

## LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

<b>IST</b>	:	Infection sexuellement transmissible.
<b>CCC</b>	:	Communication pour un changement de comportement
<b>CHD<sub>2</sub></b>	:	Centre Hospitalier du District niveau II.
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional.
<b>CPN</b>	:	Consultation prénatale.
<b>EDS</b>	:	Enquête Démographique et Sanitaire.
<b>IEC</b>	:	Information Education et Communication.
<b>LMSO</b>	:	Laparotomie Médiane Sous-Ombilicale
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la Santé.
<b>PF</b>	:	Planning Familial
<b>SIDA</b>	:	Syndrome de l'immunodéficience acquise.
<b>SMI</b>	:	Santé Maternelle et Infantile
<b>VIH</b>	:	Virus de l'immunodéficience humaine.
<b>GEU</b>	:	Grossesse extra-utérine.
<b>IVG</b>	:	Interruption volontaire de la grossesse.

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION :	01
 <b><i>Première partie : REVUE DE LA LITTERATURE</i></b>	
<b>1- Rappels des connaissances anatomiques :</b>	<b>02</b>
1-1. Le bassin normal :	02
1-2. Les organes génitaux et le bassin des adolescentes :	08
 <b>2- La puberté</b>	
2-1. Définition :	12
2-2. Physiologie :	12
 <b>3- Généralités sur l'adolescence.</b>	
3-1. Définition :	13
3-2. Caractéristiques de l'adolescence :	14
3-3. La grossesse chez les adolescentes :	17
3-4. Les modalités de l'accouchement :	20
3-5. Le pronostic materno-foetal :	
3-5-1. Le pronostic maternel :	21
3-5-2. Le pronostic foetal :	22

***Deuxième partie : ETUDE PROPREMENT DITE***

<b>1- Objectifs de l'étude :</b>	23
<b>2- Cadre de l'étude :</b>	23
<b>3- Méthodologie :</b>	
3-1. Méthode :	25
3-2. Matériels d'étude :	25
<b>4- Résultats</b>	
4-1. Variables maternelles :	26
4-2. Variables fœtales :	40

***Troisième partie : COMMENTAIRES- DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS.***

<b>1- Commentaires- discussions :</b>	45
<b>2- Suggestions :</b>	54
CONCLUSION	59
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

## INTRODUCTION

La pratique sexuelle précoce est en phase de croissance rapide actuellement. Elle expose les adolescentes à de multiples problèmes tels que les IST, le VIH/SIDA et la grossesse précoce ainsi que les interruptions volontaires de la grossesse dans des conditions très dangereuses.

Cette grossesse précoce n'est pas seulement à risque sur le plan médical et obstétrical mais conduit à l'abandon scolaire sur le plan social. Cela engendre une poussée démographique difficilement contrôlable.

L'augmentation de la charge familiale pour la jeune mère sans emploi et ses enfants a un impact assez grand sur la situation socio-économique d'un pays déjà en proie aux conséquences de la crise économique, en difficulté à prendre en charge plus de bouches à nourrir et à fournir des logements et emplois.

Conscientes de ces faits, plusieurs nations commencent à prendre en compte la réalité de l'activité sexuelle des adolescentes. Si dans les pays développés, on assiste à une augmentation de l'âge moyen des primipares et une diminution du nombre de grossesses d'adolescentes, dans les pays en développement notamment en Afrique et à Madagascar, le mariage et l'accouchement précoce se rencontrent fréquemment surtout dans les zones rurales.

Face à ce problème majeur, nous nous sommes intéressés au phénomène de grossesse des adolescentes et à l'issue de leurs accouchements à Tolagnaro, tout ceci en vue d'évaluer la situation actuelle, face à divers problèmes de connaître leurs facteurs épidémiologiques et enfin d'émettre des suggestions pour les éradiquer ou tout au moins les réduire rapidement.

Notre travail comprend 3 parties :

- La première est réservée à la revue de la littérature.
- La deuxième est axée sur l'étude proprement dite.
- La troisième est destinée aux commentaires et aux suggestions

Une conclusion terminera l'étude.

***Première partie* : REVUE DE LA LITTERATURE**

## I. RAPPELS DES CONNAISSANCES ANATOMIQUES

### I.1 LE BASSIN NORMAL

#### I.1.1 Le bassin osseux (1)

Le bassin est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie.

Il est formé par la réunion de quatre os :

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

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations :

- En avant : la symphyse pubienne,
- En arrière et latéralement : les symphyses sacro-iliaques,
- En arrière et en bas : l'articulation sacro-coccygienne.

Les lignes innommées divisent le bassin en deux parties :

- En haut : le grand bassin, qui n'a guère d'intérêt obstétrical,
- En bas : le petit bassin ou le pelvis, canal osseux qui constitue l'essentiel de l'accouchement et formé par le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieure.

Les os du bassin féminin sont plus larges et minces que ceux de l'homme, la cavité ainsi délimitée est plus grande, plus fragile, propre à contenir et à soutenir l'éventuel nouvel être. D'autre part le bassin féminin est penché vers l'avant, ce qui donne à la femme une attitude caractéristique pendant la marche

#### a) Le détroit supérieur

C'est le plan d'engagement de la présentation. Sa forme est celle d'un ovale à grand axe transversal avec la moitié antérieure régulière.

Il est limité

- En avant : par le bord supérieur de la symphyse et du corps du pubis,

- En arrière : par l'angle sacro-vertébral ou promontoire et des ailerons du sacrum,
- Latéralement : les lignes innominées.

Il présente 3 diamètres

- Diamètres antéro-postérieurs :

Ils vont du pubis au promontoire,

- Diamètre promonto sus-pubien : 11 cm
- Diamètre promonto rétro pubien : 10,5 cm
- Diamètre promonto sous-pubien : 12 cm

- Diamètres transverses

- Diamètre transverse maximum : 13,5 cm, n'est pas utilisable pour la présentation,
- Diamètre transverse médian : 13 cm ; c'est le diamètre utile situé à égale distance du promontoire et de la symphyse.

- Diamètres obliques

Ils vont de l'éminence ilio-péctinée à la symphyse sacro iliaque du côté opposé.

Ils mesurent 12 cm. C'est la distance gauche qui est presque toujours utilisée par la présentation.

### **b) L'excavation pelvienne**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et rotation. Elle est formée :

- En avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et la face interne du corps du pubis,
- En arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx,
- Latéralement par la face quadrilatère de l'os coxal, de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Elle est divisée en deux étages par un rétrécissement qui passe par les épines sciatiques : «Détroit moyen ». Tous les diamètres de l'excavation mesurent 12 cm sauf le diamètre transversal du détroit moyen unissant les épines sciatiques qui mesure

10,8 cm.

### c) Le Déroit inférieur

C'est le plan de dégagement de la présentation. Il est formé ;

- En avant : par le bord inférieur de la symphyse pubienne,
- En arrière : par le coccyx.
- Latéralement : par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et des tubérosités ischiatiques, par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Sa forme est losangique à grand axe antéro- postérieur

Les diamètres sont

- Le sous -coccy -sous -pubien : 9,5cm,
- Le sous -sacro -sous -pubien qui unit la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis 11 cm,
- Le transverse bi-ischiatique situé entre les faces internes des tubérosités : 11 cm.

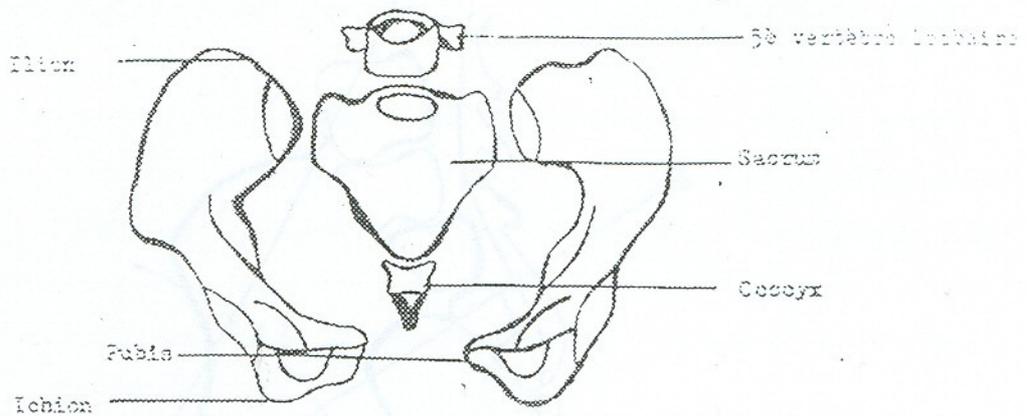
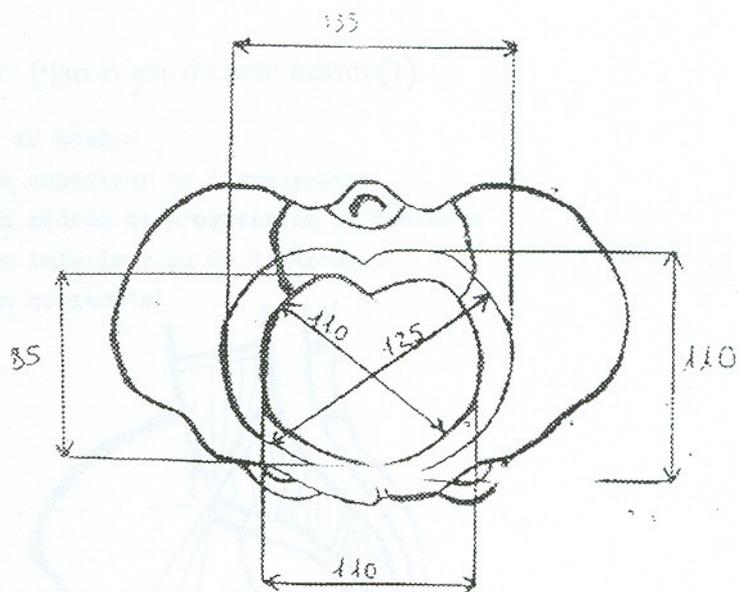


Schéma n°1 : Les os du bassin (1)



Diamètres pelviens DS : Transversal 135mm Oblique 125mm Antéro-postérieur 110mm  
 PE : Transversal 110mm Diagonal 110mm, Antéro-postérieur 85

Schéma n°2 : Les diamètres pelviens (1)

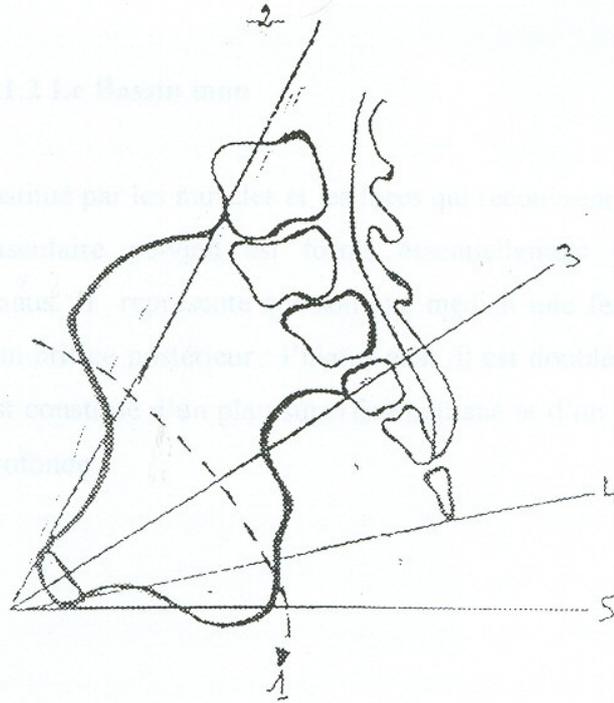


Schéma n°3 : Plan et axe du petit bassin (1)

- 1-Axe du bassin
- 2-Plan supérieur ou d'engagement
- 3-Plan médian de progression ou descente
- 4-Plan inférieur ou de dégagement
- 5-Plan horizontal

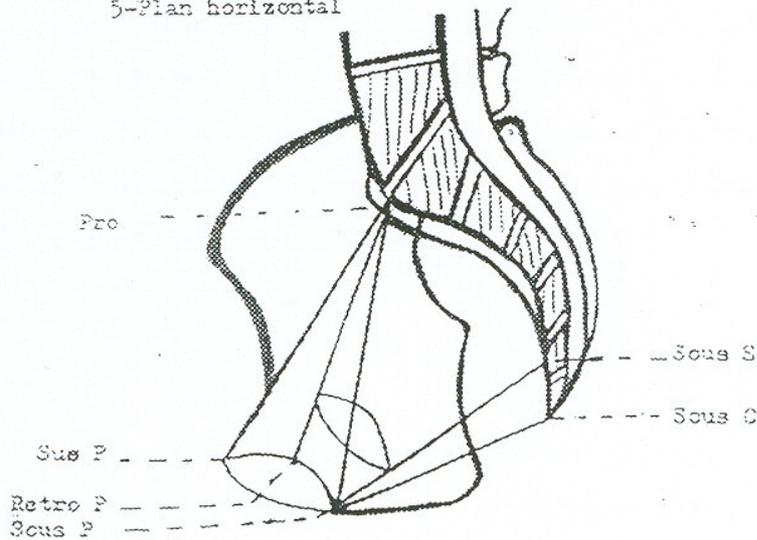


Schéma n°4 : Les diamètres du détroit supérieure (1)

- P.P.M. : Promonto-pubien minimum (ou retro-pubien)
- T.M. : Transverse médian
- O.B.L.D et O.B.L.G : Obliques droit et gauche

### **I.1.2 Le Bassin mou**

Il est constitué par les muscles et les faces qui recouvrent les parois du pelvis. Le diaphragme musculaire pelvien est formé essentiellement par les deux muscles élévateurs de l'anus. Il représente sur son axe médian une fente antérieure : la fente uro-génitale et un orifice postérieur : l'hiatus anal. Il est doublé sur sa face externe par le périnée qui est constitué d'un plan superficiel cutané et d'un plan musculaire dans la région la plus profonde.

## **I.2 LES ORGANES GENITAUX ET LE BASSIN DES ADOLESCENTES**

### **I.2.1 Les organes génitaux internes (2) (1)**

#### **a) L'Utérus**

C'est la partie principale de l'appareil génital féminin. Dans sa cavité s'implante l'œuf qui, en se développant deviendra l'enfant. C'est pourquoi il reçoit le nom de « MATRICE ».

C'est un organe musculaire creux, situé entre la vessie en avant et le rectum en arrière, qui fait saillie dans le vagin, ferme et élastique à l'examen. Il pèse 40 à 50 grammes et sa capacité est seulement de quelques centimètres cubes. Le poids et le volume augmentent considérablement au moment de la grossesse.

#### **b) Segment inférieur**

Cette partie ne se voit que lorsque celui-ci est gravide, situé entre le corps et le col. Le segment inférieur n'acquiert son développement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut dont la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure. Il joue un rôle important pendant l'accouchement. Il conditionne les effets de la contraction du corps sur le col. Il s'adapte à la présentation et laissera aisément le passage du fœtus. Il se comporte comme amortisseur entre le corps et le col.

#### **c) Col de l'utérus**

C'est l'extrémité inférieure de l'utérus, qui s'ouvre dans le vagin. Le col se modifie peu pendant la grossesse. Seule la consistance devient molle. La direction ne change que lorsque la présentation est engagée.

#### **d) Les trompes utérines**

Les trompes utérines sont des conduits de 8 ou 9 cm de longueur, leurs extrémités libres forment le pavillon, bordé de franges, s'ouvrent en face d'un ovaire ; leur paroi contient un important muscle lisse et des cils tapissent leur face interne. L'autre extrémité débouche dans le coin supérieur de l'utérus.

Les ovaires glandes en forme d'amande de 3 à 4 cm de long, sont situés de part et d'autre de l'utérus auquel ils sont reliés par des ligaments ; leur surface est nacrée et fripée. Ils contiennent des follicules ovariens qui produisent les ovules.

#### **c) Le vagin**

C'est un conduit musculo-membraneux d'environ 8 cm de long. Il est tapissé par des muqueuses riches en glandes qui secrètent du mucus, enrichi de cellules provenant de la desquamation naturelle de la paroi. L'orifice inférieur du vagin est en partie fermé par un repli, l'hymen, déchiré par le premier rapport sexuel.

#### **1.2.2 Les organes génitaux externes**

Ils portent également le nom de vulve. Celle-ci est formée par deux replis cutanés dits grandes lèvres et protège un vestibule dans lequel s'ouvre l'uretère en avant et le vagin en arrière. De part et d'autre du vestibule débouchent les glandes de Bartholin qui secrètent un liquide lubrifiant.

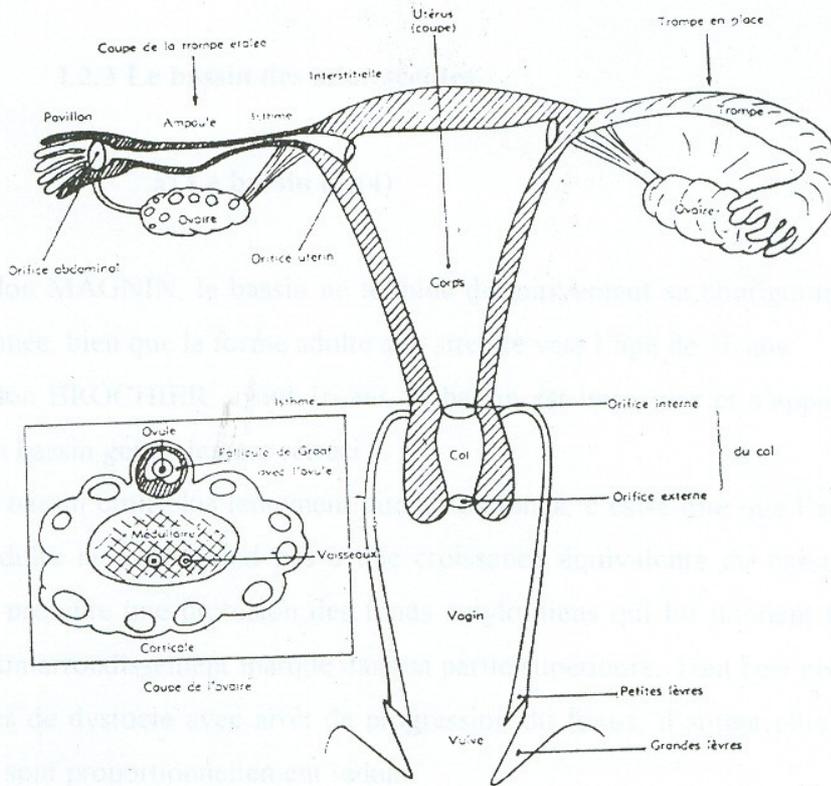


Schéma n°5 : Organe génital féminin interne (2)

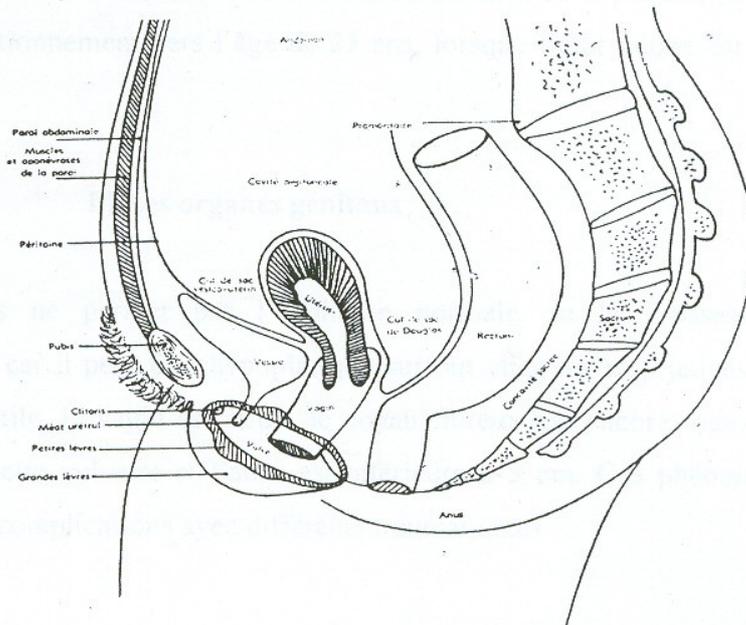


Schéma n°6 : Organe génital féminin externe (2)

### **I.2.3 Le bassin des adolescentes**

#### **a) Le bassin (3)(4)**

Selon MAGNIN, le bassin ne termine définitivement sa configuration que vers la 25<sup>ème</sup> année, bien que la forme adulte soit atteinte vers l'âge de 16 ans.

Selon BROCHIER, avant 16 ans, le bassin est immature et s'apparente le plus souvent au bassin généralement rétréci.

Le bassin croit plus lentement que les os longs, c'est-à-dire que l'acquisition de la taille adulte ne correspond pas à une croissance équivalente du bassin. Le bassin immature présente une protusion des fonds cotyloïdiens qui lui donnent l'aspect d'un sablier et un arrondissement marqué dans sa partie supérieure. Tout ceci peut provoquer des risques de dystocie avec arrêt de progression du fœtus, d'autant plus que tous les diamètres sont proportionnellement réduits.

Selon AGUILAR, les formes anatomiques du bassin s'observent déjà durant les premières années de la vie, elles s'accroissent au moment de la puberté pour parvenir au complet perfectionnement vers l'âge de 25 ans, lorsque l'état adulte est véritablement atteint (5).

#### **b) Les organes génitaux**

L'utérus ne permet pas l'évolution normale de la grossesse à cet âge d'adolescence, car il peut être hypoplasique surtout chez les trop jeunes. De même la vulve est infantile, le vagin est étroit, le noyau fibreux est encore mince. La distance entre la fourchette vulvaire et l'anus est inférieure à 5 cm. Ces phénomènes peuvent provoquer des complications avec différents traumatismes.

## II- LA PUBERTE

### 1. Définition (6) (7)

Le mot « puberté » vient du latin « pubère », qui signifie « couvert de poils ». Scientifiquement, la puberté est définie comme une période du développement de l'individu marqué par un ensemble de transformations morphologiques, psychologiques et surtout sexuelles, durant laquelle les organes sexuels parviennent à maturité et deviennent fonctionnels.

L'âge de la puberté dépend de nombreux facteurs : raciaux, climatiques, sociaux. Il varie d'un individu à l'autre et même dans une famille donnée.

En règle générale, la puberté apparaît plus précocement chez les filles vers 11 ans à 12 ans que chez les garçons vers 12 à 13 ans.

A Madagascar, l'âge moyen de la puberté chez les filles est de 13,7 ans avec des différences minimales comme 13,4 à 13,9 ans en milieu urbain et 13,7 à 14,2 ans en milieu rural.

### 2. Physiologie (8) (9) (10)

C'est l'hypophyse, glande située à la face inférieure du cerveau qui déclenche la puberté, en sécrétant une hormone appelée : « La gonadotrophine ». La gonadotrophine va agir sur les glandes génitales et détermine la production des hormones sexuelles :

- « Le testostérone » pour les testicules,
- « La folliculine » ou « œstrone » et « la lutéine » ou « la progestérone » pour les ovaires.

Et, ce sont ces hormones sexuelles qui vont induire les différentes transformations constatées au moment de la puberté.

Ainsi, chez les garçons on assiste à une poussée de croissance staturale et pondérale ; un élargissement des épaules ; une modification de la voix qui devient plus grave ; une apparition des poils aux pubis, aisselles, menton, une augmentation de volume de la verge avec plissement et pigmentation du scrotum ; une apparition de pollution nocturne.

Chez les filles on observe : une poussée de croissance staturale et pondérale ; une apparition des poils axillaires et pubiens ; un élargissement du bassin ; un développement des seins et une pigmentation des aréoles, une saillie de mamelon, une croissance des petites et grandes lèvres accompagnées d'une modification de leur orientation et enfin une apparition des règles.

Chez les deux sexes, on observe des modifications du caractère. Ils commencent à ressentir une attirance sexuelle les uns envers les autres. Ils sont aussi très souvent d'humeur changeante et veulent prendre eux-mêmes des décisions, posant parfois des problèmes d'éducation.

### III.-GENERALITES SUR L'ADOLESCENCE

#### 3.1. Définition (11) (12)

L'adolescence est une période de transition marquant le passage de l'âge enfant à l'âge adulte. C'est une période dont la maturité physique et sociale n'est pas encore achevée. Pendant cette période, les individus acquièrent leur identité d'adulte, se dirigeant vers une nouvelle maturité physique et psychique ainsi vers l'indépendance économique. Doutes et joies intenses, besoins de reconnaissances, élan vers les autres, transformations de la personnalité caractérisent cette période de la vie où s'instaurent les premières relations amoureuses.

D'après le rapport d'un comité expert de l'OMS sur les besoins sanitaires des adolescents, un facteur est commun à toutes les sociétés. « Bien que l'adolescent ne soit plus un enfant, la société ne le considère pas encore comme un adulte ».

L'OMS définit l'adolescence comme une période au cours de laquelle :

- L'individu passe du stade de l'apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle.
- Le processus psychologique et les mécanismes d'identifications cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte.
- Le passage se fait de l'état de dépendance socio-économique totale à l'état d'indépendance relative.

C'est le temps du devenir, de construction de soi, de croissance physique rapide, d'éveil de la sexualité, d'insécurité, d'imprégnation forte en émotion et une période vulnérable à toutes les influences philosophiques, morales, religieuses, économiques et familiale (13).

La définition de l'adolescence ne tient donc pas seulement compte du côté physiologique et anatomique mais aussi des contextes culturels, sociaux et économiques (14).

### ***Durée de l'adolescence (15)***

La durée de l'adolescence est une zone floue, difficile à définir car elle varie d'un pays à un autre et même d'un individu à l'autre. Il y a différents facteurs qui interviennent : culturel, développement d'un pays, coutumes et facteurs socio-économiques.

Mais nous avons choisi la proposition de définition de l'OMS : « la période d'adolescence comprise entre 10 à 19 ans. »

## **3.2 Caractéristiques de l'adolescence**

### **3.2.1 Transformations physiques**

CHEZ LES FILLES :

#### ***a) Les caractères sexuels secondaires***

Le développement des seins et de pilosités génitales passe par 5 stades à partir des classifications de TANNER (10).

- LES SEINS

S<sub>1</sub> : Œdème de l'aréole ou élévation de la papille,

S<sub>2</sub> : Apparition du bourgeonnement mammaire soulevant le mamelon,

S<sub>3</sub> : Etalement du bourgeonnement mammaire débordant le mamelon,

S<sub>4</sub> : Bombement des seins, saillie de l'aréole formant un relief,

S<sub>5</sub> : Acquisition de la morphologie définitive.

- LES PILOSITES GENITALES :

P<sub>1</sub> : Duvet incolore sur la région pré pubienne,

P<sub>2</sub> : Apparition des poils plus longs, plus touffus se développant sur les grandes lèvres,

P<sub>3</sub> : Diffusion de la pilosité des grandes lèvres sur le pubis,

P<sub>4</sub> : Diffusion latérale légère de la pilosité pubienne,

P<sub>5</sub> : Développement latéral de la pilosité pubienne formant un triangle pointu en bas.

- LES PILOSITES AXILLAIRES

Elles apparaissent un peu plus tard par rapport à la pilosité pubienne

- LES MODIFICATIONS DES ORGANES GENITAUX EXTERNES

- Développement des grandes lèvres,
- Pigmentation de la face externe des petites lèvres,
- Le clitoris grossit et devient érectile,
- L'orientation de la vulve change :

- avant la puberté, elle est orientée vers le haut (sujet couché horizontalement)

- après la puberté, elle devient orientée vers le bas.

***b) Les modifications des organes génitaux internes***

**Le vagin**

- Epaissement de la muqueuse,
- Il s'étoffe, s'humidifie,
- Modification du pH, il devient acide sous l'effet de la lyse du glycogène par les bacilles de Doderlein.

**L'Utérus**

- Développement de la taille de l'utérus avec apparition des fibres musculaires plus denses alors qu'avant la puberté l'utérus se présente comme un renflement médian au toucher rectal,
- Apparition des glaires dans le col.

### Les ovaires

- Leurs surfaces se bossellent sous l'effet des follicules primordiaux.

#### *c) Apparition de la première menstruation ou ménarche*

Elle apparaît avant la complète maturation des organes génitaux internes. Au début, les règles sont irrégulières, le plus souvent anovulatoires.

### CHEZ LES GARÇONS

- On assiste à l'apparition de la pilosité pubienne puis axillaire, aux modifications du larynx entraînant la modification du timbre de la voix,
- Le testicule augmente de volume,
- La peau du scrotum devient plus épaisse,
- Le pénis augmente de volume et de longueur,
- L'érection et l'éjaculation marquent la puberté proprement dite.

#### **3.2.2. Les transformations psychiques (9) (16)**

Il y a lors de cette période une profonde modification de la personnalité affective et intellectuelle, et une adaptation à de nouveaux problèmes en particulier sexuels.

Le comportement souvent difficile, agressif, hypersensible à cet âge est le témoin de la prise de conscience de l'adolescente en face du monde des adultes dans lequel elle va plus ou moins rapidement s'intégrer.

### 3.3 La grossesse chez les adolescentes (17)

La grossesse ou la gestation est l'état de la femme depuis la conception ou fécondation, jusqu'à l'accouchement. Durant son cours, un nouvel être se développe progressivement jusqu'à son accouchement. Elle dure normalement 9 mois. Mais il serait plus exact de parler dix mois lunaires, dix mois de 28 jours, c'est-à-dire 270 à 280 jours.

#### *a) Les raisons ou les causes*

- L'environnement familial :

Les adolescentes enceintes sont souvent issues d'un milieu socio-économique médiocre, d'une famille désunie (parents divorcés...) et aussi touchée par le chômage (18). C'est comme si la grossesse était une réponse à des conditions de vie difficiles comme le sont pour d'autres la délinquance, la toxicomanie, les tentatives de suicides (19). Le viol par inceste peut aussi mener à une grossesse.

Des travaux de recherche suggèrent que les filles qui réussissent mal à l'école ou dont les familles subissent des problèmes économiques tombent facilement enceintes (5). Dans certains pays africains, certaines écolières se voient obligées d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés et financièrement plus aisés qui leur offrent des cadeaux ou de l'argent en échange des services sexuels. Le manque d'éducation et d'instruction expose beaucoup plus les femmes à des grossesses précoces. D'autres études montrent que les femmes plus instruites sont moins susceptibles de se marier ou de donner naissance à un jeune âge que les femmes moins éduquées, et la scolarisation retarde l'âge au mariage, donc réduit la fertilité.

- Profil psychologique des adolescentes (20)

Les grossesses ne peuvent pas être toujours considérées comme des accidents. Elles peuvent être une tentative d'intégration sociale, une quête d'identité sexuelle avec la crainte d'être stérile et la réassurance de se sentir femme, fertile donc adulte. Certaines adolescentes aujourd'hui cherchent à créer une cellule familiale. Pour elles,

concevoir un enfant peut être un moyen de conquête d'un pouvoir social. L'activité sexuelle commence plutôt à cause du rajeunissement de l'âge de la puberté (17 ans en 1850, 12 ans aujourd'hui).

Le premier rapport sexuel n'est pas programmé, il est donc sans protection, et la possibilité de grossesse est née à ce moment ainsi que les IST d'où VIH/SIDA.

- Le manque et le refus de l'information (19) :

L'information sur la contraception reste insuffisante ou mal intégrée dans le contexte scolaire. Les garçons se sentent plus déçagés, puisque la pilule existe d'où ils ne prennent pas la responsabilité d'éviter la grossesse comme auparavant. Ils semblent moins au courant du danger de la paternité précoce.

#### ***b) Les problèmes psycho-socio-économiques (4)***

Ils sont surtout représentés par le sentiment de honte, de peur d'une rupture avec la famille ou d'une punition physique allant parfois jusqu'à la crainte de la mort, l'angoisse et la dépression durant la grossesse avec des conséquences sur le développement du fœtus. Il peut également y avoir l'abandon de l'enfant à la charge de quelqu'un de la famille et surtout l'arrêt des études, car dans de nombreux pays en développement une fille enceinte est censée assumer un rôle d'adulte empêchant de poursuivre ses études.

Au Botswana, environ 15% des filles en primaire et en secondaire quittent l'école suite à une grossesse et moins d'un cinquième d'entre elles sont plus tard réadmisées en classe. L'abandon par le partenaire et l'absence de ressources financières entraînent des difficultés pour la jeune mère et pour l'enfant de fonder une famille.

### *c- Les problèmes liés à la grossesse précoce*

A tout âge, la maternité comporte certains risques qui sont encore plus accrus pour les jeunes mères.

#### - Les risques maternels

##### **Les risques médicaux (21) :**

- Mortalité maternelle,
- Mortinatalité,
- Toxémie gravidique,
- Eclampsie,
- Anémie sévère,
- IST/SIDA.

##### **Les risques obstétricaux (22) :**

- Disproportion fœto-pelvienne,
- Avortement,
- Dystocie mécanique et dynamique,
- Hématome retro placentaire.

#### - Les risques fœtaux (23)

- Prématurité,
- Faible poids de naissance,
- Handicaps cérébraux : résultat d'un accouchement laborieux avec souffrance fœtale,
- Malformations : 4% de plus que celles trouvées chez les mères plus âgées.

### *d) Le déroulement de la grossesse*

Les grossesses sont souvent associées à beaucoup de problèmes car les adolescentes ont tendance à attendre que leur grossesse soit très avancée pour consulter.

Une récente enquête en Tanzanie a montré que les complications prénatales étaient beaucoup plus fréquentes au sein d'un groupe de primipares âgées de 15 à 19 ans que chez les femmes de 21 à 25 ans (24).

D'après une enquête menée à Madagascar sur la « Santé des jeunes en 1997 » ; le suivi de la grossesse des femmes de moins de 20 ans est assuré dans les 2/3 à 3/4 des cas par un personnel qualifié (médecin, sage femme, infirmier), le reste est pris en charge par des tradipraticiens non formés (25). La grande majorité des grossesses n'est découverte qu'après un retard des règles de 2 mois ou plus et près de la moitié (47%) n'est vue qu'au 7<sup>ème</sup> mois. Les consultations prénatales sont souvent négligées car le sentiment de honte ou de peur pousse la jeune mère à cacher sa grossesse.

### **3.4 LES MODALITES DE L'ACCOUCHEMENT**

L'accouchement est beaucoup plus fréquemment exposé à des complications différentes à cause du bassin rétréci et aussi à une mauvaise coopération maternelle. Il faut donc recourir à des manœuvres ou à des extractions instrumentales, parfois même à une opération césarienne (26).

- GAZOBY I et collaborateurs ont noté 12% d'application de forceps ou de ventouse (27).
- MOUNANGA et collaborateurs ont noté 14,45% d'application instrumentale pour mauvaise coopération maternelle (28).
- Une étude sur l'issue des grossesses et accouchements chez les adolescentes faite au CHR de Toliara en 1997 a montré que : la mortalité maternelle est plus fréquente (50%) chez les mères de 15 à 16 ans que chez les mères de 19 ans (12,5%) ; 11,1% des parturientes de moins de 15 ans ont fait une éclampsie contre 0,4% chez les parturientes de 17 à 18 ans ; 72,2% des parturientes âgées de 12 à 14 ans ont eu un accouchement dystocique ; 18,7% des mères de 12 à 14 ans ont fait une déchirure périnéale et 33 pour 1000 ont fait une déchirure du col (23).

### **3.5.LE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL**

#### **3.5.1.pronostic maternel**

##### ***a) Morbidité***

Dans le monde entier, environ 1 million de jeunes filles de 15 à 19 ans sont enceintes chaque année. 38% de ces grossesses se terminent par un avortement, 13,6% par une fausse couche et les autres étant menées à terme (29). La toxémie est l'une des principales causes de mortalité maternelle et elle touche le plus souvent les très jeunes mères

- GAZOBY I collaborateurs ont noté 2,92% d'éclampsie (27).
- DJANHAN Y et collaborateurs ont noté 3,71% d'éclampsie (30).

##### ***b) Mortalité***

NORTMAN a calculé que le taux de mortalité maternelle moyenne des femmes de moins de 20 ans dans 11 pays en développement à forte mortalité est de 50 % supérieur à celui des femmes de 20-24 ans (31).

La mortalité en rapport avec l'accouchement est particulièrement élevée chez les filles de moins de 18 ans (32).

Une dernière étude effectuée au Nigeria a montré que les fillettes âgées de moins de 18 ans ont un taux de mortalité maternelle sept fois plus élevé que chez les femmes âgées de 20 à 24 ans (27).

##### ***c) Les suites de couches***

Les hémorragies de la délivrance et les infections du post-partum sont plus fréquentes car souvent ces jeunes ont tendance à se faire accoucher par une matrone ou par un personnel non qualifié dans de mauvaises conditions. Elles n'ont été transférées au centre de santé qu'au stade de complications.

### 3.5.2.Pronostic fœtal

#### a) *Morbidité*

- LAFFARGUE . F et collaborateurs relèvent 23% des enfants issus des adolescentes qui ont un poids inférieur à 2500 grammes (33).
- Selon les résultats des enquêtes démographiques et de santé, le risque de prématurité est deux fois plus élevé chez ces enfants et les bébés sont généralement de petit poids (34).
- A Madagascar, près de la moitié (47%) des enfants d'adolescentes présentent des problèmes tels que : la prématurité, les malformations, le petit poids à la naissance qui nécessitent des hospitalisations pour près du tiers d'entre eux (35).
- Dans le monde entier, environ 25 millions des enfants naissent chaque année avec un poids insuffisant (36).
- VINATIER D et collaborateurs ont noté que 14% des nouveau-nés avaient un indice d'APGAR inférieur à 7 à la cinquième minute (37).

#### b) *Mortalité*

- Les Enquêtes Sanitaires et Démographiques (ESD) montrent que la mortalité infantile est plus élevée lorsque la mère a moins de 20 ans (34).
- BOISSELIER et collaborateurs ont noté 8% de mortalité en plus des décès tardifs jusqu'au 48<sup>ème</sup> jour (38).
- LAFFARGUE F a noté 15,6% de mortalité néonatale (33).

Rapport-Gratuit.com

*Deuxième partie* : ETUDES PROPREMENT DITES

## 1- OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude a pour objectifs de

- Déterminer les profils des mères adolescentes venant accoucher dans un Centre Hospitalier du District de niveau 2 (CHD<sub>2</sub>) de province.
- Déterminer les profils des nouveau-nés des mères adolescentes.
- Proposer des suggestions pour la prise en charge des mères adolescentes et des nouveau-nés ainsi que pour la prévention de la grossesse non désirée chez les adolescentes.

## 2- CADRE DE L'ETUDE

### 2.1 LA VILLE DE TOLAGNARO (ou Fort-Dauphin)

C'est dans ce chef-lieu de la région d'Anosy, une ville située à l'extrême Sud de la grande île que nous avons réalisée notre étude.

La sous-préfecture de Tolagnaro est limitée :

- Au Sud et à l'Est par l'Océan Indien
- A l'Ouest par le fivondronam-pokontany d'AMBOASARY Sud
- Au Nord par le fivondronam-pokontany de MIDONGY DU SUD (Fianarantsoa)
- La RN 13 relie Tolagnaro au chef-lieu de province (Toliara) et aussi à la Capitale (Antananarivo).

Tolagnaro est une agglomération touristique dirigée par un maire.

#### *Les données administratives*

Le Fivondronam-pokontany ou sous-préfecture de Tolagnaro est composé de 24 communes, constituées de 195 fokontany et s'étend sur 16.172km<sup>2</sup> avec 259.071 habitants (BSD/2003).

Pour les services publics : l'enseignement, la télécommunication, le service de Santé, la gendarmerie nationale, le groupement région militaire, le commissariat de police, l'agriculture, l'eau et forêt, l'élevage et la pêche.

On note la présence de grandes sociétés et entreprises telles que : QMM, SIFOR, MADAPECHE, MARTIN PECHEUR ... et 3 ONG œuvrant pour la santé : Peace corps, ASOS, AZAFADY. Les sources d'informations : Radio : Josvah 90 FM,

KALETA 92 FM, MBS 95.4 FM, RFI 96 FM et FANJIRY 99.2 FM. Une chaîne de télévision : la télé nationale. De même la Bibliothèque municipale et celle de l'Alliance française.

Les loisirs : on peut pratiquer tous les sports sur mer à Tolagnaro mais il y a aussi des terrains de sports pour le football, basket-ball, volley-ball, hand-ball, le tennis, pétanque et autres. Les trois(3) boîtes de nuit restent ouvertes 7 jours sur 7. En matière de religion : on trouve que les gens sont des chrétiens, mais il y a aussi des musulmans, des animistes.

## 2.2 LE CHD<sub>2</sub> de TOLAGNARO (Hôpital Philibert TSIRANANA)

Comporte :

- Un service de Médecine ;
- Un Service de maternité ;
- Un Service de Planning familial ;
- Un Service de vaccination ;
- Un Service de stomatologie ;
- Un Service d'ORL-O ;
- Un Service d'appareillage et de rééducation ;
- Un Service de chirurgie avec Bloc opératoire dont;
  - 2 chambres pour la chirurgie générale ;
  - 1 chambre pour l'ophtalmologie en collaboration avec le LIONS CLUB
- Un centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) ;
- Un service de Pharmacie, un laboratoire d'analyse et banque de sang.

C'est un centre de référence pour les formations sanitaires de base de la région d'ANOSY (tout l'extrême Sud de Madagascar).

Le personnel au nombre de 79 est composé de :

- 1 médecin chef (chirurgien des hôpitaux) ;
- 1 chirurgien dentiste + 1 stomatologue ;
- 1 médecin spécialiste en ophtalmologie + 6 médecins généralistes ;
- 2 laborantins et 2 anesthésistes-réanimateurs ;
- 12 sages-femme + 10 infirmiers ;

- 43 personnels d'appui.

Le service de Maternité est doté de 11 lits, 2 tables d'accouchement, tenu par 4 Sages-femmes et dirigé par un médecin. Outre l'accouchement, le Service de maternité offre également des soins prénataux et post-nataux ainsi l'hospitalisation des femmes ayant des problèmes gynécologiques.

### **3. METHODOLOGIE**

#### **3.1 Méthode**

Nous avons effectué une étude descriptive et rétrospective étalée sur un an allant du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2002 chez les parturientes âgées de 13 à 19 ans admises à la maternité du CHD<sub>2</sub> de Tolagnaro.

C'est une étude entreprise à partir des dossiers : fiches de surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né, fiches de température, les protocoles opératoires et protocoles d'accouchement.

Les variables étudiées sont :

#### ***Pour la mère :***

L'âge, la gestité, la parité, la situation matrimoniale, la profession, le niveau d'instruction, la provenance, le mode d'admission, la pratique de consultation prénatale (CPN), les antécédents gynécologiques, les modalités d'accouchement et la durée de séjour à l'hôpital.

#### ***Pour le nouveau-né :***

Indice d'APGAR allant de la première minute (M<sub>1</sub>) à la 5<sup>ème</sup> minute (M<sub>5</sub>), le sexe, le poids, la couleur du liquide amniotique et l'état du nouveau-né.

Une grille a été confectionnée pour collecter les données.

#### **3.2- Matériels d'étude**

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels Word 98 et Excel. Les calculs et les tests statistiques utilisés pour valider l'étude sont la moyenne, le médian et le Chi-2.

## 4- RESULTATS

### 4.1 VARIABLES MATERNELLES

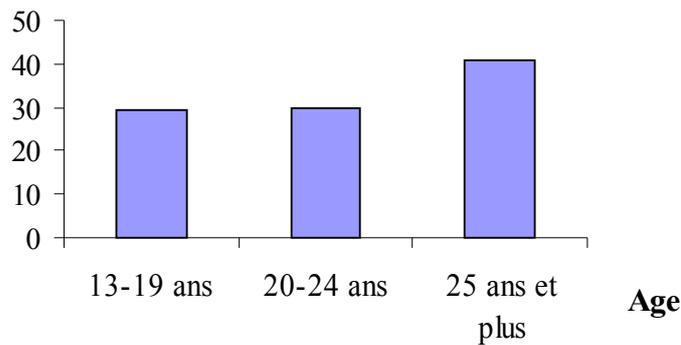
#### 4.1.1 AGE

**Tableau n°1** : Le nombre total des parturientes en 2002 au CHD<sub>2</sub> de Tolagnaro.

Age	Effectifs des parturientes	Pourcentage
13-19 ans	126	29,23
20-24 ans	129	29,93
25 ans et plus	176	40,84
Total	431	100,00

La proportion du nombre **des mères de 13 à 19 ans** représente 126 sur 43, soit 29,23% de l'ensemble des parturientes.

#### Pourcentage



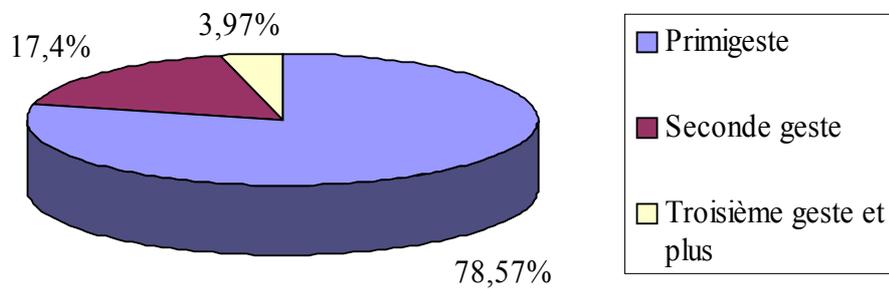
**Figure n°1** : Répartition des parturientes recensées au CHD<sub>2</sub> de Tolagnaro en 2002.

### 4.1.2. GESTITE

**Tableau n°2** : Répartition des parturientes de 13 à 19 ans selon la gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	99	78,57
Seconde geste	22	17,4
Troisième geste et plus	05	03,97
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

La gestité médiane est à 63,5%



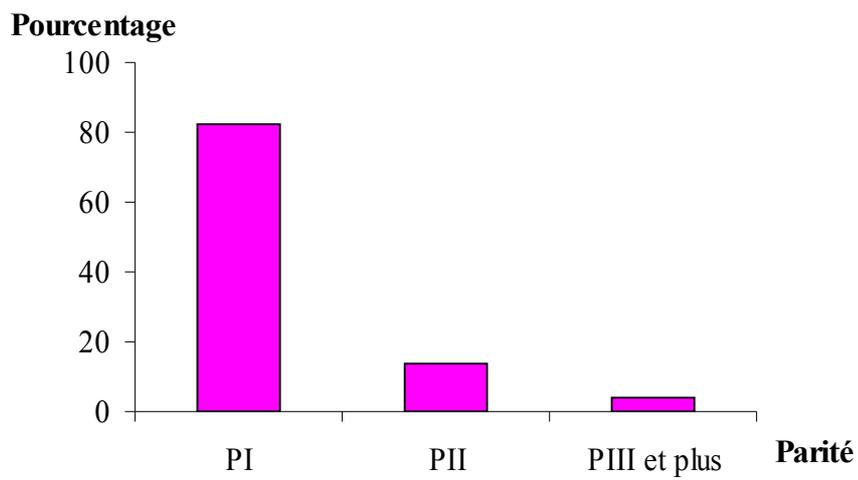
**Figure n°2** : Gestité des parturientes

### 4.1.3- PARITE

**Tableau n 3:** Répartition des parturientes adolescentes selon la parité.

PARITE	Effectif	Pourcentage
P <sub>I</sub>	104	82,54
P <sub>II</sub>	17	13,49
P <sub>III</sub> et plus	05	03,97
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

82,54% sont en première parité, 13,49% de parité II et 3,97% de parité III et plus. La parité médiane est à 63,5%.



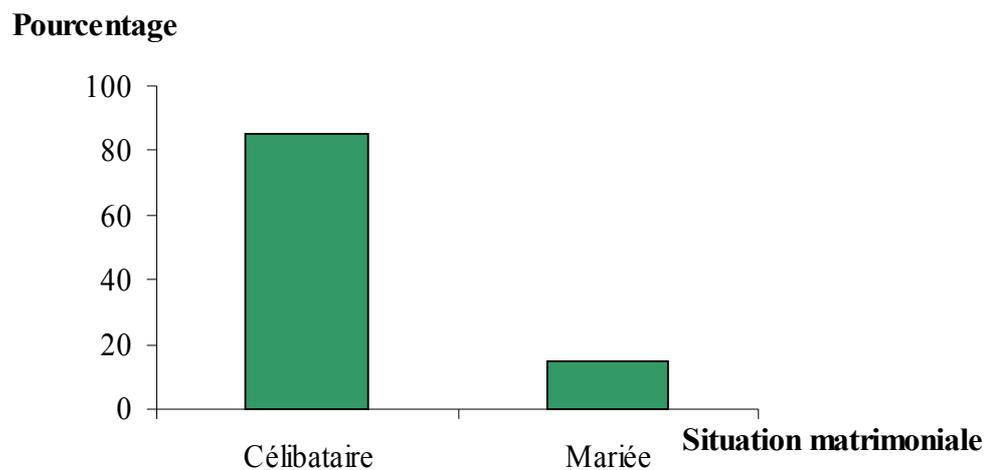
**Figure n°3 :** Parité des parturientes adolescentes.

#### 4.1.4 SITUATION MATRIMONIALE

**Tableau n 4** : Répartition selon la situation matrimoniale des jeunes mères de 13 à 19 ans

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataire	107	84,92
Mariée	19	15,08
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Les célibataires prédominent avec 84,92%



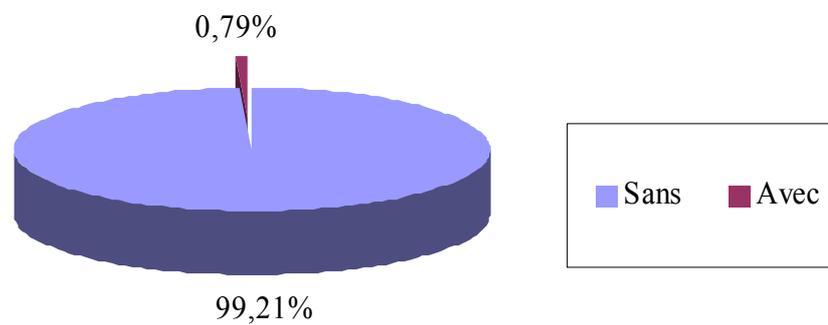
**Figure n°4** : Situation matrimoniale des jeunes mères

#### 4.1.5- PROFESSION

**Tableau n°5:** Répartition des jeunes mères adolescentes selon leur profession.

PROFESSION	Effectif	Pourcentage
Sans	125	99,21
Avec	01	00,79
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Les sans emploi prédominent avec 99,21% des cas.



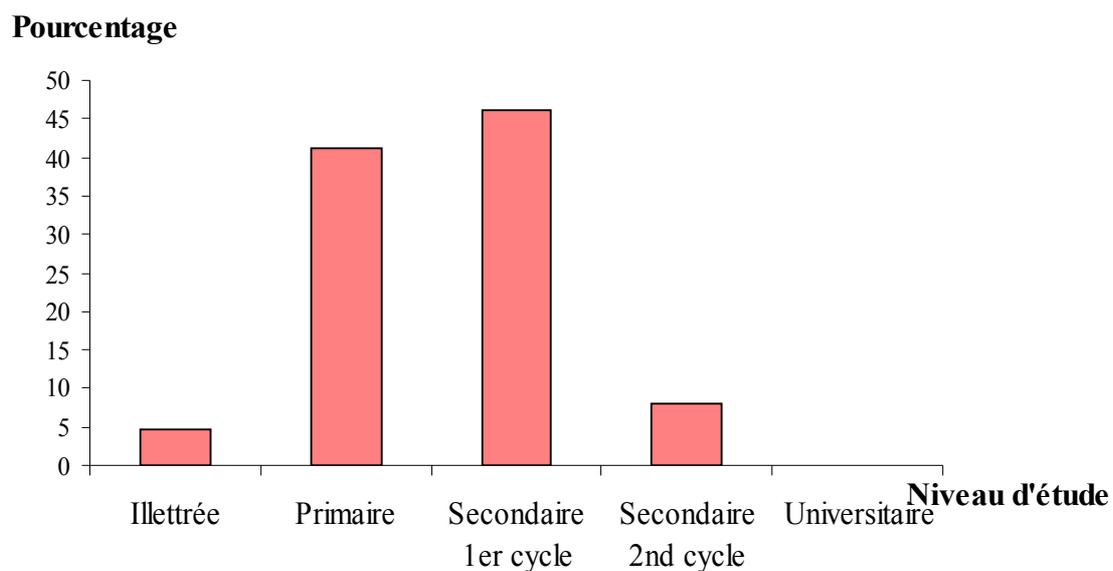
**Figure n°5 :** Profession des jeunes parturientes.

#### 4.1.6- NIVEAU D'ETUDE

**Tableau n° 6:** Répartition des jeunes mères selon leur niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Illettrée	06	04,76
Primaire	52	41,27
Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle	58	46,03
Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle	10	07,94
Universitaire	00	00,00
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Aucune jeune parturiente n'est de niveau universitaire.



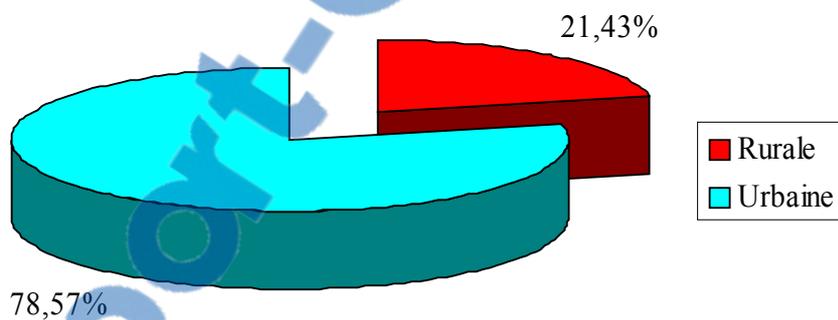
**Figure n°6 :** Niveau d'étude des jeunes mères de 13 à 19 ans.

#### 4.1.7- PROVENANCE

**Tableau n 7 :** Répartition des jeunes mères de 13 à 19ans selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
Rurale	27	21,43
Urbaine	99	78,57
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Les jeunes mères citadines prédominent à 78,57%.



**Figure n°7 :** La provenance des parturientes de 13 à 19 ans.

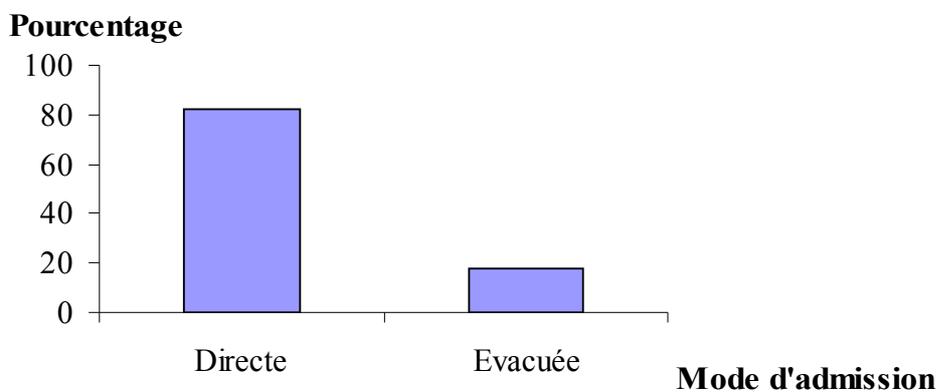
#### 4.1.8- MODE D'ADMISSION

**Tableau n° 8 :** Répartition selon leur mode d'admission à l'hôpital.

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Directe	104	82,54
Evacuée	22	17,46
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

82,54% des parturientes sont des entrantes directes. Les 17,46% sont des évacuées sanitaires provenant des CSB (Centres de Santé de Base) environnants, publics ou privés.

**Figure n°8 :** Représentation graphique de la répartition des jeunes mères selon leur



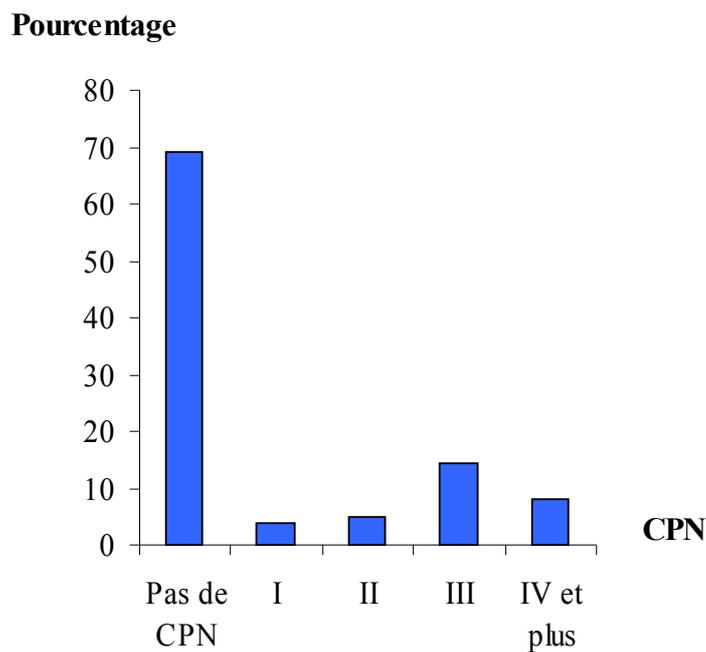
mode d'admission à l'hôpital.

#### 4.1.9- CONSULTATION PRENATALE

**Tableau n 9:** Répartition selon le nombre de CPN faite par les jeunes mères adolescentes.

CPN pratiqué pendant la grossesse	Effectif	Pourcentage
Pas de CPN	87	69,04
I	05	03,97
II	06	04,76
III	18	14,29
IV et plus	10	07,94
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

L'absence de CPN prédomine à 69,04% des parturientes de 13 à 19 ans admises à l'hôpital de Tolagnaro en 2002.



**Figure n°9 :** La pratique des CPN par les jeunes mères.

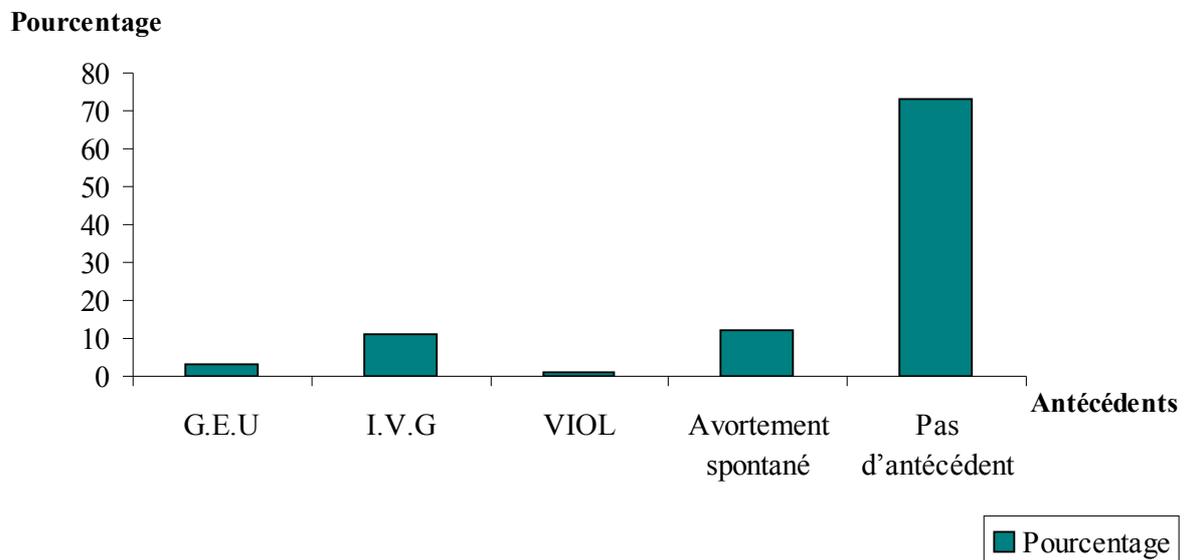
#### 4.1.10- LES ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

**Tableau n 10:** Répartition des parturientes adolescentes selon les antécédents gynécologiques.

Antécédents gynécologiques	Effectif	Pourcentage
G.E.U	04	3,17
I.V.G	14	11,11
VIOL	01	00,80
Avortement spontané	15	11,90
Pas d'antécédent	92	73,02
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

3,17% ont eu G.E.U, 11,11% I.V.G, 11,90% Avortement spontané et 00,80% viol.

**Figure n°10 :** Les antécédents gynécologiques des jeunes mères

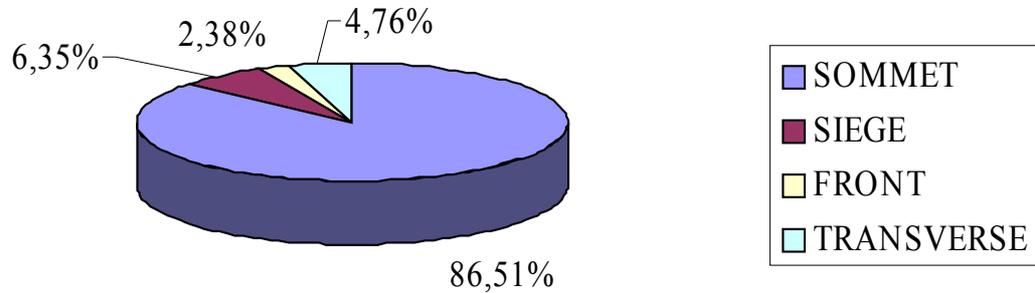


#### 4.1.11- LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT

**Tableau n 11:** Répartition des types de présentations fœtales chez les adolescentes admises au CHD<sub>2</sub> de Tolagnaro.

Type de présentation	Effectif	Pourcentage
SOMMET	109	86,51
SIEGE	08	06,35
FRONT	03	02,38
TRANSVERSE	06	04,76
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

La présentation eutocique prédomine à 86,51% contre 13,49% de présentations dystociques.



**Figure n°11 :** Type de présentations fœtales.

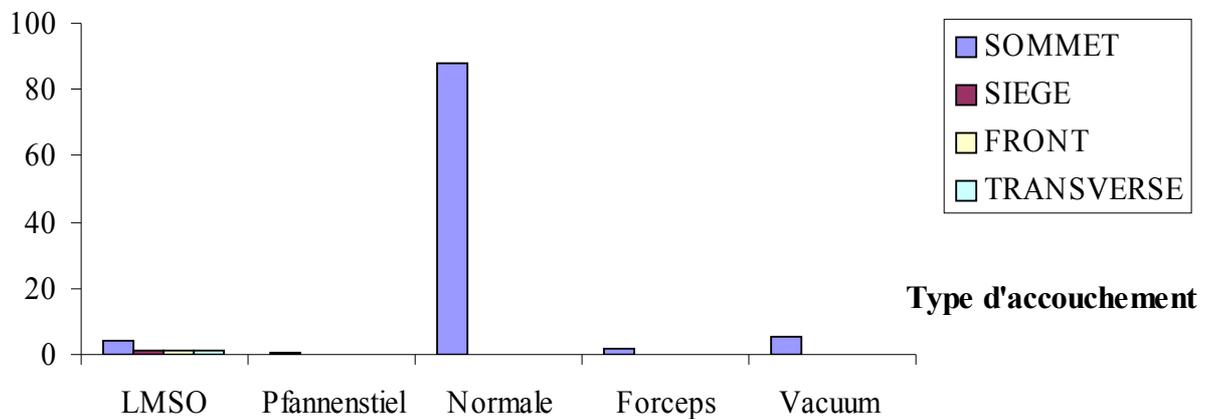
#### 4-1-12- LES CONDUITES A TENIR

**Tableau 12** : Répartition des Conduites à tenir pendant l'accouchement

Présentation Type d'accouchement	VOIE HAUTE		VOIE BASSE		
	LMSO	Pfannenstiel	Normale	Forceps	Vacuum
SOMMET	0	0	109	0	0
SIEGE	5	1	02	0	0
FRONT	0	0	00	02	01
TRANSVERSE	0	0	00	00	06
TOTAL	5	1	111	02	07
POURCENTAGE	3,97	0,79	88,09	1,59	5,56

88,09% des accouchements se sont déroulés par voie basse normale, 7,15% ont nécessité des manœuvres instrumentales et 4,76% ont été fait par voie haute.

#### Pourcentage



**Figure n°12** : Représentation graphique des conduites à tenir pendant l'accouchement.

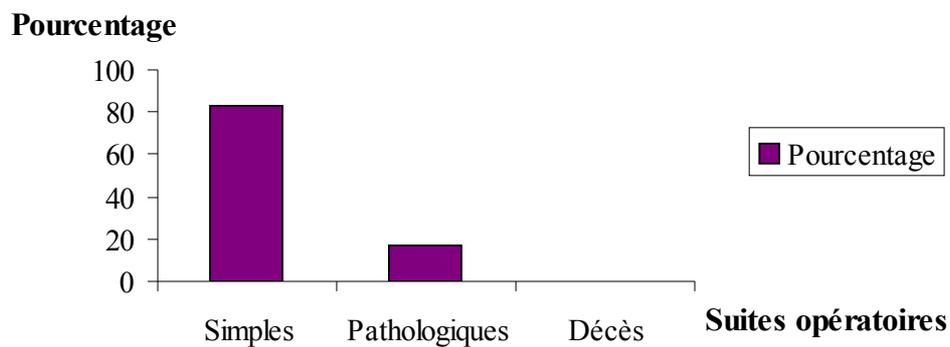
#### 4.1.13- LES SUITES OPERATOIRES

**Tableau n°13:** Répartition des suites opératoires chez les adolescentes concernées.

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	05	83,33
Pathologiques	01	16,67
Décès	00	0
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

16,67% des opérées ont eu de suites pathologiques, 83,33% ont eu des suites simples et pas de décès recensé.

**Figure n°13 :** Représentation graphique des suites opératoires.

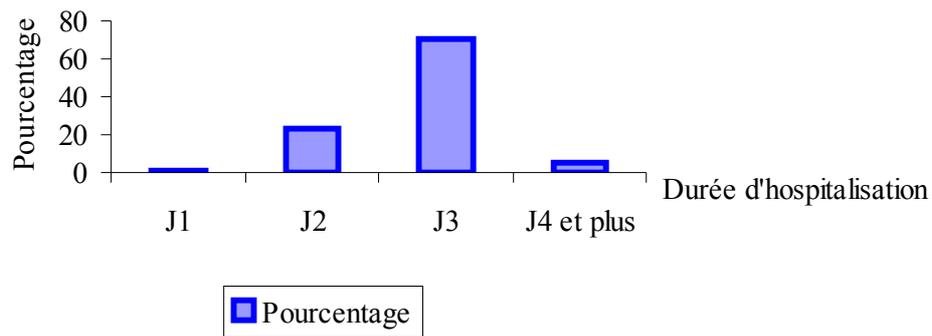


#### 4.1.14.DUREE D'HOSPITALISATION

**Tableau n 14** : Répartition des durées d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
J <sub>1</sub>	01	0,79
J <sub>2</sub>	29	23,02
J <sub>3</sub>	89	70,63
J <sub>4</sub> et plus	07	05,56
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Journée moyenne d'hospitalisation : 2,5.



**Figure n°14** : Courbe représentative de la durée d'hospitalisation des jeunes mères.

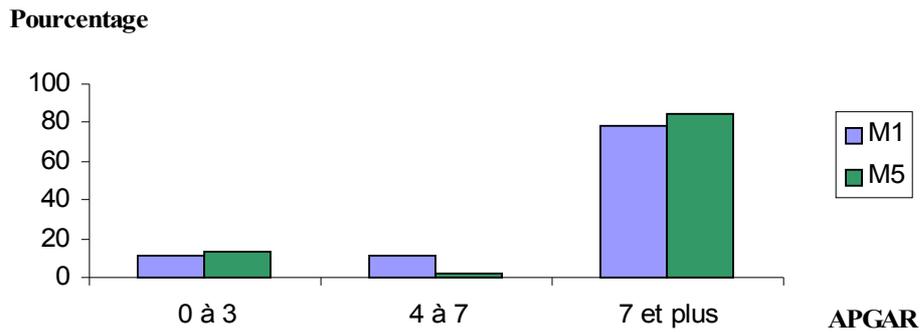
## 4-2- VARIABLES FŒTALES

### 4.2.1- INDICE D'APGAR.

**Tableau n 15:** Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'APGAR.

APGAR	M <sub>1</sub>		M <sub>5</sub>	
0 à 3	14	11,02 %	17	13,39 %
4 à 7	14	11,02 %	02	01,57 %
7 et plus	99	77,96 %	108	85,04 %
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100 %</b>	<b>127</b>	<b>100 %</b>

Nous avons noté un accouchement gémellaire, 13,39% des nouveau-nés ont un APGAR de <3 malgré les manœuvres de réanimation.



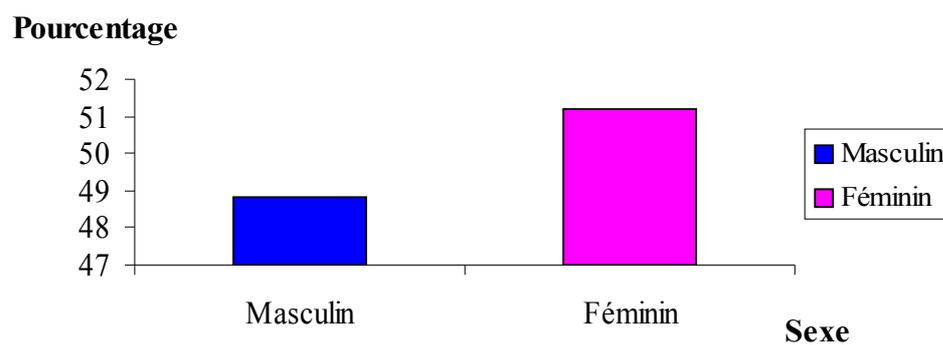
**Figure n°15 :** Répartition des nouveau-nés selon l'indice d'APGAR à la naissance.

#### 4.2.2- LE SEXE DES NOUVEAU-NÉS

**Tableau n 16:** Répartition selon le sexe des nouveau-nés.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	62	48,821
Féminin	65	51,18
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Les nouveau-nés de sexe féminin 51,18% sont légèrement plus nombreux que ceux du sexe masculin 48,82%.



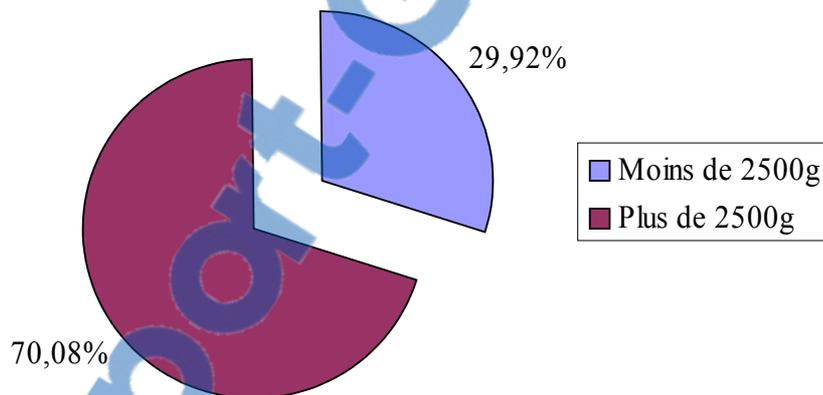
**Figure n°16 :** Répartition des nouveau-nés selon le sexe.

### 4.2.3- LE POIDS

**Tableau n 17:** Répartition selon le poids des nouveau-nés à la naissance

Poids en grammes	Effectif	Pourcentage
Moins de 2500g	38	29,92
Plus de 2500g	89	70,08
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

La majorité de nouveau-nés 70,08% ont un poids supérieur à 2500g à la naissance.



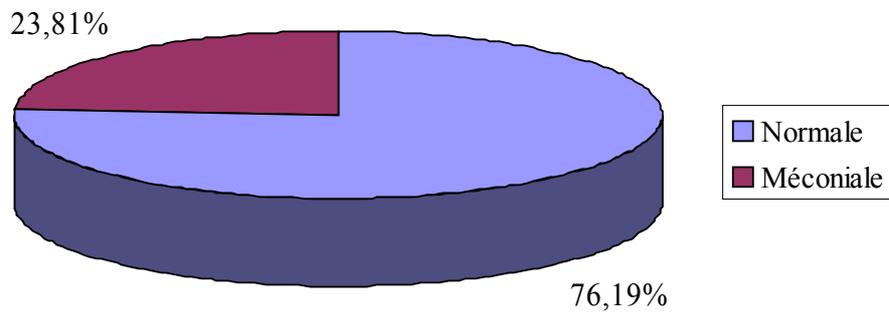
**Figure n°17 :** Poids des nouveau-nés à la naissance

#### 4.2.4- COULEUR DE LIQUIDE AMNIOTIQUE

**Tableau n 18:** Répartition selon la couleur du liquide amniotique.

Couleur du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Normale	96	76,19
Méconiale	30	23,81
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

23,81% des souffrances fœtales ont été marquées par la présence de méconium dans le liquide amniotique.



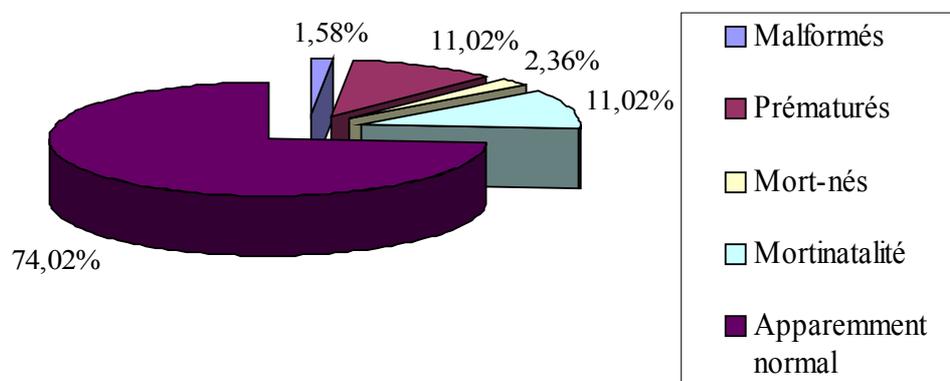
**Figure n°18 :** Représentation graphique de la couleur du liquide amniotique.

#### 4.2.5- Situation de nouveau-nés

**Tableau n 19:** Répartition selon la situation des nouveau-nés.

Situation de nouveau-nés	Effectif	Pourcentage
Malformés	02	01,58
Prématurés	14	11,02
Mort-nés	03	02,36
Mortinatalité	14	11,02
Apparement normal	94	74,02
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Nous avons trouvé : 02,36% de mort-nés, 11,02% de mortinatalité, de même pour les prématurés et 01,58% de malformations.



**Figure n°19** : Représentation graphique des situations des nouveau-nés.



***Troisième partie* : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS**

## 1-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude porte sur deux populations différentes :

- Les mères adolescentes.
- Leurs nouveau-nés.

### 1.1- LES MÈRES ADOLESCENTES

#### 1.1.1- Les nombres des parturientes pendant l'année d'étude :\_

Nous avons recensé parmi les femmes admises au CHD<sub>2</sub> de Tolagnaro pour y accoucher:

- 126 parturientes âgées de 13 à 19 ans qui constituent 29,23% de l'ensemble et qui sont concernées par notre d'étude,
- 129 parturientes âgées de 20 à 24 ans qui constituent 29,93% de toutes les parturientes,
- 176 parturientes âgées de 24 ans et plus qui constituent 40,84% de toutes les parturientes.

Au total, nous avons recensé 431 parturientes dont 29,23% sont des adolescentes. L'âge moyen est pour celles-ci de 16 ans de même pour l'âge médian.

Dans son étude réalisée à ANJOZOROBE, RANDRIAMBAHINY a rapporté une proportion de 19,38% de parturientes adolescentes sur l'effectif total des femmes ayant accouché. (39)

Be JUSTIN a trouvé 08,03% des parturientes adolescentes dans son étude réalisée au dispensaire urbain d'ANTANIMENA. (40)

Nous pouvons conclure que la proportion des mères adolescentes est plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain.

### **1.1.2- La gestité**

La gestité est le nombre de gestations survenant chez une femme, quelle que soit la durée et l'issue de ces gestations, y compris la gestation en cours.

Nous avons trouvé que 78,57% des femmes adolescentes sont de primigestes, 17,4% de seconde geste et 03,97% sont en III<sup>e</sup> geste. Ce résultat rejoint celui de RAZAFINDRAZAKA à Miarinarivo qui a relevé 80,32% de primigestes et 0,54% sont de III<sup>e</sup> geste. (41)

En effet, les mères adolescentes surtout celles qui vivent en milieu rural sont vouées à être multipares car elles se marient précocement ; la fécondité est précoce donc l'intervalle inter gènesique est court ; en plus la pratique contraceptive est insignifiante.

### **1.1.3- La parité**

La parité qui se définit comme le nombre de grossesses antérieures dont la durée a dépassé les 28 semaines, plus la grossesse en cours, quel que soit l'âge gestationnel de cette dernière. 82,54% des parturientes sont en 1<sup>ère</sup> parité et 03,97% de parités III et plus ; la parité médiane est à 63,5%. Ces résultats sont similaires à la précédente (pour la gestité).. La grossesse précoce est une source de grande multiparité et de croissance démographique (42).

Ce qui est défavorable pour notre pays qui a de sérieux problèmes économiques.

### **1.1.4- La situation matrimoniale des jeunes mères**

Dans notre étude on note une prédominance des célibataires avec 84,92% contre 15,08% mariées.

- Be JUSTIN a trouvé : 4,76% de célibataires et 95,24% mariées dans son étude à Antanimena. (40)
- RAZAFINDRAZAKA S.P : a trouvé 20,76% célibataires et 80,87% mariées à Miarinarivo. (41)

Donc, à Tolagnaro, on note une forte proportion de jeunes mères célibataires par rapport à Miainarivo qui est un fivondronana très proche de la capitale. Cet état de fait peut être lié à la vocation touristique de la ville de Tolagnaro. Les jeunes filles aiment fréquenter les étrangers blancs dans les boîtes de nuit. Sur terrain nous avons remarqué une forte proportion de filles par rapport aux garçons dans de tels lieux dont l'entrée est gratuite pour les filles.

### **1.1.5- La profession**

99,21% de notre population d'étude sont sans profession, alors que 0,79% ont des activités rémunératrices. Nous avons noté une forte prédominance des sans emploi.

RAZAKANTOANINA Maminirina(43) trouvait des résultats voisins dans son étude faite à ANTSIRABE en 1998. Elle a recensé que 72% de sa population d'étude sont sans profession, 22% ont une profession et 6% sont des étudiantes.

Donc, dans les grandes villes touristiques, les jeunes mères adolescentes sont presque toutes sans profession.

### **1.1.6- Le niveau d'instruction**

Dans notre étude, 04,76% des jeunes parturientes sont illettrées, 41,27% ont fréquenté l'école primaire. En somme 46,03% de notre population d'étude n'ont pas eu de notion sur la reproduction que nous apprenons dans les deux dernières années de la classe secondaire du premier cycle.

A Antsirabe, RAZAKANTOANINA (43) a trouvé dans son étude : 80% dont 5% illettrées et 75% du niveau primaire ; les jeunes parturientes n'ont pas eu de notion sur la reproduction en milieu scolaire.

A Miainarivo, RAZAFINDRAZAKA a trouvé 11,17% illettrées et 75,40% ont fréquenté l'école primaire. (41)

Par conséquent la grossesse précoce s'observe surtout chez celles qui n'ont reçu aucune éducation à la vie familiale et sexuelle.

Ici 46,03% des jeunes mères de notre population d'étude ont un niveau d'éducation secondaire en 1<sup>er</sup> cycle ; 07,94% de jeunes mères ont un niveau secondaire en 2<sup>nd</sup> cycle et personne (0%) n'est du niveau universitaire.

Ainsi nous pouvons conclure que le faible niveau d'instruction de nos jeunes mères peut s'expliquer par les raisonnements de leurs parents qui préfèrent envoyer leurs fils à l'école au lieu de leurs filles du fait de manque des moyens financiers. En plus dans les zones touristiques, les filles auront facilement de l'argent que les garçons, ceci est expliqué par la libre entrée de filles dans les boites de nuit.

Et enfin, elles ont dû arrêter tôt leurs études pour pouvoir s'occuper de leurs enfants et de leur ménage.

#### **1.1.7- La provenance**

Dans notre étude, 78,57% des parturientes adolescentes sont d'origine urbaine alors que 21,43% sont venues de la campagne.

Cela confirme la grande liberté à la vie sexuelle des jeunes filles à Tolagnaro.

#### **1.1.8- Le mode d'admission**

17,46% des parturientes sont des évacuées sanitaires contre 82,54% des entrantes directes.

Ces résultats sont expliqués par le fait que presque les cas difficiles, accouchements dystociques de la campagne, sont évacués au CHD II, qui est un Centre de référence hiérarchique des Centres de Soins de Base niveau II(CSB2).

Notre résultat diffère beaucoup de celui de RANOMENJANAHARY à la Maternité de Befelatanana où 67,91% des femmes sont des évacuées sanitaires et 32,09% des entrantes directes (44).

#### **1.1.9- Le nombre de consultations prénatales :**

69,04% des jeunes mères n'ont fait aucune consultation prénatale, 03,97% en ont fait une fois, 04,76 % deux fois, 14,29% trois fois et 07,94% quatre fois et plus.

Pendant notre étude, nous avons vu les rythmes et les motivations des gens de faire la consultation prénatale. Les jeunes mères ne veulent pas passer en consultation prénatale à Tolagnaro, mais plus le nombre de grossesses augmente, elles veulent volontiers en consultation prénatale. Ceci s'explique selon les responsables par l'impact de l'information-éducation, communication(IEC) menée dans le secteur depuis quelques temps.

La honte d'être enceinte tient une grande place pour les jeunes ,d'où l'intérêt de cette communication pour un changement de comportement (CCC).

### **1.1.10- Les antécédents gynécologiques**

Dans notre étude, nous avons eu les différents cas suivants dans les antécédents :

- 3,17% de grossesse extra-utérine,
- 11,11% d'interruptions volontaire de la grossesse (avortement clandestin),
- 11,90% d'avortement spontané,
- 0,8% de viol.

A Madagascar, plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer la fréquence des avortements :

Lorsque les jeunes femmes se trouvent enceintes contre leur gré, elles ont toutes comme réaction première de chercher à se faire avorter.

A cause du chômage et de l'insuffisance des emplois, la honte d'être enceinte et les interruptions volontaires de grossesse gagnent du terrain. A la lumière de cette étude, nous pouvons déduire que la grossesse chez les adolescentes présente deux grands groupes de problèmes, à savoir :

- les problèmes médico-obstétricaux et,
- les problèmes psycho-socio-économiques.

### **1.1.11- Les modalités d'accouchement**

#### **a- Les types de présentation**

Dans notre étude nous avons remarqué :

- \* 86,51% cas de présentation du sommet,
- \* 06,35% - présentation du siège,
- \* 02,38% - présentation du front et
- \* 04,76% - présentation transverse.

Le taux de présentations dystociques est de 13,49% chez les adolescentes.

Le résultat de notre étude concorde avec celui de RANDRIAMBAHINY qui a rapporté une forte proportion de dystocies à 19%.(39)

La jeune mère est exposée à un accouchement dystocique parce que le développement des os du bassin n'est pas encore achevé chez elle.

#### **b- Les conduites à tenir pendant l'accouchement**

Dans notre étude, nous avons les différents cas suivants :

- 88,09% accouchements par voie basse
- 7,15% accouchements par voie basse impliquant des manœuvres instrumentales comme forceps ou vacuum.
- 4,76% accouchements par voie haute.

La proportion des 11,91% d'accouchements dystociques s'explique par l'immaturité des organes génitaux des jeunes mères.

### **1.1.12- Les suites opératoires**

- 16,67% des opérées ont eu des suites opératoires pathologiques,
- 83,33% ont eu des suites simples,
- Aucun décès maternel n'a été recensé.

Malgré les 16,67% des suites pathologiques, aucun décès maternel n'a été constaté. Ceci explique la bonne prise en charge des opérées au CHD<sub>II</sub> de Tolagnaro.

### **1.1.13- La durée d'hospitalisation\_**

Elle est la suivante :

- 4 jours : 05,56% des cas,
- 3 jours : 70% des cas,
- 2 jours : 23,02% des cas,
- 1 jour : 0,79% des cas.

Ces résultats expliquent que peu de gens ont des problèmes post-partum (pendant l'hospitalisation) : à 05,56% y compris les 4,76% des accouchements par voie haute.

Les 0,79% des jeunes mères ayant une durée d'hospitalisation de 1 jour rentrent dans les cas de sortie sans autorisation. Le motif est l'impossibilité de payer les frais exigés par le recouvrement de coût.

## **1.2. LES NOUVEAU-NÉS DES MÈRES ADOLESCENTES**

### **1.2.1 Indice d'APGAR à la naissance\_**

L'Indice d'APGAR permet d'évaluer l'état du nouveau-né dans la minute ( $M_1$ ) qui suit la naissance puis 5 minutes ( $M_5$ ) après la naissance et amène l'accoucheur à pratiquer des gestes de réanimation.

Selon l'Indice d'APGAR, nous avons :

APGAR = 10 : Meilleur,

APGAR  $\geq$  7 : Bon pronostic, pas besoin de réanimation d'urgence,

APGAR < 7 : Envisager une réanimation d'urgence.

On a classé l'état du nouveau-né à la naissance comme suit :

- Né vigoureux,
- Né étonné,
- En état d'asphyxie bleue,
- En état d'asphyxie blanche,
- En état de mort apparente.

De ces résultats :

- 11,02% des nouveau-nés sont en état de mort-apparente dès la 1<sup>ère</sup> minute de naissance. Ce taux a augmenté après la 5<sup>ème</sup> minute malgré les manœuvres de réanimation et est devenu 13,39%. Cela provient du fait que l'état de l'enfant d'une mère adolescente est précaire. En effet, beaucoup d'enfants de mères adolescentes ne peuvent pas survivre en dehors de la mère. Cela explique aussi que la mère adolescente n'est pas encore prête pour donner naissance à un enfant.

### **1.2.2 Le sexe de nouveau-nés**

Nous avons eu :

- 48,82% de nouveau-nés de sexe masculin,
- 51,18% de nouveau-nés de sexe féminins.

Il y a là une légère supériorité relative numérique des nouveau-nés de sexe féminin.

### **1.2.3-Le poids de naissance des nouveau-nés :**

Nous avons trouvé dans cette étude :

- 29,92% de nouveau-nés de poids de naissance de moins de 2500g
- 70,08% de nouveau-nés de poids de naissance de plus de 2500g.

Le faible poids de naissance concerne 29,92% des nouveau-nés. Ce taux est 2 fois et demi supérieur à celui de RAZAFINDRAZAKA (41) dans sa thèse et légèrement inférieur à celui de RANDRIAMBAHINY Noroniaina 39,60%(39).

Nous pouvons conclure que :

Il y a une grande proportion de nouveau-nés de faible poids de naissance à Tolagnaro.

En outre CAMARA B et ses collaborateurs ont également incriminé le jeune âge maternel comme facteur de risque de faible poids de naissance chez les nouveau-nés (46).

L'insuffisance pondérale de nouveau-nés est l'apanage des mères adolescentes car étant en pleine période de croissance physique, elles doivent subvenir à leurs propres besoins et à ceux de leur enfant. Par ailleurs, une insuffisance pondérale à la naissance est un témoin de malnutrition chez la mère (47).

#### 1.2.4 Couleur du liquide amniotique

Nous avons recensé chez les jeunes mères de 13 à 19 ans que :

- 23,81% ont eu un de liquide amniotique méconial,
- 76,19% ont eu un liquide amniotique normal.

Nous pouvons conclure qu'il y a eu dans notre étude une forte proportion de souffrance fœtale signée par la présence de méconium dans le liquide amniotique. Cela est expliqué par le fait que le développement des os du bassin maternel n'est pas encore achevé d'où souffrance fœtale.

#### 1.2.5- Variables fœtales

##### a)- situation des nouveau-nés

Dans notre étude, nous avons constaté que :

- ❖ 01,58% sont malformés,
- ❖ 11,02% des prématurés,
- ❖ 02,36% des mort-nés,
- ❖ 11,02% de mortalité post néonatale,
- ❖ 74,02% de nouveau-nés apparemment normaux.

RANDRIANASOLO J.(45) a rapporté 4,98% de mort-nés à Antsirabe et RABEMANANJARA a trouvé 7,6% (23, taux semblable à celui de RANDRIAMBAHINY 7% (39).

Parmi les 22,04% des bébés APGAR <7 qui ont eu besoin de manœuvres de réanimations à M<sub>1</sub>, 23,81% ont été accompagnés d'un liquide amniotique méconial, et 29,92% qui ont eu un poids faible inférieur à 2500g. sont issus de mères adolescentes et courent un plus grand risque de mourir.

## 2-SUGGESTIONS

Dans le monde où nous vivons, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement ; les problèmes engendrés par la grossesse précoce sont toujours les mêmes et fort préoccupants.

Le slogan actuel de notre pays réclame : « un développement rapide et durable ». Compte tenu de ce slogan nous avons besoin de peuples producteurs, robustes et en bonne santé.

Pour atteindre cet objectif, nous devons éradiquer ou au moins réduire ces problèmes de grossesse précoce. Nous suggérons les deux mesures suivantes :

- *mesures préventives*
- *mesures curatives*

### 2.1- MESURES PRÉVENTIVES

« Mieux vaut prévenir que guérir » : il en est de même pour les grossesses précoces.

Ces mesures seront adressées :

- \* Aux parents
- \* Aux adolescents
- \* L'Etat

#### *2.1.1- Aux parents\_*

A notre époque, il est temps de dépouiller la sexualité de son voile. Pour en faire un type de connaissance et non plus un sujet tabou ou chose honteuse.

Ainsi, faut informer et éduquer les parents car il est de leur devoir de :

- Parler à leurs enfants de la vie familiale car la sexualité débute à la naissance. Inciter les parents à prendre part à l'éducation à la vie sexuelle de leurs enfants. Les parents sont souvent mal à l'aise quant il s'agit de parler aux enfants du sexe quand ils n'y sont pas préparés. En conséquence, il faut les éduquer et leur suggérer une

technique afin qu'ils puissent répondre d'une façon rassurante et correcte aux questions des enfants.

- Surveiller de près le déroulement des études des enfants pour dépister précocement l'école buissonnière.
- Restaurer une bonne relation parents-enfants pour instaurer le dialogue spontané et normal,
- Apprendre aux enfants les conditions de vie familiale surtout hygiéno-socio-économiques et l'adoption de l'abstinence sexuelle avant le mariage.
- Orienter les enfants vers les centres éducationnels selon les possibilités de chacun pour éviter les délinquances juvéniles :
  - centre de sports et loisirs sains
  - centre culturel (conférences, musiques, dans, kabary...)
  - centre de documentation (Bibliothèque, Internet...)
  - centre de formation professionnelle
- Guider leurs enfants à s'intégrer dans les associations des jeunes à caractère constructif et ayant des buts de formation sur le plan moral et civique.
- Insister sur les conséquences néfastes des mariages maternités précoces.

### ***2.1.2-Aux adolescentes***

C'est le centre du problème. Un grand nombre de jeunes n'ont rien appris ou ont eu des mauvaises informations erronées en matière de grossesse, de contraception et de sexualité. Les informations dont ils disposent viennent souvent de leurs amis.

Il faut inculquer aux jeunes :

- \* Les effets pervers de la grossesse précoce,
- \* L'ampleur de gravité des infections sexuellement transmissibles et le SIDA,
- \* La nécessité de la consultation chez les personnels médicaux devant toute hésitation aux idées de sexe ou devant tout problème de santé,
- \* En cas de force majeure, l'utilisation de moyens contraceptifs mais de règle l'abstinence au rapport sexuel avant le mariage.

Pour réaliser tout cela nous suggérons :

-La réactualisation des connaissances des enseignants en matière de santé de reproduction des adolescents, des leaders des groupes culturel, sportif, social et religieux ;

-Que le médecin du village accorde un après-midi par semaine pour une causerie avec les adolescents des milieux scolaires pour éviter les regards moqueurs ou réprobateurs d'autrui lors des consultations à l'hôpital ; ceci permet de créer un climat chaleureux, amical afin de gagner leur confiance, afin de donner aux jeunes les informations dont ils ont besoin pour pouvoir choisir raisonnablement, parce que : « être bien informé, c'est augmenter ses chances de faire des choix intelligents et responsables en matière de reproduction » (48) ;

- L'utilisation en masse des médias traditionnels et modernes pour atteindre les jeunes non scolarisés.

En somme, il est nécessaire d'informer et d'éduquer les jeunes car : « en ne faisant rien pour leur enseigner la sexualité et en attendant d'eux qu'ils sachent tout sur la question, on contribue à maintenir un taux de grossesse élevé » (49).

### ***2.1.3- A l'Etat***

En ce qui concerne la situation actuelle des adolescentes, l'Etat est engagé mais d'une façon indirecte. En tenant compte de la croissance démographique de notre pays, il connaît bien le parallélisme de la santé et le développement économique.

Ainsi, il doit insister sur les différents points suivants :

- \* Sévir contre le tourisme sexuel.
- \* Réduire ou empêcher carrément la prostitution des mineures en interdisant toute sorte de sortie nocturne de la maison pour les jeunes filles mineures. Il est nécessaire de contrôler le port de la carte d'identité chaque nuit quel que soit le sexe.
- \* Adopter l'application des textes empêchant l'accès des mineurs aux substances nocives (alcool-tabac).
- \* Contrôler avec rigueur toutes sortes d'interruption volontaire de grossesse non légale et proposer une peine à perpétuité pour l'auteur et ses complices ;.
- \* Sensibiliser les jeunes adolescentes à fréquenter la formation sanitaire mise à leur disposition et acquérir toutes notions d'hygiène de base.

- \* Mettre en place partout des centres de loisir éducationnel, accessibles par tous et enfin un centre de réinsertion et de formation professionnelle pour les jeunes mères, tout au moins au niveau de certaines communes vulnérables.

## **2.2- MESURES CURATIVES**

Elles prévoient une prise en charge de la future mère sur le plan médical et social. On sait que la grossesse précoce est une grossesse à risque qu'il faut surveiller. Les jeunes filles célibataires acceptent mal leur grossesse. Une grande compréhension s'avère nécessaire à leur égard. D'où les mesures suivantes à prendre:

- Il faudrait d'abord assurer le bon déroulement de cette grossesse et de l'accouchement par des consultations prénatales précoces et régulières. Ces consultations prénatales sont vivement recommandées chez les jeunes mères parce qu'elles seules peuvent réduire considérablement les complications et la mortalité liées à la grossesse et à l'accouchement ;
- Il faudrait les aider à franchir cette étape difficile, leur faire comprendre qu'elles ne sont pas seules et les inciter à respecter le nombre et rythme de consultation prénatales ;
- Dans les villes à risque de SIDA, la sérologie au VIH des femmes enceintes s'avère nécessaire ;
- Il faudrait convaincre les jeunes mères de venir accoucher à la maternité ou tout au moins de se faire assister par un personnel médical qualifié si leur accouchement doit se faire à domicile. Mais elles doivent aller de préférence à la maternité, car la grossesse des adolescentes est une grossesse à risque ;
- Après l'accouchement, il faut aider les jeunes mères à s'occuper correctement de leurs bébés et leur donner des conseils sur l'hygiène d'une femme allaitante ;
- Après l'accouchement, il faut absolument réinsérer ces jeunes mères sur le plan social et empêcher une nouvelle grossesse rapprochée par une contraception adéquate.
- Il faut apprendre aux jeunes mères le danger et l'immoralité de l'abandon : pour leurs bébés et pour elles-mêmes ; qu'elles sachent donc que l'abandon est traductible devant la barre car considéré comme un acte criminel.

- Il faudrait encourager les jeunes mères à suivre les consultations post- natales pour une meilleure prise en charge de leurs bébés et pour assurer la bonne pratique des contraceptions.
- Il faudrait encourager ces jeunes mères à reprendre les études si possible ou les encourager à rejoindre les centres d'apprentissage de métier.

Pour finir, faisons appel aux autorités compétentes afin qu'elles puissent :

- Améliorer les connaissances des personnels responsables de la santé de reproduction des adolescentes,
- Réviser la législation en supprimant la discrimination dont font l'objet les jeunes enceintes et les jeunes mères sur la scolarité,
- Créer des travaux pour les jeunes mères,
- Mobiliser les agents de sécurité pour sélectionner l'entrée des boîtes de nuit qui doivent être interdite aux mineurs grâce à une réglementation stricte.

## CONCLUSION

Une étude descriptive et rétrospective relative à la grossesse et à l'accouchement des adolescentes a été effectuée au CHD<sub>2</sub> de TOLAGNARO en 2002. Pendant l'étude nous avons répertorié 126 cas d'accouchements d'adolescentes parmi les 431 parturientes recensées. Ces 29,23% constituent notre population d'étude.

- parmi ces adolescentes 78,57% sont primigestes, 17,46% en deuxième geste et 3,97% sont déjà à leur troisième gestité.

- 69,04% des mères ne pratiquent aucune consultation prénatale.

- 11,11% ont un antécédent d'interruption volontaire de grossesse.

- 11,91% signalent un accouchement dystocique dans leurs antécédents.

- 84,92% des jeunes mères sont célibataires et 99,21% sont sans emploi. Elles ont un faible niveau d'instruction et 78,57% vivent dans le milieu urbain.

- Concernant leurs nouveau-nés nous avons recensé : 2,36% des mort-nés, 11,02% de mort post néonatale, 01,58% des mal formés, 11,02% de prématurés et 74,02% de nouveau-nés apparemment normaux.

Notre étude a permis de conclure que :

- L'interruption involontaire de la scolarité occasionnée par la grossesse prive les jeunes mères d'accéder à un niveau d'instruction satisfaisant. Les grossesses des adolescentes posent de multiples problèmes résultant de l'ignorance en matière de santé de reproduction et en éducation à la vie sexuelle ; la pauvreté en reste la principale cause.

Ainsi nous émettons les suggestions suivantes :

- \* Information et éducation des parents et des adolescents sur la santé de reproduction dont à l'éducation à la vie sexuelle.
- \* Des contrôles sévères par l'Etat quant au tourisme sexuel ; à la sortie nocturne et à l'accès des mineurs aux substances nocives sont à recommander.
- \* Le médecin du village doit consacrer une demi-journée par semaine pour la prise en charge de la santé des adolescents en milieu scolaire.
- \* Il faut améliorer la qualité de soins obstétricaux dans les services de santé maternelle.
- \* Il est nécessaire de promouvoir une contraception adéquate après l'accouchement.

- \* La réinsertion sociale des jeunes mères consisterait à créer des centres de formation professionnelle dans les zones périphériques.

Rapport-Gratuit.com

ANNEXES

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA  
Tanindrazana - Fahafahana - Fandrosoana  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

**FICHE DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DE LA MÈRE  
ET DU NOUVEAU-NÉ**

**RENSEIGNEMENTS :**

N° d'ordre :     /    /     /     /     /     /      
numéro      mois      année

N° registre d'accouchement : .....

- Faritany : .....
- District Sanitaire : .....
- Formation Sanitaire : .....
- Nom et prénoms : .....
- Date de naissance : ..... Age : .....
- Mariée : Oui  / Non
- Niveau d'instruction
  - illettré
  - primaire
  - secondaire
  - supérieur
- Profession de la femme : .....
- Profession du mari : .....
- Domicile ou adresse : .....
- Date et issue du dernier accouchement : .....
- Gestité : .....
- Parité : .....
- Nombre d'enfants vivants : .....
- Date des dernières règles (DDR) : .....
- Date probable de l'accouchement (DPA) : .....

N°	ANTECEDENTS / FACTEURS DE RISQUE	OUI	NON
1	Age } - inférieur à 18 ans } - supérieur à 35 ans		
2	Primipare âgée de plus de 30 ans		
3	Parité supérieure à 5		
4	Dernier accouchement de moins de 2 ans		
5	Bassin rétréci ou asymétrique		
6	T.A. > 14 / 8		
7	Diabète		
8	Dyspnée, cyanose, (asthme, cardiopathie), épilepsie, drépanocytose (anémie)		
9	O.C. antérieure ou utérus cicatriciel		
10	Grossesse gémellaire actuelle		
11	Antécédent d'enfant de faible poids à la naissance		
12	Mort-né ou décès de l'enfant dans les 27 jours		
13	Fausses couches / avortement		
14	Habitudes toxiques (alcool, tabac, tambavy, médicaments...)		

Plan d'accouchement :

**SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE :**

C. P. N.	1 <sup>è</sup> : 12 à 16 Sem.	2 <sup>è</sup> : 20 à 24 Sem.	3 <sup>è</sup> : 28 à 32 Sem.	4 <sup>è</sup> : 37 Sem.
DATE AGE DE LA GROSSESSE				
ELEMENTS de SURVEILLANCE				
T.A				
TAILLE				
POIDS				
OEDEMES				
VARICES				
PALEUR DES CONJONCTIVES				
ICTERE				
H. U.				
BdCF				
MOUVEMENTS ACTIFS DU Fœtus				
PRESENTATION DU FŒTUS				
EXAMEN AU SPECULUM / TV				
ECOULEMENTS ANORMAUX				
PROMONTOIRE ACCESSIBLE				
COL OUVERT				
SAIGNEMENT GENITAL				
ALBUMINURIE				
GLYCOSURIE				
SEROLOGIE/SYPHILIS				
FER				
ACIDE FOLIQUE				
CHLOROQUINE				
VAT				

DATES	PROBLEMES IDENTIFIES AUX COURS CPN	MESURES PRISES / TRAITEMENT



# SURVEILLANCE DES SUITES DE COUCHES

## - ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT



	Cause
	Cause

- Accouchement normal
- Accouchement dystocique
- Accouchement césarienne

## - INDICE D'APGAR

	0	1	2
Cœur	ne bat pas	< 100/mn	> 100/mn
Respiration	absente	faible, lente	cri vigoureux
Réflexes	réponse nulle	grimace faible	normaux
Tonus	enfant mou	flexions des membres	mouvements normaux
Couleur de la peau	bleue ou pâle	rose + extrémités bleues	rose

TOTAL M1 =

M5 =

- Sexe : .....
- Taille : .....
- Périmètre thoracique : .....
- Périmètre crânien : .....
- Poids à la naissance : .....
- Malformation : .....

## DELIVRANCE

Normale	Oui	Non
Manuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirigée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle :		

# MÈRE

Eléments de surveillance / prestation	J1 date	J2 date	J3 date	Observations et mesures prises
Lochies				
Globe de sécurité / H.U.				
Examen des seins : montée laiteuse				
Conjonctives (anémie - Ictère)				
Oedèmes des membres inférieurs				
Température				
Tension artérielle				
Vaccination				
Planification Familiale				
CCV ou DIU post-partum				
Plaies opératoires				
Phlébites				
Conseil (Promotion santé Mère et Enfant)				
NOUVEAU-NÉ :				
Poids				
Soins ombilicaux				
Soins des yeux / Conjonctivites				
Allaitement maternel exclusif				
Méconium / selles				
Température				
Vaccination B.C.G. - Polio				

## CONSULTATIONS POST-NATALES

Eléments de surveillance :	Oui	Non
- Pertes vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Involutions utérine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Retour de couches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- AME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PF / conseils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date :

Observations et mesures prises :

- Poids :
- TA :
- Conjonctives :
- Etat des seins :

## BIBLIOGRAPHIE

- R.Merger. J, Levy J.Melchior.** Précis d'obstétrique. Masson et Co.1967.
1. **Vincent. L, Claudine B.H.** Précis d'obstétrique. Lamare – Poinnat. 1981.
  2. **Razafindralambo. S.** Les problèmes de la grossesse chez les adolescentes. Thèse Médecine Antananarivo, 1990 ; 2129.
  3. **Simon D, Dawson K,** Les besoins sanitaires des adolescentes. OMS, Genève, 1977 : 609.
  4. **Aguilar I,** La puberté, la physiologie féminine, le mécanisme de l'accouchement. Femme et mère, 1975 : 12-14.
  5. **Ranjalahy R, Andrianarisoa O, Randriamanana C, Andrianarisata J, Ranaivoharisoa L,** Santé et développement des adolescentes et des jeunes à Madagascar, Ministère de la santé, 1996 : 9-11
  6. **Azerad E, Lubetzki J.** Biochimie des hormones. Encycl.Méd-Chir, glandes endocrines, Pradel, 1986, 10001 ; 31 : 10-19.
  7. **Buvat J, Buvat M, Herbaut T.** Régulation de la fonction hypothalamo-hypophyso-ovarienne au cours du cycle menstruel de la femme normale J. Gyn obst Bio Rep.1981 ; 10 : 415-425.
  8. **Faune JMA.** Rôle du système extra-hypothalamique dans la physiologie ovarienne. Relation hypothalamo-hypophyso-ovarienne. J Endocr. Pitié. Expansion. Edit, 1980 ; 32.
  9. **Lima JM, Rapport R.** La puberté chez la fille. Encycl-Méd-Chir, 1974 : 1.
  10. **OMS,** Santé de la reproduction. Afr. OMS. 1999 : 1.
  11. **Paxman J.M, Zuckerman R.J** Loi et Politique sur les incidences sur la santé des adolescentes. OMS Genève, 1989 : 4-9.
  12. **Aüguero U, Loffredo S** Texte sur la Santé de reproduction. Population Référence Bureau (PRB) USA, Edition féminine, 1996 ; 25-27.
  13. **Claude L.Patricia D** La psychologie de l'enfant et de l'adolescent à la portée de tous. Privat, 1990 : 37-42 ; 260-265.
  14. **De Nalasco A.M** Il faut parler sexualité aux adolescents et aux jeunes, Santé du monde, 1989 ; 15.
  15. **Deschamps J.P Erny P, M.Bede J.** La Santé des adolescentes et des jeunes enfants en milieu tropical.INSERM, 1989 ; 180 : 5-16, 18-40.

16. **César, Chelala** La maternité précoce dans les Amériques. Santé du Monde, 1990 : 15.
17. **Janky E, Gallais A, Landre M** Généralités sur la Grossesse et accouchement de l'adolescente. Encycl-Méd-chiR- obstét. Paris, 1987 : 1. 5016D10.
18. **Lemare P** Grossesse et Maternité chez l'adolescente. Vie et Santé, 1996 : 16-18.
19. **OMS**, Les aspects médico-Sanitaires de la reproduction chez les adolescentes. Déclaration conjointe. OMS/FNUAP/FISE, 1989 : 12-15.
20. **UNFP**. UNFP and adolescent reproductive health /UNFP-NewYork: UNFPA, 1999 : 32.
21. **IPPF, Comprendre les adolescentes** Revues sur la population et le développement, Adv. Exp. Med. 1994 : 3-8.
22. **Rabemananjara E**, Etude de l'issue de la grossesse chez les adolescentes vue au CHR de Toliara de Mai 1993 en Avril 1996. Thèse Méd. Antananarivo, 1997 ; 4446.
23. **OMS**, Jeune et sexualité et reproduction. Discussion technique, OMS Genève 1989.
24. **Andrianjafinirina**, Les complications de l'avortement provoqué. Thèse Méd Antananarivo, 1995 ; 3552
25. **Levy J, Melchior J**, corps sexuel, adolescence et maternité. Revue française psychanalytique, 1987 ; 51 : 1613-1628.
26. **Gabozy I, Sekou H, Cheho C, Hassan I**, La gravido-puerperalité de l'adolescente Nigérienne. Inter Fac Afrique. 1990 ; 13 : 29-32.
27. **Mounanga M, Mouly G, Zinson R.D**, La Grossesse et l'accouchement de l'adolescente Gabonaise (étude de 97 cas). Revue française de Gynécologie et d'obstétrique, 1985 ; 80 ;5 : 293-298.
28. **OMS**, La Santé Mentale des adolescentes et des jeunes. OMS Genève, 1991, 41.
29. **Djanhan Y, Kodjor, Gondo D**, L'accouchement chez l'adolescente au CHU de Cocody d'Abidjan. Médecine de l'Afrique Noir. 1995 ; 42 ; 4 : 217-219.
30. **Nortman D**, Parental age as a factor in Pregnancy out come and child developement. Reports on population /family planning, 1984; 16 : 1-11.
31. **Cornick M.C**, High Risk young mothers, infant mortality and morbidity in four areres in the United States of Américain journal of Public health. 1984 : 18-23.

32. **Laffargue F, Bachelard B**, La Grossesse chez les adolescentes. Revue internationale de Pédiatrie, 1988 ; 178 : 51-54.
33. **Tinker A, Marjorie A**, Vers une maternité sans risque, JAMA, 1985 : 5-9.
34. **UNICEF-WHO**, Estimates of maternal mortality. Madagascar, OMS, 1996 : 12.
35. **OMS**, La Santé de la femme à travers l'âge et les frontières, OMS, Genève, 1992 : 30.
36. **Vinatier D, Monnier JC, Müller P**, La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente. revue française de gynéco-obstétrique, 1984 ; 79 : 7-9, 549-554.
37. **Boisselier P, Hajal B, Boyer F**, La grossesse chez l'adolescente. Journal de Gynécologie obstétrique, 1985 ; 14 ; 5 : 607-611.
38. **Randriambahiny N**. Réflexion sur les grossesses des adolescentes dans la région d'Anjzorobe. Thèse méd. Antananarivo, 2000 ; 5280.
39. **Be Justin**, La grossesse précoce en milieu urbain profil de la population vulnérable. Thèse méd. Antananarivo, 1985 ; 3969.
40. **Razafindrazaka S. P**. Prévention des problèmes à la grossesse des adolescentes Thèse méd. Antananarivo, 2001 ; 5744.
41. **OMS**, Santé, des jeunes. Discussions techniques de l'Assemblée Mondiale de la santé, OMS, Genève, 1989.
42. **Razankantoanina M**. Enquête épidémiologique sur les problèmes obstétricaux chez les adolescentes à Antsirabe. Thèse méd. Antananarivo, 1999 ; 5231.
43. **Ranomenjanahary F**, Grossesse et accouchement des adolescentes à la maternité de Befelatanana. Thèse méd. Antananarivo, 1999 ; 5190.
44. **Randrianasolo J**. Les aspects épidémiologiques des morts fœtales in utero au HMC d'Antsirabe en 1989. Thèse méd. Antananarivo, 1989 ; 4282.
45. **Camara B « et Coll »**. Poids de naissance. Fréquence et facteurs de risque dans le district de Guediawaye Sénégal. Mèd.Afr.noire, 1996 ; 43 ; 5 :260-265.
46. **Gouvernement Malagasy et UNICEF**. Plan cadre d'opération pour le programme de coopération 1996- 2000, UNICEF, Madagascar, 1997 :13.
- 48 **Harold S, Mervyn H**. Les adolescents et la sexualité. AIDS SIDA Numéro spécial 1988 :15- 17.
49. **Updhyay B**. Sexualité et Education sexuelle. Perspective des jeunes, IDF Bull 1996 : 75.

## VELIRANO

« Eto anatrehan'i Zanahary, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HYPPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany. »

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

**Le Président de thèse :**

**Professeur RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie.**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Le Doyen de la Faculté de Médecine  
d'Antananarivo :**

**Professeur RAJAONARIVELO Paul.**

Name and first names : RANDRIAMIARAMANANA Hary Hajaniaina

Title of thesis : Exits of the delivery at the teenagers to the hospitable center of district -II of Tolagnaro

Category : Public health Number of pages : 59

Number of pictures : 19

Number of faces : 19

Number of diagrams : 06

Number of bibliographic references : 49

Number of appendices : 04

### S U M M A R Y

It is a retrospective survey achieved to the hospitable center of district II level of Tolagnaro during the year 2002; concerning the parturient aged of 13 to 19 years admitted in the motherhood.

Our objective is to improve the health of the young teenage mothers.

On the 126 parturients teenagers : 84,92% are unmarried, 99,21% without profession, 07,94% passed the secondary level in second cycle of the education and 69,04% didn't follow a prenatal consultation. The native mortality is to 13,38%.

Consequently, we suggest a mobilisation of more than the time of the parents, the state and the physician to the health of the teenagers. In addition, the State should apply the regulations in force on the life of the teenagers and should decentralise the center of professional formations and social rehabilitation at the periphery.

Key words : Pregnancy - delivery - teenager – prevention- neonate.

Director of thesis : Professor RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie.

Reporter of thesis : Professor RAMAKAVELO Philippe Maurice.

Address of the author : Door 211 City academic ANKATSO I

101 Antananarivo

Nom et prénoms : RANDRIAMIARAMANANA Hary Hajaniaina

Titre de thèse : Issue des accouchements chez les adolescentes au centre hospitalier de district -II de Tolagnaro

Rubrique : Santé publique

Nombre de pages : 59

Nombre de tableaux : 19

Nombre de figures : 19

Nombre de schémas : 06

Nombre de références bibliographiques : 49

Nombre d'annexes : 04

## R E S U M E

C'est une étude rétrospective réalisée au Centre Hospitalier de District niveau II de Tolagnaro durant l'année 2002 ; concernant les parturientes âgées de 13 à 19 ans admises dans la maternité.

Notre objectif est d'améliorer la santé des jeunes mères adolescentes.

Sur les 126 adolescentes parturientes : 84,92 % sont célibataires, 99,21 % sans profession, 07,94 % ont passé le niveau secondaire en second cycle de l'éducation et 69,04 % n'ont pas suivi de consultation prénatale. La mortalité néonatale a été de 13,38 %.

En conséquence, nous suggérons : une mobilisation plus poussée des parents, de l'Etat et du médecin pour la santé des adolescentes. En sus, l'Etat devrait appliquer les règlements en vigueur sur la vie des adolescents et décentraliser les centres de formation professionnelle et de réinsertion sociale à la périphérie.

Mots Clés : Grossesse - accouchement - adolescente – prévention-nouveau-née.

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie.

Rapporteur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Philippe Maurice.

Adresse de l'auteur : Porte 211 Cité universitaire ANKATSO I  
101 Antananarivo