

Déterminants des complications obstétricales

chez les adolescentes à la maternité

Befelatanana, Antananarivo, Madagascar : une étude cas témoin

J.F. RAFAMATANANTSOA^{1,2,3}, B. MIRAIMILA^{2,3},
Z.A. RAHOBIARIVONY⁴, H.R. ANDRIANAMPANA-
LINARIVO^{3,4}, E.J. RAKOTONIRINA^{1,2,3}

(1) Centre Hospitalier Universitaire de Soins et de Santé
Publique Analakely

(2) Institut National de Santé Publique et
Communautaire

(3) Faculté de Médecine, Université d'Antananarivo

(4) Centre Hospitalier Universitaire
Gynécologie Obstétrique Befelatanana

Résumé

Contexte et objectif : Les complications obstétricales sont souvent à l'origine des décès maternels surtout chez les adolescentes. L'objectif de cette présente étude était d'identifier les facteurs associés aux complications obstétricales chez les adolescentes. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude cas-témoin menée à la maternité Befelatanana sur une période de 2 mois, mars et avril 2019. Les adolescentes ayant accouché et présentant une ou plusieurs complications obstétricales lors de l'évolution du travail ou pendant la période post partum représentent les cas. Les adolescentes ayant accouché et qui ne présentent pas de complications obstétricales avec un accouchement eutocique sont classées comme témoins. **Résultats :** Au total, 74 cas et 154 témoins ont été inclus. La dystocie (35,1%), l'hémorragie (21,6%), les complications de l'avortement (18,9%), les complications de l'HTA gravidique (13,5%), la grossesse extra-utérine (6,8%) et l'infection (4,1%), sont respectivement les complications obstétricales présentées par les adolescentes. Cette étude a permis de constater que les facteurs suivants sont associés significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes : âge inférieur à 15 ans, milieu de résidence rurale, âge au premier rapport sexuel ≤ 14 ans, parité, antécédents de fausse couche, infections et prise de médicament non contrôlée pendant la grossesse, hémorragies génitales, traumatisme abdominal, non suivi des consultations prénatales (CPN) recommandées, pathologies médicales, antécédents toxiques et manque de planification de l'accouchement. **Conclusion :** La grossesse chez les adolescentes nécessite un suivi particulier car les adolescentes sont à risque de nombreuses complications obstétricales.

>>> Mots-clés :

Déterminants, complications obstétricales, adolescentes, maternité Befelatanana.

Abstract

Context and objective: Obstetric complications are often the cause of maternal deaths, especially among adolescent girls. The objective of this present study was to identify factors associated with obstetric complications in adolescents. **Methods:** This is a case-control study conducted at the Befelatanana maternity hospital over a period of 2 months, march and april 2019. Adolescent girls who have given birth and present one or more obstetric complications during the course of labor or during the postpartum period represent the cases. Adolescent girls who have given birth and who do not present obstetric complications with a eutocic delivery are classified as controls. **Results:** A total of 74 cases and 154 controls were included. Obstructed labor (35,1%), hemorrhage (21,6%), complications of abortion (18,9%), complications of hypertension during pregnancy (13,5%), extra-pregnancy uterine (6,8%) and infection (4,1%) are obstetric complications presented by adolescent girls, respectively. This study found that the following factors are significantly associated with obstetric complications in adolescent girls: age less than 15 years, rural area of residence, age at first sexual intercourse ≤ 14 years, parity, history of miscarriage, infections and uncontrolled drug use during pregnancy, genital haemorrhages, abdominal trauma, failure to follow recommended antenatal consultations, medical conditions, toxic history and lack of birth planning. **Conclusion:** Teenage pregnancy requires special monitoring because adolescent girls are at risk of numerous obstetric complications.

>>> Key-words :

Determinants, obstetric complications, adolescent girls, Befelatanana maternity.

Introduction

Les complications obstétricales sont des complications qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches et ces complications constituent l'origine des décès maternels. La mortalité maternelle reste encore un problème de santé publique jusqu'à aujourd'hui surtout chez les adolescentes, elle est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par un âge allant de 10 à 19 ans^[1]. L'âge maternel est devenu de plus en plus jeune, plus la parturiente est jeune, plus la survenue des complications obstétricales est fréquente. Chaque jour, ces complications liées à la grossesse et l'accouchement mettent en jeu le pronostic vital de plusieurs parturientes s'il n'y a pas de prise en charge adéquate. Plusieurs complications obstétricales causant la mortalité maternelle peuvent survenir: hémorragies, travail prolongé et dystocie, infections puerpérales, grossesse extra-utérine, complications de l'hypertension artérielle gravidique et complications de l'avortement. Pendant les périodes de grossesse et d'accouchement, 15% des femmes présentent des complications qui nécessitent des soins obstétricaux d'urgence^[2-3].

Dans le monde, les complications obstétricales pendant la grossesse et/ ou lors de l'accouchement entraînent une mortalité de 830 femmes environ chaque jour ou plus de 532 000 décès maternels par année en 1990, ce chiffre a baissé à 303 000 décès en 2015. Parmi ces décès maternels, 70 000 adolescentes meurent chaque année des suites des complications de grossesse et d'accouchement. 99% des décès maternels surviennent dans des pays en développement et 66% se trouvent uniquement en Afrique subsaharienne. Chaque année, 201 000 femmes enceintes meurent suite aux complications obstétricales et les principales causes ont été les hémorragies, les infections, les complications hypertensives et les dystocies^[4].

A Madagascar, le taux de mortalité maternelle est resté quasi stationnaire depuis des dizaines d'années. Les facteurs explicatifs sont notamment la couverture et les soins prénatals prodigués qui n'ont véritablement pas évolués, la précocité de la première grossesse ou la grossesse des adolescentes et l'intervalle inter-génésique trop court. Ce ratio est estimé à 464 en 2004 versus 498 pour 100 000 NV en 2009 et 426 en 2018^[5-6].

Face à cette situation, cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés aux complications obstétricales chez les adolescentes.

Méthodes

a. Type, période et population d'étude

Une étude cas témoins sur les déterminants des complications obstétricales chez les adolescentes a été réalisée à la maternité Befelatanana durant la période allant du 1er mars au 30 avril 2019. Ont été inclus comme «cas», les

adolescentes ayant accouché et présentant une ou plusieurs complications obstétricales lors de l'évolution du travail ou pendant la période post partum. Dans cette étude, les complications obstétricales se définissent comme des conditions ou processus pathologiques associés à la grossesse. Ils peuvent survenir pendant ou après la grossesse et vont des inconforts mineurs aux maladies graves qui peuvent être à l'origine de décès maternel. Les «témoins» choisis sont représentés par les adolescentes ayant accouché et qui ne présentent pas de complications obstétricales avec un accouchement eutocique. Pour chaque cas, deux témoins ont été retenus. Au total, 228 adolescentes ont été recrutées dont 74 cas et 154 témoins.

Variables étudiées

Les complications obstétricales chez les adolescentes ayant accouché constituent la variable dépendante de cette étude. Les variables indépendantes sont représentées par le profil social, les antécédents gynécologie-obstétricaux, l'histoire de la dernière grossesse, les antécédents généraux, la planification de l'accouchement et le mode d'admission. Le profil social concerne la tranche d'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le secteur professionnel, le niveau de vie et le milieu de résidence ; les antécédents gynécologie-obstétricaux, évalués selon l'âge aux premières règles, l'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation de la contraception, la gestité, la parité et la fausse couche; l'histoire de la dernière grossesse, évaluée selon le vomissement incoercible, l'infection pendant la dernière grossesse, le massage utérin, la prise non contrôlée de médicament, la grossesse gémellaire, l'hémorragie génitale, le traumatisme abdominal, la chirurgie abdominale et la consultation prénatale ; les antécédents généraux évalués selon l'antécédent médical, l'HTA confirmée, le diabète, le tabagisme et l'alcoolisme ; la planification de l'accouchement et le mode d'admission.

Analyses statistiques et mode de collecte des données

Il s'agissait d'un échantillonnage exhaustif pour les cas et un tirage aléatoire simple pour les témoins. Un entretien individuel auprès des adolescentes ayant accouché, répondant aux critères d'inclusion et associé à la consultation inscrite dans le carnet de santé et le protocole d'accouchement ou protocole opératoire, a été réalisé. Une fiche d'enquête préétablie a été utilisée pour la collecte de données et un questionnaire a été rempli pour l'ensemble des cas témoins. Les données recueillies ont été saisies, traitées et analysées sur ordinateur, sous logiciels Word® pour le traitement de texte, Excel® pour le traitement des graphiques.

Les données de l'enquête ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi Info® 7.1.3. En tant qu'étude cas témoins, l'odds-ratio (OR) a été la mesure d'association utilisée

pour rechercher les facteurs associés à la survenue de complications obstétricales chez les adolescentes et cet OR a été affecté par son propre intervalle de confiance. Pour confirmer la valeur de l'OR, le test chi carrée de Pearson a été utilisé avec sa valeur de p correspondant et lorsqu'il y a un ou des effectifs inférieurs ou égaux à 5, le test de Fisher Exact a été utilisé. La signification statistique a été fixée à 0,05.

b. Considérations éthiques et déontologiques

Cette étude a été réalisée avec l'accord du chef d'établissement de la maternité Befelatanana.

Avant de réaliser l'entretien, le consentement des adolescentes et celui de leur tuteur ont été obtenus.

La confidentialité, les secrets médicaux et l'anonymat ont été respectés.

Résultats

Au total, pendant cette période, 228 adolescentes sont recrutées selon les critères d'inclusion dont 74 cas et 154 témoins. La figure 1 illustre les complications obstétricales identifiées chez les adolescentes. Cette figure montre que la dystocie (35,1%), l'hémorragie (21,6%) et les complications de l'avortement (18,9%) sont les complications les plus fréquemment rencontrées (figure 1).

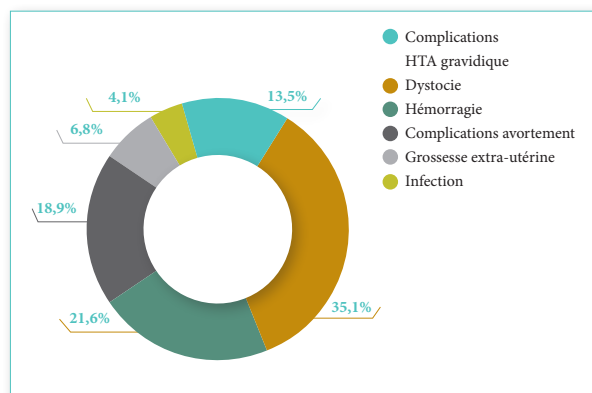


Figure 1 : Répartition des complications obstétricales identifiées chez les adolescentes.

Dans cette étude, plusieurs variables ont été étudiées dans le profil social tel que l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le secteur professionnel, le niveau de vie et le milieu de résidence. Parmi ces variables, l'âge et le milieu de résidence sont associés significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes (tableau 1). Plus précisément les adolescentes âgées de 15 ans avec un OR = 7,29 [2,10-25,22] et les adolescentes habitant en milieu rural avec un OR = 1,73 [1,04 - 3,19], sont associées significativement à la dite complication (tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des cas témoins selon l'âge et le milieu de résidence

	Cas n (%)	Témoins n (%)	OR [IC95%]	P
Age				
14	2 (2,7)	1 (0,6)	5,30 [0,45-61,34]	0,109
15	11 (14,9)	4 (2,6)	7,29 [2,10-25,22]	0,0005
16	12 (16,2)	40 (26,0)	0,79 [0,35-1,77]	0,294
17	26 (35,1)	48 (31,2)	1,43 [0,74-2,82]	0,150
18	23 (31,1)	61 (39,6)	1	
Milieu de résidence				
Rural	25 (33,8)	35 (22,7)	1,73 [1,04 - 3,19]	0,041
Urbain	49 (66,2)	119 (77,3)	1	

S'agissant des antécédents gynécologie-obstétricaux, cette étude s'intéresse aux variables suivantes : l'âge aux premières règles, l'âge au premier rapport sexuel, l'utilisation de la contraception, la gestité, la parité et la fausse couche. Parmi ces variables, l'âge au premier rapport sexuel, le nombre des parités et l'existence de fausse couche, sont associés significativement aux complications obstétricales (tableau 2). Près de 20% des cas, soit 18,9% et 5,8% des témoins, ont un âge au premier rapport sexuel ≤ 14 ans avec OR = 3,57 [1,54 - 9,15]. Par rapport aux adolescentes primipares, les adolescentes nullipares sont associées significativement aux complications obstétricales avec OR = 2,30 [1,12 - 4,72] (tableau 2). Presque 25% des cas, soit 24,3% et 5,4% des témoins, déclarent avoir eu une fausse couche. Le tableau 2 montre également que l'existence d'une fausse couche est associée significativement aux complications obstétricales avec OR = 6,75 [2,67 - 17,03] (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des cas témoins selon l'âge au premier rapport sexuel, la parité et la fausse couche

	Cas n (%)	Témoins n (%)	OR [IC95%]	P
Age au premier rapport sexuel (année)				
≤ 14	14 (18,9)	9 (5,8)	3,57 [1,54-9,15]	0,0018
≥ 15	60 (81,1)	145 (94,2)		
Parité				
0	18 (24,3)	19 (12,3)	2,30 [1,12-4,72]	0,012
1	55 (74,3)	134 (87,0)	1	
2 et +	1 (1,4)	1 (0,6)	2,43 [0,14-39,64]	0,293
Fausse couche				
Oui	18 (24,3)		6,75 [2,67-17,03]	0,00001
Non	56 (75,7)		1	

Les variables étudiées selon l'histoire de la dernière grossesse sont les suivantes : vomissements incoercibles, infection pendant la grossesse, massage utérin, prise de médicaments, grossesse gémellaire, hémorragie génitale, traumatisme abdominal, chirurgie abdominale et le suivi de la grossesse ou CPN. L'infection pendant la grossesse avec OR=3,02 [1,27 – 7,16], la prise des médicaments non contrôlée pendant la grossesse avec OR = 6,96 [1,82 – 26,57], l'hémorragie génitale avec p = 0,0005, l'existence d'un traumatisme abdominal avec OR = 2,90 [1,03 – 8,14] et l'inexistence des CPN avec OR = 4,29 [1,85 – 9,94], sont associés significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes (tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des cas témoins selon l'infection et la prise des médicaments non contrôlée pendant la grossesse, l'hémorragie génitale, le traumatisme abdominal et le suivi des CPN recommandées

	Cas n (%)	Témoins n (%)	OR [IC95%]	P
Infection pendant la grossesse				
Oui	7 (9,5)	37 (24,0)	3,02 [1,27-7,16]	0,003
Non	67 (90,5)	117 (76)	1	
Prise de médicaments non contrôlée pendant la grossesse				
Oui	9 (12,2)	3 (1,9)	6,96 [1,82-26,57]	0,001
Non	65 (87,8)	151 (98,1)	1	
Hémorragie				
Oui	6 (8,1)	0 (0,0)	NA	0,0005
Non	68 (91,9)	154 (100)		
Traumatisme abdominal				
Oui	9 (12,2)	7 (4,5)	2,90 [1,03-8,14]	0,023
Non	65 (87,8)	147 (95,5)	1	
CPN				
Non	17 (23,0)	10 (6,5)	4,29[1,85-9,94]	0,0003
Oui	57 (77,0)	144 (93,5)	1	

Dans cette étude, il a été relevé qu'un antécédent d'une pathologie médicale avec OR = 11,08 [1,27 – 69,69], une HTA confirmée avec OR = 8,74 [1,05-79,65] et des antécédents toxiques tels que le tabagisme avec OR = 5,50 [1,04 – 29,09] et l'alcoolisme OR = 5,25 [1,31 – 20,96] sont associés significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes (Tableau 4). Le manque de planification du lieu d'accouchement avec OR = 4,50[2,15 – 9,43] et le mode d'admission référé avec OR= 2,25 [1,27 – 3,96] sont également associés de manière significative (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition de cas témoins selon les antécédents médicaux, les antécédents toxiques, la planification du lieu d'accouchement et le mode d'admission.

	Cas n (%)	Témoins n (%)	OR [IC95%]	P
Pathologie médicale				
Oui	5(6,8)	1 (0,6)	11,08 [1,27-69,69]	0,007
Non	69 (93,2)	153 (99,4)	1	
HTA confirmée				
Oui	4 (5,4)	1 (0,6)	8,74 [1,05-79,65]	0,021
Non	70 (94,6)	153 (99,4)	1	
Tabagisme				
Oui	5 (6,8)	2 (1,3)	5,50 [1,04-29,09]	0,021
Non	69 (93,2)	152 (98,7)		
Alcoolisme				
Oui	7 (9,5)	3 (1,9)	5,25 [1,31-20,96]	0,008
non	67 (90,5)	151 (98,1)		
Planification de lieu d'accouchement				
Non	23 (31,1)	14 (9,1)	4,50[2,15-9,43]	0,00002
Oui	51 (68,9)	140 (90,9)		
Mode d'admission				
Référé	39 (52,7)	51 (33,1)	2,25 [1,27-3,96]	0,0026
Direct	35 (47,3)	103 (66,9)		

Discussion

Cette étude cas-témoins réalisée à la maternité Befelatanana, a permis de d'identifier des facteurs associés aux complications obstétricales chez les adolescentes. Cette discussion est divisée en deux parties : selon les complications obstétricales d'une part et selon les facteurs associés ou les déterminants de la dite complication d'autre part.

a. Selon les complications obstétricales

Les résultats de notre étude montrent que la dystocie (35,1%) a été la complication obstétricale la plus retrouvée chez les adolescentes, suivie de l'hémorragie (21,6%) et des complications de l'avortement (18,9%). Nos résultats sont différents au CHU de Conakry, Baldé dans son étude a trouvé que 70% des parturientes présentent des complications de l'HTA (39,53%) et de l'hématome rétro-placentaire (31,63%)^[7]. Même, si ces résultats sont différents, les complications obstétricales directes sont les plus retrouvées. La dystocie qui est souvent le résultat d'un bassin étroit ou d'une mauvaise position du bébé, est plus fréquente chez les adolescentes et les femmes de petite taille dont le bassin

est immature. Les femmes enceintes faisant l'expérience d'une dystocie nécessitent des soins obstétricaux d'urgence et peuvent avoir besoin d'une césarienne.

L'hémorragie est la deuxième cause des complications obstétricales observée chez les adolescentes. Lorsqu'on parle de complications hémorragiques, l'hémorragie du post-partum est la plus fréquente. Selon la littérature, l'hémorragie représente la cause directe des décès maternels dans le monde [8]. L'étude de Rafamatanantsoa et son équipe montre que l'incidence de l'hémorragie du post-partum est de 26% [9]. Il est impossible de dépister à l'avance les adolescentes qui sont les plus exposées au risque d'hémorragie.

Les complications de l'avortement constituent la troisième cause des complications obstétricales chez les adolescentes. A Madagascar, l'accès à l'avortement sans risque est interdit. En effet, il existe une forte probabilité que les avortements soient pratiqués dans des conditions peu hygiéniques.

Facteurs associés aux complications obstétricales Selon le profil social

L'âge et le milieu de résidence sont associés significativement à la survenue des complications obstétricales chez les adolescentes.

Notre étude cas témoins montre que 14,9% des cas et 2,6% des témoins sont âgés de 15 ans. Ce résultat est corroboré avec l'étude de Guita faite en Guadeloupe intitulée «Grossesses évolutives chez les mineures en Guadeloupe» [2]. L'âge inférieur à 18 ans est classé comme facteur de risque de grossesse. Chez les adolescentes, le bassin ne termine définitivement sa configuration que vers la 25e année [10].

Par rapport au milieu de résidence urbain, il existe une relation étroite entre les adolescentes habitant en milieu rural et les complications obstétricales. Ce résultat est confirmé par l'étude de Rafamatanantsoa qui avance que, plus le domicile des parturientes est éloigné, plus le risque de survenue des complications obstétricales augmente [11]. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il existe un manque de moyens matériels et de ressources humaines qualifiées en milieu rural.

b. Selon les antécédents gynéco-obstétricaux

L'âge au premier rapport sexuel, le nombre des parités et l'existence de fausse couche, sont associés significativement aux complications obstétricales.

Le résultat de notre étude montre que 18,9% des cas et 5,8% des témoins déclarent avoir un rapport sexuel avant l'âge de 14 ans. Notre résultat est presque identique à l'enquête par grappes à indicateurs multiples effectuée en 2018 à Madagascar par l'INSTAT et l'UNICEF, qui montre que 17% des femmes avaient déjà eu leur premier rapport sexuel avant d'atteindre l'âge de 15 ans [6]. En effet, plus l'âge au premier rapport sexuel est avancé, plus le risque de grossesse augmente.

Par rapport aux adolescentes primipares, il existe une relation étroite entre les adolescentes nullipares et les complications obstétricales. Les adolescentes ayant une parité supérieure ou égale à deux sont également associées aux complications obstétricales mais test statistique non significatif. Une complication s'expliquerait par la multiplicité des accouchements qui entraîne une altération de l'endomètre et du myomètre. Ce fait a été évoqué par Traouré au Mali et l'OMS [12-13].

Selon l'antécédent de fausse couche ou avortement, 24,3% des cas et 4,5% des témoins déclarent avoir eu des fausses couches. Dans ce cas, les types de fausses couches ne sont pas mentionnés, qu'il s'agisse de fausse couche provoquée ou spontanée. En revanche, l'étude faite par Andriamifidison montre que l'âge <18 ans est un facteur associé à l'avortement provoqué [14]. Le résultat de notre étude est corroboré avec l'étude Dedecker F, car il affirme que les risques obstétricaux sont significatifs chez les adolescentes ayant un antécédent d'interruption volontaire de la grossesse et de fausse couche spontanée [15]. Ce constat pourrait être expliqué par le fait que les adolescentes cherchent tous les moyens possibles pour retarder la date de survenue de la première naissance.

c. Selon l'histoire de la dernière grossesse

Dans notre étude, l'infection pendant la grossesse, la prise non contrôlée des médicaments, l'hémorragie génitale, l'existence d'un traumatisme abdominal et le non suivi des CPN recommandées, sont associées significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes.

La présence d'infection pendant la grossesse est associée de manière significative aux complications obstétricales. L'étude de Soula à Guyane a également montré une association significative pour l'infection à Chlamydia [16]. Cette infection au cours de la grossesse pourrait être expliquée par la multiplicité des partenaires sexuels chez les adolescentes et aussi par la mauvaise hygiène de vie au cours de la grossesse.

Notre résultat montre que 12,2% des cas et 1,9% des témoins déclarent avoir eu une prise de médicaments non contrôlée pendant la dernière grossesse. L'étude de Shmit a montré que 21,3% des femmes s'automédiquent pendant la grossesse, 21,4% de ces femmes prennent des médicaments contre indiqués [17]. Cette prise non contrôlée des médicaments pourrait être expliquée par l'existence de malaises ou d'antécédents médicaux connus. L'erreur de posologie peut entraîner un surdosage et si le médicament est contre indiqué, le risque tératogène est élevé voire un l'apparition d'un retard de croissance intra utérin ou mort foetale.

Concernant le traumatisme abdominal, 12,2% des cas et 4,5% des témoins déclarent avoir un traumatisme abdominal.

Chez les femmes enceintes, le traumatisme abdominal constitue la première cause de mortalité maternelle non liée aux pathologies spécifiques de la grossesse. De ce fait, la nature des complications dépend à la fois de l'intensité du choc et du terme de la grossesse.

Concernant le nombre des CPN, 23% des cas et 6,5% des témoins n'ont aucune CPN et nos résultats montrent que plus le nombre de CPN augmente, plus l'association diminue. Nos résultats sont confirmés par l'étude faite par Rasoanandrianina qui montre les rôles des CPN au cours de la grossesse [18]. En effet, les CPN permettent une bonne surveillance de la grossesse et permettent de détecter d'éventuelles pathologies associées.

d. Selon les antécédents généraux

Dans notre étude, il a été relevé l'association significative d'un antécédent d'une pathologie médicale et une HTA confirmée aux complications obstétricales chez les adolescentes. Nos résultats sont corroborés avec l'étude de Launey et Thibaud [19-20]. Au cours d'une grossesse, surtout chez les primipares où les femmes ayant un antécédent familial de pré-éclampsie ou d'obésité, les risques de complications maternelles restent élevés tels que l'hématome rétro-placentaire ou HELLP syndrome ou les complications cardiovasculaires pouvant aboutir à une éclampsie.

Le tabagisme est associé significativement aux complications obstétricales chez les adolescentes. Notre résultat est appuyé par Marpeau au CHU de Rouen, il montre que le taux d'avortements spontanés est multiplié par trois chez l'adolescente fumeuse et qu'il existe une corrélation entre le risque de fausses couches et l'importance de la consommation tabagique [21].

Presque 10% des cas, soit 9,5%, et 1,9% des témoins déclarent avoir un antécédent d'alcoolisme. Concernant l'alcool, le risque de complications se voit surtout chez le nouveau-né par l'apparition d'un ensemble d'altérations très diverses sur l'organisme en développement. Selon Frédéric, ces changements sont regroupés sous l'appellation générique «Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale (ETCAF)» [22].

e. Selon la planification de l'accouchement

Nous avons constaté que 68,9% des cas seulement et 90,9% des témoins déclarent avoir planifié le lieu d'accouchement. Le manque de planification du lieu d'accouchement est associé significativement aux complications obstétricales. Effectivement, nous avons remarqué que la majorité de ces jeunes ayant des complications ne savaient pas, ne pouvaient pas et ne voulaient pas accoucher dans un établissement sanitaire. Ceci serait dû d'une part à la méconnaissance des risques encourus si l'accouchement ne se faisait pas dans un hôpital, d'autre part à la méfiance d'accoucher

dans la maternité mais aussi selon ces jeunes, le coût élevé d'hospitalisation constituant une source d'inquiétude. Ceci est appuyé par une étude faite par Sylvia et son équipe [23]. D'après cette étude, 52,7% des cas et 33,1% des témoins sont des entrantes référées. Le mode d'admission référé est associé significativement aux complications obstétricales. Cela s'expliquerait par le fait que le référencement est responsable d'une complication de l'accouchement, soutenu ici par beaucoup d'auteurs comme Ibrahim [12]. Les complications obstétricales étaient significativement plus fréquentes chez les parturientes évacuées à cause du délai de transfert des parturientes vers des structures avec des plateaux techniques plus efficaces et du manque de réactivité du personnel des hôpitaux périphériques.

Forces et faiblesses de la présente étude

La présente étude présente des faiblesses comme toutes les études utilisant des entretiens comme principales sources de données. Cette étude peut être influencée par des réponses claires et des réponses non précises des répondants.

Conclusion

La grossesse chez l'adolescente a été classée parmi les grossesses à risques surtout dans les pays à faible revenu. Notre étude a été effectuée au sein de la maternité Befelatanana, auprès des adolescentes ayant accouché en 2019. Nous avons constaté que certains paramètres tels que l'âge inférieur à 15 ans et le milieu de résidence étaient un des facteurs déterminants des complications de la grossesse.

En ce qui concerne les antécédents obstétricaux, l'âge de la première relation sexuelle, la parité et les fausses couches, ils constituent aussi des facteurs de risque de complications, comme l'infection, les prises de médicaments, l'hémorragie génitale, le traumatisme abdominal et le non suivi des CPN.

Toutes les pathologies médicales et les antécédents de tabagisme déterminent les complications de la grossesse chez les adolescentes.

Enfin, le manque de planification de l'accouchement est un des plus grands dilemmes de survenue des complications obstétricales.

Ainsi, la grossesse chez nos adolescentes nécessite un suivi particulier, car ces adolescentes sont des personnes à risque du fait de leur immaturité; des moyens de transport devraient être mis à disposition dans les zones dépourvues de centres de santé afin de pouvoir arriver à temps au niveau des centres de santé; un programme de sensibilisation des jeunes sur le danger d'une grossesse en bas âge devrait être réalisé par le personnel médical au niveau des écoles.

Liens d'intérêts

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

Date de soumission

11 Avril 2021.

Références

1. Creatsas G, Michalas S, Terzakis E, Kaskarelis D. Grossesse chez l'adolescente. *Gynécologie*, 1980, 31:343-345.
2. Anne P, Deborah M, Nadia H. Manuel de l'AMDD : Utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de services obstétricaux d'urgence ; mai 2002. p 5-6
3. Francois D. Accouchements compliqués. Mortalité maternelle : une crise évitable. *Médecins sans frontières mars 2012*. p 4. Disponible sur www.msf.org [consulté le 02/01/2020]
4. Mariko S. Mortalité maternelle. *Randretsa I : Enquête démographique et de santé 2003-2004, ORC Macro 2005* : 203-212.
5. Barrère B, Barrère M. Mortalité maternelle, in : *Randretsa I : Enquête démographique et de santé 2008-2009, ICF Macro 2010* : 221-28
6. INSTAT, UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples- MICS Madagascar, 2018. Rapport final. Antananarivo, 2019 : 547p.
7. Balde IS, Diallo A, Diallo MH, Sylla I, Keita M, Barry AB. Déterminants des complications obstétricales à l'arrivée des parturientes au CHU de Conakry à propos de 645 observations. *Rev intsc med Abj 2019*, 21 (3) : 175 – 179.
8. Deneux T, Dupont C, Dreyfus M. Prévention et soins des hémorragies obstétricales, leçon tirées des programmes d'intervention Sphere et Pithagore ? *J GynecolObstetBiolReprod* 2008, 37 (3) : 237 – 245.
9. Rafamatanantsoa JF, Rakotozanany B, Andriamifidison R, Ravaoarimalala L, Rakotozafy, Ratsimbazafy MR et al. Déterminants de l'hémorragie du post-partum : cas du centre de santé de base niveau II Andoharanofotsy, Antananarivo Atsimondrano. *J Malgache GynecolObstet* 2017, 2 : 15- 18.
10. Fouelifack FY, Tameh TY, Mbong EN, Nana PN, Fouedjio JH, Fouogue JT, Mbu RE. Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital. 2014 Mar 17; 14: 102. *PubMed | Google Scholar*
11. Rafamatanantsoa JF, Vololonarivo EEB, Randriatsarafara FM, Adrianampalinarivo HR, Andrianasolo R, RanjalahyRasolofomanana J. Déterminants





des complications obstétricales à l'arrivée des parturientes au CHRD Itaosy. *Med Afr Noire* 2014, 61 (4) : 193-201

12. Organisation mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, OMS, Genève Suisse, 2013;72.
13. Traore B, Thera TA, Kokaina C, Beye SA, MounkoroN, Teguede I, Dolo A. Mortalité maternelle au service de Gynécologie-Obstétrique du centre hospitalier régional de Ségou au mali étude rétrospective sur 138 cas. *Mali médical* 2010, 2:42-47.
14. Andriamifidison NRZ, Rafamatanantsoa JF, Andriantoky VB, Rakotonirina EJ, Adrianampalinarivo HR, RanjalahyRasolofomanana J et al. Déterminants de l'avortement provoqué au Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana, Madagascar. *J Malgache GynecolObstet* 2016 ; 1 : 19 – 23.
15. Dedecker F, Bailliencourt T, Barau G, Fortier D, Robillard PY, Roge-Wolter MM et al. Etude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion. *J GynecolObstetBiolReprod* 2005 ; 34 (1) : 694 – 701.
16. Soula O, Carles G, Largeaud W, Guindi EW, Montoya Y. Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans, Etude de 181 cas en Guyane française, *J GynecolObstetBiolReprod* 2006, 35(1) :53-61
17. Scmitt B. L'automédecination chez la femme enceinte. *J GynecolObstet Biol Reprod* 2002 ;31 (2) :211
18. Rasoanandrianina SB, Rakotozanany B, Andriamahefa R, Randriambelomanana JA. Rôle de la Consultation Périnatale dans la survenue d'une éclampsie à la maternité de Befelatanana, Antananarivo (Madagascar). *Rev. Anesth.-RéaniM. Med. Urg. Toxicol.* 2017 ;9(1) :6-9
19. Launay-Mignot P, Roueff S, Tropeano AI, Thauinat O, Plouin PF. Service d'hypertension artérielle, Hôpital Européen Georges Pompidou, 20, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15.
20. Thibaud E., Drapier-faure E., *Gynécologie de l'adolescente*, collection Pratique en gynécologie – obstétrique, Paris : Masson, 2005. Chapitre 18, grossesse normale et compliquée, 6p. (50)
21. L. Marpeau Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Rouen, 1, rue Germont, 76031 Rouen Cedex. *J GynecolObstetBiolReprod* 2005 ; 34: 130-134
22. Frederic K. Lalcol pendant la grossesse. Service de Gynécologie –Obstétrique CHU de Liège. Disponible sur www.chu.ulg.ac.be [consulté le 05/01/2020]
23. Introduction - ZazakelySuisse. Disponible sur www.zazakelysuisse.ch › documents › Travail_Sylvia [consulté le 07/01/2020]

Où que vous soyez, tous les numéros sont consultables en ligne sur :

www.el-hakim.net



-  [elhakimmedecine](https://www.instagram.com/elhakimmedecine)
-  [el_al](https://twitter.com/el_al)
-  [elhakim.revuemedicale](https://www.facebook.com/elhakim.revuemedicale)
-  [linkedin.com/in/el-hakim](https://www.linkedin.com/in/el-hakim)

(*) exclusivement réservé aux professionnels de la santé