

PRISE EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTES AU NIGER : ETUDE DE COHORTE RETROSPECTIVE DE 6114 CAS.

M. OUMARA, D.H. SOUMANA, A.A. ISSA, S.I. GUEDE, R.M. GARBA, M. NAYAMA

RESUME

Objectif : Déterminer les aspects sociodémographiques, le pronostic et les stratégies de prise en charge de l'accouchement chez les adolescentes au Niger.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective multicentrique allant du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Décembre 2022 étudiant le pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescentes au niveau des maternités de références des huit régions du Niger. Les données étaient recueillies et analysées sur sphinx version 5.1.0.4. L'étude analytique était faite avec le test du Khi2 de Pearson.

Résultats : Notre étude concernait 6114 cas parmi 545694 accouchements. La fréquence de l'accouchement chez les adolescentes au Niger était de 11,18%. L'âge moyen était de 17,5 ans. Les adolescentes étaient mariées (97,1%), non scolarisées (68,4%), sans emploi (87,1%) et avec un faible niveau socio-économique. La grossesse n'était pas bien suivie dans 71,6% des cas. L'anémie (23,25%), l'éclampsie (15,4%) et l'accouchement prématuré (11,7%) étaient fréquents. L'accouchement par césarienne était élevé (52,02%). Les accouchements étaient compliqués de dystocie (17,3%), de déchirures périnéales (4,7%), d'hémorragie du post-partum (1,1%), de rupture utérine (0,1%) et de fistule obstétricale (0,2). Nous avons enregistré 121(1,91%) décès maternels. Le poids moyen de naissance était de 2600,16 grammes. Une réanimation néonatale était réalisée dans 25,8% des cas. La mortalité périnatale était très élevée (16,4%).

Conclusion : L'accouchement chez les adolescentes est très fréquent au Niger et est de mauvais pronostic maternel et périnatal. Le pronostic peut être amélioré par la qualité du soin prénatal, péri partum et postnatal.

Mots-clés : Grossesse ; Accouchement ; Adolescentes ; Niger.

SUMMARY

Management of Childbirth among adolescents in Niger. A retrospective cohort study about 6114 cases.

Objective : To determine the socio-demographic aspects, the prognosis and the management strategies of childbirth among adolescents in Niger.

Patients and Method: this was a multicenter retrospective cohort study from January 1st, 2020 to December 31st, 2022 studying the maternal and perinatal prognosis of childbirth in adolescents at the level of referral maternities in Niger. Data was collected and analyzed on sphinx version 5.1.0.4. The analytical study was done with the Pearson Chi-square test.

Results: Our study involved 6114 cases among 545694 deliveries. The frequency of childbirth among adolescent girls was 11.18%. The average age was 17.5 years. The adolescent girls were married (97.1%), uneducated (68.4%), unemployed (87,1%) and with a low socio-economic level. The pregnancy was not well followed in 71.6% of cases. Anemia (23.25%), eclampsia (15.4%) and premature delivery (11.7%) were common. Cesarean delivery was high (52.02%). The deliveries were complicated by dystocia (17.3%), perineal tears (4.7%), postpartum hemorrhage (1.1%), uterine rupture (0.1%) and obstetric fistula (0,2). We recorded 121 (1.91%) maternal deaths. The average birth weight was 2600.16 grams. Neonatal resuscitation was performed in 25.8% of cases. Perinatal mortality was very high (16.4%).

Conclusion: Childbirth among adolescents is very common in Niger and has a poor maternal and perinatal prognosis. The prognosis can be improved by the quality of prenatal, peripartum and postnatal care.

Keywords: Pregnancy; Childbirth; Adolescents; Niger.

INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le terme adolescence regroupe les personnes âgées de 10 à 19 ans [1]. Il s'agit d'une période de maturation physique, psychique et sociale qui s'étend entre l'enfance et l'adulte [1]. Les adolescentes constituent environ 17% de la population mondiale [2]. Au Niger selon l'Enquête

Démographique et de Santé (EDSN) de 2017, les adolescentes représentent 24,1 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer [3]. La grossesse chez les adolescentes est devenue un véritable problème de santé publique, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. En effet chaque année dans les régions en développements des filles âgées de 15 à 19 ans contractent une grossesse dont

Tirés à part : OUMARA MAINA. Gynécologue-Obstétricien, Assistant Faculté des Sciences de la Santé/UAM, Service Assistance Médicale à la Procréation, Hôpital Général de Référence, Niamey, Niger. Tel (227) 90316877 ; Email: oumaramaina@yahoo.fr

OUMARA M., SOUMANA D.H., ISSA A.A., GUEDE S.I., GARBA R.M., NAYAMA M. Prise en charge de l'accouchement chez les adolescentes au Niger : étude de cohorte rétrospective de 6114 cas. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°3, p.34-40.

12 millions d'entre elles mettent au monde des enfants [1,4] et au moins 777000 parturientes sont âgées de moins de 15 ans [4]. Ce sont l'Asie de l'Est et l'Afrique de l'Ouest qui comptent le plus grand nombre de naissances chez les adolescentes [1]. Au Niger les adolescentes contribuent pour près de 20 % à la fécondité totale [3] avec 75% des filles mariées avant l'âge de 18 ans et 28% avant 15 ans [3]. Si la grossesse est un accomplissement dans bien des cas, elle peut aussi constituer un handicap majeur dans certaines situations [5,6]. Ainsi la grossesse et l'accouchement chez les adolescentes présentent de très hauts risques de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales tels que l'anémie, l'hypertension, l'éclampsie et les troubles dépressifs. Pour l'enfant, il existe un risque accru de faible poids de naissance, de prématurité et de décès néonatal précoce [5,6]. Ceci serait lié aux caractéristiques physiologiques et sociologiques des adolescentes [1,5,6]. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de décès pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans [6,7]. Vu l'ampleur du phénomène et devant l'absence des données globales pour le Niger, nous avons entrepris cette étude multicentrique dont l'objectif était de déterminer la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes, de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques, d'analyser la prise en charge et d'évaluer les issues maternelle et périnatale lors de l'accouchement chez les adolescentes au Niger.

I. PATIENTES ET MÉTHODES

C'était une étude rétrospective multicentrique, de type descriptive et analytique, portant sur des cas de grossesses chez les adolescentes colligées au niveau des maternités de références des huit régions du Niger à savoir : la Maternité Issaka Gazoby de Niamey, le Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) de Tahoua, le CSME de Tillabéry, le CSME de Dosso, le CSME de Diffa, le CSME d'Agadez, le CSME de Maradi et le CSME de Zinder durant la période allant du 1er janvier 2020 au 31 Décembre 2022, soit une période de 3 ans. Six mille cent quatorze (6114) adolescentes âgées de 10 à 19 ans qui se sont présentées au niveau de ces huit maternités de références du Niger pour un accouchement à partir d'un âge gestationnel de 28SA durant la période d'étude ont été incluses dans l'étude quel que soit le lieu de suivi de la grossesse. Les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents obstétricaux, les paramètres en rapport avec la morbi-mortalité maternelle et périnatale ont

été recueillis dans les dossiers obstétricaux des patientes, les registres de staff et les dossiers des nouveaux nés. Une fiche d'enquête individuelle avait été élaborée à cet effet. Concernant les caractéristiques sociodémographiques maternelles ; il s'agissait de : l'âge maternel, la parité, le niveau d'étude et le suivi de la grossesse (une grossesse était considérée comme non suivie si aucune consultation prénatale (CPN) n'avait eu lieu, mal suivie si le nombre de CPN était inférieur à quatre et bien suivie si ce nombre était supérieur ou égal à quatre). Les paramètres en rapport avec la morbi-mortalité maternelle étaient : l'accouchement par césarienne, la présentation fœtale dystocique, l'épisiotomie, l'anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl), l'éclampsie, l'hémorragie du post partum, la lésion de parties molles (déchirures cervicales, vaginales et périnéales autre que l'épisiotomie), les complications maternelles (infections, rupture prématurée des membranes (RPM), Rupture utérine, hémorragie du deuxième et troisième trimestre, les troubles mentaux, les thrombophlébites), le décès maternel. Les paramètres en rapport avec la morbi-mortalité périnatale étaient : le faible poids de naissance (FPN) (<2500 grammes), l'asphyxie du per partum (score d'Apgar à la cinquième minute <7), la prématurité, la mort fœtale in utero, le décès périnatal. L'étude statistique et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPHINX version 5.1.0.4. Les logiciels Word 2016 et Excel 2016 ont été utilisés pour la confection des tableaux et figures. Le test du Khi 2 de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé pour la comparaison des pourcentages, il est significatif si $P \leq 0,05$. L'odds ratio (OR) et ses intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés.

II. RÉSULTATS

Fréquence

Sur un total de 54694 accouchées enregistrées au cours de la période d'étude, 6114 étaient âgées de 10 à 19 ans, soit une fréquence de 11,18 %. La figure 1 présente les variations de la fréquence de l'accouchement chez les adolescentes par région du Niger.

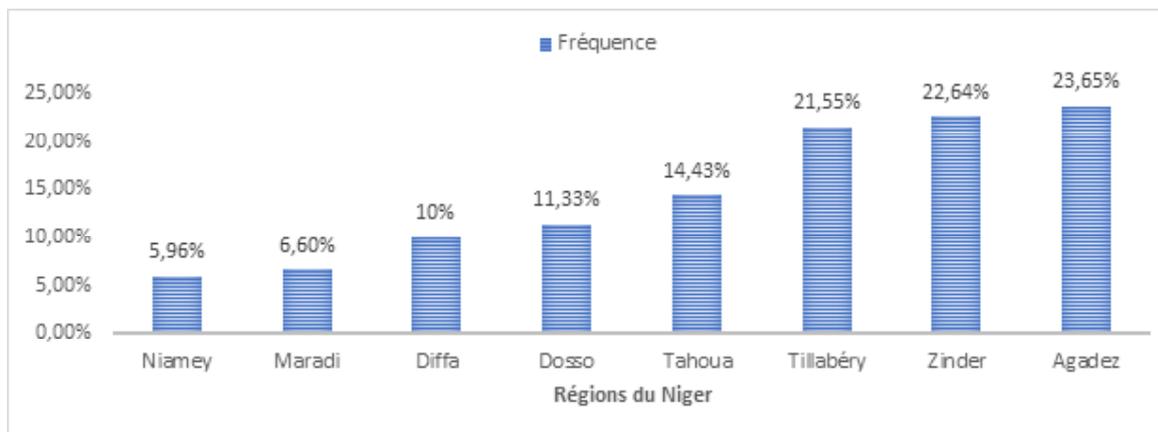


Figure 1 : Fréquence de l'accouchement chez les adolescentes par région du Niger

Caractéristiques sociodémographiques et suivi prénatal

L'âge moyen des patientes était de 17,5 ans avec des extrêmes de 12 et 19 ans. La tranche d'âge de 18-19 ans était la plus représentée soit 57,6% (3521 cas). Les patientes avaient entre 12 et 15 ans dans 4,7% (287 cas) des cas. Nous avons trouvé 68,4% (3978 cas) des patientes non scolarisées. Les célibataires représentaient seulement 2,9% (175 cas). Aucune patiente ne fumait, ni ne buvait d'alcool avant et pendant la grossesse. Les patientes étaient sans emploi dans 87,1% de cas (5327 cas). Nous avons trouvé que 4,4% (269 cas) des patientes avaient un utérus cicatriciel. Les parturientes n'avaient pratiqué aucune méthode contraceptive avant la grossesse dans 98,6% des cas. Au cours de la grossesse 68,2% (4172 cas) des adolescentes n'ont réalisé aucune échographie obstétricale ; 25,41% (1554 cas) ont réalisé au moins une échographie. Les primigestes étaient les plus représentées avec 86,3% (5279 cas). La gestité moyenne était de 1,18 avec des extrêmes de 1 et 4. Concernant le suivi prénatal, la moyenne des consultations prénatales était de 2,3 avec des extrêmes de 0 et 8. S'agissant de la provenance des patientes, 59,1% (3614 cas) provenait des communautés urbaines du Niger et 40,9% (2500 cas) des centres de santé périphériques du Niger. La distance parcourue par ces patientes pour arriver au lieu de la prise en charge variait entre 10 et 750 kilomètres. Pour les patientes provenant des centres de santé périphérique, L'ambulance est le moyen de transport utilisé dans 85% (2124 cas). Le travail d'accouchement eutocique, l'accouchement dystocique, l'éclampsie et la prééclampsie constituaient les principaux motifs d'admissions des adolescentes avec respectivement : 26,3% (1613 cas), 17,3% (1059 cas), 15,4% (941 cas) et 12,4% (760 cas). A l'admission, 11,4% (699 cas)

des adolescentes avaient un état général altéré. Les patientes étaient à la phase active du travail d'accouchement à l'admission dans 53,4% (30206 cas) dont 19,38% (1185 cas) à dilatation complète. Le tableau I présente la parité, le statut matrimonial, le niveau d'étude, la profession du mari, le mode d'admission et le nombre de CPN des patientes.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques, le suivi de la grossesse et le mode d'admission des patientes

Paramètres	(N=5811)	
	n	Pourcentage (%)
Parité		
Moyenne	1,2	-
1	5488	90
2-3	617	10
Statut matrimonial		
Célibataire	175	2,9
Mariée	5939	97,1
Niveau d'étude		
Non scolarisée	4176	68,4
Scolarisée	1938	31,6
Profession du mari		
Paysan	2593	42,4
Fonctionnaire	451	07,3
Commerçant	1419	23,2
Mode d'admission		
Référée	4673	76,43
Non référée	1441	23,57
Nombre de CPN		
Moyenne	2,3	
0	1195	19,5
1-3	3188	52,1
≥ 4	1731	28,3

CPN : Consultation prénatale ; N : Echantillon ; n : Nombre de cas

Morbidité et mortalité maternelles

L'anémie (23,25%), l'éclampsie (15,4%) et l'accouchement prématuré (11,7%) étaient les complications les plus retrouvées pendant la grossesse. La césarienne était la principale voie d'accouchement avec 52,02% (3180 cas). L'éclampsie, les anomalies du bassin, et la prééclampsie étaient les principales indications de la césarienne avec respectivement 29,5% (941 cas), 12,2% (356 cas) et 9,02% (287 cas). La durée moyenne de séjour après un accouchement par voie basse était de 2,61 jours avec des extrêmes de 1 et 27 jours. 88,7% des patientes avaient séjourné entre 1 à 3 jours en suites de couches. La durée moyenne de séjour après césarienne était de 4,55 jours avec des extrêmes allant de 2 jours à 65 jours. 87,1% des patientes avaient séjourné pendant 1 à 7 jours après la césarienne. Le tableau II présente le taux de présentation dystocique, de césarienne, de déchirure du périnée, d'épisiotomie, d'hémorragie du post partum, de présence de complications maternelles en péri partum, et de décès maternel par référence des patientes (p=0,001).

Tableau II : Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez les adolescents

Paramètres	(N=5811)	
	n	%
Accouchement dystocique	1059	17,3
Anomalie du bassin	485	08
Césarienne	3180	52,02
Déchirure du périnée	111 (N=2352)	4,7
Episiotomie	582 (N=2934)	19,8
Forceps/ventouse	611 (N=2934)	20,8
Hémorragie du post-partum	70	1,1
Eclampsie	941	15,4
Décès maternel	121	1,91
Score d'Apgar à la 5e minute < 7	1627	25,8
Naissance prématurée	710	11,7
PN < 2500g	2134	35
Décès périnatal	1024 (N=6306)	16,4

g : grammes ; **PN** : Poids de Naissance ; **N** : Echantillon ; **n** : Nombre de cas

La figure 2 présente le taux de mortalité maternelle par région du Niger. L'éclampsie (38 décès), les infections puerpérales (23 décès) et l'hémorragie du post partum (12 décès) étaient les principales causes de décès chez les adolescentes avec respectivement 31,5%, 19% et 10,5% des décès. Nous n'avons pas trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge maternel et le décès (P=0,3). Cependant il existe un lien statistiquement significatif entre le décès maternel et le mode d'admission.

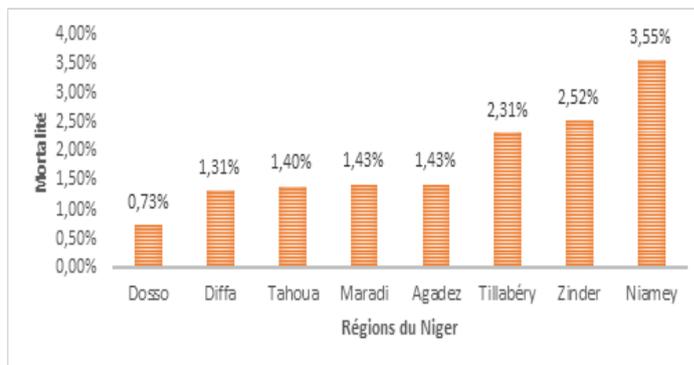
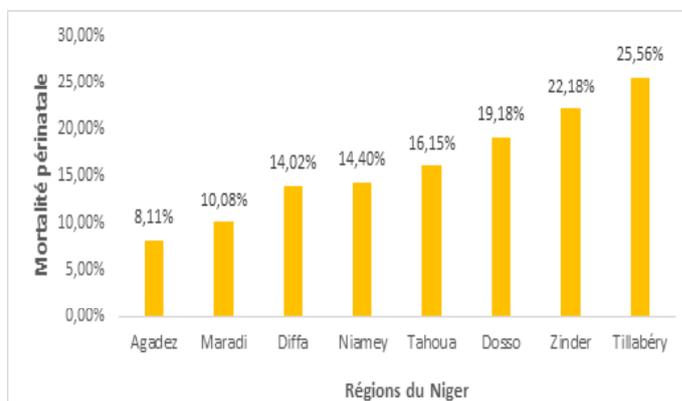


Figure 2 : Variation du taux de mortalité chez les adolescentes en fonction des régions du Niger

Morbidité et mortalité périnatales

Le poids moyen de naissance était de 2600,16 grammes avec des extrêmes de 486g et 4800g. Le score d'Apgar était bon à la cinquième minute chez 73,3% (4627 cas) des nouveaux nés. Une réanimation néonatale était réalisée chez 25,8% (1627 cas) des nouveau-nés. La grossesse a abouti à la naissance d'un enfant vivant en bonne santé dans 83,3% (5264 cas) des cas. L'asphyxie, la prématurité et l'hypotrophie étaient les principales morbidités retrouvées avec respectivement 807 cas (13,2%), 710 cas (11,7%) et 2134 cas (35%). Le taux de mortinatalité était de 11,9 (750 cas), la mortalité néonatale précoce était de 4,5% (272 cas) et le taux de mortalité périnatale était de 16,4% (1022 cas). La figure 3 présente les variations de la mortalité périnatale chez les adolescentes en fonction des régions du Niger.

Figure 3 : Variation de la mortalité périnatale chez les adolescentes en fonction des régions du Niger



III. DISCUSSION

Fréquence

Dans ce travail, nous rapportons les données d'une étude de 6114 mères adolescentes prises en charge pour accouchement de 2020 à 2022 dans les huit maternités de références du Niger. Cette étude rapporte une fréquence nationale de 11,18%. Ce sont les régions d'Agadez et de Zinder qui présentent les plus forts taux d'accouchement chez les adolescentes avec respectivement 23,65% et 22,64%. La fréquence varie entre 5,96% à 23,65% selon les régions du Niger. L'accouchement chez les adolescentes a fait l'objet de beaucoup des publications à travers le monde [5,6,8-22]. Au Nigeria, selon une revue systématique de la littérature nationale, la fréquence de l'accouchement chez l'adolescente varie de 7,5% à 49,5% [8]. En Ethiopie Liga et al [9] rapportent un taux national similaire au notre avec 10,3%. La plupart des études sont de types monocentriques sur des faibles échantillons. Ainsi Samaké et al [6] au Mali, Koita et al [10] au Sénégal, Diallo et al [11] en Guinée et Diabelkova et al [12] en Slovaquie ont rapportés des taux élevés avec respectivement 19,61%, 12,3%, 14 ;86% et 12,1%. Des résultats inférieurs ont été rapportés par Traoré et al au Mali [13] et Fouelifack et al [14] au Cameroun avec 5,72% et 6,9% respectivement. Dans les pays de l'Asie du sud (Afghanistan, Bangladesh, Inde, Moldavie, Népal, Pakistan), la fréquence varie de 3,9% à 7,1% [15]. Cette fréquence élevée dans notre étude s'expliquerait par le fait qu'au Niger ; les femmes sont soumises aux règles sociales et religieuses qui les obligent à se marier et fonder leur famille lorsqu'elles sont encore très jeunes [5]. Le Niger fait partie des pays où le mariage d'enfant est le plus pratiqué au monde [23-25]. De nombreuses adolescentes subissent le choix de leurs parents et la pression sociale pour se marier. Le mariage est également perçu comme un moyen d'éviter les grossesses précoces hors mariages [5]. Cette fréquence pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'au Niger ; la population est en majorité très jeune, 48,8% de la population est âgée de 15-19 ans. L'indice synthétique de fécondité moyen est l'un des plus élevés du monde avec un taux de 6 enfants par femme [3].

Caractéristiques sociodémographiques et suivi prénatal

Dans notre étude l'âge moyen était de 17,5 ans et 57,6% des adolescentes avaient un âge entre 18ans et 19ans. Kumma et al [19], Koita et al [10], Samaké et al [6], Fouelifack et al [14] et Diallo et al [11] ont rapportés un âge moyen similaire avec respectivement 17 ans, 17,01ans ,17,4 ans,

17,69 ans et 17,9 ans. Comme dans notre étude, la majorité des auteurs a rapporté que les adolescentes entre 18-19 ans étaient les plus représentées [5,6,8-15]. Lyande et al [17] au Congo ont rapporté des patientes plus jeunes avec un âge moyen de 16 ans. Dans notre série 2,9% des adolescentes étaient célibataires, 68,4% ne sont pas scolarisées. Ce faible taux de scolarisation contrastant avec un fort taux de mariage chez les adolescentes était également retrouvé dans la série de Samaké et al [6] et de Diallo et al [11]. Koita et al [10] ont par contre trouvé une prédominance des adolescentes célibataires avec 58,4%. Les patientes n'avaient pratiqué aucune méthode contraceptive dans 99,6% des cas. Nos résultats sont similaires à ceux de Samaké et al [6] et de Koita et al [10] qui ont rapportés respectivement 86,6% et 76,1%. Cette faible utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes explique la fréquence élevée de la grossesse [8,12,16]. Concernant le suivi prénatal ; 71,6% des adolescentes ne sont pas assidues aux CPN et 19,5% ont été vue pour la première fois en salle de naissance. Nos résultats sont comparables à ceux de Samaké et al au Mali [6] qui retrouve 14,67% des adolescentes vue pour la première fois en salle de naissance. Koita et al [10] au Sénégal et de Fouelifack et al [14] au Cameroun ont trouvé respectivement 56% et 34,9% des adolescentes qui n'avaient pas atteint les 4 CPN. Le rôle de la CPN bien conduite est essentiel pour un bon pronostic obstétrical [5,6,14]. Le suivi prénatal est la période où les grossesses à risque sont décelées en vue d'une prise en charge précoce [5,6].

Morbidité et mortalité maternelles

Dans notre série, l'anémie (23,25%), l'éclampsie (15,4%) et l'accouchement prématuré (11,7%) étaient les principales complications retrouvées pendant la grossesse. Nos résultats rejoignent ceux de la plupart des auteurs Africains et Asiatiques [5,6,8-20] qui retrouvent également un taux élevé d'anémie, d'accouchement prématuré et de crise d'éclampsie chez les adolescentes. Nous avons trouvé que plus de la moitié des adolescentes (52,02%) avaient accouché par césarienne. Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs Africains et Asiatiques qui ont trouvé également un taux de césarienne très élevé dans leurs études allant 11,6% à 34,5% [5,6,10,13,14,18]. L'éclampsie, les anomalies du bassin, et la prééclampsie étaient les principales indications de la césarienne dans notre série. Les bassins des adolescentes avant 16 ans, sont souvent de dimensions insuffisantes et correspondent à des bassins généralement rétrécis. Ce qui est responsable des complications obstétricales plus

fréquentes, principalement en dessous de 15 ans [5]. Dans notre série la survenue de l'éclampsie a été plus fréquente chez les moins de 18 ans ($p= 0,001$). Cette association entre l'éclampsie et le jeune âge a été aussi retrouvée dans d'autres études [5,6,10-14]. L'épisiotomie était largement pratiquée dans notre série avec 19,8% des cas. Koita et al [10] avait rapporté un taux plus élevé d'épisiotomie avec 86,44% des cas. L'immaturation du périnée de l'adolescente pourrait bien expliquer ce taux élevé d'épisiotomie [5]. S'agissant de la mortalité maternelle, elle était très élevée dans notre série avec 1,91%. Notre taux est comparable à celui de Traoré et al [13] au Mali et de Koita et al [10] au Sénégal qui ont retrouvé respectivement 1,02% et 1,6% de décès maternel chez les adolescentes. Par contre notre taux est supérieur à celui de Samaké et al [6] qui ont retrouvé 0,67%. Les régions de Niamey et de Zinder présentent les plus grands taux de décès chez les adolescentes au Niger avec respectivement 3,53% et 2,52%. La maternité Issaka Gazobi de Niamey présentant le plus fort taux de mortalité est le plus grand centre de référence national recevant de ce fait, les cas les plus graves de la région de Niamey, de Tillabéry et de Dosso.

Morbidité et mortalité périnatales

Concernant le poids de naissance ; plus d'un nouveau-né sur trois (35%) avait un faible poids de naissance et 11,5% était mort-né. L'asphyxie fœtale était également très élevée avec 13,2%. Ainsi nos résultats montrent qu'au Niger la grossesse chez l'adolescente est associée à un risque élevé d'hypotrophie fœtale, d'asphyxie et de mortinatalité. D'autres auteurs Africains, Asiatique, Américains et Européens [5, 6,10-14, 17,18,20,22] ont fait le même constat. La mortalité périnatale était de 16,4% dans notre série. Dans leurs séries, Samaké et al [6] ont trouvé une mortalité périnatale plus élevée avec 58,82%. Par contre notre taux est supérieur à celui de Traoré et al [13], Koita et al [10], Fouelifack et al [14], et de Diallo et al [11] qui ont trouvé respectivement 4,6%, 4,1%, 5,8% et 4,7% de mortalité périnatale. Ces résultats montrent que l'amélioration du niveau socio-économique, du plateau technique, de la qualité du suivi prénatal et de l'accouchement assisté joue un rôle déterminant dans le pronostic de la grossesse chez les adolescentes [5]. Dans les régions du Niger nous avons constaté que la mortalité périnatale varie de 8,11% à 25,56%. Les régions de Tillabéry et de Zinder présentent les plus forts taux de mortalité périnatale chez les adolescentes au Niger avec respectivement 25,56% et 22,81%.

CONCLUSION

Cette étude montre que l'accouchement chez les adolescentes est très fréquent au Niger. Il est associé à un mauvais pronostic maternel et périnatal. L'accouchement chez les adolescentes constitue une priorité de santé publique dans notre contexte où la particularité dans la surveillance et la prise en charge demeure un sujet peu exploré. Les patientes sont majoritairement non scolarisées, sans activité génératrice de revenu. Elles ont un faible niveau socio-économique. Un accent doit être mis sur l'utilisation des contraceptifs dont l'accessibilité aux adolescentes devrait être facilitée. En cas de grossesse chez l'adolescente, l'amélioration de la qualité du soin prénatal, péri partum et postnatal doit être garantie ; ainsi qu'une sensibilisation pour une meilleure fréquentation des services des soins prénataux.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** La grossesse chez les adolescentes. Aide-mémoire n°364, Mai 2014, Consulté le 17 août 2023.
2. **World Health Organization.** Adolescent Health. Published. 2023. Available online: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1. (accessed on 13 August 2023).
3. **Ministère du Plan.** Enquête démographique et de santé à indicateur multiples. INS-Niger 2017
4. **World Health Organisation.** Adolescent Pregnancy. Available online : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (accessed on 13 August 2023).
5. **Soumana Diaouga H, Chaibou Yacouba M, Salifou Abdou M, Garba Rah.M, Nafiou I, Nayama M.** Pronostic de la grossesse chez les mineures mariées en cours de scolarisation à Niamey, République du Niger. Pan Afr Med J 2020 ; 37 : 274.
6. **Samaké A, Diarra L, Traoré SO, Keita M, Haidara M, Diallo M.** L'Accouchement chez les Adolescentes au Centre de Sante de Référence de la Commune VI de District de Bamako. Health Sci. Dis 2022 ; 23(5) :11-14.
7. **Organisation Mondiale de la Santé.** Statistiques mondiales. OMS : Genève. 2013 ; 172p.

8. **M.E Alukagberie, K Elmusharaf, N Ibrahim, S Poix.** Factors associated with adolescent pregnancy and public health interventions to address in Nigeria: a scoping review. *Reproductive Health* 2023; 20:95 <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01629-5>.
9. **Liga AD, Boyamo AE, Jabir YN, Tereda AB.** Prevalence and correlates associated with early childbearing among teenage girls in Ethiopia: A multilevel analysis. *PLoS ONE* 2023 ; 18(8) : e0289102.
10. **Koita A.P.K, Gueye S.M.K, William V, Barry A, Ndoye A.** Prise en charge de la grossesse chez l'adolescente : à propos de 166 cas suivis dans les centres hospitaliers de Ziguinchor. *Journal de la SAGO* 2021 ; 22(1) : 24-30.
- 11 **Diallo F.B, Diallo M.H, Keita M, Balde F.B, Balde I.S** et al. L'accouchement aux âges extrêmes de la vie reproductive et son pronostic au service de la maternité du centre médical communal de Ratoma. *Rev int sc méd Abj* 2021 ; 23(3) :222-228.
12. **Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzik P, Houžvičková A, Argalášová L.** Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023 ; 20 : 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>.
13. **Traoré SA, Sylla M, Cissouma A, Touré O, Guindo A, Coulibaly M** et al. Pronostic Maternel et Périnatal de l'Accouchement chez les Adolescentes à l'Hôpital de Sikasso. *Health Sci. Dis* 2021 ; 22(8) :104-109.
14. **Fouelifack Y.F, Wandji N. I. F, Fouedjio J.H, Loic Dongmo F, Mbu E R.** Pronostic Maternel et Périnatal de l'Accouchement chez les Primipares Adolescentes et Adultes à Yaoundé. *Health Sci. Dis* 2020; 21(3): 30-34.
15. **Asia: A Pooled Analysis of Demographic and Health Surveys.** *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023; 20: 6099. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126099>.
16. **Kumma WP, Chaka FG, Daga WB** et al. Prevalence of teenage pregnancy and associated factors among preparatory and high school students in Wolaita Sodo town, southern Ethiopia: an institution-based crosssectional study. *BMJ Open* 2023;13: e070505. Doi: 10.1136/ bmjopen-2022-070505.
17. **L B Lyande, G Luka, M I Lina, S B Lungela, P M Kumiele, P E Elide** et al. Les facteurs de risques obstétricaux et l'issue de la grossesse chez les adolescentes dans la zone de sante d'Isangi en République Démocratique du Congo. *Journal Of Health Sciences And Nursing* 2021; 6(6):9-18.
18. **Mohammadian F, Moharram Nejadifard M, Tofighi S, Garrosi L, Molaei B.** Adverse maternal, perinatal, and neonatal outcomes in adolescent pregnancies: a case-control study. *J Res Health Sci.* 2023; 23(1): e00570. Doi:10.34172/jrhs.2023.105.
19. **Matasariu D.R, Dumitrascu I, Bujor I.E, Cristofor A.E, Boiculescu L.V, Mandici C.E** et al. Mirroring Perinatal Outcomes in a Romanian Adolescent Cohort of Pregnant Women from 2015 to 2021. *Diagnostics* 2023; 13: 2186. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13132186>.
20. **Ojukwu E, Bawafaa E, Afsah S,** et al. Teen pregnancy involvement among African, Caribbean and Black adolescent boys and girls: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2023;13: e066713. doi:10.1136/ bmjopen-2022-066713.
21. **E Chamdimba, C.W Kabiru, B.A Ushie, A Munthali, C Thakwalakwa, A.I Ajayi.** Naïve, uninformed and sexually abused: circumstances surrounding adolescent pregnancies in Malawi. *Reproductive Health* (2023) 20:114 <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01655-3>.
22. **M.E Gardner, A Umer, T Rudisill, B Hendricks, C Lefeber, C John** et al. Prenatal care and infant outcomes of teenage births: a Project WATCH study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2023) 23:379 <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05662-x>.
23. **UNFPA.** Motherhood in Childhood, facing the challenge of adolescent pregnancy, 2013 [Serial online]. Accédé le 13 aout 2023. Disponible sur : www.unfpa.org >EN-SWOP2013.
24. **Unicef-Infographie Figaro international.** La situation des enfants dans le Monde 2016 : L'égalité des chances pour chaque enfant [serial online]. Accédé le 30 juillet 2023. Disponible sur : <https://reliefweb.int/report/world/la-situation-des-enfants-dans-le-monde-2016-l-galit-des-chances-pour-chaque-enfant>.
25. **James Burton.** Word Atlas Highest Teen Pregnancy Rates Worldwide. April 25, 2017 [Serial online]. Accédé le 30 juillet 2023. Disponible sur : <https://www.worldatlas.com/articles/highest-teen-pregnancy-rates-worldwide.html>.