

LES FACTEURS DE RISQUES OBSTETRICAUX ET L'ISSUE DE LA GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES DANS LA ZONE DE SANTE D'ISANGI EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Ley BAFENO LYANDE(1), Godefroid LUKA (2), Monique ITOMALI LINA(1), Samuel BULAYA LUNGELA(1), Paul MANGASA KUMIELE(1), Paulin EWAYA ELIDE,(1), Pascal LOKOKOLA MOSONGO(2)

(1) Institut Supérieur des Techniques Médicales de YANGAMBI (ISTM – YBI)

(2) Université de Kisangani (UNIKIS)

Contact: E- Mail: bafenolyande1@gmail.com, what Sapp: +2439990366469

RESUME

L'adolescence est la période où beaucoup de jeunes expriment la volonté d'expérimenter des nouvelles choses, et cela peut conduire à une grossesse qui comporte des risques et qui peut également entraîner plusieurs complications obstétricales, maternelles et fœtales. Ces risques et complications peuvent survenir à n'importe quel moment de la grossesse, pendant le travail d'accouchement et en post-partum.

La grossesse chez les adolescentes fait incontestablement partie de ces moyens d'attaque contre son propre corps. En général, elles surviennent dans le cadre d'une sexualité à risque et s'inscrivent comme des passages à l'acte.

Notre étude est transversale basé sur la technique documentaire. Nous avons consulté 197 dossiers qui nous parurent favorable aux informations recherchées et à l'issu de cette étude, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

- *Nous avons observé que l'âge moyen des sujets enquêtés était de 16 ans en moyenne, soit 46,2% ;*
- *Le quartier Likango présentait le plus grand nombre des adolescentes à risque, soit 23,3% ;*
- *Les accouchements eutociques étaient représentés à 38%, les autres étaient les antécédents obstétricaux, soit 11% pour MAP, 10% pour MAP ;*
- *Le suivi irrégulier de la CPN au 1^{er} trimestre était faible, soit 39,6% parmi les enquêtées ;*
- *20% d'enquêtées avaient comme maladies associées le paludisme accompagnée d'anémie ;*
- *16,2% des enquêtées avaient fait les MAP pendant la période de notre étude ;*
- *21,3% des enquêtées avaient accouché les enfants des faibles poids de naissance ;*
- *81,7% des accouchements étaient réalisés à l'âge de la grossesse supérieur ou égal à 37 semaines ;*

- *62% représentent des accouchements dystociques.*

Mots clé : *Adolescent, Grossesse, Risques et complications*

I. Problématique

L'adolescence est la période où il y a beaucoup des prises de risque de volonté d'expérimentation des nouvelles choses, et cela peut conduire à une grossesse qui comporte des risques et qui peut également entraîner plusieurs complications au niveau obstétrical et fœtal. Ces risques et complications peuvent survenir à n'importe quel moment de la grossesse, pendant le travail d'accouchement et en post-partum. (Albert Lokenye, 2010-2011)

La grossesse chez les adolescentes fait incontestablement partie de ces moyens d'attaque contre son propre corps. En général, ces grossesses impulsives surviennent dans le cadre d'une sexualité à risque et s'inscrivent comme des passages à l'acte. Alors que la femme adulte, la grossesse est un désir qui s'accomplit, une satisfaction qui offre, un plaisir qui se partage tandis que chez l'adolescente non du tout, cela n'est qu'un isolement, angoisse et colère. (Ameli Borg, 2011-2012).

En France, le taux des grossesses chez les adolescentes est estimé à 24% et un tiers seulement de ses grossesses seront menées à terme et aux Etats-Unis, ce taux est estimé à 96% et 30% mènent leurs grossesses à terme.^[3] Par contre la proportion des grossesses chez les adolescentes a beaucoup baissé en France jusqu'à atteindre 1% les dix dernières années tandis qu'aux Etats-Unis à 13% le taux de grossesse à l'adolescence. En dehors des situations de viol ou des relations incestueuses ou par inaptitude à utiliser une méthode contraceptive, la grossesse chez l'adolescente est considérée comme une situation particulière soulève des problèmes d'ordre médico-sociaux et dont assimilés à des grossesses particulières à risque(F. Dedecker et Al., 2005)

Ces risques, comme nous l'avons signifié, à haut risque dépendent également de l'agent causal. Les atteintes au premier trimestre sont souvent les plus graves par rapport aux autres trimestres de la grossesse car, elles surviennent au moment de l'organogénèse. (Isetsha, 2006)

Ces risques peuvent être prévenus pendant la grossesse, voir même évités si la surveillance prénatale est correcte et s'effectue dans des bonnes conditions dans une maternité bien équipée sous la surveillance d'un personnel compétent et qualifié, car, durant sa carrière, cette équipe peut être amenée à prendre en charge ces adolescentes à n'importe quel moment de leurs grossesses. Ces grossesses sont considérées et classées par la haute autorité sanitaire comme des grossesses à haut risque. (F. Dedecker et Al., op.cit)

En dehors de l'âge, d'autres facteurs peuvent provoquer une grossesse à risque, état de santé, le développement du fœtus, les infections ... et cela aura comme conséquence les fausses couches, les accouchements prématurés, les morts in utero, les malformations congénitales, les dysmatures... Compte tenu de grand nombre de femmes enceintes, encourant de risques pendant leurs grossesses et lors de l'accouchement, l'accès en cas d'urgence à des soins obstétricaux essentiels est un élément vital conditionnant leur survie. Les facteurs de risque tels que les ATCD obstétricaux et pathologiques sont des moyens de protection materno-fœtale. (Larousse, 1980)

Dans les pays en développement, chaque année, de dizaine de millier des femmes souffrent des problèmes de santé grave, chronique, susceptible d'entraîner la mort qui sont liés à la grossesse ou à l'accouchement. (C. Combescure, 2017)

En RDC, il convient de signaler que la mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes, liée particulièrement par les grossesses non désirées. En outre, aggravée par la survenue de grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive, couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale pour les adolescentes et le faible taux de soins notamment en ressources humaines, intrants et équipement. Tout cela, exacerbé par la pauvreté qui a élu domicile dans cette contrée.

La situation de la mère, du nouveau-né et l'enfant tel que stipulée par l'enquête démographique et sanitaire de 2013-2014 est actuellement marquée par l'excès de mortalité pour des causes évitables dont le taux se présente de la manière suivante :

- 446 décès maternels pour 1000 naissances vivantes ;
- 28 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes ;
- 104 décès infantilo-juvéniles pour 1000 naissances vivantes ;
- 58 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes

A Yangambi, la prise en compte de CPN pose un sérieux problème chez les femmes enceintes, surtout les adolescentes pourtant, elle est d'une importance capitale pour permettre au personnel soignant et à la mère de s'enquérir l'évolution du fœtus. Ce qui relève que la population ciblée concernée par la programmation de la CPN est toute femme enceinte se trouvant dans le rayon d'action de HGR et CS concernée.

Au regard de ce qui précède, nous voulons savoir : quels sont les facteurs de risques obstétricaux issus de leurs grossesses et leurs impacts ?

II. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

En menant cette étude, nous nous sommes fixés unique objectif celui de dégager les facteurs de risques obstétricaux issus des grossesses et leurs impacts.

Corrélativement aux questions de recherche, nous formulons les hypothèses selon lesquelles :

- Les facteurs de risques obstétricaux seraient nombreux, entre autre la mortalité materno-fœtale, les faibles poids à la naissance, les MAP, les RPM, les RU... et que les atouts majeurs seraient également le suivi régulier plus les visites à domicile ;
- Leurs impacts seraient les déchirures et les infections urinaires.

III. JUSTIFICATION ET INTERET DU SUJET

Le choix du sujet est basé sur un regard croisé rétrospectif sur les facteurs de risques obstétricaux et l'issus des grossesses des adolescentes suivies et hospitalisées au sein de ces deux formations sanitaires. L'intérêt scientifique de ce travail aussi réside dans le fait qu'il apporte des connaissances empiriques

en matière de santé de reproduction. Nous avons limité notre étude dans l'aire de santé de l'INERA-YANGAMBI et l'aire de santé LOMBOTO.

IV : APPROCHE METHODOLOGIQUE DU TRAVAIL

Cette partie décrit le terrain d'étude, définit la population d'étude, ensuite l'échantillon, l'instrument de recherche, les techniques de récolte des données.

IV.1. Cadre de l'étude

Cette étude s'est déroulée à l'HGR INERA-YBI et au CSR LOMBOTO. Ces deux formations médicales sont situées dans la cité de Yangambi, dans la province de la Tshopo à plus au moins 100km de la ville de Kisangani, Chef-lieu de la province, en aval du fleuve Congo en République Démocratique du Congo.

IV.2. Type et période d'étude

Notre étude est transversale descriptive. Elle couvre la période de janvier 2017 au décembre 2018. Nous avons consulté 197 dossiers de chaque adolescente gestante, patiente et accouchée au service de la maternité.

IV.3. Population d'étude

Dans le cadre de notre étude, la population d'étude est constituée de l'ensemble des gestantes qui ont suivi les CPN ou non mais ayant accouché à HGR INERA-YANGAMBI et au CS LOMBOTO durant notre période d'observation indirecte.

IV.4. Echantillon

Notre échantillon est constitué de 197 gestantes adolescentes ayant accouché pendant la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018. Par conséquent, il s'agit d'un échantillon exhaustif. Les critères d'inclusion regroupent les éléments suivants :

- Avoir l'âge compris entre 13 et 17 ans ;
- Avoir accouché dans l'une de deux structures de notre étude pendant la période choisie ;
- Avoir le dossier complet.

IV.5. Techniques de récolte des données

Notre étude est rétrospective. Elle est basée sur la technique d'analyse documentaire qui consiste à dépouiller les partogrammes et les fiches de consultation prénatale des accouchées en vue d'extraire les renseignements en rapport avec les objectifs de l'étude. Les paramètres suivants nous ont servi pour analyser et interpréter les résultats de l'enquête. Il s'agit de : âge, niveau d'étude, origine géographique, poids de la mère, antécédent obstétrical, surveillance post natal, terme de grossesse, situation familiale, complication de la grossesse, prématurité, retard de croissance in utero, pré-éclampsie, anémie, rémission utérine, nombre d'hospitalisation, suivi CPN.

IV.6. Technique de traitement et analyse des données

Les données ont été compilées dans les tableaux des effectifs. Pour analyser les données, nous nous sommes servis de calculs statistiques suivants :

$$p = \frac{f}{N} \times 100 \qquad \% = \frac{f}{N} \times 100$$

Légende : - P ou % = Pourcentage

- f= Fréquence

- N= Population

- 100= Constante

2. La moyenne arithmétique

$$\bar{x} = \frac{\sum fx}{N}$$

Légende : - \bar{x} = Moyenne

- Σ = Somme

- f = Fréquence

- N = Taille de l'échantillon

3. Le test de khi-carré nous a été également d'une grande importance

$$\chi^2 = \frac{\Sigma(f_o - f_t)^2}{f_t}$$

Légende : - χ^2 = Test de khi-carré

- f_t = Fréquence attendue ou théorique

- Σ = Somme

- f_o = Fréquence observé

V. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

V.1. Paramètre d'identification

V.1.1. Tableau n°1 : Les adolescentes par âge et l'accouchement en moyenne d'âge

Age (x)	f_o	Fx	%
13ans	13	169	6,6
14ans	17	238	8,6
15ans	29	435	14,7
16ans	91	1456	46,2
17ans	47	799	23,9
Total	197	3097	100

Il ressort de ce tableau n°1 que la moyenne d'âge des adolescentes à l'accouchement est de 15 ans. La majorité des adolescentes soit 46,2% avait accouché à l'âge de 16 ans, contre 6,6% des adolescentes ayant accouché ou avorté à 13 ans.

V.1.2. Les adolescentes enceinte et leur résidence

Tableau n°2 : Répartition des adolescentes selon leur provenance (origine géographique)

Résidence	fo	%
Likango	46	23,3
Bangala	26	13,2
Moussa	12	6,1
Lumumba	18	9,1
Manzikala	08	4,1
Ekutsu	16	8,1
Lusambila	09	4,6
Lomboko	38	19,3
Centre commercial	10	5,6
Autre	14	7,1
total	197	100

Il ressort de ce tableau n°2 que la majorité des adolescentes proviennent des quartiers Likango et Lomboko avec respectivement 46 adolescentes, soit 23,3% et 38 adolescentes, soit 19,3%.

V.2.3. Parité et mode d'accouchement

Tableau n°3 : Répartition des enquêtées selon leur mode d'accouchement et antécédents obstétricaux

Mode d'accouchement et antécédent obstétricaux

	fo	fo	fo	fo	% fo
Fausse couche	8	5	3	2	18(9)
MAP	16	3	1	0	20(10)
Césarienne	11	5	1	4	21(11)
Episiotomie	1	4	8	10	23(12)
Accouchement eutocique	31	21	7	15	74(38)
Autres pathologies associées	7	15	10	9	41(21)
Total	74(38)	53(27)	30(15)	40(20)	197(100)

Seuil de 5% : $X^2 > X^2_{tableau} : 12 > 1, 96 dl=4$

Le tableau n°3 montre que le khi-carré calculé à cet effet, implique une différence significative entre les parités de l'adolescente qui influence et le mode d'accouchement et/ou les antécédents y afférents, soit 38% des primigestes contre 20% des multipares et que les antécédents obstétricaux ont été observés chez la majorité des adolescentes. On observe également que les accouchements eutociques n'ont été observés qu'à 38%.

V.1.4. Les consultations prénatales

Critères de suivi

- Le suivi régulier : les adolescentes qui se sont présentées aux CPN du 1^{er} au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Le suivi irrégulier : les adolescentes qui se sont présentées aux CPN soit au 2^{ème} ou au 3^{ème} trimestre de la grossesse.
- Le non suivi : celles qui ne se sont pas présentées aux CPN.

Tableau n°4 : Répartition des enquêtées selon le suivi de la grossesse pendant de CPN

<i>Suivi de la grossesse</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
Suivi régulier	90	45,7
Suivi irrégulier	78	39,6
Non suivi	29	14,7
Total	197	100

Le tableau n°4 montre que 90 adolescentes ont suivi régulièrement la CPN, soit 45,7% et 78 adolescentes avaient un suivi irrégulier, soit 39,6%, tandis que 14,7% n'ont pas suivi la CPN.

V.1.5. Etat du périnée après accouchement par la voie basse

Tableau n°5 : Répartition des enquêtées selon l'état de périnée après accouchement par la voie basse

<i>Etat du périnée</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
Déchiré	19	10,8
Épisiotomie	23	13,1
Intact	134	76,1
Total	176	100

Le tableau n°5 montre que 134 accouchées, soit 76,1% ont leur périnée intact, 23 accouchées, soit 13,1% ont subi une épisiotomie et 19 accouchées, soit 10,8% ont vu leurs périnées déchirés et réparés.

V.2. Paramètres d'évaluation des complications ou facteurs de risque de grossesse (type des pathologies rencontrées pendant la grossesse)

V.2.1. Répartition des cas selon les pathologies associées à la grossesse

Tableau n°6 : Pathologies associées

<i>Pathologies</i>	<i>fa</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
Paludisme	197	39	20
Diabète	197	2	1
HTA	197	3	1,5
Pré-éclampsie	197	1	0,5
Infection urinaire	197	24	12,2
MAP	197	32	16,2
Sans pathologie	197	96	48,7

Il ressort du tableau n°6 que plus de la moitié des adolescentes ont été affectées par des pathologies associées plus particulièrement le paludisme associé à l'anémie soit 20%, suivi de MAP soit 16% contre 96 adolescentes, soit 48,7% exemptes de pathologies associées.

V.2.2. Poids à la naissance de nouveau-nés par rapport à l'âge de la mère

Tableau n°7 : Répartition de poids de nouveau-nés en rapport à l'âge de la mère.

<i>Poids à la naissance</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
> à 2500gr	42	21,3
[2500gr - 3000gr [61	31
[3000gr - 3500gr [54	27,4
[3500gr - 4000gr [34	17,3
≥ 400gr	6	3
Total	197	100

Il ressort du tableau n°7 que 61 nouveau-nés ont un poids entre 2500gr et 3000gr et 54 ont un poids entre 3000gr et 3500gr et 6 nouveau-nés macrosomes avec un poids supérieur à 4000gr.

V.2.3. Type de délivrance

Tableau n°8 : Répartition des accouchements selon le type de délivrance

<i>Type de délivrance</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
Naturelle (spontanée)	151	76,6
Artificielle	46	23,4
Total	197	100

Il ressort du tableau n°8 que sur un total de 197 accouchements, il y a eu 151 délivrances spontanées (76,6%) contre 46 délivrances soit 23,4%.

V.2.4. L'âge de la grossesse

Tableau n°9 : L'âge de la grossesse à l'accouchement

<i>Age de la grossesse</i>	<i>fo</i>	<i>%</i>
27 - 32 semaines	10	5,1
33 - 36 semaines	26	13,2
≥ 37 semaines	161	81,7
Total	197	100

Le tableau n°9 montre que une grande prématurité a été trouvée pour 10 nouveau-nés (5,1%), une prématurité modérée a été trouvée chez 26 nouveau-nés et la grossesse à terme a été observé chez 161 nouveau-nés.

V.2.5. Fréquence d'hospitalisation

Tableau n°10 : Répartition des accouchées selon le nombre d'hospitalisation

<i>Nombre d'hospitalisation</i>	<i>Fo</i>	<i>%</i>
Zéro fois	135	68,5
Une fois	39	19,8
Deux fois et plus	23	11,7
Total	197	100

Ce tableau n°10 montre que 135 grossesses se sont déroulées sans hospitalisation, soit 68,5% et 62 grossesses soit 31,5% ont nécessité soit une hospitalisation, soit deux fois et plus.

VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES DES RESULTATS

VI.1. Paramètres d'identification

VI.1.2. Age moyen des adolescentes

Dans notre étude, nous avons retrouvé que la majorité des adolescentes enceintes avaient en moyenne 16ans soit 46,2%, contrairement à ceux retrouvés par Ameli Borg op.cit. Ceci s'expliquerait par le fait ces adolescentes avaient eu des rapports sexuels avant d'atteindre cet âge en ignorant de prendre des précautions pour les grossesses non désirées, contre 6,6% d'adolescentes âgées de 13 ans.

VI.1.2. Lieu de provenance

Il ressort dans notre étude que les adolescentes de quartiers Likango et Lomboto sont dominantes par rapport aux autres quartiers. Ceci s'expliquerait par une faible distance entre les deux structures sanitaires et leurs quartiers respectifs.

VI.1.3. ATCD obstétricaux et mode d'accouchement

Dans cette étude, nous retrouvons plus de primipares et paucipare. Ceci s'explique par le choix de la population de notre étude. Il en est de même avec les ATCD des MAP, qui est de 20%. Cette situation s'explique par des problèmes d'ordre médicaux et sociaux. La crainte des parents, la fuite du père géniteur et conséquences psycho-socio-économiques seraient probablement les causes principales de ces MAP observées chez les adolescentes.

VI.2. Surveillance prénatale

VI.2.1. Suivi de la grossesse

La majorité de grossesse dans notre étude ont été suivi régulièrement avec un taux de 45,7%. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Ameli Borg. (Op.cit). Ceci s'explique par le fait que les adolescentes ont été éduquées pendant les CPN des conséquences qui peuvent survenir au cours de la grossesse, dans cette catégorie de notre population d'étude et également de l'accompagnement psycho-social par contre, les autres catégories ont suivi les CPN de façon irrégulière et d'autres encore n'ont pas suivi les CPN. Ceci s'expliquerait par le faible revenu et de la distance de leurs résidences jusqu'aux structures médicales. D'autres enfin se sont déplacées de leurs résidences par honte de leurs camarades et se sont présentées aux structures que pendant le travail d'accouchement après une dystocie.

VI.2.2. Complication de la grossesse

La majorité de mineures enceintes n'avaient pas de complications (48,7%), par contre, d'autres adolescentes avaient présenté des complications au cours de leur grossesse. Les plus fréquentes dans notre étude sont le paludisme associé à l'anémie par carence martiale (20%), les MAP (16,2%) et l'infection urinaire et/ou vaginale (12,2%). Ceci s'expliquerait au non assainissement du milieu et également le paludisme est la pathologie la plus fréquente en milieu tropicale, pour l'infection urinaire et/ou vaginale (12,2%). Nous pensons que cela est lié à la dégradation de l'hygiène corporelle, vestimentaire des adolescentes et également aux rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples et occasionnels. Signalons que même si nous n'avons pas mis beaucoup d'importance sur le statut matrimonial, la majorité de ces accouchées sont des célibataires et d'autres vivent en union libre. L'anémie est liée à la carence martiale et également au paludisme.

VI.2.3. Hospitalisation

Au moins une hospitalisation a lieu dans 19,8% et deux hospitalisations dans 11,7% chez les adolescentes enceintes dans notre étude. Ce taux est inférieur à celui trouvé par Amelie Borget F. Dedecker et al, op.cit.. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure surveillance prénatale par des accoucheuses et médecins de ces structures sanitaires. Par rapport aux rapports annuels à notre étude.

VI.3. Accouchement

VI.3.1. Mode d'accouchement

Notre étude a montré 62% des accouchements dystociques dont 11% par césarienne ; 12% par épisiotomie, 19% prématurité et fausse couche et 20% d'autres par stimulation du travail d'accouchement par des méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses ; par contre 38% sont des accouchements eutociques.

Par rapport à l'étude menée, par Ameli Borg (op.cit), le taux de dystocie est supérieur. Cela s'expliquerait par les différentes indications d'une dystocie après un bon suivi de partogrammes par les accoucheuses. Signalons également par rapport à la voie d'accouchement, nos résultats sont similaires à ceux déjà publiés, à savoir une majorité d'accouchements par la voie basse (89%) et seulement 11% par la voie haute.

VI.3.2. Etat du périnée après accouchement

Notre étude a montré que 76,1% des accouchements par voie basse, le périnée des accouchées adolescentes était intact. Une épisiotomie a été pratiquée dans 13,1% des accouchées et une déchirure du périnée a été retrouvée chez 10,8% des accouchées contrairement à l'étude menée par Ameli Borg (op.cit). Ce dernier a trouvé 53,1% de cas de déchirures. Pour lui, ces déchirures sont liées à l'alimentation déséquilibrée qui provoque la prise poids important pendant la grossesse, rendant les tissus œdématisés, plus fragiles et faibles, rendant l'élasticité des tissus moins bonne. Par contre dans notre étude, cela s'expliquerait par une mauvaise technique des matrones et accoucheuses qui voulaient à tout prix que l'accouchement se fasse par la voie basse. Elles ont utilisé la méthode de Cristter qui est déjà abandonnée (78,9%) de ces accouchements ont été dirigés par des matrones.

VI.4. Fœtus et Nouveau-né

VI.4.1. Terme de l'accouchement

La grossesse de l'adolescente est réputée à risque, principalement du fait d'une augmentation des enfants de petit poids et des enfants prématurés. La grossesse à terme a été retrouvée dans 81,7% des accouchements et la prématurité a été constatée dans 18,3% des accouchements. Ce taux est supérieur aux données de la littérature puisqu'il est estimé à 10%. Le constat de grossesse à terme s'expliquerait par l'amélioration de couverture de la prise en charge au cours des CPN. Ces données se marient avec celles du suivi de la grossesse de notre étude (suivi régulier : 45,7% et irrégulier : 39,6%).

VI.4.2. Poids à la naissance

Dans notre étude 11,2% de nouveau-nés avaient un poids de naissance inférieur à 2500gr et 3% des nouveau-nés avaient supérieur à 4000gr. Cela peut s'expliquer à une alimentation déséquilibrée. Cette alimentation peut engendrer soit une prise en poids important et donner des enfants plus gros, soit une diminution de poids entraînant un RCIU ou cette diminution de poids est liée à l'âge de la grossesse associé au travail d'accouchement prématuré lié aux différentes pathologies retrouvées chez les sujets de notre étude.

VII. CONCLUSION

La présente étude a porté sur les facteurs de risques obstétricaux et l'issue de la grossesse chez les adolescentes à l'Hôpital Général de Référence INERA-YANGAMBI et le Centre de Santé de Référence de Lomboto durant la période allant de du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2018.

L'étude a été centrée autour de la question:

- Quels sont les facteurs de risques obstétricaux issus de leurs grossesses et leurs impacts ?

Cette question a appelé les hypothèses ci-après : les facteurs obstétricaux seraient entre autre, la mortalité materno-fœtale, le faible poids à la naissance de bébé, les menaces d'accouchement prématuré (MAP), les ruptures utérines et les ruptures prématurées de la membrane.

Notre étude est transversale descriptive. Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage non probabiliste à travers l'analyse documentaire qui a consisté à dépouiller le partogramme et les fiches de consultation prénatale (CPN) des accouchées en vue d'extraire les renseignements ayant trait à notre étude.

Au terme de notre étude, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

- Nous avons observé que l'âge moyen des sujets enquêtés était de 16ans en moyenne, soit 46,2% ;
- Le quartier Likango présentait le plus grand nombre des adolescentes à risque, soit 23,3% ;
- Les accouchements eutociques étaient représentés à 38%, les autres étaient les antécédents obstétricaux, soit 11% pour la césarienne, 10% pour MAP ;
- Le suivi irrégulier de la CPN au 1^{er} trimestre était faible, soit 39,6% parmi les enquêtées ;
- 20% d'enquêtées avaient comme maladies associées le paludisme accompagnée d'anémie ;
- 16,2% des enquêtées avaient fait les MAP pendant la période de notre étude ;
- 21,3% des enquêtées avaient accouché les enfants des faibles poids de naissance ;
- 81,7% des accouchements étaient réalisés à l'âge de la grossesse supérieur ou égal à 37 semaines ;
- 62% représentent des accouchements dystociques.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons accepter que les hypothèses avancées au début de ce travail ont été partiellement confirmées et que les objectifs consignés ont été également atteints.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Albert Lokenye K. Mémoire ISTM-YBI, 2010-2011, p.1,2,3.
2. Ameli Borg : Grossesse chez les adolescentes : complications obstétricales et fœtales à la maternité régionale universitaire de Nancy, Mémoire des universités de lorraine, promotion 2006-2012.
3. Combescure, C. : Conséquences obstétricales et fœtales chez les adolescentes. Etat des lieux à Nancy. Mémoire de DES, Gynécologie-obst, 2017.
4. Dedecker F., Balliengourt T., Baraug et Al. Etude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion, gynecol.obst. biologie de la reproduction, Masson, Paris 2005, Vol 34, N°7. (<https://www.researchgate.net/publication>)
5. Isetsha : Statistique, Cours inédit, G3 ISTM-YBI, 2006.
6. JeromeEtshikoIsenge. Regard rétrospectif sur les facteurs de risques obstétricaux et issus de la grossesse chez les adolescentes à l'Hôpital Général de Référence d'Ikela, TFC, ISTM-YBI, 2010-2011.
7. Lansal et G. Magnin : Obstétrique pour le praticien Nassox, 5^e édition, 2008.
8. Larousse, Dictionnaire encyclopédique pour tous, petit Larousse illustré, Paris, 1980.
9. Matthews Mathai, HarshouSanghui, RichardyAuidoti et Al. Prise en charge des complications de la grossesse et l'accouchement, OMS, 2004.
10. Merger R. et Al : Précis d'obstétrique Masson, Paris 2001.
11. OMS : santé de l'adolescent : <http://www.who.int/topics/adolescenty.health/fr/>.
12. Seine N ; Phariseni : Grossesse et accouchement des adolescents EMC. Gynécologie/obst 5-016-D-10, 2018.
13. LITTLE, TM and HILLS, FJ, 1972, Statistical Method in Agricultural Research, University of California, USA.