBEOGO

Sémiologie et
Pathologie médicale

Tinga Robert GUIGEMDE

Parasitologie

Professeurs associés

François CANONNE

Santé Publique

Ahmed BOU-SALAH

Neuro-Chirurgie

Maître de Conférence Agrégés

Amadou SANOU

Chirurgie

Bobilwendé Robert SOUDRE

Anatomie Pathologique

Julien YILBOUDO

O r t h o p é d i e -
Traumatologie

Bibiane KONE

Gynécologie-
Obstétrique

Alphonse SAWADOGO

Pédiatrie

Innocent Pierre GUISSOU

Pharmacologie-
Toxicologie

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO

Chirurgie

Maîtres de Conférences associé

Jean TESTA

Epidémiologie-
Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Ould MOHAMMEDI

Dermatologie

Rachid BOUAKAZ

Maladies infectieuses

Maîtres-Assistants

François René TALL

Pédiatrie

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE

Immunologie

Akry COULIBALY

Mathématiques

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO

Biologie cellulaire-
Botanique-B.V.

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie
cellulaire

Boukary LEGMA

Chimie Générale

Laou Bernard KAM

Chimie

Maîtres-Assistants

W. GUINDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie cellulaire

Adama SABA

Chimie organique

François ZOUGMORE

Physique

Longin SOME	Mathématiques- statistiques
Gomtibo Jean-Baptiste OUEDRAOGO	Physique
Aboubakary SEYNOU	Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie cellulaire
Raymond BELEMTUGOURI	T.P. Biologie cellulaire

Assistants Chefs de clinique

Tanguet OUATTARA	Chirurgie
Sophar HIEN	Chirurgie
Oumar TRAORE	Chirurgie
Daman SANO	Chirurgie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie- Obstétrique
Jean LANKOANDE	Gynécologie- Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
K. Ludovic KAM	Pédiatrie
T.Christistian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Kampadilemba OUABA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie
Adama LENGANI	Néphrologie

Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation Physiologie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Gana Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé publique
Abdoulaye TRAORE	Santé publique
Salifo SAWADOGO	Hématologie
Jean KABORE	Neurologie
Pascal BONKOUNGOU	Gastro-Entérologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie- Obstétrique
Mamadou Patrice ZEI	Gynécologie- Obstétrique
Luc SAWADOGO	Gynécologie- Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie- Obstétrique
Seydou KONE	Neurologie
Adama TRAORE	Dermatologie
Lassina SANGARE	Parasitologie
Raphaël SANOU	Pneumophitiologie

Assistants Chefs de clinique associé

Gérard MITELBERG

Psychiatrie

Assistant associé

Aka Raphaël GBARY

Epidémiologie

Chargés de cours

Annette SCHWEICH

Physiologie

Jean LANDOIS

Chirurgie

Daniel TRANCHANT

Endocrinologie

Maurice GALIN

Oto Rhino Laryngologie

Institut du Développement Rural

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Claude TAHITA

L é g i s l a t i o n
Pharmaceutique
(Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Psychologie

Dr Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr Michel SOMBIE

Planification

Dr Nicole PARQUET

Dermatologie

Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr THIOMBIANO Adama	L é g i s l a t i o n Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr Abibou SAMB	Bactéologie-Virologie (Dakar)
Pr José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (DAKAR)
Pr Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr Ag. R. DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr Auguste KADIO	P a t h o l o g i e s infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr Arthur N'GOLET	Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Francaise de Coopération

Pr Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr Denis WOUESSIDJEWÉ	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr Marc VAN DAMME	Chimie Analytique- Biophysique
Pr MOES	Galénique

DEDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL...

A la mémoire de :

- Mon père ISSA qui m'a enseigné le sens de la responsabilité et du partage, douloureusement absent ce jour.

- Ma grande soeur AICHATOU. Tu nous laisse l'image de l'aînée qui a tout donné pour la réussite de ses cadets.

- Mon frangin HAMISSOU Un conducteur ivre t'a brutalement arraché à nous à l'âge de 21 ans.

- Ma soeur cadette HANNATOU qui nous a précocement quitté.

"La mort a des rigueurs à nulles autres pareilles et on a beau la prier, la cruelle qu'elle est; se bouche les oreilles et nous laisse crier... Vouloir ce que Dieu veut est la seule science qui nous mette en repos".

Mais "les morts ne sont pas mort, ils sont dans..." la source d'où nous avons puiser l'énergie nécessaire pour réaliser le présent travail.

- A Ma mère GANO puisse ce travail qui est le tien, avec notre présence à tes cotés qu'il implique; t'apporter un peu de baume au coeur.

- A Mes soeurs HALIMA, FATI, HADIZA et SADIA que Dieu nous garde longtemps ensemble et autour de notre mère si éprouvée.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

:

Le professeur Agrégé Bibiane KONE, chef de service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO

Votre sagacité, votre constante disponibilité à partager vos connaissances et votre simplicité font de vous un très attachant maître modèle.

La pertinence de vos conseils nous a été très précieuse.

Profonde reconnaissance et sincère respect.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Le professeur Agrégé Alphonse SAWADOGO, chef de service de pédiatrie au centre hospitalier national YALGADO OUEDRAOGO

Exemple de dévouement, nous osons espérer demeurer dignes de la rigueur et de l'amour du travail que vous avez oeuvrer inlassablement à nous transmettre.

En acceptant de présider notre jury, vous nous faites un inestimable honneur.

Profonde reconnaissance et haute considération.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Le Docteur Germain S. TRAORE , chef de service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier national Souro SANON

Malgré vos multiples tâches, vous nous avez accueilli à bras ouverts et accepter de diriger ce travail.

L'intérêt certain que vous accorder à la santé de reproduction, seul ne suffit pas pour expliquer votre constante disponibilité. Bourreau du travail et extrêmement affable, votre expérience nous a été très précieuse.

Très sincère gratitude et profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur Jean LANKOANDE, gynécologue-obstétricien au centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO

Vous êtes un homme inlassable, constamment disponible pour transmettre le savoir et le savoir faire dont vous êtes pétris.

Vous nous honnerez en acceptant de juger ce travail.

Respectueuse admiration.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Le Docteur Boukari J. OUANDAOGO, chef du service de cardiologie au centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO

Votre amour du travail et votre constante disponibilité forcent le respect et l'admiration.

En acceptant de juger notre travail, vous nous faites un grand honneur.

Toute notre reconnaissance et sincère respect.

REMERCIEMENTS:

Je remercie très sincèrement...

- Toutes ces jeunes mères qui ont bien voulu répondre à nos questions parfois "indélicates"

- Le personnel des SMI et des maternités pour la franche collaboration qui a permis la réalisation de ce travail.

- Mes enseignants et encadreur qui nous ont transmis avec grand dévouement leurs connaissances. Puissions nous en rester digne.

- MIKO GUIMBA et ISMAEL A. AYEKAMI sans l'aide de qui je n'aurais pu quitter clandestinement le NIGER en 1983 et venir au Burkina poursuivre mes études. Toute ma reconnaissance.

- Mon oncle MAYAKI GABRIEL et famille dont le soutien de tous les instants ne m'a jamais manqué.

- Docteur ALI ADA dont l'aide multiforme nous a été précieuse.

- RABO ALZOUMA et famille qui n'a rien ménagé pour nous assuré d'un soutien matériel et moral sans failles.

- Tous les miens. Sincère attachement.

- Madame SOME Der Touni née KAMBIRE Segoun et famille.

- Tous mes amis :

Docteurs : DAO Fousseni, BADOLO Ousmane, COMPAORE Philippe,
AOUBA Achille, OUEDRAOGO Cheick, NACOUлма Daniel, OUOBA
Dieudonné, DAJOARI Moussa, HIEN Francis et familles.

PARE Aboubacar, DABONE Idrissa, TRAORE Ibrahim, TOE Colette,
OUEDRAOGO Alassane, DJIRMEY Aboubacar, ASSOGBA Augustin, DAN
MALAM Abdou, CHECOU Ali et familles.

- Tous mes collègues stagiaires internes à l'hôpital SOURO
SANON de BOBO-DIOULASSO.

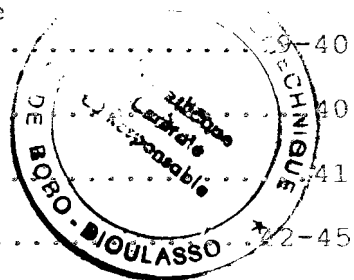
-DAMBRE Clarisse et DIALLO Ibrahim pour la finition.

La faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SOMMAIRE

	PAGES
I. INTRODUCTION	1-2
II. GENERALITES.....	3-10
1. Adolescence: généralités et définition.....	3-5
2. Déterminants de la fécondité des adolescentes à Bobo-Dioulasso.....	6-10
III. ENONCE DU PROBLEME.....	11-14
IV. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	15
V. REVUE DE LA LITTERATURE.....	16-23
1. Historique.....	16-18
2. L'ampleur du phénomène.....	18-19
3. Les conséquences.....	19-20
4. Déterminants de la survenue et des conséquences..	20-21
5. Les éléments de solutions.....	21-23
VI. METHODOLOGIE.....	24-27
1. La population étudiée.....	24
2. Le cadre de l'étude.....	24
3. Les méthodes.....	24-27
4. Contraintes et limites de l'étude.....	27
VII. RESULTATS.....	28-68
I. Caractérisiques de la population étudiée.....	28-34
1. Caractéristiques de la mère.....	28-32
1-1. L'âge.....	28
1-2. La taille.....	29
1-3. La situation matrimoniale.....	30
1-4. L'activité professionnelle de la mère...	31

1-5. Le niveau d'instruction formelle.....	31
1-6. La religion.....	32
2. Caractéristiques des procréateurs.....	32-34
2-1. L'âge des partenaires.....	32
2-2. La profession des partenaires.....	33
2-3. Le niveau d'instruction formelle.....	34
II. ANTECEDENTS MATERNELS.....	35-41
1. Age de survenue des ménarches.....	35
2. Age du début de l'activité sexuelle.....	36
3. Intervalle libre entre l'âge aux ménarches et l'âge de survenue de la première grossesse....	37
4. Gestité - parité.....	38
5. Recours à la contraception.....	39
6. Environnement socio-économique de la grossesse.....	40
7. Encadrement familial.....	40
8. Niveau socio-économique.....	41
III. FREQUENCE.....	42-45
1. Contribution aux accouchements.....	42
2. Contribution par âge.....	43
3. Contribution par mois et par maternité.....	44-45
IV. ETUDE DE LA GROSSESSE.....	46-57
1. Désir d'enfant.....	46
2. La consultation prénatale.....	47-49
3. L'âge de la grossesse à la déclaration.....	50-54
4. Surveillance paraclinique.....	54
5. Pathologies et complications associées à la grossesse.....	55-56
6. Issue de la grossesse.....	56
7. Influence de la consultation prénatale.....	57



V. ETUDE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT.....	8-61
1. Phase du travail à l'admission en maternité...	58
2. Pelvimétrie clinique.....	58
3. La durée d'expulsion.....	59
4. Thérapeutique obstétricale.....	60
5. Complications maternelles de l'accouchement et du post-partum.....	61
VI. CARACTERISTIQUES DES ENFANTS.....	62-68
1. Valeurs anthropométriques.....	62-64
2. Autres paramètres néonataux.....	65-66
2-1. Le sexe.....	65
2-2. L'indice d'APGAR.....	65
2-3. La réanimation.....	65
2-4. Malformation congénitales.....	66
3. Mortalité périnatale.....	66
4. Fréquence des causes de décès des enfants.....	67
5. Croissance pondérale nourrissons.....	67-68
VIII. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES.....	69-87
I. METHODOLOGIE.....	69
II. FREQUENCE.....	69-71
III. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	71-73
1. L'âge.....	71
2. Les mensurations maternelles.....	71-72
3. Le profil socio-économique.....	72
4. Encadrements familial et influence des pairs...	73
5. Le procréateur.....	73
IV. ANTECEDENTS MATERNELS.....	74-75
1. La gestité et la parité.....	74
2. L'âge de survenue des ménarches.....	74

3. Intervalle libre entre l'âge aux ménarches et la survenue de la grossesse.....	75
V. ETUDE DE LA GROSSESSE.....	76-81
1. Le désir d'enfant.....	76-77
2. La déclaration de la grossesse.....	77
3. Le suivi prénatal.....	78
4. Pathologies associées à la grossesse.....	79-80
4-1. L'anémie.....	79
4-2. La toxémie.....	79-80
5. Evolution de la grossesse.....	80-81
VI. TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT.....	81-83
1. La période d'expulsion.....	81-82
2. Les présentations.....	82
3. Complications maternelles.....	82
4. Interventions obstétricales.....	83
4-1. Extractions instrumentales.....	83
4-2. Césarienne.....	83
4-3. Épisiotomie.....	83
VII. ETUDE DES NOUVEAU-NÉS.....	84-87
1. Le poids de naissance.....	84-85
2. L'indice d'APGAR.....	85
3. Malformations congénitales.....	86
4. Mortalité périnatale.....	86-87
4-1. Mortinatalité.....	86
4-2. Mortalité néonatale précoce.....	87
5. Le devenir pondéral des nourrissons.....	87
IX. CONCLUSION.....	88-89
X. SUGGESTIONS.....	90
XI. BIBLIOGRAPHIE.....	91-101

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

A travers le monde, une femme en âge de procréer meurt toutes les minutes du fait de la grossesse ou de l'accouchement [61]. Ce qui témoigne de la vulnérabilité de la femme au cours de la période gravido-puerpérale.

L'âge de la gestante se trouve parmi les facteurs qui influencent l'issue d'une grossesse. Ainsi au Nigéria, les adolescentes de moins de 15 ans enceintes auraient 4 à 8 fois plus de risques de mourir que celles de 15 à 19 ans chez qui ce risque est 2 fois plus élevé que chez celles de 20 à 34 ans [57].

En outre la mortalité périnatale serait très élevée chez les enfants de ces jeunes mères comme le suggère le taux de 127 p. mille observé au Zimbabwe [46].

Or en Afrique au sud du Sahara, d'après les Nations Unies en l'an 2000 le nombre des adolescents de 10 à 19 ans atteindrait 150 millions [65]. Soit plus de 18 fois la population actuelle du Burkina Faso.

Par ailleurs ces adolescents seraient actifs sexuellement de façon précoce. Au Nigéria plus de 20 p. cent des filles de moins de 15 ans seraient sexuellement actives et plus de 50 p. cent avant 16 ans [23,57].

Une mauvaise gestion de cette sexualité qui procède de nombreux facteurs connus, conduit souvent à une grossesse précoce. Tous les auteurs convergent pour souligner le caractère à haut risque de cette grossesse. Hormis cela elle favorise une propagation de maladies sexuellement transmissibles y compris l'infection VIH. Ce qui accroît l'urgence du problème de la santé de reproduction chez les adolescents.

Face à ce défi ce sont les adolescents eux mêmes qui semblent constituer la meilleure ressource disponible.

Au Burkina Faso peu d'études ont été consacrées à la santé de reproduction des adolescents. L'adolescente enceinte qui est symboliquement porteuse à double titre de l'avenir mériterait plus d'attentions.

L'objectif de l'étude était d'éclairer les aspects épidémio-cliniques de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente dans notre contexte et de susciter ainsi des actions.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. ADOLESCENCE : Généralités et définition

Prétendre donner une définition universellement intelligible de l'adolescence serait péremptoire. C'est en effet un champ fécond de travail et de réflexions que se partagent de nombreuses personnes.

L'adolescente elle-même, ses parents, les anatomistes, les sociologues, les endocrinologues, les gynécologues et obstétriciens, ... etc, chacun voudrait y apporter son éclairage. C'est dire que toute définition de l'adolescence utiliserait le prisme du centre d'intérêt de son auteur.

Cependant les critères du stade de développement physiologique et psychologique de l'individu et du contexte socio-culturel semblent un dénominateur commun.

Dans le cadre d'une étude de la gravido-puerpéralité pendant l'adolescence c'est surtout l'immaturité physique et psychologique qui revêt de l'importance.

Tant il est vrai que prendre et mener à terme une grossesse, accoucher et élever un enfant dans l'intérêt de ce dernier et de sa jeune mère, supposent que cette dernière soit mature.

Or "adolescence" formé à partir du participe présent du verbe "adolescere" signifie être entrain de grandir. Les limites d'âge de ce processus sont un sujet de controverse. Ainsi selon le dictionnaire des termes techniques de médecine "l'adolescence est... contemporaine de la puberté et se situe entre 12 et 15 ans." Tandis que pour Manuila dans le dictionnaire français de médecine et de biologie,

"l'adolescence se termine avec la fin de la croissance".

L'achèvement clinique du processus pubertaire que constitue la survenue des ménarches autre repère de l'adolescence se fait à un âge de plus en plus bas [21].

En outre cet âge des ménarches varie dans le temps et dans l'espace. En effet il était de 12,7 ans aux Etats-Unis en 1970 [81], de 12 ans en Côte D'Ivoire en 1981 [77] et au Burkina Faso en 1991 [36] et 1992 [38] respectivement de 15,7 et 13,8 ans.

Sur le plan physiologique, seules 10 p. cent des cycles seraient ovulatoires entre l'âge de 13 et 15 ans. Ce taux passerait à 50 p. cent entre 15 et 16 ans et à 70 p. cent entre 16 et 17 ans selon Rotten D. et coll. [69].

Pour leur part les anatomistes comme Bar et Brindeau cités par Avohou C. [6] s'accordent à fixer la fin de l'adolescence à 25 ans. Tandis que comme le rapporte Deschamps J.P. [22], Bichat juge le développement du bassin assez suffisant pour permettre l'accouchement dès l'âge de 9 ou 10 ans. Pour Velpeau, 15 ans est l'âge minimal où le bassin féminin peut permettre le passage du corps de l'enfant.

En somme il paraît difficile d'enfermer l'adolescence dans des limites d'âge à partir de critères d'ordre physique et biologique. La dimension psycho-sociale que revêt l'adolescence n'en facilite pas moins l'approche.

L'adolescence est pour Agossou T. [2] une véritable "zone de turbulence" qui "met les jeunes dans des situations les plus poussées de contradiction, d'opposition et d'ambivalence".

Salomon-Bernard Y. et coll. eux décrivent une phase critique portant sur l'identité lors d'une deuxième poussée sexuelle qui réintroduit les désirs avec le sentiment de culpabilité et la honte qu'ils déterminent [70].

Selon Masse cité par Avohou C. [6), "l'adolescence est un phénomène psycho-social, une transition au cours de laquelle l'être humain acquiert ses fonctions de membre actif d'une société". Or chez nous dès le jeune âge la fille devient l'aide voire le substitut de la mère dans les rôles de ménagère et de surveillante de ses frères et soeurs à peine plus jeunes. Ce faisant, elle continue de rester la "petite fille" sans désir, incapable de comprendre les "choses de la vie". Jusqu'à son mariage la jeune fille demeure sous la tutelle des parents à qui appartiennent plus qu'à elle-même ses désirs et ses choix.

La survenue d'une grossesse au cours de cette période d'ambivalence, de quête de soi et de dépendance chez un être entrain de grandir, installe la jeune fille au coeur d'une situation de profond désarroi. Sa grossesse surtout avant l'âge légal du mariage fixé à 17 ans est perçue comme précoce.

Aussi avons nous retenu pour adolescentes, les jeunes filles pubères âgées de moins de 17 ans. C'est chez nous la période d'exposition au risque de survenue et aux conséquences de la maternité précoce, objet de notre étude.

2. Déterminants de la fécondité des adolescentes à Bobo-Dioulasso

La fécondité féminine définie comme "aptitude à la reproduction" varie d'une femme à l'autre et fluctue suivant l'âge. Quant à son niveau dans un contexte donné, il semble être déterminé par un ensemble de facteurs souvent imbriqués. Le taux de fécondité global est de 223 p. mille à Bobo-Dioulasso tandis que l'indice synthétique de fécondité (I.S.F) est de 7,1 p. cent [14].

Dans le contexte de Bobo-Dioulasso, ville carrefour de l'Afrique de l'ouest, parmi les facteurs qui agissent sur la fécondité des adolescentes figurent les suivants.

Il y a d'abord l'*urbanisation* et l'*industrialisation*. Ces deux variables contribuent à un accroissement de l'anonymat social et une dislocation de la famille. Ainsi la socialisation et la préparation à l'âge adulte qui incombait à la famille et à la collectivité ne sont plus menées.

Or à l'échelle du Burkina Faso, la ville de Bobo-Dioulasso est à la fois un centre urbain et une cité industrielle. C'est en effet le chef-lieu de la province la plus peuplée de ce pays. En 1992 la population résidente est estimée à 354145 habitants soit 45,38 p. cent de l'effectif global de la province [14]. C'est également le siège de 28 p. cent du tissu industriel national. Parmi les 19 unités industrielles installées figure la Société Burkinabè des Fibres et Textiles (SO.FI.TEX), qui est la plus importante du pays [13].

Ensuite il y a le *niveau socio-économique*. La pauvreté et le

le niveau socio-économique bas comme le souligne Leke J. I. R. [44] "peuvent obliger la jeune fille à utiliser sa sexualité pour générer des fonds pour elle-même et pour sa famille". La promiscuité amène la fille et/ou sa famille à chercher une "sécurité économique" dans un mariage précoce ou seulement une relation gratifiante. Comme l'indique le fait que 26 p. cent des ménages à Bobo-Dioulasso gagnent moins de 400 000 Francs C.F.A par an [14], beaucoup d'habitants sont pauvres.

A cela se conjuguent les influences du *progrès des moyens de transport et de la communication*. Ils permettent une plus grande mobilité des hommes et une propagation des idées issues d'autres cultures. Ceci engendre pour le meilleur et pour le pire des changements de comportement. Ainsi la chasteté source d'estime pour la fille et d'honneur pour la famille, ne semble plus être une vertue cardinale. De même les médias offrent un modèle qui l'exhorte à un véritable "passage à l'acte". La curiosité et l'imitation des paires qui sont des facteurs de précocité sexuelle prennent le pas sur le discours moralisateur des parents. C'est par son dynamisme économique que Bobo-Dioulasso attire des immigrants. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 5,2 p. cent alors que la moyenne nationale est de 2,8 p. cent [14].

Centre urbain industriel, c'est aussi un *carrefour commercial et culturel* qui rayonne à la fois sur le reste du pays, l'Est du Mali, le Nord-Ouest du Ghana et le Nord-Est de la Côte D'Ivoire. Ce dernier pays en 1985 a devancé la France au premier rang des clients et fournisseurs du Burkina Faso.

Ceci en particulier par le fait que c'est par chemin de fer (via Bobo-Dioulasso) que sont assurés 70 p. cent des exportations du pays. Bobo-Dioulasso est également la ville qui abrite tous les deux ans la semaine nationale de la culture.

En outre au nombre des facteurs influençant la fécondité féminine se compte *l'âge de survenue des ménarches*. Cet âge dont l'abaissement serait un phénomène universel [21], est de l'avis de certains auteurs lié principalement à un meilleur niveau de nutrition [4] et de santé [21]. Sans être une condition suffisante d'une bonne nutrition, la disponibilité alimentaire n'en est pas moins une condition nécessaire. Or la province dont Bobo-Dioulasso est le chef-lieu, a dégagé en 1989-1990 un excédent céréalier de 31 356 Tonnes [14].

Quant au niveau sanitaire, les indicateurs suivants montrent son importance.

- L'espérance de vie à la naissance est de 48,5 ans.
- Le taux de mortalité maternelle est de 105 p. cent mille contre une moyenne nationale de 610 p. cent mille [14].
- Le taux de couverture obstétricale est de 83,6 p. cent.
- L'Hôpital National Souro Sanou de Bobo-Dioulasso est le centre de référence aussi bien pour le reste de la province que pour cinq provinces environnantes.

Enfin ces variables biologiques et du milieu interviennent dans un contexte déjà favorable. Les *normes sociales et religieuses* sont franchement pro-natalistes. L'enfant est non seulement valorisant, mais aussi valeur par excellence. Même conçu hors des liens du mariage il bénéficie plutôt d'un accueil favorable. Aussi son élevage est ici moins que dans d'autres sociétés une source d'angoisse pour la jeune mère. Pour sa part la religion dominante qu'est l'islam prône le mariage dès les premières règles. Même le législateur moderne fixe à 17 ans l'âge légal du mariage pour la jeune fille. La fonction déléguée à la femme étant "le métier de femme", c'est-à-dire procréer, son instruction est souvent négligée. Ceci explique en partie le taux de 4,6 p. cent de scolarisation des filles au secondaire [14]. C'est dire qu'elles sont limitées pour accéder à des informations sexuelles saines et à une activité professionnelle rentable. Or l'instruction et l'autonomie économique en retardant l'âge au mariage et favorisant le recours à la contraception diminuent la fécondité.

Par ailleurs les pesanteurs culturelles empêchent les parents de fournir à la jeune fille une éducation sexuelle. La sexualité demeure un sujet tabou. Les seules mesures du reste inopérantes qui sont utilisées pour gérer la sexualité naissante de l'adolescente sont l'excision et/ou la nuptialité précoce.

Entre l'aptitude à la reproduction que tous ces facteurs favorisent et la procréation proprement dite, le pas est vite franchi. C'est ainsi qu'au Burkina Faso les adolescentes contribuent pour 16,9 p. cent [63] voire 20 p. cent [44] dans le taux global de fécondité.

ENONCE DU PROBLEME

III. ENONCE DU PROBLEME

La période gravido-puerpérale a été sans conteste et demeure dans certaines régions du monde, un moment de grande vulnérabilité de la femme. C'est en effet en Asie du Sud et en Afrique que se recensent 99 p. cent des 500 000 décès maternels annuellement enregistrés à travers le monde [28].

Ainsi du fait de la grossesse ou de l'accouchement, chaque minute une femme souvent jeune meurt. Ce risque de décès au cours de la gravido-puerpéralité est chez l'adolescente de 15 à 19 ans, supérieur de 20 à 200 p. cent à celui des femmes plus âgées [57]. Outre ce risque, la gravido-puerpéralité chez l'adolescente est accréditée d'un fort taux de morbidité. Par ailleurs plus la femme est jeune plus les complications sont graves et hypothèquent dangereusement son avenir obstétrical.

C'est ainsi qu'au Nigéria 17 p. cent des adolescentes enceintes à 14 ans ou moins font une éclampsie contre 7 p. cent à 16 ans et 3 p. cent seulement à 20-24 ans. De même 80 p. cent des femmes atteintes de fistules au Niger sont âgées de 15 à 19 ans [55]. Hormis ces aspects purement médicaux, la maternité dans l'adolescence pose de multiples problèmes d'ordre social et psychologique. En région africaine la contribution des femmes de 15 à 19 ans dans le taux global de fécondité varie selon les pays de 15 à 16,9 p. cent [61].

L'interruption de la scolarité, l'absence de perspectives économiques, et la récurrence sont d'autres conséquences liées à la survenue d'une grossesse chez l'adolescente.

Les enfants de ces mères adolescentes eux, naissent souvent avec un faible poids selon de nombreux auteurs. TRAORE S. G. [77] rapportait qu'à Abidjan (Côte D'Ivoire, 1981), 25,06 p. cent des enfants des adolescentes de 12 à 16 ans ont un poids de naissance inférieur à 2500 grammes. Pour leur part KABORE I.[36] à Ouagadougou (Burkina Faso, 1990) et GAIL B. S. et coll.[72] en Pennsylvanie (U.S.A, 1983) rapportèrent respectivement des taux de 28,58 et 18,5 p. cent. De fait la mortalité périnatale chez les enfants de ces "enfants" est très élevée comme en témoignent certaines études. A Hararé (Zimbabwe, 1986) MAHOMED K. [46] a noté un taux de 127 p. mille chez les femmes âgées de 14 ans et moins. OJENGBBEDE O. A.[55], avec une série de 84 femmes âgées de 16 ans et moins à Ibadan (Nigéria, 1982), a enregistré un taux de 146 p. mille.

Ceux qui survivent à cette période seront élevés par des mères économiquement dépendantes, dans la promiscuité. L'EMIS Bamako révèle un taux de mortalité infantile de 119 p. mille pour les adolescentes contre 71 p. mille pour les mères âgées de plus de 20 ans [48]. Baldwin W.H. rapportait qu'à l'âge de 4 ans chez 11 p. cent de ces enfants d'adolescentes contre 2,6 p. cent dans la population générale, le quotient intellectuel est inférieur à 70. C'est dire que la grossesse de l'adolescente est aussi bien pour l'enfant que pour la mère, une grossesse à haut risque.

Or à Bobo-Dioulasso à l'instar d'autres centres urbains de l'Afrique au sud du Sahara, sont réunis les conditions d'émergence de ce problème de santé. C'est en effet un véritable centre urbain industriel où les mécanismes d'encadrement familial des jeunes sont devenus inopérants. Les mutations sociales sont telles que la grossesse de l'adolescente même hors mariage est de moins en moins perçue comme une infamie. C'est au contraire une preuve de fécondité.

Cependant, au delà des anecdotes, on ne dispose presque pas d'informations sur l'ampleur d'un tel phénomène à Bobo-Dioulasso. Toutefois au Burkina Faso, 48,3 p. cent de la population sont âgés de moins de 15 ans [37] alors qu'à Bobo-Dioulasso le sexe-ratio est de 51,8 p. cent de la population [14]. Ensuite dans cette ville 18,8 p. cent des accouchements au cours de l'année 1990 ont été enregistrés chez les femmes de moins de 20 ans (estimé par nous). Ce qui est proche du taux de 16,9 et plus pour la contribution des femmes de 15 à 19 ans dans le taux global de fécondité au Burkina Faso [63]. Or il y a moins de 20 ans ce taux était estimé à 8,6 p. cent [41]. Ce qui représente pour le cas de Bobo-Dioulasso, zone urbaine, une augmentation de 118,6 p. cent en 19 ans. Enfin selon DUBOIS H. et DUBOIS M.C. à Bobo-Dioulasso le risque de décès avant l'âge d'un an est multiplié par 2,5 lorsque la mère est âgée de moins de 20 ans [27].

Ces quelques éléments statistiques suggèrent que les risques liés à la grossesse chez l'adolescente se posent à Bobo-Dioulasso. Mais comment s'y posent-ils et quelle approche faut-il avoir ? Sous d'autres latitudes, diverses approches, avec l'esprit et la philosophie des soins de santé primaire ont été utilisées. Il n'y a pas toutefois une panacée. Pour mieux agir il faut savoir notamment les particularités que ce problème de santé, décidément actuel, revêt dans un contexte donné. C'est motivé par toutes ces raisons, qu'il nous est apparu nécessaire d'étudier les particularités de la gravidopuerpéralité chez l'adolescente de moins de 17 ans à Bobo-Dioulasso. Ceci avec le postulat qu'une meilleure connaissance et/ou énumération des facteurs de risque liés à la gravidopuerpéralité n'ont de sens que lorsque l'on en déduit des actions concrètes.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

IV. O B J E C T I F S

I. OBJECTIF GENERAL

Comprendre les particularités épidémio-cliniques de la gravido-puerpéralité chez l'adolescente en zone urbaine Ouest-africaine pour contribuer à l'amélioration du pronostic materno-foetal.

II. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer le profil épidémiologique de la gravido-puerpéralité pendant l'adolescence à Bobo-Dioulasso.
2. Déterminer les caractéristiques cliniques majeures du couple mère adolescente-enfant au cours de la période gravido-puerpérale.
3. Mesurer la morbidité et la mortalité chez l'enfant et la mère adolescente dans notre contexte.
4. Identifier les facteurs de risque .
5. Proposer des actions concrètes afin de réduire de 50 % la morbidité et la mortalité chez l'enfant et la mère adolescente d'ici l'an 2000.

REVUE DE LA LITTERATURE

V. REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'intérêt que le monde médical porte au risque de survenue et aux conséquences de la grossesse pendant l'adolescence n'est pas récent. Aussi divers aspects de ce sujet ont été le champ d'observation et de réflexion de nombreux auteurs à travers le monde. Cependant , l'approche qu'ont eu les uns et les autres de la grossesse pendant l'adolescence a connu une évolution tant dans la forme que dans le contenu.

Ce fut d'abord l'objet de "cas extraordinaires" à rapporter puis rapidement un sujet de réflexion scientifique. La dimension obstétricale du phénomène semblait être le seul centre d'intérêt.

1.HISTORIQUE

- Au 18 è siècle selon A.DABOUZ citée par C. AVOHOU [6], en Suisse, en 1784, HALLER rapportait le cas d'une fille réglée à 2 ans. Elle contracta à 8 ans une grossesse dont l'issue a été un accouchement par une intervention. Devant la procidence d'un membre un praticien "l'arracha" et procéda à une laparotomie pour extraire l'enfant.

- Au 19 è siècle un cas de "précocité extraordinaire" chez une fille de 8 ans d'après J.P. DESCHAMPS [22] qui citait une publication du Bulletin de l'Académie Royale de médecine parue en Belgique en 1878.

- Au 20 è siècle, en 1939 la presse médicale citée par J.P. DESCHAMPS [22] rapporta l'histoire de la petite Lina Médina au Pérou. Réglée à 8 mois, elle fut enceinte à 4 ans 10 mois et accoucha par césarienne à 5 ans 7 mois d'un garçon de 2940 grammes le jour même de la fête des mères dans ce pays.

Mais bien avant cette date des travaux d'une grande valeur scientifique ont permis certaines conclusions.

Mentionnons:

- En 1883 (19^e siècle), en Italie, N. PAOLO qui selon DESCHAMPS [22] après une étude chez les moins de 15 ans, a conclu que "l'accouchement chez les jeunes n'a fourni que des cas favorables quant à la durée de l'expulsion, très peu favorables au contraire en ce qui concerne la dilatation, le poids du fœtus, son volume et la présentation".

- Allant dans le même sens, KLEINWAGTER qui en 1822 en Allemagne, dans un mémoire sur l'influence de l'âge sur l'accouchement chez les primipares souligna d'après C. AVOHOU:

"La rareté des complications de quelque nature qu'elles soient, et des présentations anormales.

Par contre une plus grande fréquence des affections rénales, des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement prématuré spontané, ... par rapport aux parturientes âgées de 20 à 29 ans".

- En 1922 les travaux aux Etats-Unis d'Amérique de HARRIS cité par C. AVOHOU [6] qui suggéra que 16 ans au mois était l'âge optimal de survenue d'un premier travail d'accouchement.

- En 1930 à Lyon, GRINSARD cité par C. AVOHOU, après avoir étudié la grossesse chez les moins de 15 ans, remarqua que l'évolution était normale; cependant il y a 10 p. cent d'éclampsie et 10 p. cent d'accouchements artificiels.

Les exemples de ces quelques travaux rendent compte de l'esprit avec lequel était abordé la grossesse pendant l'adolescence. Le dénominateur commun a été l'appréhension de ces auteurs quant à la possibilité d'un accouchement par voie basse. Ils convergent pour noter l'issue plutôt favorable tout en soulignant une plus grande fréquence de complications médicales comme la toxémie.

Aussi les travaux ultérieurs tout en confirmant ces conclusions, porteront sur d'autres aspects. On s'attachait à mesurer l'ampleur du phénomène, à déterminer ses causes et ses conséquences médicales ou non et enfin à apporter des solutions.

2. L'AMPLEUR DU PHENOMENE

En attribuant à l'adolescence des limites d'âge différentes, les auteurs ont diversement apprécié la fréquence de la grossesse chez l'adolescente.

Mais dans le choix des uns et des autres se trouvent implicitement leurs réponses sur les limites d'âge de la maternité précoce. Pour quel âge une grossesse est elle précoce sous entendu, comporte-t-elle des risques accrus ? Le débat reste ouvert.

Toutefois la majorité des auteurs s'accordent à retenir que jusqu'à l'âge de 16 ans inclus l'adolescente reste immature physiquement et psychologiquement.

Au delà de ces divergences, la fréquence de la grossesse chez l'adolescente varie dans le temps.

Ainsi à Chicago selon J. ZACKLER et coll. [81] elle a varié de 0,2 à 0,51 p. cent entre 1950 et 1966. Pour B. BLONDEL [10] en France cette fréquence était relativement importante et stable dans les années 70 mais a décru de manière régulière depuis 1975.

En AFRIQUE les faits ne semblent pas être identiques. D'après C. AVOHOU [6] à Cotonou la fréquence a varié de 2,92 à 6,88 p. cent entre 1977 et 1979. A Abidjan selon le travail de G.S. TRAORE [77] elle a varié de 5,70 à 6,13 entre 1976 et 1980.

Ces chiffres suggèrent qu'en AFRIQUE, la fréquence de la grossesse chez l'adolescente serait non seulement plus grande qu'ailleurs mais aussi dans sa phase ascendante. Les multiples travaux réalisés et à venir sur ce sujet à travers le continent contribueront à éclairer cette particularité. D'ores et déjà pour beaucoup d'auteurs africains [1-3,33,43,44,46,53,55] : le rôle social d'une forte fécondité, la nuptialité précoce et la faible scolarité semblent y contribuer pour beaucoup.

3.LES CONSEQUENCES

Les publications [7,29,36,49,72,75,77,81] convergent pour souligner sur le plan médical une plus grande fréquence de certaines complications. Ce sont la toxémie, la prématurité, le faible poids de naissance, l'anémie, la disproportion foeto-pelvienne et la mortalité périnatale.

Outre ces conséquences la grossesse de l'adolescente est pourvoyeuse d'autres risques [65] :

- de recevoir moins d'instruction
- d'être sans travail ou de n'avoir qu'un emploi peu rémunéré
- d'être séparée ou divorcée
- d'être frappée d'ostracisme social
- de récidiver
- de survenue de désordres psychologiques

Du reste pour D.R. HOLLINGSWORTH et coll.[35] "la grossesse de l'adolescente est un problème social avec des conséquences médicales".

Même si toute grossesse comporte une part de risques, chez l'adolescente ces risques sont majorés. Aussi aux yeux de tous les auteurs la grossesse de l'adolescente est une grossesse à haut risque.

La fréquence importante de ces grossesses à haut risque a conduit de nombreux auteurs à rechercher leurs causes et/ou des solutions.

4. DETERMINANTS DE LA SURVENUE ET DES CONSEQUENCES

Les principaux déterminants de la survenue d'une grossesse chez l'adolescente seraient:

- l'abaissement progressif de l'âge aux ménarches [4,19,21]
- la précocité des rapports sexuels et ou de la nuptialité [3,19,37,44,56,66]
- l'urbanisation rapide et l'industrialisation qui rendent l'encadrement familial défectueux [8,37,45]
- le bas niveau socio-économique [19,33,44,55,81].

Le mauvais suivi prénatal est souligné comme principal source de survenue des complications de la grossesse chez l'adolescente. A cette mauvaise surveillance prénatale DOTT et FORT [26] trouvent cinq raisons:

- le déni de grossesse
- l'ignorance de la nécessité d'une surveillance
- l'irrégularité des consultations
- l'inaccessibilité des services
- les méthodes inappropriées des prestations

Pour arriver à appréhender aussi bien la fréquence que les conséquences et les "antécédents" de cette grossesse les auteurs ont utilisé diverses méthodes. La méthode la plus communément utilisée a été la comparaison avec un autre groupe d'âge à partir d'un recrutement en maternité.

5. LES ELEMENTS DE SOLUTIONS

En vue d'apporter des solutions appropriées à ce problème les avis se rejoignent sur le fait qu'il faille d'abord prévenir. Cette prévention est conçue à un niveau individuel ou social [25] ; primaire, secondaire et tertiaire [50] ; et institutionnel [41] . Il s'agit de retarder l'activité sexuelle, de parvenir à une meilleure prise en charge ou mieux d'éviter la grossesse.

La contraception comme moyen de prévention se heurte à deux ordres de contraintes.

Il y a d'abord les difficultés techniques du choix d'une méthode contraceptive. Quelle méthode contraceptive faut-il prescrire chez une adolescente avec un maximum d'efficacité, d'innocuité et d'acceptabilité ? Il est habituel de recourir à la contraception orale avec une association minidosée en première intention. Mais il persiste des incertitudes sur les effets secondaires liés à l'utilisation au long cours des contraceptifs oraux.

Ensuite il y a les obstacles psychologiques à la contraception de l'adolescente. D. ROTTEN et coll. [69] en ont identifié quatre: l'invulnérabilité, le romantisme, le plaisir sans risques et les peurs prétextes.

De nombreux autres moyens sont également mis en oeuvre pour faire face au véritable défi que constitue la survenue de la grossesse et de ses conséquences chez l'adolescente.

Pour H.E. KULIN [41] il est impératif que toute initiative associe des compétences multidisciplinaires.

Les divers programmes d'activités s'inspirent dans leur mise en oeuvre de la philosophie des soins de santé primaire. Les jeunes sont amenés à se prendre en charge eux mêmes.

Citons des programmes comme:

"THE DOOR" et "WAITT" aux Etats-Unis d'Amérique [41,66];

les "caravanes de santé et guides" en Egypte, le "CORA" au Mexique [66];

le "WISMA PANCAWARGA" en Indonésie [30]; et le centre de protection féminine de Wayerma à Sikasso au Mali.

Pour fournir aux jeunes des informations, des conseils, des services, les promoteurs ont utilisé l'école, le théâtre, le téléphone, les mass-média et les loisirs pour "Find-them-where-they-are".

Mais comme le fait remarquer E. Mc ANARNEY [50] "prévenir les conséquences de la grossesse chez l'adolescente est une démarche difficile,... nécessitant aussi d'appréhender les origines culturelles particulières de certaines attitudes"

Ces multiples initiatives sans être une panacée ont au moins le mérite d'indiquer des axes de solutions.

METHODOLOGIE

VI. M E T H O D O L O G I E

1. La population étudiée

Les mères adolescentes âgées de 16 ans et moins au moment de la conception et leurs nouveau-nés résidant en zone urbaine de Bobo-Dioulasso pendant la période gravidopuerpérale .

2. Le cadre de l'étude

L'étude, multicentrique, a eu pour cadre;

- Les 13 centres de santé maternelle et infantile (S.M.I.) de la zone urbaine de Bobo-Dioulasso.
- Les 2 maternités communales "Guimbi Ouattara" et "Farakan" d'une capacité respective de 40 et 45 lits.
- Le service de gynéco-obstétrique (90 lits) et l'unité de néonatalogie (11 lits) du Centre Hospitalier National Souro-Sanou.

3. Les méthodes

Le recrutement des cas a été effectué *au tout venant* quel que soit le terme de la grossesse sur une période de 6 mois du 1er Octobre 1991 au 31 Mars 1992.

Le critère de l'âge a été vérifié sur la base de document d'Etat civil.

En préalable à l'entretien, les répondantes ont été assurées du caractère confidentiel et non obligatoire de leur participation. Nous n'avons enregistré aucun cas de refus.

Les centres de recrutement de par leur caractère public, accueillait une population de toutes les couches sociales. Ainsi le *recrutement a été quasi-exhaustif et représentatif* de la population résidente.

L'entretien directif a été mené dans chaque cas par une sage-femme d'Etat ou un étudiant stagiaire interné de 7ème année de médecine.

La collecte des données a été réalisée en trois phases.

- Les gestantes répondirent à une partie du questionnaire d'enquête lors des consultations prénatales en S.M.I. Le formulaire ainsi partiellement rempli leur était remis sous pli fermé pour être acheminé par elles-mêmes à la maternité à l'admission.

- La deuxième partie des données était enregistrée au cours de l'accouchement à la maternité. Les données de ces deux phases ont été recueillies en même temps pour les cas des répondantes n'ayant effectué aucune consultation prénatale.

A cette étape les fiches étaient centralisées auprès de l'enquêteur principal . Préalablement un rendez-vous était fixé à la même date de la septième semaine du post-partum à toutes les mères ayant accouché au cours de la même semaine.

L'examen post-natal qui a constitué le troisième temps de la collecte s'est déroulé à cette occasion.

La qualité de la surveillance prénatale a été appréciée sur la base : - du nombre de consultations effectuées, - de l'âge en semaines d'aménorrhée et/ou la hauteur utérine (mesurée au ruban métrique) à la première consultation, - la prophylaxie antipaludique et la vaccination antitétanique, - la détermination de la sérologie syphilitique et du groupe sanguin.

Le diagnostic de *toxémie* a été retenu sur la présence des trois éléments de la triade symptomatique; oedèmes-protéinurie-hypertension artérielle (maxima à partir de 140 millimètres de mercure et minima à partir de 90 millimètres de mercure).

Le *niveau socio-économique* a été apprécié sur;

- le niveau d'instruction formelle de l'adolescente,
- la profession de l'adolescente et de son partenaire,
- la taille de la famille de l'adolescente,
- la profession du responsable de la famille de l'adolescente.

L'appréciation du *bassin maternel* a été faite cliniquement au toucher mensurateur.

Ont été considérés comme;

- *prématurés* les nouveau-nés d'un poids de naissance inférieur à 2500 grammes et d'une taille inférieure à 47 centimètres,
- *hypotrophes* les nouveau-nés d'une taille supérieure ou égale à 47 centimètres et d'un poids de naissance inférieur à 2500 grammes.

L'*état nutritionnel* des nourrissons a été apprécié sur la base du sexe, du poids en gramme, de la taille en centimètre, des périmètres brachial et crânien en centimètre.

Un test préalable de la méthodologie a été effectué

pendant deux mois.

La saisie et le traitement des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info version 5.

Le traitement du texte a été fait dans le logiciel Microsoft Word version 5.

4. Contraintes et limites de l'étude

La qualité de la collecte des données a pu être affectée par :

- le changement d'enquêteurs et d'instruments,
- le supplément en charge de travail pour les enquêteuses qui assumèrent parallèlement leurs obligations quotidiennes.
- consciemment ou non certaines réponses n'ont peut être pas refléter l'exacte réalité.

Autant d'éléments qui ont amené à subdiviser la collecte des données en trois phases et à faire effectuer l'examen post-natal par le même enquêteur.

Les parturientes provenant des zones rurales mais répondant aux critères de l'âge ont été exclues de fait, alors qu'elles pouvaient présenter plus de complications.

La durée (6 mois) et la période (saison sèche) ont peut-être modifié nos résultats.

L'appréciation de l'influence du facteur âge a été limitée du fait de l'absence d'un autre groupe d'âge témoin.

L'éclairage qu'apporte notre étude sur ce sujet éminemment multidisciplinaire est sûrement partiel. Aussi n'avons nous pas la prétention d'avoir épuisé les approches d'un tel problème de santé.

RESULTATS

VII. RESULTATS

I- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au cours de notre enquête, nous avons recruté 156 gestantes âgées de 16 ans et moins .

1. CARACTERISTIQUES DE LA MERE

1-1 L'âge

Nous avons pris en compte l'âge chronologique. Les adolescentes les plus âgées étaient nées en 1975.

TABLEAU I: Répartition des adolescentes selon l'âge

AGE	EFFECTIFS	%
12 ans	0	0,00%
13 ans	1	0,64%
14 ans	8	5,13%
15 ans	47	30,30%
16 ans	100	64,10%
TOTAL	156	100%

L'âge moyen des gestantes était de 15,58 ans.
Nous n'avions pas enregistré des filles âgées de 12 ans et moins.

1-2 La taille

L'adolescente est par définition un être n'ayant pas achevé son processus de maturation physique. Elle n'a pas encore acquis sa taille définitive. Une taille inférieure à 152 cm. , chez une gestante est considérée comme un facteur de risque de disproportion foeto-pelvienne.

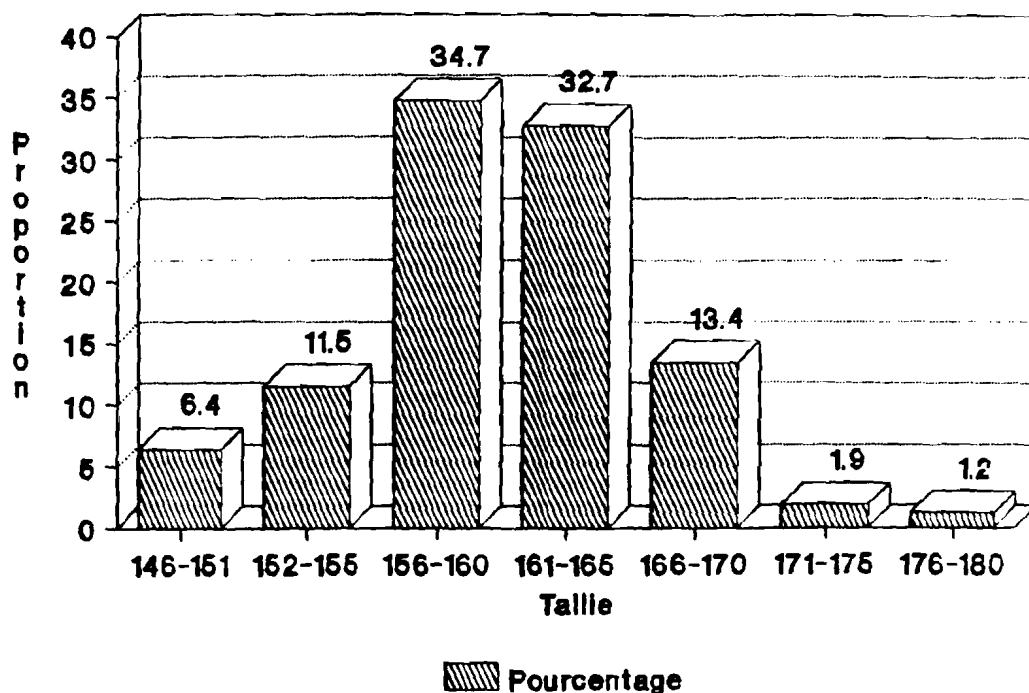


Figure N° 1: Répartition des adolescentes selon leur taille

Parmi les adolescentes de notre série, 6,4 p. cent avaient une taille inférieure à 152 cm. La taille moyenne était 160,45 cm.

1-3 La situation matrimoniale

La nuptialité précoce serait une norme sociale en Afrique. L'âge au mariage fixé par le législateur moderne est souvent méconnu par les familles. Le mariage étant célébré selon les prescriptions religieuses ou coutumières. Au Burkina Faso l'âge légal au mariage est fixé à 17 ans.

n = 156

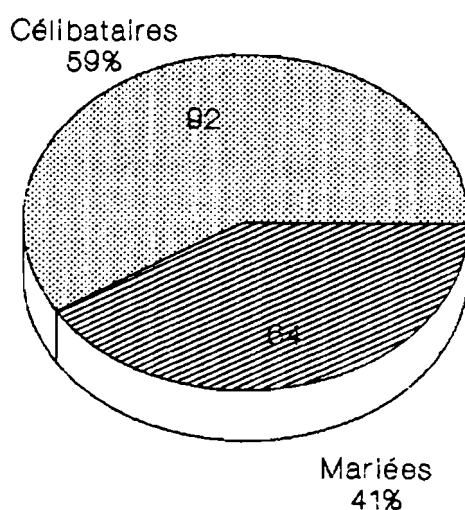


Figure N° 2: Répartition des gestantes selon la situation matrimoniale

Le célibat a été dominant dans notre série. Cependant la proportion des adolescentes mariées a été importante.

1-4 L'activité professionnelle de la mère:

TABLEAU II: Répartition des gestantes selon leur activité professionnelle

PROFESSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Ménagère	119	76,3
Elève	34	21,8
Commerçante	1	0,6
Employée	2	1,3
TOTAL	156	100

Au moment de la survenue de leur grossesse, 21,8 p. cent des adolescentes fréquentaient l'école. Elles étaient au moins au cours moyen 2è année (CM2).

1-5 Le niveau d'instruction formelle

La majorité des adolescentes n'avaient jamais fréquenté l'école. Parmi celles qui ont fréquenté l'école, 26,3 p. cent étaient en situation d'échec scolaire.

n = 156

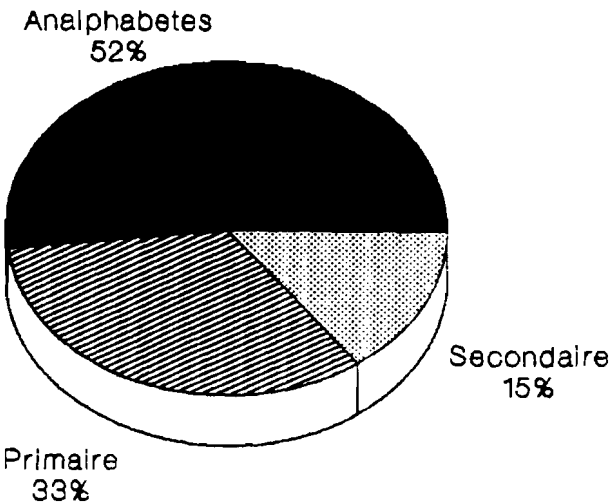


Figure N° 3: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction formelle

1-6 La religion

Selon la religion musulmane une fille peut être donnée en mariage dès qu'elle a vu ses premières règles.

La majorité des adolescentes de notre série étaient de religion musulmane.

n = 156

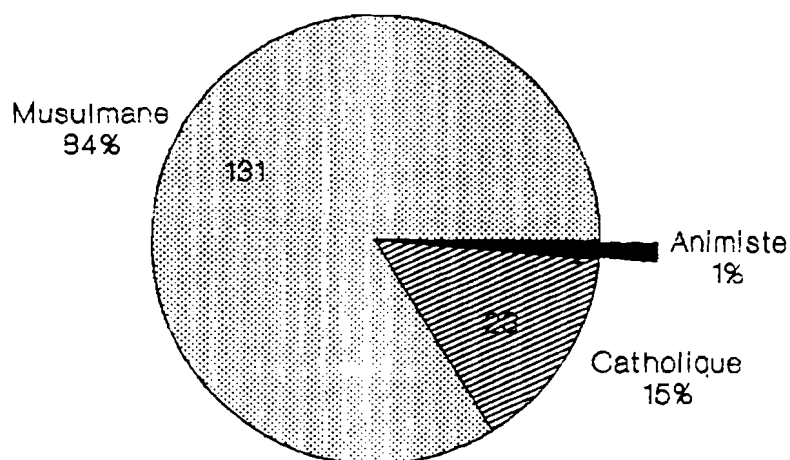


Figure N° 4: Répartition des gestantes selon leur religion

2. CARACTERISTIQUES DES PROCREATEURS

2-1 L'âge des partenaires

TABLEAU III: Répartition des partenaires en fonction de leur âge

AGE	EFFECTIFS	%
17-20 ans	27	17,6%
21-25 ans	58	38%
26-30 ans	61	39,9%
31-35 ans	4	2,7%
>= 36 ans	3	1,4%
TOTAL	153	100%

Trois (3) adolescentes ignoraient l'âge de leur partenaire.

2-2 La profession des partenaires

Les commerçants occupaient le 1er rang parmi les partenaires et exerçaient en majorité dans le secteur informel.

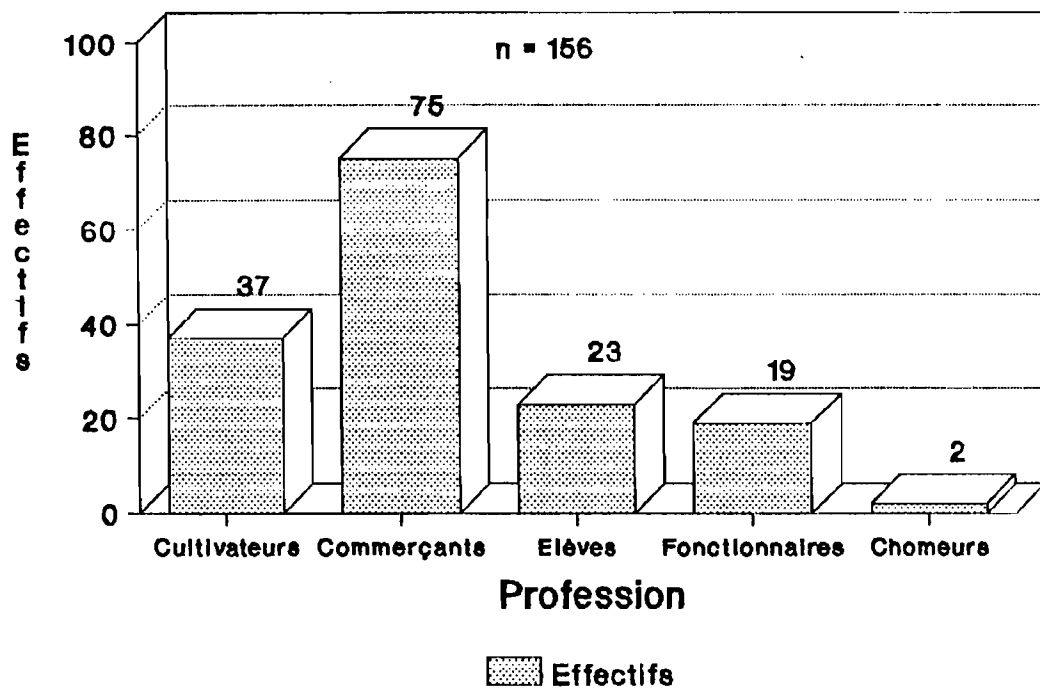


Figure N° 5: Répartition des procréateurs selon leur profession

2-3 Niveau d'instruction formelle du procréateur

Les procréateurs ont dans leur majorité (63 p. cent) fréquenté l'école mais n'avaient qu'un niveau primaire dans 39 p. cent des cas.

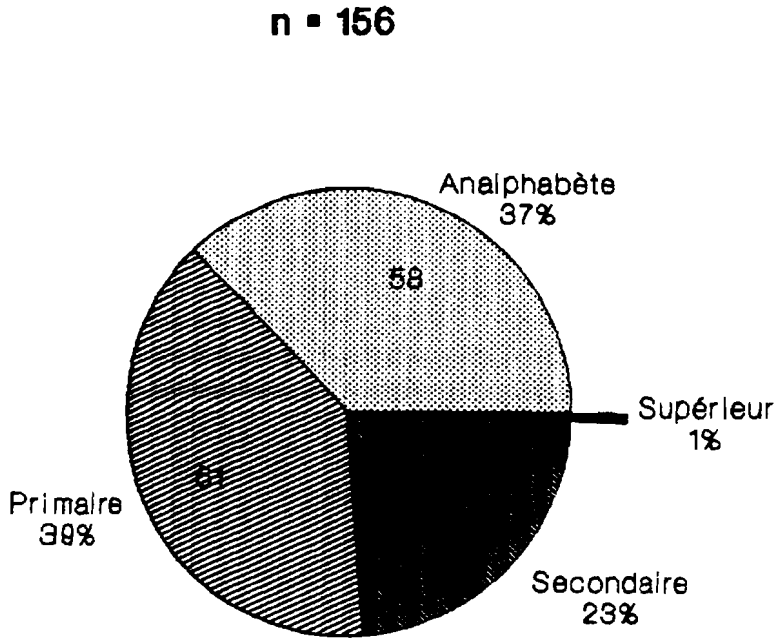


Figure N° 6: Répartition des procréateurs selon leur niveau d'instruction formelle

II- ANTECEDENTS MATERNELS

1. AGE DE SURVENUE DES MENARCHES

L'âge de survenue des ménarches constitue un repère important dans le processus de maturation biologique de l'adolescence.

L'âge moyen de survenue des ménarches était 13,34 ans. La majorité des adolescentes ont vu leurs ménarches entre 13 et 14 ans. Aucune n'était non réglée.

TABLEAU IV: Répartition des gestantes selon l'âge de survenue des ménarches

AGE DES MENARCHES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
NON REGLEES	0	0
9-10 ans	6	3,8
11-12 ans	27	17,3
13-14 ans	95	61,0
15-16 ans	28	17,9
Total	156	100

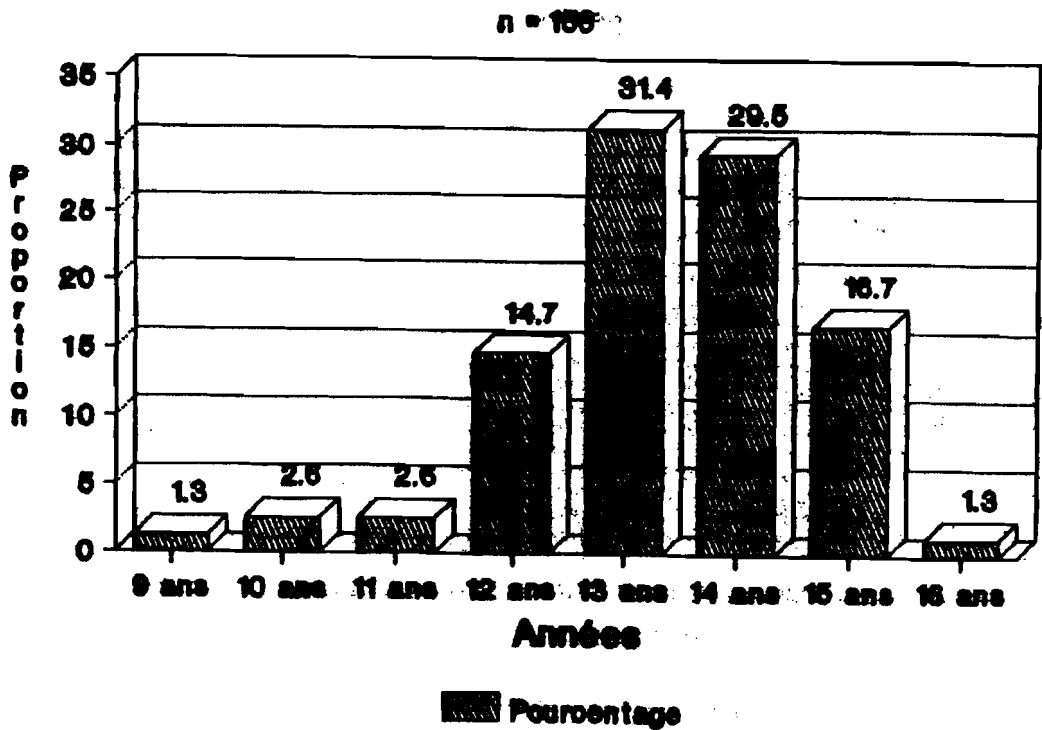


Figure N° 7: Répartition des gestantes selon l'âge de survenue des ménarches

2. L'AGE DU DEBUT DE L'ACTIVITE SEXUELLE

Cet âge marquerait le début effectif de l'exposition de l'adolescente au risque de survenue d'une grossesse. La précocité de l'activité sexuelle n'est cependant pas synonyme de survenue précoce d'une grossesse.

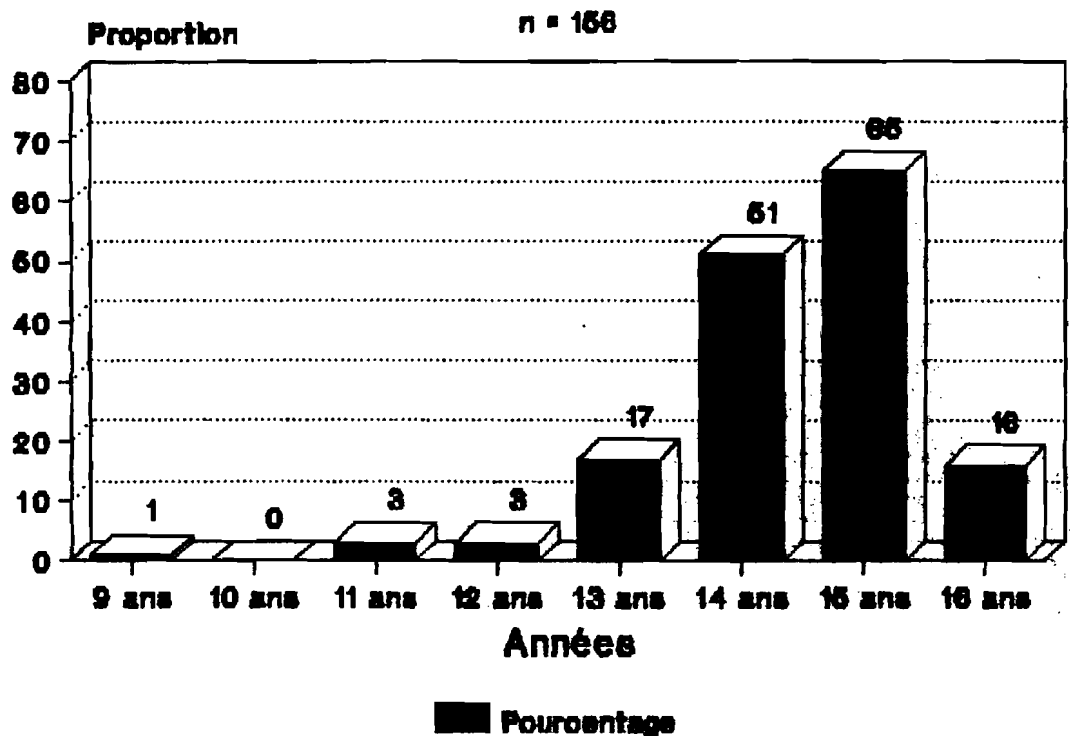


Figure N° 8: Répartition des gestantes selon l'âge au début de l'activité sexuelle

A l'âge moyen de 14,38 ans les adolescentes débutaient leur activité sexuelle.

3. INTERVALLE LIBRE ENTRE L'AGE AUX MENARCHES ET L'AGE DE SURVENUE DE LA PREMIERE GROSSESSE

Cet intervalle témoignerait du fait que les premiers cycles menstruels sont souvent anovulatoires. Il traduirait aussi le caractère sporadique de l'activité sexuelle chez les adolescentes.

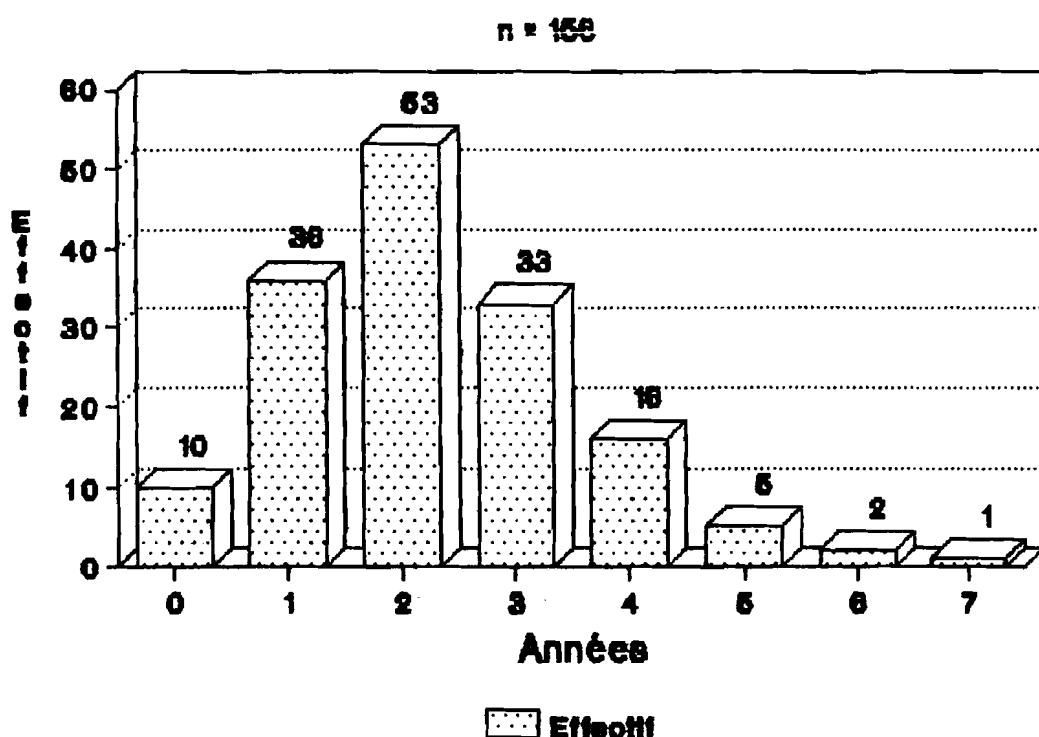


Figure N° 9: Répartition des gestantes selon l'intervalle libre entre l'âge des ménarches et de survenue de grossesse

Une durée moyenne de 2,3 ans séparait l'âge de survenue de la grossesse et l'âge aux ménarches.

Aucun cas de grossesse avant les ménarches n'a été observé.

-10 adolescentes soit 6,4 p. cent contractèrent leurs grossesses au cours de l'année de leurs premières menstruations.

4. GESTITE - PARITE

TABLEAU V: Répartition des gestantes selon l'âge et la gestité

Age	Gestité	
	1	2
13 ans	1	0
14 ans	8	0
15 ans	45	2
16 ans	94	6
Total	148	8
%	94,9%	5,1%

- 5,1 p. cent des adolescentes étaient à leur deuxième grossesse.

TABLEAU VI: Répartition des gestantes selon l'âge et la parité

Age	Parité		
	0	1	2
13 ans	0	1	0
14 ans	1	7	0
15 ans	2	43	2
16 ans	3	92	5
Total	6	143	7
%	3,8%	91,7%	4,5%

- 4,5 p. cent des adolescentes accouchaient pour la seconde fois.

- Parmi les 7 secondipares, 1 avait accouché dès l'âge de 13 ans; 5 à 14 ans et 1 à 15ans. En outre le premier enfant de 5 d'entre elles était vivant.

5. RECOURS A LA CONTRACEPTION

A un taux de 98,1 p. cent, les adolescentes n'avaient jamais eu recours à une méthode contraceptive par ignorance dans 89,4 p. cent.

Toutefois 10,6 p. cent affirmèrent savoir l'existence d'au moins un moyen contraceptif.

Une majorité de 85,9 p. cent étaient excisées.

6. ENVIRONNEMENT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA GROSSESSE

TABLEAU N°VII: Répartition des gestantes selon le nombre d'enfants dans leur famille

Nombre d'enfants	Effectifs	Pourcentage
<=2	9	5,8%
3-5	46	29,6%
6-9	84	54,1%
>=10	16	10,3%
TOTAL	156	100%

- 64,4 p. cent des adolescentes étaient issues d'une famille où au moins 6 enfants étaient à charge.

Dans 81,4 p. cent des cas, les parents ou les tuteurs des adolescentes n'avaient pas un revenu régulier. Il s'agissait soit de cultivateurs soit de commerçants exerçant dans le secteur informel.

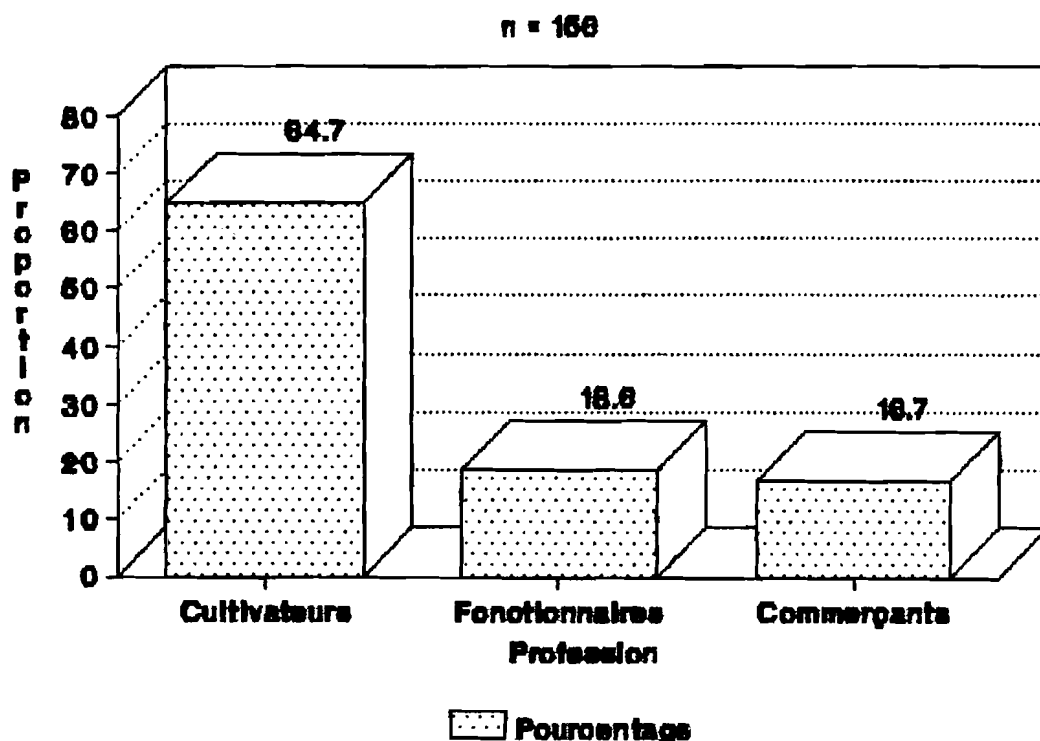


Figure N° 10: Répartition des adolescentes selon l'activité professionnelle de leur parents

7. ENCADREMENT FAMILIAL

Un taux de 14,1 p. cent des adolescentes n'habitaient pas auprès de leurs parents ni de leurs maris.

Dans 21,2 p. cent des cas, un des parents (père ou mère) de l'adolescente était décédé.

8. NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

TABLEAU VIII: Répartition des taux d'adolescentes selon leurs caractéristiques socio-économiques

Caractéristiques	Niveau socio-économique		
	Bas	Faible	Moyen
NIVEAU d'instruction	52%	33,3%	14,7%
PROFESSION de la mère	76%	2%	22%
TAILLE de la famille	64,4%	29,6%	6%
PROFESSION des parents	64,7%	16,7%	18,6%
PROFESSION du procréateur	16%	71,8%	12,2%

Les adolescentes étaient le plus souvent issues d'un milieu socio-économique bas.

III- FREQUENCE

En six (6) mois, 5218 femmes résidant en zone urbaine de Bobo-Dioulasso accouchèrent. Parmi ces parturientes 149 étaient âgées de 16 ans et moins. Elles contribuèrent ainsi à un taux de 2,85 p. cent des accouchements.

1 Contribution aux accouchements

TABLEAU IX: Taux de contribution des adolescentes aux accouchements chez nous et ailleurs en AFRIQUE

AUTEURS ET PAYS	ANNEE D'ETUDE	FREQUENCE
NOTRE SERIE -BURKINA FASO	1992	2,85%
OJENGBEDE O.A. -NIGERIA	1989	0,70%
MOUNANGA M.et coll-GABON	1985	1,60%
NCAYIYANA D.J. -TRANSKAY	1989	1,98%
MAHOMED K.et coll-ZIMBABWE	1986	2,80%
TANDU-UMBA N.F.et coll-ZAIRE	1981	3,00%
TRAORE S.G. COTE-D'IVOIRE	1980	6,13%
GAZOBY I.et coll-NIGER	1988	7,02%

En moyenne 24,33 adolescentes âgées de 16 ans et moins résidant en zone urbaine de Bobo-Dioulasso accouchèrent par mois dans les trois (3) maternités publiques de la ville.

2. CONTRIBUTION PAR AGE

Parmi les adolescentes recrutées celles qui sont âgées de 13 ou 14 ans accouchèrent dans les mêmes proportions que celles qui avaient 15 ou 16 ans.

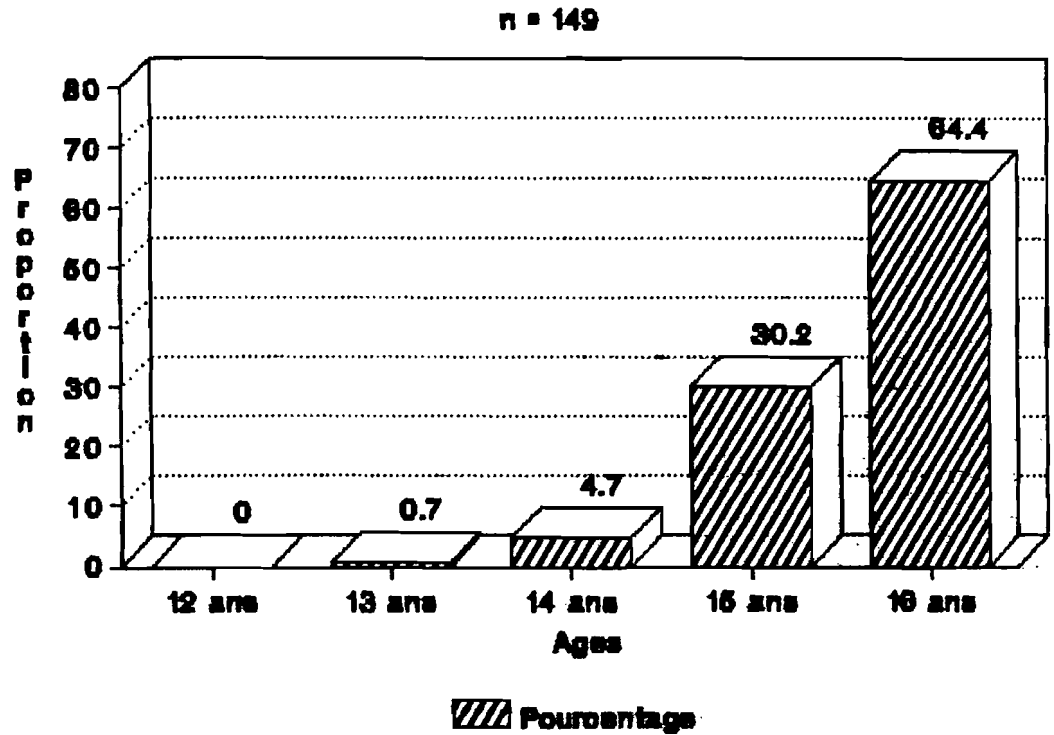


Figure N° 11: Distribution du taux de contribution aux accouchements selon l'âge des adolescentes

3. CONTRIBUTION PAR MOIS ET PAR MATERNITE

TABLEAU X: Répartition du taux de contribution des adolescentes aux accouchements selon le mois et la maternité

MATERNITE MOIS	GUIMBI	FARAKAN	HOPITAL	TOTAL
OCTOBRE	(9) 3,0%	(9) 2,2%	(17) 5,0%	(35) 3,3%
NOVEMBRE	(7) 2,6%	(16) 4,7%	(7) 2,2%	(31) 3,3%
DECEMBRE	(7) 3,4%	(14) 5,3%	(14) 4,7%	(35) 4,6%
JANVIER	(4) 2,0%	(8) 2,6%	(6) 2,3%	(18) 2,3%
FEVRIER	(4) 1,9%	(9) 3,0%	(2) 0,9%	(15) 2,1%
MARS	(5) 1,8%	(7) 1,6%	(4) 1,3%	(16) 1,5%
TOTAL	(36) 2,6%	(63) 3,0%	(50) 2,9%	(149) 2,8%

Les adolescentes accouchèrent en milieu hospitalier autant que dans les maternités communales. Au cours du mois de Décembre la contribution des adolescentes aux accouchements a été la plus forte.

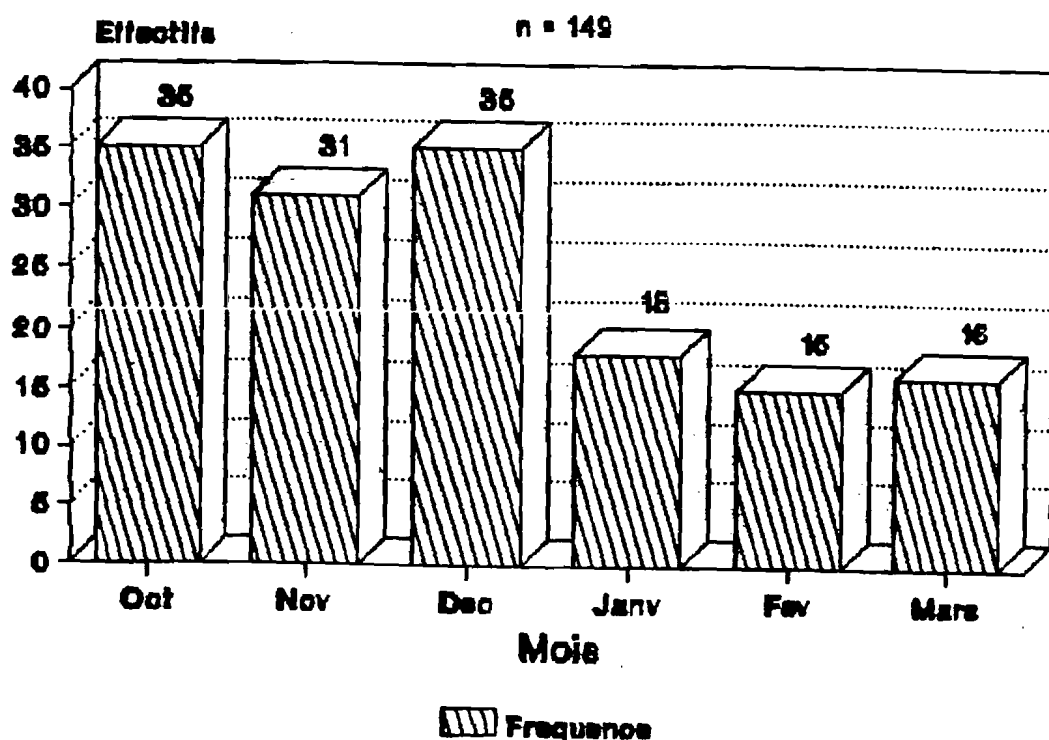


Figure N° 12: Distribution de la contribution des adolescentes au nombre des accouchements selon les mois

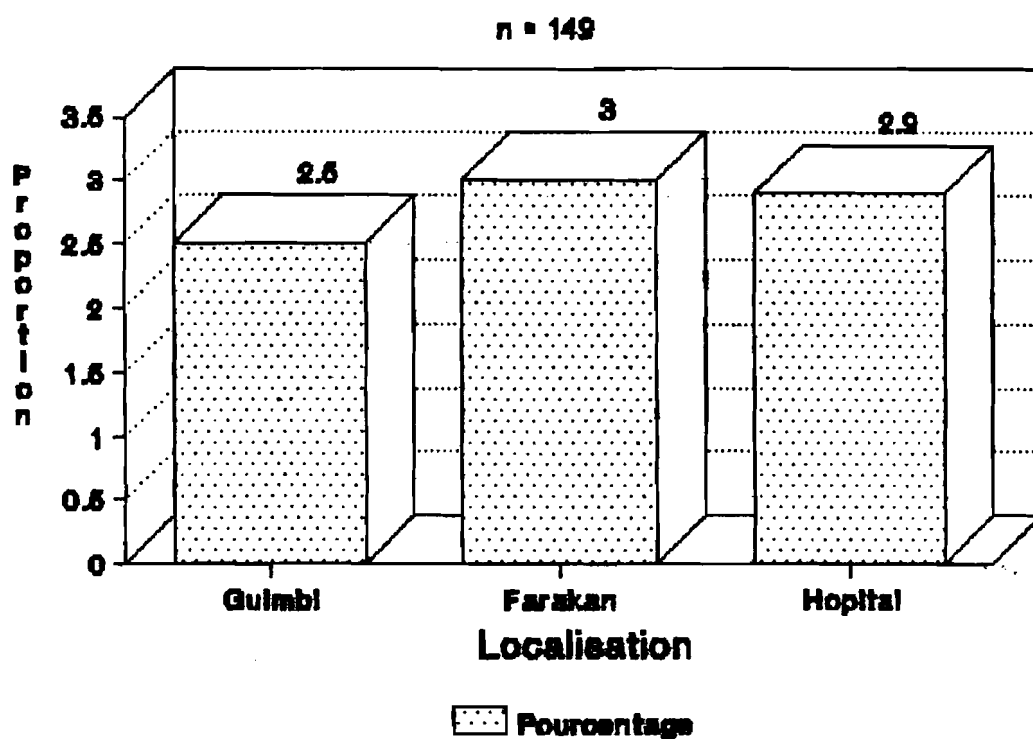


Figure N° 13: Répartition de la contribution des adolescentes au nombre des accouchements par maternité

IV- ETUDE DE LA GROSSESSE

1. DESIR D'ENFANT

- 84 adolescentes soit 53,8 p. cent désiraient avoir un enfant.

- 55,77 p. cent des adolescentes se confièrent d'abord à leur partenaire et 15,4 p. cent à leur mère.

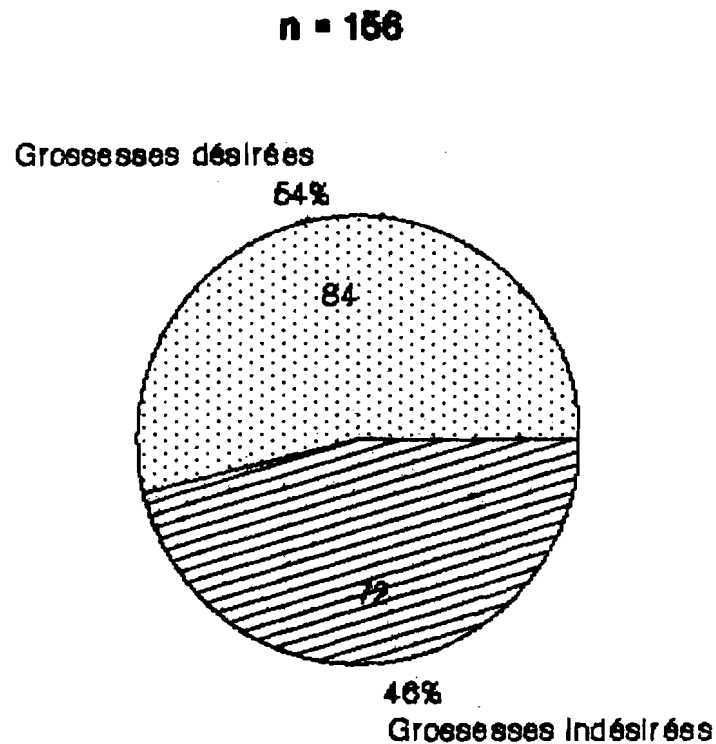


Figure N° 14: Répartition des grossesses selon le désir d'enfant

2. LA CONSULTATION PRENATALE (C P N)

TABLEAU XI: Répartition des adolescentes selon la fréquence des C P N.

Nombre de C P N	Effectifs	%
0	7	4,7%
1	36	24,1%
2	52	35,0%
>=3	54	36,2%
TOTAL	149	100%

Seules 54 adolescentes soit 36,2 p. cent effectuèrent le nombre de C P N requis par la législation en vigueur en la matière au Burkina Faso.

Le taux de couverture prénatale a été de 91 p. cent.

NB: Ont été exclus les cas d'avortements.

TABLEAU XII: Répartition des adolescentes selon leur âge et le nombre de C P N

	Nombre de C P N				
Age	0	1	2	>=3	Total
13ans	0	0	0	1	1
14ans	0	2	3	2	7
15ans	2	14	14	15	45
16ans	6	19	35	36	96
TOTAL	8	35	52	54	149
%	5,3%	23,5%	35,0%	36,2%	100%

**TABLEAU XIII: Répartition selon la fréquence de C P N
et la situation matrimoniale**

	Nombre de C P N				
Situation Matrimoniale	0	1	2	>3	Total
Mariée	3	13	19	29	64
Célibataire	5	22	33	25	85
TOTAL	8	35	52	54	149

Nous avons regroupé les fréquences de C P N ≤ 2 et ≥ 3 ; pour comparer la participation des adolescentes aux C P N selon leur situation matrimoniale.

$\chi^2=3,99$ ddl = 1 P < 0,05 La différence est significative.

Conclusion: les célibataires participèrent aux C P N moins que les mariées. Chez les adolescentes âgées de 16 ans et moins, le célibat serait un facteur péjoratif pour la qualité du suivi prénatal.

TABLEAU XIV: Répartition des adolescentes selon la fréquence des CPN et le désir d'enfant

	Nombre de CPN				
GROSSESSE	0	1	2	>3	TOTAL
Désirée	3	17	25	39	84
Indésirée	5	18	27	15	65
Total	8	35	52	54	149

Pour comparer la participation des adolescentes aux C P N selon le désir d'enfant; nous avons regrouper les fréquences de C P N ≤ 2 et celles ≥ 3 .

$\chi^2 = 8,65$ ddl=1 P < 0,05 La différence est significative.

Conclusion: le caractère indésiré d'une grossesse serait un facteur de mauvais suivi prénatal chez les adolescentes âgées de 16 ans et moins.

3. L'AGE DE LA GROSSESSE A LA DECLARATION

Seules 50 adolescentes soit 32,05 p. cent connaissaient la date exacte de leurs dernières règles.

TABLEAU XV: Répartition des adolescentes selon l'âge de la grossesse à la première C P N

AGE en semaines d'aménorrhée	NOMBRE	POURCENTAGE
<=13	14	8%
14-26	33	66%
>=27	13	26%
TOTAL	50	100%

En considérant uniquement les adolescentes qui connaissaient la date de leurs dernières règles, l'âge moyen de la déclaration de la grossesse était 22,86 semaines.

Dans 66,6 p. cent des cas, la date des dernières règles n'était pas connue. Aussi la hauteur utérine mesurée au ruban métrique a servi comme critère d'appréciation du caractère précoce ou tardif de la déclaration de la grossesse.

TABLEAU XVI: Répartition des adolescentes selon leur hauteur utérine à la première C P N.

Hauteur utérine HU	Nombre	Pourcentage
HU ≤ 12 cm	30	21,12
12 cm < HU ≤ 24 cm	80	56,34
HU > 24 cm	32	22,54
Total	142	100

NB: 7 adolescentes n'effectuèrent aucune consultation prénatale jusqu'à l'accouchement.

Chez 26 p. cent des adolescentes, la déclaration de la grossesse avait été faite après la 26^e semaine d'aménorrhée.

Dans 22,54 p. cent des cas la grossesse avait été déclarée quand la hauteur utérine a dépassé 24 cm.

La déclaration de la grossesse a été tardive notamment après le 6^e mois selon aussi bien l'âge en semaines d'aménorrhée que l'âge en fonction de la hauteur utérine.

TABLEAU XVII: Distribution des adolescentes selon leur hauteur utérine à la première C P N et leur âge

AGE	HAUTEUR UTERINE			TOTAL
	HU <=12 cm	12<HU <=24 cm	HU >24 cm	
13 ans	1	0	0	1
14 ans	3	3	1	7
15 ans	9	22	12	43
16 ans	14	58	19	91
Total	27	83	32	142
Pourcentage	19,0%	58,5%	22,5%	100%

Pour comparer les adolescentes de 15 ans et moins à celles de 16 ans selon la hauteur utérine à la 1ère C P N ; nous avons regroupé les hauteurs utérines <=24 cm > 24 cm.

$X^2 = 0,40$ ddl=1 $P > 0,05$: La différence est non significative

Conclusion: le caractère tardif de la déclaration de la grossesse ne dépend pas de l'âge de l'adolescente.

TABLEAU XVIII: Distribution des adolescentes selon hauteur utérine à la première C P N et leur situation matrimoniale

HAUTEUR UTERINE	SITUATION MATRIMONIALE			
	Mariée	Célibataire	TOTAL	%
HU <=12 cm	13	14	27	19%
12 < HU <=24 cm	37	46	83	58,6%
HU > 24 cm	11	21	32	22,5%
TOTAL	61	81	142	100%

NB: Pour comparer les adolescentes mariées aux célibataires; nous avons regroupé les hauteurs utérines <=24 cm et > 24 cm.

$X^2 = 0,37$ ddl=1 $P > 0,05$. La différence est non significative.

Conclusion: les adolescentes mariées ne déclarèrent pas leurs grossesses plus tôt que les célibataires.

TABLEAU XIX: Répartition des adolescentes selon la hauteur utérine à la première C P N et le désir d'enfant

Hauteur Utérine	GROSSESSE		Total	%
	Désirée	Indésirée		
HU <=12 cm	18	9	27	19,0
12 < HU <=24 cm	47	35	82	57,8
HU > 24 cm	16	17	33	23,2
TOTAL	81	61	142	100

NB: Pour comparer les adolescentes qui désiraient un enfant à celles qui n'en voulaient pas selon l'âge de la déclaration de la grossesse, nous avons regroupé les hauteurs utérines <= 24cm et > 24cm.

$\chi^2=1,26$ ddl=1 P >0,05 La différence n'est pas significative.

Conclusion : les adolescentes qui désiraient un enfant déclarèrent leurs grossesses aussi tardivement que celles qui n'en désiraient pas.

4. SURVEILLANCE PARACLINIQUE

Dans nos conditions de travail les frais des examens paracliniques étaient à la charge de la gestante.

Une majorité des adolescentes soit 66,7 p. cent accouchèrent sans que leurs groupes sanguins ne soient déterminés.

Parmi celles qui effectuèrent cet examen; 52 p. cent étaient mariées.

-73,1 p. cent des adolescentes n'effectuèrent pas une prophylaxie anti palustre.

5. PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS ASSOCIEES A LA GROSSESSE

TABLEAU XX : Fréquence des pathologies associées à la grossesse

PATHOLOGIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Dysgravidies précoces	98	62,8%
Anémie clinique	47	30,1%
Infection	27	17,3%
Toxémie	15	10,1%
Ictère	1	0,64%

Dans 30,1% des cas une anémie clinique était associée à la grossesse.

TABLEAU XXI : Distribution des cas de toxémie selon l'âge de la mère

AGE	EFFECTIFS	%
13ans	0	0%
14ans	0	0%
15ans	6	40%
16ans	9	60%
TOTAL	15	100%

TABLEAU XXII : Fréquence des complications pendant la grossesse

Complications	Nombre	%
Menace d'avortement	3	1,9%
Menace d'accouchement prématuré	8	5,4%
Hospitalisation	8	5,4%
Décès	0	0%

Une menace d'interruption de la grossesse (avortement ou accouchement prématuré) a été observée dans 7,3 p. cent des cas seulement.

6. ISSUE DE LA GROSSESSE

TABLEAU XXIII: Répartition des adolescentes selon l'issue de la grossesse

Issue de la grossesse	Effectifs	%
Avortement provoqué	1	0,64%
Avortement spontané	6	3,85%
Accouchement prématuré	48	30,77%
Accouchement à terme	101	64,74%
TOTAL	156	100%

La grossesse a été menée à terme dans 64,74 p. cent des cas.

Une seule adolescente avait choisi volontairement de mettre fin à sa grossesse. Il s'agissait d'une élève qui désirait poursuivre ses études.

7. INFLUENCE DE LA CONSULTATION PRENATALE

TABLEAU XXIV: Distribution des complications selon
le nombre de C P N

NOMBRE DE C P N	TOXEMIE	ECLAMPSIE	PETIT POIDS	MORTALITE NEONATALE
0-2	66,7%	100%	78,2%	80%
>=3	33,3%	0%	21,8%	20%

Plus le nombre de consultations est grand moins il y a de complications.

V- ETUDE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

1. PHASE DU TRAVAIL A L'ADMISSION EN MATERNITE

TABEAU XXV: Répartition des parturientes selon le degré de dilatation du col utérin à l'admission.

Dilatation du col en cm	Nombre	Pourcentage
<= 4 cm	68	45,64%
5-9 cm	30	20,13%
10 cm- et (+)	39	26,18%
Indéterminée	12	8,05%
TOTAL	149	100%

NB: les 12 cas où la dilatation du col utérin n'a pu être déterminée correspondaient aux accouchements à domicile.

Dans 54,36 p. cent des cas le travail et\ou l'accouchement se déroulèrent sans assistance médicale.

Néanmoins le taux de couverture obstétricale a été de 91,8 p. cent. La durée du travail n'a pu ainsi être apprécier.

2. PELVIMETRIE CLINIQUE

TABEAU XXVI: Répartition des adolescentes selon les mensurations de leurs bassins

Bassin	Nombre	Pourcentage
Normal	151	96,8%
Limite	5	3,2%
Rétrécit	0	0,0%
Autre	0	0,0%
Total	156	100%

Dans 96,8 p. cent des cas les bassins ont été jugés cliniquement compatibles avec un accouchement par voie basse.

3. LA DUREE D'EXPULSION

TABLEAU XXVII: Répartition des parturientes selon la durée d'expulsion

Durée d'expulsion	Nombre	Pourcentage
7-15 mn	53	40,15%
16-30 mn	60	45,45%
31-45 mn	10	7,58%
> 45 mn	9	6,82%
Total	132	100%

NB: - Les 12 cas d'accouchement à domicile; les 4 cas d'extraction et le cas de césarienne ont été exclus.

En moyenne la durée d'expulsion a été de 22,7 mn.

L'accouchement a été le plus souvent (64,74%) eutocique.

Chez 7 adolescentes soit 4,7 p. cent des cas l'accouchement a été dystocique.

-5 cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical.

-1 cas de disproportion foeto-pelvienne.

-1 cas de dystocie cervicale.

4. THERAPEUTIQUE OBSTETRICALE

TABLEAU XXVIII: Fréquence des interventions

Type d'intervention	Nombre	Pourcentage
Épisiotomie	93	62,4%
Médication (ocytociques)	8	5,4%
Extraction Instrumentale	4	2,7%
Expression (abdominale)	4	2,7%
Césarienne	1	0,7%
Aucune	39	26,1%
Total	149	100%

Sur les 8 cas d'administration de médicament, dans 2 cas il s'agissait d'une épreuve du travail et dans 6 cas de la correction d'une dystocie dynamique.

L'absence de coopération maternelle a été l'indication des cas de recours à une expression.

Une disproportion foeto-pelvienne associée à une souffrance foetale a été l'indication du seul cas de césarienne.

5. COMPLICATIONS MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM

TABLEAU XXIX: Fréquence des complications maternelles

Complications	Nombre	Pourcentage
Déchirures périnéales	14	9,4%
Endométrite	6	4,0%
Hémorragie de la délivrance	4	2,7%
Rétention placentaire	3	2,0%
Eclampsie	2	1,3%
Décès	1	0,7%
Fistules	0	0,0%

Un cas de décès d'une mère âgée de 15 ans qui accoucha à domicile et qui fût admise pour choc hémorragique.

Les 2 cas d'éclampsie étant survenus dans le post-partum, n'ont pas été une indication de césarienne ni une cause de décès.

VI- CARACTERISTIQUES DES ENFANTS

1. VALEURS ANTHROPOMETRIQUES

TABLEAU XXX : Répartition des nouveau-nés selon le poids et la taille de naissance

Taille Poids	T <47 cm	47<= T <=50 cm	T <50 cm	Total
900-999 g	1	0	0	1
1000-1499 g	9	0	0	9
1500-1999 g	9	0	0	9
2000-2499 g	29	15	1	45
2500-2999 g	2	52	4	58
3000-3499 g	0	19	5	24
3500 g et +	0	2	1	3
TOTAL	50	88	11	149
%	33,6%	59%	7,4%	100%

Le poids moyen de naissance était égal à 2529,7 grammes.
La taille moyenne de naissance était égal à 47,03 centimètres.

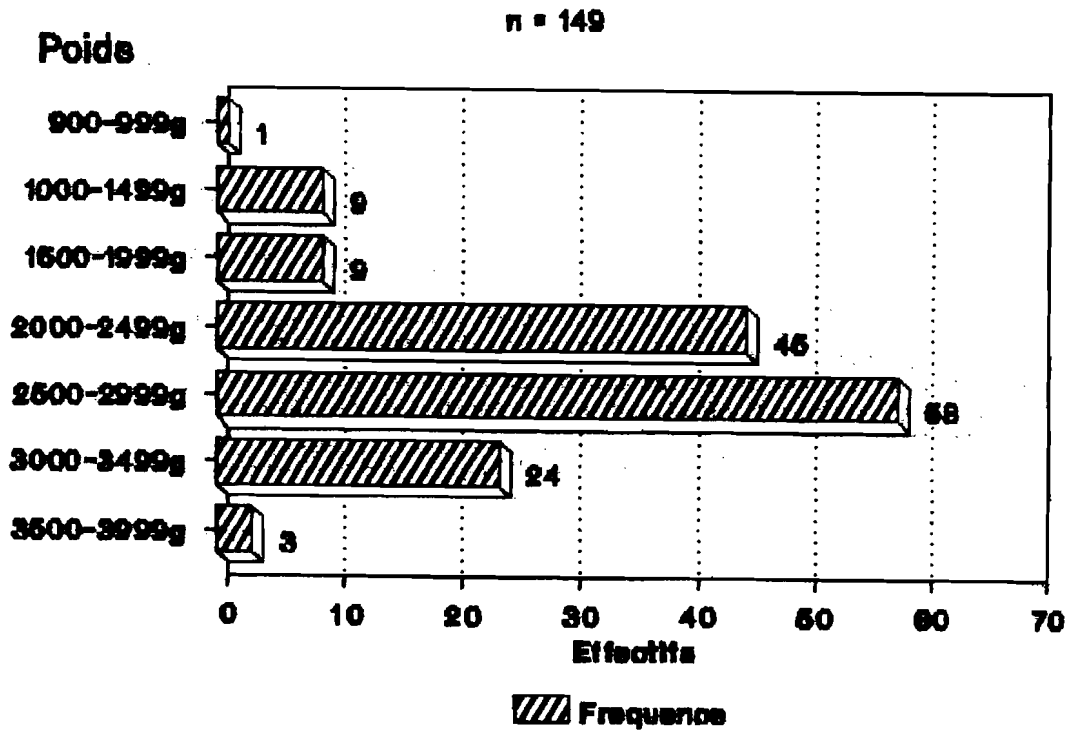
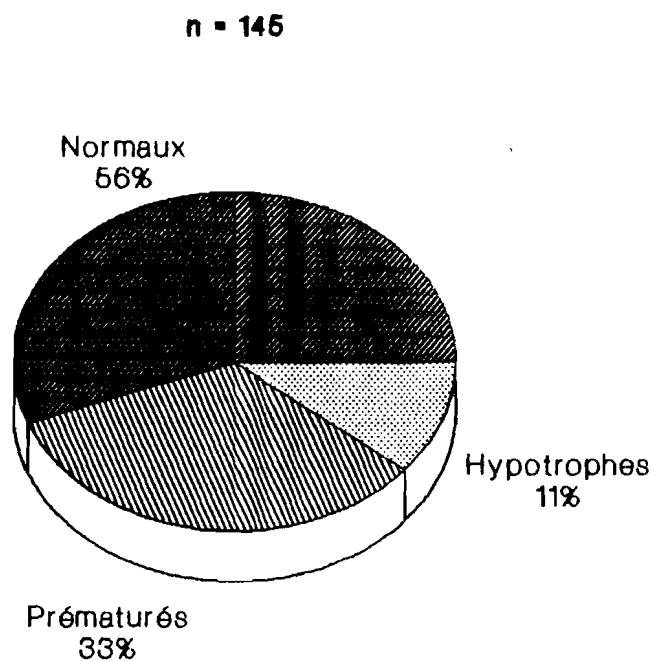


Figure N° 15: Répartition des nouveaux-nés selon le poids



**Figure N° 18: Répartition des nouveaux-nés vivants
selon le poids et la taille de naissance**

**Normaux: Poids $\geq$ 2500g / Taille $>$ 47Cm
Prématurés: Poids $<$ 2500g / Taille $<$ 47Cm
Hypotrophes: Poids $<$ 2500g / Taille $\geq$ 47Cm**

TABLEAU XXXI: Répartition des poids selon le nombre de C P N

Poids	Nombre 0-2	de C P N >=3	Total	%
PN < 2500g	45	19	64	43%
PN >= 2500g	50	35	85	57%
TOTAL	95	54	149	100%

TABLEAU XXXII: Poids et taille moyens a la naissance
selon le sexe.

SEXE	POIDS	NORMES	TAILLE	NORMES
Masculin	2497,7g	3300g	47,0cm	50,1cm
Féminin	2554,5g	3200g	47,1cm	49,9cm

Le poids et la taille moyens à la naissance étaient inférieurs aux normes en région africaine. Cependant le déficit serait plus marqué chez les garçons.

TABLEAU XXXV: Répartition des enfants selon
leur poids et l'âge de la mère

Age Poids	13ans	14ans	15ans	16ans	Total
900-999g	0	0	0	1	1
1000-1499g	0	0	3	6	9
1500-1999g	0	0	3	6	9
2000-2499g	0	2	18	25	45
2500-2999g	1	4	11	42	58
3000-3499g	0	1	10	13	24
3500g et +	0	0	0	3	3
Total	1	7	45	96	149

2. AUTRES PARAMETRES NEONATAUX

2.1 le sexe

Parmi les 149 naissances de notre série:

-65 soit 43,6 p. cent étaient de sexe masculin.

-84 soit 56,4 p. cent étaient de sexe féminin.

2.2 L'indice D'APGAR

TABLEAU XXXIII: Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'APGAR à la 1ère minute

Indice d'APGAR	Nombre	Pourcentage
0-3	10	6,71%
4-7	20	13,42%
8-10	107	71,81%
Indéterminé	12	8,06%
Total	149	100%

2.3 La réanimation

Nous avons observé 24 cas où une réanimation a été nécessaire ce qui représentait un taux 16,55 p. cent des naissances vivantes qui s'effectuèrent en maternité.

TABLEAU XXXIV: Répartition des enfants selon la durée de réanimation

Durée	Nombre	Pourcentage
0 mn	113	82,5%
2-5 mn	12	8,7%
6-15 mn	8	5,8%
16-20 mn	4	3,0%
Total	137	100%

- 5 nouveau-nés soit 3,65 p. cent ont été réanimés en vain
- ont été exclus les accouchements à domicile.

2.4 MALFORMATIONS CONGENITALES

Nous n'avions enregistré aucun cas de malformation congénitale cliniquement décelable.

3. MORTALITE PERINATALE

Nous avons observé 4 cas d'accouchement d'un mort-né.
Le taux de mortinatalité serait ainsi de 27,4 p. mille.

- 75 p. cent étaient des morts intra partum.

- Dans 75 p. cent des cas les mères étaient admises en maternité à dilatation complète.

Nous avons enregistré 11 cas de nouveau-nés décédés dans les sept jours suivants leur naissance.

Le taux de mortalité néonatale précoce serait de 75,8 p.mille.

- 103,2 p. mille constituerait ainsi le taux de mortalité périnatale de notre série.

Nous avons comparé les pourcentages de décès selon le sexe.

- 15,4 p. cent des garçons étaient décédés pour

- 4,7 p. des filles.

$\chi^2 = 4,86$ ddl= 1 P <0,05 La différence est significative.

Conclusion: la mortalité périnatale est plus élevée chez les enfants de sexe masculin.

4. FREQUENCE DES CAUSES DE DECES DES ENFANTS

TABLEAU XXXVI: Répartition des cas de décès selon la cause principale

Causes	Nombre	Pourcentage
Prématurité	5	33,3%
Hypoxie	6	40%
Infectieuse	3	20%
Détresse respiratoire	1	6,7%
Total	15	100%

La prématurité et l'hypoxie ont été les principales causes de décès des enfants. En effet 71,4 p. cent des décès étaient dus à ces causes.

5. CROISSANCE PONDERALE DES NOURRISSONS

Seules 34 mères revinrent à la consultation de la 7ème semaine du post-partum.

Le taux de couverture post-natale a été de 25,18 p. cent.

Une majorité de 73,5 p. cent des mères qui étaient revenues en consultation post-natale étaient célibataires.

Tous les enfants étaient nourris exclusivement au lait maternel.

Le poids moyen des nourrissons à l'âge de 45 jours était 4580,8g.

Selon le sexe ce poids moyen était chez:

- les garçons égal à 4664,7g pour une norme de 5200g en région africaine.

- les filles égal à 4494,7g pour une norme de 4700g en région africaine.

Le gain pondéral moyen a été de 1870g en 7 semaines.

TABLEAU XXXVII: Gain pondéral selon le sexe, le désir d'enfant et la situation matrimoniale

		Gain Pondéral Moyen
SEXE	Masculin	1996,5g
	Féminin	1744,7g
DESIR D'ENFANT	Désiré	1819,4g
	Indésiré	1928,1g
SITUATION MATRIMONIALE	Mariée	1917,2g
	Célibataire	1853,2g

Après la naissance les enfants sont élevés sans distinction de situation matrimoniale, de sexe et de désir d'enfant.

DISCUSSION ET COMMENTAIRE

VIII. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

I. METHODOLOGIE

Dans le but de mettre en confiance les adolescentes et mieux recevoir leurs confidences nous avons par nos méthodes multiplié les occasions de rencontre. Ce faisant nous avons introduit un biais systématique dans la fréquentation des formations sanitaires.

Ceci explique probablement les taux de couverture prénatale, obstétricale et post-natale plus élevés qu'au sein de la population générale que nous observions. En effet en zone urbaine de Bobo-Dioulasso ces taux étaient en 1991 respectivement de 78,6 p. cent, 83,6 et 16,01 p. cent [14] .

Or le manquement et l'irrégularité aux consultations prénatales seraient des caractéristiques de la grossesse de l'adolescente [33,47,75]. De même tous les auteurs reconnaissent l'importance de ces consultations dans la réduction des conséquences médicales d'une grossesse.

II. FREQUENCE

L'incidence de la grossesse chez l'adolescente est rapportée avec des taux variables selon les auteurs.

Ainsi M.A. ADEDOYIN et coll.[1] au Nigéria et F. DIADHIOU et coll. [24] au Sénégal notifièrent respectivement les taux de 11,6 et 12,43 p. cent chez les moins de 19 ans. I. KABORE [36] et J.I.R. LEKE [44] eux rapportèrent les taux respectifs de 18,77 et 20 p. cent pour les mêmes limites d'âge. De prime abord, la différence d'avec le taux de 2,85 p. cent que nous observions s'expliquerait par la limite d'âge supérieure fixée par ces auteurs. Mais l'âge ne semble pas tout expliquer.

En effet pour la même tranche d'âge des auteurs (Tableau IX) ont rapporté des proportions différentes.

La différence du milieu (rural et urbain) des études pourrait expliquer le taux plus bas que le notre observé par D.J. NCAYIYANA et coll.[54]. L'imitation, la curiosité, la promiscuité et l'absence d'encadrement des jeunes qui seraient des facteurs de précocité de l'activité sexuelle [34,44] sont des corollaires de l'urbanisation.

Dans les séries hospitalières de KABORE et de DIADHIOU les adolescentes en provenance des zones rurales représentaient respectivement 21,56 et 47,74 p. cent. Ces chiffres suggèrent que le recrutement en milieu hospitalier de référence comme l'a utilisé G.S. TRAORE [77] engendre une majoration des taux. Ceci associé au fait que cet auteur ait observé un âge moyen de 12,88 aux ménarches plus bas que dans notre série, éclairerait notre différence d'appréciation de la fréquence.

Par ailleurs les taux rapportés par les auteurs africains sont dans l'ensemble plus élevés que ceux observés par les européens et les américains. Selon B. BLONDEL [10] en France cette fréquence est de 0,36 p. cent; en Angleterre pour J. ASHTON [4] elle est de 0,45 p. cent chez les adolescentes de 19 ans et moins. En Amérique du nord D.L. COVINGTON [18] rapportait un taux de 1,6 p. cent pour la même tranche d'âge. La différence se situe vraisemblablement dans le niveau d'information des jeunes, le recours à la contraception et à l'interruption volontaire de la grossesse (IVG).

Nous avons observé un taux de 0,67 p. cent de recours à l'IVG, alors que I. KABORE [36] rapportait un chiffre de 36,13 p. cent chez les moins de 20 ans. Ces taux sont sans commune mesure avec celui de 71,88 p. cent que F. LAFFARGUE [43] notait en France chez les adolescentes de 18 ans et moins.

Il est possible aussi que la différence des taux entre les auteurs africains et ceux des pays du nord soit l'expression de l'importance des jeunes au sein de la population en AFRIQUE. En effet selon les estimations des NATIONS UNIS [65] en 1985, en AFRIQUE 22,66 p. cent de la population contre 16,74 en EUROPE et 14,44 aux ETATS UNIS d'AMERIQUE avaient entre 10 et 19 ans.

Ainsi outre l'âge attribué à l'adolescente, un faisceau d'éléments comme le milieu d'étude, le niveau d'information des jeunes et la structure de la population semblent contribuer à expliquer les différences de fréquence constatées.

III- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.

1. L'AGE

Pour mener notre étude nous n'avons pas fixé une limite d'âge inférieure à l'adolescence. Or à travers nos observations les gestantes les moins âgées avaient 13 ans. De fait notre travail n'a intéressé que les filles âgées de 13 à 16 ans inclus.

La majorité d'entre elles sont âgées de 16 ans (Tableau I).

C'est une image assez commune dans les publications sur la maternité précoce [1,53-55,77,79,81].

2. LES MENSURATIONS MATERNELLES

Les publications ont fait peu cas des mensurations (taille - bassin) maternelles.

La taille moyenne des adolescentes de notre étude est légèrement supérieure à celles rapportées par K. MAHOMED et coll.[46] et N.F. TANDU-UMBAN et coll.[75] qui sont respectivement de 155 et de 156,22 cm. Ce qui suggère que chez nous la croissance staturale des adolescentes de 16 ans et moins est compatible avec un accouchement normal. Aussi nous ne pouvons conclure comme MOULINET cité par TANDU-UMBA que ces adolescentes n'ont pas achevé leur croissance.

Du reste l'évaluation endopelvienne (Tableau XXVI) n'a pas mis en évidence une proportion importante d'adolescentes qui présentaient un risque osseux. Nos observations rejoignent celles de N.F. TANDU-UMBA [75] qui rapportait une proportion de 85,41 p. cent de bassins normaux.

3.LE PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE

La population de notre étude est caractérisée par une prédominance du célibat, de la profession ménagère, d'un faible niveau scolaire et économique.

C'est un profil couramment décrit dans la littérature [1,6,10,33-36,39,47,75].

Le caractère racial décrit par certains auteurs [11,19,26,81] semble être un facteur de confusion qui est lié à un bas niveau socio-économique.

Ceci laisse penser que les grossesses des adolescentes surviennent surtout dans les milieux défavorisés. Peut être que les plus nantis ont plus recours à l'IVG ou à la contraception.

4. ENCADREMENT FAMILIAL ET INFLUENCE DES PAIRS

Dans la survenue de la grossesse chez l'adolescente, certains auteurs retiennent l'influence d'un encadrement familial défectueux. Ainsi AVRANE que citait G.S TRAORE [77] rapporta que 45 p. cent des adolescentes de sa série sont des orphelines. Pour leur part N.M. MARQUES et coll.[47] observèrent que 48,51 p. cent des adolescentes cohabitaient avec une mère qui vivait seule. Par ailleurs 49,5 p. cent d'entre elles avaient une amie qui a été en grossesse.

La situation des adolescentes de notre série ne semble pas être similaire. En effet seulement 7,7 p. cent d'entre elles ne vivaient ni avec leurs époux ni avec leurs parents. Par ailleurs moins d'une adolescente sur quatre (21,2 p. cent) avaient une mère et\ou un père décédé.

5. LE PROCREATEUR

Selon I. KABORE [36] les cultivateurs sont au premier rang des partenaires de ces adolescentes. Dans notre série cette place est occupée par les commerçants avec une proportion de 48,1 p. cent.

La divergence se trouve probablement dans le fait que les adolescentes de notre série ainsi que leurs partenaires résident tous en zone urbaine. Il est également possible que ce soit les commerçants qui peuvent offrir une certaine sécurité économique immédiate et sont surtout les plus oisifs.

IV. ANTECEDENTS MATERNELS

1. LA GESTITE ET LA PARITE

Nous n'avons pas enregistré (Tableau V) de cas d'adolescentes qui soient à leur troisième grossesse. En outre la proportion des "deuxième geste" de notre série n'est comparable qu'à celle de 6,47 p. cent observée par G.S. TRAORE [77]. Cette proportion de "deuxième geste" est moins importante que celles rapportées par I. KABORE [36] et M. MOUNANGA et coll. [53] qui sont respectivement 16,35 et 28,57 p. cent.

Dans notre contexte, le recours à l'IVG semble être rare parmi les adolescentes âgées de 16 ans et moins. . La récurrence semble aussi moins fréquente chez nous.

2. L'ÂGE DE SURVENUE DES MENARCHES

L'âge de survenue des ménarches serait fonction du niveau de développement socio-économique de la communauté [6,11] et qu'il a une tendance à la baisse [21].

L'âge moyen de survenue des ménarches dans notre travail est proche de celui observé par T.J.B. KOAMA [38] en 1992 à Ouagadougou qui est de 13,8 ans. Notre observation est également comparable à celles de C. AVOHOU [6] en 1980 à Cotonou et de G.S. TRAORE [77] en 1980 à Abidjan qui sont respectivement de 13,80 et 12,88 ans

Le niveau de développement dans ces trois pays Benin, Burkina et Côte d'Ivoire étant comparable, nous ne retrouvons pas la tendance à la baisse de 2 à 3 mois par décade décrite par J. ASHTON [4]. Peut être il est plus indiqué qu'en plus de l'âge chronologique de faire appel à la notion de "poids critique" au premières règles proposée par certains auteurs.

3. INTERVALLE LIBRE ENTRE L'ÂGE AU MENARCHES ET LA SURVENUE DE LA GROSSESSE

Selon J.P. DESCHAMPS [22] les premières règles précèdent en moyenne d'un an la première ovulation.

GERNEZ et DUWAT cités par C. AVOHOU [6] et C. COLETTE citée par M. MOUNANGA et coll.[53] ont décrit des cas de grossesses survenues avant toute menstruation. Nous n'en avons pas rencontré des cas similaires (Tableau IV).

Mais l'âge moyen au premier rapport sexuel que nous avons observé, suggère que chez nous l'adolescente devient sexuellement active plus précocement qu'ailleurs. En effet DESCHAMPS J.P. et coll.[23] en Centrafrique et BONIERBALE-BRANCHERAUX M. et coll.[12] en France rapportèrent respectivement les âges moyens de 16,9 et 17 ans au premier rapport sexuel.

A travers notre étude, une durée moyenne de 2,3 ans séparait la survenue de la grossesse et l'âge aux ménarches. Cette constatation rejoint celle faite par M. MOUNANGA et coll.[53] qui rapportaient un intervalle libre moyen de 2,35 ans.

La survenue d'une grossesse semble être plus liée à la précocité de l'installation d'une ovulation qu'à celle des ménarches ou de l'activité sexuelle.

V. ETUDE DE LA GROSSESSE

1. LE DESIR D'ENFANT

La grossesse de l'adolescente est une grossesse indésirée, accidentelle, inattendue, non souhaitée pour beaucoup d'auteurs [2,3,24,36,53,75].

Il nous semble qu'il faille nuancer ce jugement. En effet à travers notre expérience 53,8 p. cent des grossesses étaient désirées alors que le célibat était prédominant. Ce taux est proche des chiffres de 66,6 et de 55 p. cent de désir d'enfant chez les adolescentes que rapportaient respectivement C. AUBRY et coll.[5] et N.M. MARQUES et coll.[47].

De même pour Y. SALOMON-BERNARD et coll.[70] les grossesses des adolescentes sont consciemment ou inconsciemment désirées et qu'il est désuet de les considérer comme accidentelles. Pour M.D. BAH et coll.[8] qui épousent le même point de vue, il s'agirait plutôt de la conséquence d'un engagement émotif mal contrôlé.

Mais il faut s'accorder avec T. AGOSSOU [2] pour souligner qu'il est difficile et artificiel de repérer et fixer un (réel) désir chez un être en mouvance, en ébullition, en transit. Du reste nous avons observé un taux de dysgravidies précoce de 62,8 p. cent. Or dans la pathogénie des vomissements gravidiques et du ptyalisme on évoque l'absence de désir de grossesse.

Ainsi il y aurait certes désir d'enfant chez ces adolescentes, mais un désir au sein duquel la part du moi

serait faible.

2. LA DECLARATION DE LA GROSSESSE

La grossesse de l'adolescente est souvent déclarée tardivement. Ce pourrait être là l'expression d'un manque d'enthousiasme, d'une absence de désir. Chez nous également cette déclaration est intervenue après le 6^e mois de gestation dans 22,54 p. cent des cas.

I.GAZOBY et coll.[33] observèrent un taux de 47,58 p. cent de déclaration de grossesse entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée. Pour M. MOUNANGA et coll.[53] 22,82 p. cent des parturientes avaient déclaré leur grossesse entre la 20^e et la 35^e semaine d'aménorrhée.

A travers notre expérience cette déclaration tardive de la grossesse ne semble être liée ni au désir d'enfant, ni à l'âge de la mère, ni à la situation matrimoniale.

Des pesanteurs socio-culturelles pourraient expliquer cette attitude. En effet dans notre société on continue de conseiller à la femme de "taire" le plus longtemps possible sa grossesse. Ce qui est censé protéger le fœtus et sa mère contre un éventuel maléfice.

Mais il est également possible que ceci procède du fait qu'il y ait des fois erreur sur la date des dernières règles indépendamment d'une méconnaissance du cycle menstruel.

C. STEVENS-SIMON et coll.[74] rapportaient dans ce sens le fait que 16,9 p. cent d'adolescentes de moins de 20 ans contre 5,7 p. cent des adultes présenteraient des métrorragies durant les 8 premières semaines de gestation.

3. LE SUIVI PRENATAL

La déclaration tardive de la grossesse a pour corollaire un nombre insuffisant de consultations prénatales (CPN).

Seules 32,2 p. cent des parturientes de notre série effectuèrent au moins trois CPN comme le prescrit la législation en vigueur au Burkina Faso. Ce taux est proche du double de ceux observés par I. KABORE [36] et I. GAZOBY et coll.[33] rapportaient respectivement les chiffres de 13 et 13,44 p. cent. M. MOUNANGA et coll.[53] eux rapportèrent le taux de 15,46 p. cent tandis que F. LAFFARGUE [43] a observé celui de 47 p. cent.

Ce n'est probablement pas nos méthodes qui ont modifié le comportement des adolescentes de notre série. En effet comme nous, N.F TANDU-UMBA et coll.[75] observèrent que 35,01 p. cent des adolescentes avaient effectué au moins trois CPN. Alors qu'eux recrutèrent les adolescentes à l'occasion de l'accouchement. La différence se situe-t-elle au niveau des limites d'âge considérées, de la situation matrimoniale ou du désir d'enfant ?

A travers notre expérience l'assiduité aux CPN semble être fonction de la situation matrimoniale et du désir d'enfant (Tableaux XIII et XIV). En outre le nombre moyen de 2,5 CPN que nous avons constaté est comparable à celui de la population générale à Bobo-Dioulasso et qui est de 2,26 [14].

Aussi il nous semble que le taux relativement fort de celles qui consultèrent à trois reprises que nous avons enregistré soit dû aux nombre de mariées (64 cas) et de grossesses désirées (84 cas) plus qu'à notre méthode.

4. PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA GROSSESSE

4.1 L'anémie

Pour G.S. TRAORE [77] l'anémie est une affection si fréquente chez les gestantes de tout âge qu'il n'en fait pas à juste titre une affection liée à l'âge. De même pour l'AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), l'anémie est un phénomène commun durant les quatres années qui suivent l'apparition des règles même chez les femmes non enceintes.

Cependant le taux d'anémie à travers notre expérience est comparable à celui de 27,8 p. cent que rapportaient N.F. TANDU-UMBA et coll..[75]. Notre chiffre devrait être revu à la baisse au regard du fait que notre appréciation de l'anémie n'a été que clinique.

Mais il est vraisemblablement plus important que les taux de 0,2 et 10,7 P. cent relevés respectivement par C. SAVONAVENTURA et coll.[71] et D. VINATIER et coll.[79]. En effet outre la différence du niveau nutritionnel; il y aurait chez nous l'effet adverse de multiples infestations parasitaires notamment à plasmodium.

4.2 La toxémie

L'insuffisance de l'extensibilité du myomètre notamment chez la primipare est considéré comme un des éléments de départ dans la pathogénie de la toxémie. Ainsi il est classiquement admis que dans 5 p. cent des grossesses uniovulaires on retrouve au moins un des signes de la triade symptomatique de la toxémie.

Nos observations (Tableau XX) rejoignent celles de C. AVOHOU qui rapporte une proportion de 10,43 p. cent. Il en est de même pour M. BA.GUEYE [7] et G.S. TRAORE [77] qui dans l'ordre enregistèrent des proportions de 9,4 et 12,02 p. cent.

D'autres auteurs rapportèrent des taux moins importants. Ainsi O.A. OJENGBEDE et coll.[55] notaient un taux de 5,95 p. cent. proche de ceux des séries de PH. BOISSELIER et coll.[11] et de J. ZACKLER et coll.[81] qui sont respectivement de 4,4 et 5,13 p. cent.

5. EVOLUTION DE LA GROSSESSE

Les adolescentes de 16 ans et moins, auraient très peu recours à l'IVG comme le suggère la proportion de 0,64 p. cent que nous avons observé.

Chez les 19 ans et moins à Ouagadougou, I. KABORE [36] a rapporté le taux de 9,74 p. cent de recours à l'IVG. Est ce avec l'âge que les adolescentes ayant acquis plus d'informations choisissent de ne pas conduire à terme leurs grossesses ?

Le comportement des adolescentes chez nous pourrait s'expliquer par leur ignorance de la possibilité d'un tel choix ou leur méconnaissance du début de la grossesse. Il est également possible qu'à cela s'ajoute leur manque de moyens financiers, le caractère illégal de l'avortement provoqué et surtout le désir d'enfant.

La fréquence de 3,85 p. cent d'avortements spontanés que nous avons observé est proche de celle de 4,1 p. cent enregistré par F. LAFFARGUE et coll.[43]. N. DEQUIDT et coll. [20] eux rapportèrent un taux de 8 p. cent.

La grossesse a été menée à terme dans une proportion de 64,74 p. cent. Cette constatation est similaire à celle faite par I. GAZOBY et coll.[33] qui notèrent un taux de 66 p. cent.

VI. TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

1. LA PERIODE D'EXPULSION

Pendant la période d'expulsion, le risque de souffrance foetale est élevé comme l'objective l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. Elle correspond à la deuxième période du travail et s'étend de la dilatation complète à la naissance. On lui reconnaît une phase d'expulsion proprement dite qui s'étend du moment où la béance de l'orifice anal atteint 3 centimètres à la naissance.

Nous avons retenu la période allant de la dilatation complète à la naissance.

La durée moyenne que nous avons ainsi observé se rapproche de celles constatées par I. GAZOBY [33] et M. MOUNANGA et coll.[53] qui dans l'ordre ont rapporté les durées de 22,41 et 24 mn.

Selon G.S. TRAORE [77] cette durée moyenne d'expulsion excède toujours 30 mn ; de même pour D. VINATIER et coll.[79] elle est de 33 mn.

La prise en compte du double intérêt de l'enfant et de la mère amène l'obstétricien moderne à agir dès que le seuil de 20 mn est franchit.

Cette phase de travail ne semble donc pas très favorable chez l'adolescente et justifie si besoin en était l'utilisation du partogramme.

2. LES PRESENTATIONS

Dans l'accouchement chez l'adolescente la présentation céphalique semble être de règle.

De même que nous PH. BOISSELIER et coll.[11] constatèrent que la présentation est céphalique dans 97,77 p. cent des cas. Egalement G.S. TRAORE [77] et I. KABORE [36] rapportèrent des taux respectifs de 94,4 et 89,3 p. cent.

3. COMPLICATIONS MATERNELLES

Les dystocies ont été peu fréquentes (4,7 p. cent) dans notre série.

L'accouchement chez l'adolescente est en fait considéré comme un accouchement souvent eutocique par de nombreux auteurs [30,33,39,53].

Toutefois G.S. TRAORE [77] et I. KABORE [36] ont respectivement rapporté les taux de 40,13 et 54,65 p. cent de dystocies.

Les déchirures périnéales ont été les plus fréquentes des complications que nous avons observé (Tableau XXIX). Les séquelles d'excision semblent être la première cause pouvant expliquer ce constat.

Peut être aussi que la différence d'avec le taux de 17,24 p. cent que rapporta N.F. TANDU-UMBA s'explique par le fait que chez nous l'épisiotomie a été plus systématique: un taux de 62,4 contre 40,59 p. cent.

4. INTERVENTIONS OBSTETRIQUES

4.1 Extractions instrumentales

Le taux d'extractions instrumentales dans nos conditions de travail (Tableau XXVIII) est voisin de ceux rapporté par C. SAVONA-VENTURA et coll.[71] et N.F. TANDU-UMBA et coll.[75] qui sont respectivement de 2,2 et 2,39 p. cent.

Certains auteurs ont observé des taux plus importants. Ainsi I. KABORE [36] notait un taux de 4,26 p. cent. Pour leur part G.S. TRAORE [77] et I. GAZOBY et coll.[33] ont rapporté des taux respectifs de 6,99 et 12 p. cent.

4.2 Césarienne

Le taux de césarienne de notre expérience est extrêmement bas comparé à ceux de 38,17 et 3,45 p. cent que rapportaient respectivement G.S. TRAORE [77] et N.F. TANDU-UMBA et coll.[75].

L'écart se situe probablement dans l'importance des bassins normaux (96,8 p. cent), la grande taille des mères (moyenne de 160,45 cm) chez les adolescentes de notre étude.

4.3 Épisiotomie

Une épisiotomie a été pratiquée dans 62,4 p. cent des cas de notre série. Cette proportion est proche de celle de 60 p. cent observé par G.S. TRAORE [77] mais faible comparée à celle rapportée par F. DIADHIOU et coll.[24] qui est de 80,43 p. cent.

Comparé au taux de 7,2 p. cent qu'a relevé D. VINATIER et coll.[79] celui de notre étude paraît démesuré. Mais la différence semble procédée du fait que chez nous 85,9 p. cent des adolescentes étaient excisées. Les séquelles d'excision altèrent l'élasticité du périnée.

7. ETUDE DES NOUVEAU-NES

1. LE POIDS DE NAISSANCE

Le faible poids à la naissance est une des caractéristiques majeure des enfants nés de mères adolescentes.

Il est classique de définir la prématurité par un âge gestationnel compris entre la 28^e et la 36^e semaine d'aménorrhée. Mais la difficulté à dater le début de la grossesse surtout chez l'adolescente ne permet pas toujours de distinguer les enfants de petit poids à terme des vrais prématurés. C'est ainsi que selon KRAMER M.S. et coll.[40] près d'un quart des nouveau-nés qui seraient considérés comme prématurés d'après la DDR sont en fait nés à terme.

Aussi les critères utilisés par les uns et les autres pour contourner cette difficulté ont varié. Les critères morphologiques ou neurologiques permettent de déterminer l'âge gestationnel avec suffisamment de précision. Le critère pondéral seul ou corrélié avec la taille est moins précis mais plus commode à utiliser.

Pour M.C. REINHARDT [67] les principaux facteurs du faible poids à la naissance sont la parité, l'état nutritionnel, l'anémie et le paludisme. Selon ce même auteur le groupe à risque sont les jeunes primipares dans le contexte ivoirien.

Le taux de faible poids de naissance (inférieur à 2500 g) que nous avons observé est plus important que celui rapporté par beaucoup d'auteurs. Ainsi pour A.B. DOTT et coll.[26] et J. ZACKLER et coll. [81] il est respectivement de 15 et 16,6 p. cent alors que pour G.B. SLAP et coll.[72] il est de 19,4 p. cent.

En AFRIQUE ; selon G.S. TRAORE [77] en Côte d'Ivoire il est de 25,06 p. cent et au Zaïre selon N.F. TANDU-UMBA et coll.[75] le taux de faible poids à la naissance est de 31,15 p. cent. Notre observation se rapproche de celle de O.A. OJENGBEDE et coll.[55] qui trouvaient une proportion de 48 p. cent.

La grande fréquence de petit poids de naissance dans notre série pourrait être expliquée par la proportion des adolescentes anémiées (30,7 p. cent) et de celles qui n'effectuèrent pas de prophylaxie anti palustre (73,1 p. cent)

2. L'INDICE D'APGAR

L'appréciation de l'indice d'APGAR est l'une des méthodes objectives de l'évaluation de l'état du nouveau-né la plus couramment utilisée. Toutefois peu de publications sur la maternité précoce lui ont réservé une place.

N.F. TANDU-UMBA et coll.[75] ont rapporté les mêmes proportions que nous: APGAR de 7 - 10 : 80,6 p. cent et APGAR de 1 - 6 : 15,73 p. cent.

De même G.S. TRAORE [77] a observé que les enfants qui ont un APGAR de 7 - 10 constituaient 74,94 p. cent et ayant un APGAR de 1 - 6 représentaient 11,18 p. cent de sa série.

Les enfants mort-nés (indice d'APGAR égal à zéro) représentaient la proportion de 1,25 p. cent dans la série de TANDU-UMBA comme dans notre étude. TRAORE pour sa part a rapporté un taux plus élevé de 11,05 p. cent.

La faiblesse de taux semble provenir du fait que ce dernier auteur a inclus dans son étude les parturientes référées pour une pathologie.

3. MALFORMATIONS CONGENITALES

Contrairement aux données de la littérature nous n'avons pas observé des cas de malformations congénitales cliniquement décelables.

Alors que C. AVOHOU [6] et G.S. TRAORE [77] ont eux rapporté respectivement des taux de 1,07 et 0,51 p. cent.

I. KABORE [36] lui observa une proportion de 0,47 p. cent.

C'est dire que le risque de malformation dont est accréditée la grossesse de l'adolescente existe mais serait rare. Ce qui traduirait l'aptitude à la procréation de ces jeunes femmes.

4. MORTALITE PERINATALE

4.1 Mortinatalité

Des 4 cas de mort- nés de notre série, 3 soit 75 p. cent sont des mort-nés frais; en fait des morts intra-partum.

Le taux de mortinatalité observé par M.A. ADEDOYIN et coll.[1] qui est de 28p. mille est proche de celui de notre série. Ce dernier est bas comparé au taux de 73,9 p. mille qu'ont rapporté N. MEDA et coll.[52] après une étude sur les facteurs de risque de mortinatalité en milieu urbain de Bobo-Dioulasso.

La faiblesse du taux que nous avons constaté semble être liée au fait qu'aucune des parturientes de notre série n'a été évacuée. Toutes les adolescentes de notre étude étant par définition des résidentes de la zone urbaine de Bobo.

Par ailleurs 45,6 p. cent d'entre elles ont été admises en maternité en début du travail. Dans 75 p. cent des cas où l'accouchement s'est soldé par un mort-né la mère a été admise en salle d'accouchement à dilatation complète.

4.2 Mortalité néonatale précoce

Le taux de mortalité néonatale précoce de notre étude est de 75,8 p. mille.

Ainsi le taux de mortalité périnatale de 103,2 p. mille de notre série est moins important que celui de 146 p. mille qu'a rapporté O.A. OJENGBEDE et coll.[55].

5. LE DEVENIR PONDERAL DES NOURRISSONS

Le taux de couverture post-natale que nous avons observé est plus élevé qu'au sein de la population générale où il est de 16,01 p. cent.

Le gain pondéral de 1870,6 g en moyenne suggère que les jeunes mères nourrissent bien leurs enfants. Du reste tous ces derniers étaient nourris exclusivement au sein. Mais dans cette performance il faudrait ne pas négliger le fait que dans notre société ces jeunes mères sont soutenues, guidées par leurs familles.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

IX CONCLUSION

La gravido-puerpéralité chez l'adolescente résidant en zone urbaine de Bobo-dioulasso revêt des similitudes avec des situations décrites ailleurs. Cependant les résultats de notre étude suggèrent l'existence de quelques particularités.

Une proportion de 53,8 p. cent des grossesses étaient désirées. Aussi le recours à l'IVG a-t-il été exceptionnel. La récurrence a également été rare.

Les adolescentes ignorent dans 89,4 p. cent des cas l'existence même de méthodes contraceptives modernes à fortiori leur utilisation.

Le mariage précoce est encore largement pratiqué comme l'indique la fréquence de 41 p. cent d'adolescentes mariées de notre série. Les partenaires de ces jeunes femmes sont des adultes jeunes âgés de plus de 25 ans dans 44 p. cent des cas.

L'attitude de l'entourage familial de l'adolescente n'est guère la réprobation. C'est au contraire un soutien effectif à travers des conseils de maternage du nouveau-né. Ce qui se traduit par une croissance normale de ce dernier. Et également par l'absence d'un sentiment de culpabilité ou de honte chez ces adolescentes qui toutes nourrissent leurs enfants au sein.

Le niveau de maturité physique des adolescentes semble être compatible avec la procréation. Le bassin chez ces jeunes mères était normal dans 96,8 p. cent des cas.

L'anémie et la toxémie sont les principales pathologies associées à la grossesse.

Les lésions périnéales sont très fréquentes du fait des séquelles d'excision qui se rencontrent dans 85,9 p. cent des adolescentes.

Les parturientes accouchent à domicile ou n'arrivent que tardivement en salle de travail dans 54,36 p. cent des cas.

La mortalité maternelle est très faible. Les fréquences de l'accouchement prématuré 30,77 p. cent et du faible poids de naissance sont par contre très élevées.

La prématurité et l'hypoxie sont les principales causes de mortalité périnatale dont le taux est de 103,2 p. mille.

Les enfants qui survivent ont une croissance pondérale normale au cours des premières semaines du post-partum.

X SUGGESTIONS

Les jeunes animateurs de secteurs (JAS) mis sur pied par l'association burkinabè pour le bien être de la famille (ABBEF) constituent un tremplin qui à n'en pas douter contribuera à un changement de comportement des adolescents. Aussi faut-il saluer et soutenir vigoureusement leurs initiatives novatrices.

Pour réduire la mortalité et la morbidité liées à la maternité précoce nous suggérons:

1. La création d'une banque de données relatives aux comportements des adolescents gérée par une équipe pluridisciplinaire.
2. Le recrutement au sein des organisations de jeunes comme les clubs Unesco, le mouvement scout, ... etc d'adolescents et leur formation aux techniques de communication. Ils constitueront un tremplin pour une stratégie d'information, d'éducation et de communication (I.E.C.)
3. La confection de supports (manuels, affiches, saynètes, cassettes, ...) pour une sensibilisation sur les risques d'une maternité précoce. A l'intention des adolescents, des parents des chefs coutumiers et religieux afin:
 - De bannir le mariage précoce et l'excision.
 - De faciliter et encourager la fréquentation des services de santé par les adolescents.
 - De retarder le début de l'activité sexuelle.
4. La création dans les zones urbaines comme Bobo-Dioulasso d'un centre qui offre de jour et de nuit des services aux adolescents et coordonne les activités d'I.E.C.
5. Un effort de compréhension et le soutien de tous: parents et agents de la santé.

BIBLOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. **ADEDOYIN M.A., ADETERO O. :-** Pregnancy and its outcome among teenage mothers in Ilorin, Nigeria.
East. Afr. Med. J., 1989; 66 (7); pp.448-452

2. **AGOSSOU T. :-** Grossesses non désirées chez les adolescentes: la dimension psycho-sociale.
in Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique. Journée scientifique, Saly Portudal/Mbour Sénégal, 16 Mai 1991; (A paraître dans vie et santé)

3. **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. :-** Statement on teenage pregnancy comittee on adolescence.
Pediatrics, 1979; 63 (5); pp.795-797

4. **ASHTON J. :-** True story: the Liverpool project to reduce teenage pregnancy.
Br. J. Family Planning, 1989; 15 (2); pp.46-51

5. **AUBRY C., SCHWEITZER M., DESCHAMPS J.P. :-** Désir d'enfant et grossesse dans l'adolescence.
Arch. Fr. Pédiatr., 1988; 45 (1); pp.845-849

6. **AVOHOU C.:-** Grossesse et accouchement chez l'adolescente : étude réalisée à propos de 1485 cas recensés en milieu hospitalier à Cotonou. -170p.
Th.: Méd. : Cotonou Bénin, 1980.

7. **BA-GUEYE M. :-** Une grossesse d'adolescente comporte de graves risques pour la mère et l'enfant.
Pop. Sahel, Bamako Mali Août 1990; (13); pp.14-16

8. **BAH M.D., CORREA P., PELLEGRIN M., THIOUNE O. :** Adolescence et grossesse (Approche psycho-sociale et médicale).
Afr. Méd., 1991; 30 (294); pp.115-122

9. BARRY T.M. :- Adolescence et contraception: problématique et perspectives.

In: Réseau de recherche en santé de la reproduction en

Afrique. Journée scientifique, Saly Portudal/Mbour Sénégal

16 Mai 1991; (A paraître dans vie et santé)

10. BLONDEL B. :- Risques des grossesses précoces; aspects épidémiologiques.

Rev. int. de Pédiat., 1988; (178); pp.48-50

11. BOISSELIER Ph., HAJALI B., BOYER F. et coll. :- La grossesse chez l'adolescente.

J.Gynécol.Obstét.Biol.Reprod., 1985; (14); pp.607-611

12. BONIERBALE-BRANCHEREAU M., HONTAX J., BOUBLI L., VALLES G. :- Le premier rapport sexuel de l'adolescente.

Psychol. Med. Paris, 1986; 18 (3); pp.465-469

13. BURKINA FASO. Ministère de la promotion économique. Direction de contrôle des sociétés d'état :- Les sociétés d'état: entreprises classées selon le chiffre d'affaire en 1987.

Lettre d'information J.A.E., 1990; (130); pp.230-236

14. BURKINA FASO. Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille. Direction Provinciale de la santé du Houet: Plan quinquennal de développement sanitaire (1991-1995), Tome 1 : 236 p.

15. CENTRE INTERNATIONAL SUR LA FECONDITE CHEZ LES ADOLESCENTS. Washington :

La fécondité des adolescents: faisons le point.

ICAF: un âge transitoire, 1990; 10 (3); pp.1-8

16. COEYTAUX F. :- Le quarantième jour, fête de la mère et l'enfant: Le programme post-partum de SFAX, Tunisie.

Pop. Concil, Série 1989; 30 p.

17. **COURTECUISSÉ V. :-** La grossesse chez l'adolescente: ses conséquences.
Jama, 1989; 14 (189) : p.929

18. **COVINGTON D.L., DALEY J.G., CHURCHILL M.P. et coll. :-** The effects of a prematurity prevention program on birth to adolescents.
Journal (The) of Adolescent Health Care, 1990; 11 (4); pp.335-338

19. **DAVIS S. :-** Pregnancy in adolescents.
Pediatric (The) Clinics of North America, 1989; 36 (3); pp.665-680

20. **DEQUIDT N., BRENEZ D., SCHWEITZER M., LANDES P. :-** La grossesse chez l'adolescente.
Cr. Ste. Nat. Gyn., séance de groupement de Nancy 21 Oct. 1981.
J.Gynécol.Biol.Reprod., 1983; 12 (1); p.101

21. **DESCHAMPS J.P. :-** Adolescence et maternité.
Rev. Prat.(suppl.)(Paris), 1977; 27 (14) :p.876 et p.878

22. **DESCHAMPS J.P. :-** Grossesse et maternité chez l'adolescente. - Paris: Le Centurion, 1976.- 236p.

23. **DESCHAMPS J.P., ERNY P., M'BEDE J. :-** Sexualité et santé dans l'adolescence.
LA SANTE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES.
Enfant en Milieu Tropical. Paris, 1989; (180); pp.32-40

24. **DIADHIOU F., BAH M.D., NDIAYE P., et coll. :-** Adolescence et grossesse. Dakar Juin 1987. -pp.527-542
In: S.A.G.O.(Société Africaine de Gynéco-Obstétrique)

25. **DIADHIOU F.** :- Incertitude et quête de soi dans une société en transition. L'adolescente gère mal sa fécondité.
Pop. Sahel, Bamako Mali Août 1990; (13); pp.12-13

26. **DOTT A.B., FORT A.T.** :- Medical and social factor affecting early teenage pregnancy: a litterature review and summary of the findings of Louisiana infant mortality study.
Am. J. Gynecol. Obstet., 1976; 125 (4) ; pp.532-536

27. **DUBOIS H., DUBOIS M.C.** :- Etude de la mortalité infantojuvénile à Bobo-Dioulasso.
Ministère de l'action sociale et de la famille. Direction provinciale du Houet Bobo-Dioulasso Burkina Faso.
Doc. Tech. O.C.C.G.E., 1990; (9727); 27p.

28. **DUJARDIN B., VAN BALEN H.** :- L'initiative pour une maternité sans risques: quelles perspectives.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.,1991; 20 (3); pp.397-405

29. **FAMILY HEALT INTERNATIONAL, DURHAM** :- Les adolescentes et la fécondité.
Network, 1991; 6 (1) : pp.16-19

30. **FEDERATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE.**
Les services destinés aux adolescents. initiatives de quelques associations de planification familiale.
Londres: FIPF, 1985; -40p.

31. **FRIEDMAN H.L., EDSTROM K.G.** :- Aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents. Comment planifier la recherche sur les services de santé ? -Genève: OMS, 1983. -54p.
-(OMS. Pulication Offset; 77)

32. GALE R., SEIDMAN D.S., DOLLBERG S., ARMON Y., STEVENSON D.K. :- Is teenage pregnancy a neonatal risk factor ?
Journal (The) of Adolescent Health care , 1989; 10 (5) ; pp.404-408
33. GAUTHIER C., AGNANI G., DELPIANO F., COLETTE C. :- La grossesse des adolescentes.
Cr. Ste. Nat. Gyn., séance du groupement de Nancy, 21 Oct. 1981
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod., 1983; 12 (1);pp.101-102
34. GAZOBY I., SEKOU H., GUEHO C., HASSAN I. :- La gravido-
puerpéralité de l'adolescente nigérienne: A propos de 952
cas recensés dans la ville de Niamey (Niger).
Inter-Fac. Afrique., 1990; (13); pp.1-11
35. HOLLINGSWORTH D.R., KREUTNER A.K.K. :- Teenage pregnancy:
solutions are evolving.
N. Engl. J. Med., 1980; 303 (9); pp.516-518
36. KABORE I. :- Grossesse chez les adolescentes au Burkina
Faso: aspects épidémio-cliniques à propos de 575 cas
observés à la maternité du Centre Hospitalier National
Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. - 69p.
Th.: Méd. : F.S.S. : Ouagadougou : 1991;(6)
37. KAMARA S. :- Fécondité des adolescents.
In: Réseau de Recherche en Santé de
la Reproduction en
Afrique, Journée scientifique, Saly
Portudal/Mbour Sénégal
16 Mai 1991 : (A paraître dans vie et santé)
38. KOAMA T.J.B. :- Etude clinique de la puberté féminine en
milieu scolaire à Ouagadougou (Province du Kadiogo -
Burkina Faso).
Th.: Méd. : F.S.S. Ouagadougou: 1992; (8)

39. KONIAK-GRIFFIN D. :- Psychosocial and clinical variables in pregnant adolescents: a survey of maternity home residents.
Journal (The) of Adolescent Health Care, 1989; 10 (1); pp.23-29

40. KRAMER M.S., Mc LEAN F.H., BOYD M.E., USHER R.H. :- Valeur de l'estimation du terme d'après la DDR dans les accouchements à terme, avant terme et après terme.
Jama (suppl). 1989; 14 (184); pp.29-31

41. KULIN H.E. :- Adolescent pregnancy in Africa: a programatic focus.
Soc. Sci. Med., 1988; 26 (7); pp.727-735

42. KULIN H.E. :- Les grossesses d'adolescentes en Afrique.
Forum Mondial de la Santé, 1990; 11 (3); pp.368-371

43. LAFFARGUE F., BACHALARD B. :- La grossesse chez les adolescentes.
Rev. int. de Pédiat., 1988; (178); pp.51-54

44. LEKE R.J.I. :- Grossesse chez les adolescentes en Afrique au Sud du Sahara.
In: Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique, Journée scientifique, Saly Portudal/Mbour Sénégal 16 Mai 1991 : (A paraître dans vie et santé)

45. LIMA M., FIGUERA F., EBRAHIM G.J. :- Malnutrition among children of adolescent mothers in a squatter community of Recife, Brazil.
J. Trop. Pédiatr., 1990; 36 (1); pp.14-19

46. MAHOMED K., ISMAIL A., MASONA D. :- The young adolescent pregnant teenager: why the poor outcome ?
Cent. Afr. J. Med., 1989; 35 (5); pp.403-406

47. **MARGUES N.M., EBRAHIM G.J.** :- The antecedents of adolescent pregnancy in a brasilian squatter community.
J. Trop. Pédiatr., 1991; 37 (4); pp.194-198

48. **MBACKE C.** :- Classes sociales, fécondité adolescente et mortalité infantile: quand la richesse devient un handicap.
Pop. Sahel, Bamako Mali Août 1990; (13); pp.35-42

49. **McANARNEY E.R., HENDEE W.R.** :- Adolescent pregnancy and its consequences.
Jama, 1989; (262); pp.74-77

50. **McANARNEY E.R., HENDEE W.R.** :- The prevention of adolescent pregnancy.
Jama, 1989; (262); pp.78-82

51. **MCCUE-HORWITZ S., KLERMAN L.V., KUO H.S., JEKEL J.F.** : School-age mothers: predictors of long term educational and economic outcomes.
Pediatrics, 1991; 87 (6); pp.862-868

52. **MEDA N., TRAORE G.S., MEDA H.A., CURTIS V., COUSENS S.N., MERTENS T.E.** :- La mortinatalité au Burkina Faso: Facteurs de risque en milieu urbain de Bobo-dioulasso
Ann. Soc. Belge. Med. trop., 1991; (71); pp.307-316

53. **MOUNANGA M., MOUELY G., ZINSOU R.D.** :- La grossesse et l'accouchement de l'adolescente gabonaise.
Etude de 97 cas.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1985; 80 (5); pp.293-298

54. **NCAYIYANA D.J., TERHAAR G.** :-Pregnant adolescents in rural Transkei: age per se? does not confer high risk status.
S. Afr. Med. J., 1989; 75 (5); pp.231-232

55. **OJENGBEDE O.A., OTOLORIN E.O. :-** Pregnancy performance of Nigerian women aged 16 years and below, as seen in Ibadan, Nigeria.
Afr. J. Med. Sci., 1987; 16 (2); pp.89-95

56. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence.
Rapport d'une réunion d'experts de l'O.M.S.
Série de Rapports Techniques 583 Genève 1975 : 21p.

57. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** La santé des jeunes, savoir pour agir: les jeunes, sexualité et reproduction.
(A42/Discussions techniques/5), Genève, 1989; 12p.

58. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** La santé des jeunes.
Document de base des discussions techniques de Mai 1989.
(A42/Discussions techniques/2), Genève, 1989; 52p.

59. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** Les aspects médico-sanitaires de la reproduction chez les adolescents: une stratégie pour l'action.
Déclaration conjointe, O.M.S/FNUAP/FISE, Genève, 1989; 18p.

60. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** Les jeunes et la santé: défi pour la société. Rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S sur les jeunes et la santé pour tous d'ici l'an 2000.
Série de Rapports techniques 731, Genève, 1986; 128p.

61. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :-** Mortalité maternelle: soustraire les femmes à l'engrenage fatal.
D'après le rapport de la réunion inter-régionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 11-15 Novembre 1985; pp.193-202

62. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** :- Quarante-deuxième Assemblée Mondiale de la Santé.
Rapport des discussions techniques sur la santé des jeunes (A42/Discussions techniques/13), Genève, 1989; 34p.

63. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** :- Santé des jeunes dans la région africaine.
Unité de SMI/PF-AFRO. Bazaville, 1988; 24p.

64. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** :- Valeurs anthropométriques de références pour la région africaine.
Bureau Régional de l'Afrique, Brazzaville, AFR/NUT. 13p.

65. **POPULATION REPORTS** :- L'âge au mariage et la fécondité.
Série M, 1980; (4); 64p.

66. **POPULATION REPORTS** :- La jeunesse des années 1980: problèmes sociaux et sanitaires.
Série M, 1987; (9); 46p.

67. **REINHARDT M.C.** :- Etiologie du faible poids à la naissance et conséquences pour la santé publique. Etude dans une maternité à Abidjan (Côte D'Ivoire).
Médecine d'Afrique Noire, 1981; 28 (3); pp.153-162

68. **REMEZ L.** :- Adolescent fertility in Latin America and the Carribean: examining the problem and the solutions.
International Family Planning Perspectives, 1989; 15 (4); pp.144-148

69. **ROTTEN D., GERNIGON O.** :- Contraception et sexualité. Particularités liées à l'adolescence.
Rev. Prat., Paris, 1989; 39 (4); pp.335-343

70. **SALOMOND-BERNARD Y., DAYAN-LINTZER M., DESCHAMPS J.P., LEBOVICI S., THIBAUD E.** :- Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente.
Encycl.Med.Chir. (Paris - Fce), Gynécologie,3-1988; 16p.

71. SAVONA-VENTURA C., GRECH E.S. :- Risk in pregnant teenagers.
Int. J. Gynecol. Obstet., 1990; 32 (1); pp.7-13
72. SLAP G.B., SCHWARTZ J.S. :- Risk factors for low birth weight to adolescent mothers.
Journal (The) of Adolescent Health Care, 1989; 10 (4); pp.267-274
73. SOW E.B. :- Réhabilitation des jeunes mères au centre WAYEREMA de Sikasso au Mali. Les exclues d'hier deviennent de bons partis.
Pop. Sahel, Bamako Mali Août 1990; (13); pp.51-54
74. STEVENS-SIMON C., ROGHMANN K.J., McANARNEY E.R. :- Early vaginal bleeding, late prenatal care, and misdating in adolescent pregnancies.
Pediatrics, 1991; 87 (6); pp.838-840
75. TANDU-UMBA N.F., YANGA K., MPUTU L. :- Profil obstétrical de la maternité précoce à Kinshasa (Zaïre).
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1983; 12 (8); pp.873-877
76. TOWNSEND I., PHILIPSBORN H.F. :- Children having children.
Pediatrics, 1980; 65 (3); pp.675-676
77. TRAORE S.G. :- Adolescence et maternité. -125p.
Th. Méd.: Abidjan : 1981; (304)
78. UNICEF Ouagadougou:- Maternité sans risques.
Carte de l'enfant, 6ème année, Nov-Dec. 1991; (28); 4p.
79. VINATIER D., MONNIER J.C., MULLER P., DELECOUR M., CREPIN G. :- La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. A propos de 112 observations.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1984; 79 (7-9); pp.549-554

80. WANSTALL-SAUTY M., CHASEY C. :- L'adolescence et la sexualité: ses difficultés et ses dangers. Un guide à l'intention du personnel des cliniques, des parents et des enseignants. -Londres : FIPF, 1978; 31p.
81. ZACKLER J., ANDELMAN S., BAUER F. :- The young adolescent as an obstetric risk.
Am. J. Gynecol. Obstet., 1969; 103 (3); pp.305-312

RESUME

ISSA Mahamane

ADOLESCENCE ET GRAVIDO-PUREPERALITE

En zone urbaine Ouest Africaine: Bobo-Dioulasso. BURKINA FASO.

Du fait de l'immaturité physique et psychologique qui caractérise l'adolescente, sa grossesse est une grossesse à haut risque. Dans le but d'en déterminer ses particularités chez nous afin de mieux agir, nous avons mené une étude du 1er Octobre 1991 au 31 Mars 1992 sur les aspects épidémio-cliniques de la gravidopuerpéralité chez l'adolescente de 16 ans et moins à Bobo-Dioulasso.

Une fréquence de 2,85 % de contribution aux accouchements a été observée. Son importance s'explique par des taux de 41 % de nuptialité précoce, de 53,8 % de désir de grossesse et de 89,4 % de méconnaissance des méthodes contraceptives modernes.

Souvent issues d'un milieu socio-économique bas les adolescentes avaient un âge moyen de 13,34 ans aux ménarches et celui de 14,38 ans au début de leur activité sexuelle.

La grossesse, le travail et l'accouchement se sont en règle déroulés normalement. Cependant on note des fréquences de 71,8 % de lésions périnéales de 44,1 % de faible poids de naissance et un taux de mortalité périnatale de 103,2 ‰.

La mortalité et la morbidité sont imputables à une déclaration tardive de la grossesse, un mauvais suivi prénatal et l'arrivée tardive en salle de travail.

MOTS CLEFS: Burkina Faso. Bobo-Dioulasso. Adolescente Grossesse. Consultation prénatale. Accouchement. Postpartum. Nouveau-né. Mortalité. Morbidité. Stratégie.

Serment D'Hippocrate

"En présence des maîtres de cette école, et de mes chers condisciples,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE DIRECTEUR DE THESE**

**VU
LE PRESIDENT DU JURY**

**VU
LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

RESUME

ISSA Mahamane

ADOLESCENCE ET GRAVIDO-PURPERALITE

En zone urbaine Ouest Africaine: Bobo-Dioulasso. BURKINA FASO.

Du fait de l'immaturité physique et psychologique qui caractérise l'adolescente, sa grossesse est une grossesse à haut risque. Dans le but d'en déterminer ses particularités chez nous afin de mieux agir, nous avons mené une étude du 1er Octobre 1991 au 31 Mars 1992 sur les aspects épidémiocliniques de la gravidopuerpéralité chez l'adolescente de 16 ans et moins à Bobo-Dioulasso.

Une fréquence de 2,85 % de contribution aux accouchements a été observée. Son importance s'explique par des taux de 41 % de nuptialité précoce, de 53,8 % de désir de grossesse et de 89,4 % de méconnaissance des méthodes contraceptives modernes.

Souvent issues d'un milieu socio-économique bas les adolescentes avaient un âge moyen de 13,34 ans aux ménarches et celui de 14,38 ans au début de leur activité sexuelle.

La grossesse, le travail et l'accouchement se sont en règle déroulés normalement. Cependant on note des fréquences de 71,8 % de lésions périnéales de 44,1 % de faible poids de naissance et un taux de mortalité périnatale de 103,2 ‰.

La mortalité et la morbidité sont imputables à une déclaration tardive de la grossesse, un mauvais suivi prénatal et l'arrivée tardive en salle de travail.

MOTS CLEFS: Burkina Faso. Bobo-Dioulasso. Adolescente. Grossesse. Consultation prénatale. Accouchement. Postpartum. Nouveau-né. Mortalité. Morbidité. Stratégie.