

GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES : FREQUENCE ET PRONOSTIC DANS CINQ FORMATIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

S. KIEMTORE, B. TOURE, A. OUATTARA, Y. A. SAWADOGO, H. ZAMANE, I. OUEDRAOGO, P. KAIN DANTOLA, I. SALOU, A. OUEDRAOGO, B. BONANE/THIEBA

RESUME

Objectifs : L'objectif principal de ce travail était d'étudier le pronostic des grossesses chez les adolescentes dans la ville de Ouagadougou.

Patientes et méthodes : il s'est agi d'une étude transversale descriptive. Ont été incluses les adolescentes prises en charge pour la grossesse, l'accouchement, ou leurs complications entre le 1^{er} Janvier et le 31 Décembre 2017. L'étude s'est déroulée dans 5 structures sanitaires de la ville de Ouagadougou choisies de façon raisonnée. Le recueil des données a été rétrospectif à travers les registres d'accouchement, les registres de soins après avortement et les dossiers cliniques des patientes.

Résultats : Parmi les femmes admises en obstétrique, les adolescentes ont représenté 3,4% (797/23764) de l'ensemble des femmes et 10,4% (792/7591) des primigestes. Sur les 740 grossesses chez les adolescentes dont le pronostic était connu, 103 (13,9%) ont abouti à un avortement, 221 (29,9%) à un accouchement dystocique, 153 (20,7%) à une césarienne. Parmi les 652 grossesses qui ont abouti à un accouchement, on notait 90 (13,8%) accouchements prématurés et 54 (83‰) mortinaissances. Le ratio de mortalité maternelle chez les adolescentes était de 1786 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Conclusion : La grossesse chez les adolescentes a été fréquente et de mauvais pronostic. Des mesures sont donc indispensables pour éviter ces grossesses à des âges précoces.

Mots clés : Grossesse, Adolescente, Pronostic.

SUMMARY

Teenage pregnancy : frequency and prognosis in five health facilities in the city of Ouagadougou, Burkina Faso

Objectives : The main objective was to determine the prognosis of teenage pregnancies in Ouagadougou.

Patients and methods: This work was a descriptive cross-sectional study. Adolescents in care for pregnancy, childbirth, or their complications were included between January 1st and December 31st, 2017. The study took place in 5 health facilities in the city of Ouagadougou. Data collection was retrospective through birth records, post abortion care records and clinical records of patients.

Results: Among women admitted into obstetrics units, adolescents girls accounted for 3.4% (797/23764) of all admissions and 10.4% (792/7591) of primigravid women. Among the 740 adolescent pregnancies for which the prognosis was known, 103 (13.9%) resulted in abortion, 221 (29.9%) in dystocia delivery, 153 (20.7%) in caesarean section. Among the 652 pregnancies that resulted in delivery, 90 (13.8%) were premature deliveries and 54 (83‰) were stillbirths. The adolescent maternal mortality ratio was 1786 maternal deaths per 100,000 live births.

Conclusion: Teenage pregnancy has been common and bad prognosis. Measures are therefore essential to prevent early pregnancy.

Keywords: Pregnancy, Teenage, Prognosis.

INTRODUCTION

Selon Sharp et coll, l'adolescence est une phase du développement humain physique et mental qui se produit pendant la période s'étendant de la puberté à l'âge adulte [14]. Pour le système des nations unies, les enfants de sexe féminin âgés de 10 à 19 ans sont des adolescentes [16]. En 2014 dans le monde, environ 16 millions d'adolescentes avaient accouché. La majorité de ces accouchements avaient eu lieu dans les pays à faibles ressources [16]. En ce qui concerne le Burkina Faso, le code pénal en vigueur depuis 1996 fixe l'âge de la majorité à 18 ans [11]. Par conséquent le mariage et les rapports sexuels

avant cet âge ne devraient pas y être tolérés. Malgré cette disposition légale, les grossesses chez les adolescentes restent courantes au Burkina Faso. En effet, selon Bankole et coll de Guttmacher Institute, en 2010, seulement 9% des femmes âgées de 15 à 19 ans avaient une bonne connaissance de la contraception et 24% des femmes de cette tranche d'âge étaient mères ou enceintes au moment de l'enquête [2]. Si ces données indiquent le nombre élevé des grossesses précoces, elles ne fournissent pas d'informations sur les complications de celles-ci. Cette étude vise à combler les lacunes d'information sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement chez les adolescentes. Ainsi, ce travail avait pour

Tirés à part : Kiemtoré Sibraogo. Tél : (226)70224075.
Email : s3kiemtoré@yahoo.fr

KIEMTORE S., TOURE B., OUATTARA A., SAWADOGO Y. A., ZAMANE H., OUEDRAOGO I., KAIN DANTOLA P., SALOU I., OUEDRAOGO A. BONANE/THIEBA B. Grossesse chez les adolescentes : fréquence et pronostic dans cinq formations sanitaires de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. Journal de la SAGO, 2018, vol.19, n°2, p. 41-45

objectif d'étudier la fréquence et les conséquences sanitaires des grossesses chez les adolescentes dans les hôpitaux.

I. PATIENTES ET METHODES

L'étude s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou dont la population en 2017 était estimée à 2 985 800 habitants [13]. Cette ville comptait à la même année 4 structures sanitaires publiques de niveau tertiaire, 2 structures sanitaires publiques de niveau secondaire et 42 structures sanitaires publiques de niveau primaire. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive. La collecte des données a été rétrospective. Cinq (5) formations sanitaires publiques ont été identifiées par choix raisonné. En effet, à cause de la modestie des moyens destinés à l'étude, les 5 formations sanitaires de la ville effectuant au moins 2000 accouchements par an ont été retenues pour l'étude. Il s'est agissait de :

- deux structures de santé de niveau tertiaire : le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) et l'Hôpital de Bogodogo (HDB),
- une structure de santé de niveau secondaire : le Centre Médical avec Antenne Chirurgicale du District Sanitaire de Boulmiougou (CMA-B).
- deux structures de santé de niveau primaire : le Centre Médical Urbain de Nagrin (CMU-N) et le Centre Médical Urbain de Pogbi (CMU-P).

Ont été incluses dans l'étude, les patientes dont l'âge était inférieur à 18 ans et prises en charge pour la grossesse, l'accouchement, ou leurs complications entre le 1er Janvier et le 31 Décembre 2017 dans les structures de santé sélectionnées. Pour chaque patiente les données concernant les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents obstétricaux, l'issue de la grossesse, le pronostic maternel étaient collectés. Les sources des données étaient les registres de consultations prénatales, d'accouchement et des soins après avortement ainsi que les dossiers médicaux des patientes. L'analyse de ces documents à la recherche des données a été assurée par 5 enquêteurs tous médecins. Une rencontre de clarification du protocole de l'étude a été faite avec les enquêteurs avant le début de l'enquête. Dans cette étude, l'accouchement était dit dystocique s'il existe au moins un des éléments suivants : courbe du travail se trouvant dans la zone d'alerte ou d'action du partogramme, bosse sérosanguine chez le fœtus, absence d'accouchement après 3 heures de dilatation cervicale complète, déchirure du périnée ou épisiotomie, extraction instrumentale. Une anémie a été dite sévère si le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 7g/dl. La saisie et l'analyse des données ont été faites sur microordinateur à l'aide du logiciel Épi Info version 7.

II. RESULTATS

Fréquence

Sur 23 764 admissions en 2017 dans les maternités des 5 formations sanitaires, nous avons répertorié 797 adolescentes de moins de 18 ans soit 3,4%. En tenant compte uniquement des primipares, le pourcentage des moins de 18 ans a été de 10,5% (792/7591).

Caractéristiques socio-démographiques des adolescentes

L'âge des adolescentes admises en obstétrique au cours de l'année 2017 dans les 5 formations sanitaires variait entre 13 et 17 ans. L'âge moyen était de 16,2 +/- 1,7 ans. Parmi les 730 adolescentes chez qui le statut socioprofessionnel était connu, 508 soit 69,6% étaient des femmes au foyer. Le statut matrimonial était connu chez les 797 adolescentes et parmi elles, 59,5% avaient une vie de couple. Parmi les 782 patientes pour lesquelles le nombre d'accouchements antérieurs était connu, 31 patientes soit 4,0% avait déjà accouché au moins une fois. Dans le tableau I sont présentées les caractéristiques des adolescentes incluses dans l'étude.

Tableau I : Répartition des adolescentes admises en obstétrique dans les 5 formations sanitaires selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectifs	%
Age (ans) n=797		
13	3	0,4
14	15	1,9
15	58	7,3
16	179	22,4
17 ans	542	68,0
Statut socio-professionnel n=730		
Femme au foyer	508	69,6
Elève	204	27,9
Autre	18	2,5
Statut matrimonial ; n=797		
Mariée*	464	58,2
Célibataire	323	40,5
Concubine**	10	1,3
Nombre d'accouchements antérieurs n=797		
0	751	96,0
1	29	3,7
2	2	0,3

* Mariage traditionnel et/ou religieux et/ou à l'état civil

** vie de couple sans mariage traditionnel, ni religieux, ni à l'état civil.

Pronostic des grossesses chez les adolescentes dans les 5 formations sanitaires

Pronostic maternel

Sur les 797 grossesses, 221 soit 29,9% ont abouti à une dystocie mécanique, 12,7% à une prééclampsie et ses complications. L'issue des grossesses intra-utérines était connue pour 740 adolescentes. Ces grossesses intra-utérines se sont soldées par un avortement dans 13,9% des cas et un accouchement par césarienne dans 20,7% des cas (Tableau II). Nous avons dénombré 13 décès maternels. Les adolescentes enceintes ont donné 728 naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle était donc de 13/728 soit 1786 décès maternels pour 100000 naissances vivantes.

Pronostic périnatal

Sur les 652 accouchements pour lesquels le pronostic néonatal était connu, on notait 13,8% de prématurité et 8,3% de mortinatalité (Tableau II).

Tableau II : Répartition des adolescentes des 5 formations sanitaires selon les complications au cours de la grossesse et le post-partum

Complications et issues de la grossesse	Effectifs	%
Complications maternelles ; n=797		
Prééclampsie	101	12,7
Hémorragie de la période de la délivrance	88	11,0
Anémie sévère	45	5,6
Sepsis sévère	10	1,2
Crise vaso-occlusive de drépanocytose	3	0,4
Décès	13	1,6
Complications lors de la terminaison de la grossesse : n=740		
Accouchement dystocique	221	29,9
Césarienne	153	20,7
Avortement	103	13,9
Grossesse extra utérine	2	0,3
Fœtales et néonatales : n=652		
Vivant né prématuré	90	13,8
Mort-né	54	8,3
Mort in utero	16	2,5
Mort per-partum	38	5,8

III. DISCUSSION

La grossesse chez les adolescentes reste une réalité fréquente dans les maternités à Ouagadougou. En effet, un dixième des primipares dans les 5 maternités où a été menée l'étude étaient des adolescentes. Le mariage précoce était la principale cause de ces grossesses précoces puisque la majorité des adolescentes enceintes vivaient en couple. Ce constat n'est que le reflet de ce qui se passe en population générale. En effet, selon une étude réalisée en 2015, au Burkina Faso, 51,6% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans [5]. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, le mariage précoce va de pair avec les rapports sexuels précoces sans le moindre recours à la contraception [5]. Pour espérer un recul de ces mariages précoces pourvoyeurs des grossesses précoces et des risques qu'ils entraînent, un accent doit être mis sur la communication pour le changement social et comportemental. Cette communication doit cibler non seulement les familles, mais aussi les autorités coutumières et religieuses. La scolarisation des filles peut influencer positivement sur le mariage précoce. Des études ont montré qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre, la formation de la famille s'inscrit dans un processus de mutation sociale liée à l'amélioration du niveau d'éducation des femmes [6]. La scolarisation des filles peut reculer l'âge du mariage et ainsi réduire le risque de grossesse précoce. Dans notre étude, seulement 27,9% des adolescentes enceintes étaient scolarisées. Aussi, une application effective de la loi qui interdit le mariage forcé et celui des mineures pourrait dissuader les hommes à marier ou à donner en mariage les adolescentes. La société toute entière doit comprendre que le report du mariage a des répercussions positives sur le développement socio-économique des femmes. Il leur permet de terminer leurs études, d'acquérir des compétences pour une profession valorisante, contribuant ainsi à l'atteinte de l'objectif de développement durable numéro 5 (ODD5) formulé par les Nations Unies en 2015 à savoir: « Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » [12]. En outre, ce recul de l'âge du mariage encourage les futures femmes adultes à espacer ou à limiter les naissances pour leur propre santé et pour celle de leur progéniture.

Il est connu que les filles n'ayant pas encore terminé leur croissance physique peuvent avoir un bassin immature qui les expose à un accouchement dystocique pourvoyeur de lésions traumatiques aussi bien pour la mère que le nouveau-né [9,10,15]. Le Burkina Faso ne fait pas exception à cette règle. Les adolescentes prises en charge dans les 5 hôpitaux ont eu des complications pendant la grossesse ou durant l'accouchement ou le post-partum. L'accouchement dystocique était la complication la plus fréquente. La prééclampsie et ses complications

ont été aussi fréquentes chez les adolescentes enceintes ; elle est survenue chez 12,7% d'entre elles. Il est scientifiquement connu que la première grossesse, surtout si elle survient précocement, est pourvoyeuse de prééclampsie [1] qui a été en 2016, la troisième cause de mortalité maternelle dans les structures sanitaires au Burkina Faso [4]. Les autres complications étaient surtout l'hémorragie du post-partum et l'anémie sévère. L'avortement a concerné plus d'une grossesse sur 10. Il n'a pas été possible d'avoir la part des avortements provoqués clandestins. En effet, l'avortement étant puni par la loi au Burkina et condamné par la société, les filles ont tendance à cacher le caractère provoqué clandestin de l'avortement [7,8]. De plus, la politique des soins après avortement ne recommande pas que le prestataire s'attèle à rechercher les conditions dans lesquelles l'avortement est survenu.

Le taux des accouchements prématurés a été de 13,8% et celui de la mortinatalité 8,3% des accouchements chez les adolescentes. Ce dernier taux est supérieur au taux moyen de l'ensemble des structures sanitaires du Burkina Faso qui fut 1,9% en 2017 pour tout âge confondu [4].

En 2017, le ratio de mortalité maternelle dans les formations sanitaires du Burkina Faso était de 102,4 pour 100000 naissances vivantes [4]. Alors que dans notre étude qui n'a concerné que les adolescentes, ce ratio était de 1786 décès pour 100000 naissances vivantes soit 17 fois plus élevé. La grossesse précoce est sans doute un grand facteur de décès maternel au Burkina Faso.

La présente étude, malgré son caractère uniquement descriptif avec un recueil rétrospectif des données, a permis la détermination de la fréquence des grossesses chez les adolescentes dans 5 structures sanitaires. En plus, elle a permis de combler les lacunes de connaissances sur les complications de la grossesse chez l'adolescente dans le contexte social et sanitaire burkinabé. Néanmoins pour mieux quantifier ces risques, une étude analytique type cohorte qui demande beaucoup de moyens financiers et humains reste nécessaire.

CONCLUSION

La grossesse et l'accouchement chez l'adolescente ont été fréquents en 2017 dans les 5 hôpitaux de Ouagadougou sites de l'étude. Les principales complications survenues ont été l'avortement, l'hémorragie, la prééclampsie et l'accouchement dystocique qui a souvent abouti à la césarienne. La mortalité maternelle a été très élevée chez ces adolescentes. Des mesures sont donc indispensables pour la prévention de ces grossesses précoces et leurs conséquences néfastes.

Remerciements

- A la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina (SOGOB) pour l'appui technique dans la réalisation de l'étude.
- A Médecins du Monde France pour l'aide financière pour l'exécution de l'étude.

REFERENCES

1. **Alio AP, Mbah AK, Grunsten RA, Saliu HM.** Teenage Pregnancy and the Influence of Paternal Involvement on Fetal Outcomes. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(6):404–9.
2. **Bankole A, Hussain R, Sedgh G, Rossier C, Kaboré I, Guiella G.** Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : causes et conséquences. *Guttmacher Institute;* 2013. P. 44.
3. **Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB.** Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;79(2):117–22.
4. **Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles.** Annuaire statistique 2016 du Ministère de la Santé du Burkina Faso. Ouagadougou ; 2017. p. 303.
5. **Fenn NS, Edmeades J, Lantos H, Onovo O.** Mariages d'enfants, grossesses précoces et formation de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre. Schémas, tendances et facteurs de changement. *UNICEF Publications.* 2015. P. 88.
6. **Foley EE, Dramé FM.** Mbaraan and the shifting political economy of sex in urban Senegal. *Cult Heal Schémas, Sexuality.* 2013;15 (2):121–34.
7. **Kiemtoré S, Zamané H, P. Kaïn D, A. Sawadogo Y, Ouédraogo I, Ouédraogo A,** et al. Effects of an intervention initiated by a national society to improve postabortion care in rural facilities in Burkina Faso. *Int J Gynecol Obstet.* 2017; 136:215–9.
8. **Kiemtoré S, Kaïn DP, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM,** et al. Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Ann la Société Guinéenne des gynécologues et obstétriciens.* 2016;11(27):80–5
9. **Lin CL, Wu HN, Chiang CD.** **Teenage Maternity:** A Study from Seven City Hospitals in Taipei. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2005 ; 44 (3):258–63.
10. **McPherson J, Tuuli M, Roehl K, Zhao Q, Odibo A, Cahill A.** Adverse outcomes of teenage pregnancies. *Am J. Obstet Gynecol.* 2013; 208(1):S66.

11. **Ministère de la justice du Burkina Faso.** Code pénal du Burkina Faso. Ouagadougou; 1996. p. 303.
12. **Nations Unies.** Objectifs de Développement Durable (ODD). [Internet]. 2015 [consulté le 26 janvier 2016]. Disponible sur <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable>
13. **Population data.** La croissance folle de la capitale Ouagadougou [Internet]. 2017 [consulté le 29 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.populationdata.net/pays/burkina-faso/>
14. **Sharp C, Vanwoerden S, Wall K.** Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2018;41(4):669–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X1831133X>
15. **Tebeu PM, de Bernis L, Doh AS, Rochat CH, Delvaux T.** Risk factors for obstetric fistula in the Far North Province of Cameroon. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;107(1):12–5.
16. **WHO.** Adolescent pregnancy. Geneva; 2014. P. 42