



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE
RABAT



Année : 2021

Thèse N° : 188

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT CHEZ L'ADOLESCENTE

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le: / / 2021

PAR :

Monsieur Abdoullah TOUNSI

Né le 02 Août 1995 à Témara

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Grossesse, Accouchement, Adolescente, Facteurs Pronostiques

Membres du Jury :

Madame Aïcha KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Aïcha KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Monsieur Brahim RHRAB

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Amina LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Président

Rapporteur

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة الآية 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003: Professeur AbdelmajidBELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

<i>Doyen</i>	Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines</i>	Professeur Brahim LEKEHAL
<i>Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Toufiq DAKKA
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Younes RAHALI
<i>Secrétaire Général</i>	Mr. Mohamed KARRA

*Enseignants Militaires

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne – <u>Doyen de la FMPR</u>
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation- <u>Doyen de FMPO</u>
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZAD Rachid Gynécologie Obstétrique	<u>Méd.Chef Maternité des Orangers</u>
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie- <u>Dir. du Centre National PV Rabat</u>
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique ___

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale <u>Doyen de FMPT</u>
Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie

*Enseignants Militaires

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI LallaOuafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Doyen de la FMPA

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – *Directeur du CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V*

*Enseignants Militaires

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN DakhamaBadr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp.Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*
Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp.Cheikh Zaid*
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

*Enseignants Militaires

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSI Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim

Est

Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale Directeur Hôpital Ibn Sina
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique V-D chargé Aff Acad.

Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie Dir.-Adj. HMI Mohammed V
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique

*Enseignants Militaires

Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie

*Enseignants Militaires

Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*

Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire.

Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale

*Enseignants Militaires

Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 Pr. AMHAJJI Larbi *
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed *
 Pr. BALOUCH Lhousaine *
 Pr. BENZIANE Hamid *
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid *
 Pr. ICHOU Mohamed *
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhousain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed *
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRANI Saad *
 Pr. OUZZIF Ezzohra *
 Pr. RABHI Monsef *
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine *
 Pr. SIFAT Hassan *
 Pr. TABERKANET Mustafa *
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour *
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. AKHADDAR Ali *

Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

 Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie

*Enseignants Militaires

Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir

Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne *Directeur ERSSM*
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice

*Enseignants Militaires

Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha *

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahti
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha *
Pr. BENYAHIA Mohammed *
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali *
Pr. DENDANE Tarek

Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Hématologie
Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale

*Enseignants Militaires

Pr. DINI Nouzha *	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANIMohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI Nizare	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid *	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane *	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed *	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed *	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <i>Vice-Doyen à la Pharmacie</i>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim *	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua *	Gastro-Entérologie
Pr SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan *	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali *	Traumatologie Orthopédie

*Enseignants Militaires

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah

Pr. BENCHAKROUN Mohammed *

Pr. BOUCHIKH Mohammed

Pr. EL KABBAJ Driss *

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *

Pr. HARDIZI Houyam

Pr. HASSANI Amale*

Pr. HERRAK Laila

Pr. JANANE Abdellah *

Pr. JEAIDI Anass*

Pr. KOUACH Jaouad*

Pr. LEMNOUER Abdelhay*

Pr. MAKRAM Sanaa *

Pr. OULAHYANE Rachid*

Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar

Pr. SEKKACH Youssef*

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique

Traumatologie- Orthopédie

Chirurgie Thoracique

Néphrologie

Biochimie-Chimie

Histologie- Embryologie-Cytogénétique

Pédiatrie

Pneumologie

Urologie

Hématologie Biologique

Génécologie-Obstétrique

Microbiologie

Pharmacologie

Chirurgie Pédiatrique

CCV

Médecine Interne

Génécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*

Pr. AIT BOUGHIMA Fadila

Pr. BEKKALI Hicham *

Pr. BENAZZOU Salma

Pr. BOUABDELLAH Mounya

Pr. BOUCHRIK Mourad*

Pr. DERRAJI Soufiane*

Pr. DOBLALI Taoufik

Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali

Pr. EL GHADBANE AbdedaimHatim*

Pr. EL MARJANY Mohammed*

Pr. FEJJAL Nawfal

Pr. JAHIDI Mohamed*

Pr. LAKHAL Zouhair*

Pr. OUDGHIRI NEZHA

Pr. RAMI Mohamed

Pr. SABIR Maria

Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie

Médecine Légale

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie Maxillo-Faciale

Biochimie-Chimie

Parasitologie

Pharmacie Clinique

Microbiologie

Anatomie

Anesthésie-Réanimation

Radiothérapie

Chirurgie Réparatrice et Plastique

O.R.L

Cardiologie

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie Pédiatrique

Psychiatrie

Médecine préventive, santé publique et Hyg.

*Enseignants Militaires

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABBI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie générale
Immunologie

Mai 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness**
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie –Réanimation
urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

*Enseignants Militaires

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq *
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid *
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
Pr. BOUZELMAT Hicham *
Pr. BOUKHRIS Jalal *
Pr. CHAFRY Bouchaib *
Pr. CHAHDI Hafsa *
Pr. CHERIF EL ASRI Abad *
Pr. DAMIRI Amal *
Pr. DOGHMI Nawfal *
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham *
Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *
Pr. EL HJOUJI Aabderrahman *
Pr. EL KAOUI Hakim *
Pr. EL WALI Abderrahman *
Pr. EN-NAFAA Issam *
Pr. HAMAMA Jalal *
Pr. HEMMAOUI Bouchaib *
Pr. HJIRA Naoufal *
Pr. JIRA Mohamed *
Pr. JNIENE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham *
Pr. MAHFOUD Tarik *
Pr. MEZIANE Mohammed *
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI Yassine *
Pr. NAOUI Hafida *
Pr. OBTEL Majdouline
Pr. OURRAI Abdelhakim *
Pr. SAOUAB Rachida *
Pr. SBITTI Yassir *
Pr. ZADDOUG Omar *
Pr. ZIDOUH Saad *

Néphrologie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
Radiothérapie
Gynécologie-obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Traumatologie-orthopédie
Traumatologie-orthopédie
Anatomie Pathologique
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-réanimation
Pharmacie Galénique
Virologie
Gynécologie-obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L
Dermatologie
Médecine Interne
Physiologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-réanimation
Chirurgie Cardio-vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-réanimation

*Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr .BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES

Pr BENZID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI LallaChadia	Biochimie-chimie
Pr DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr RAMLI Youssef	Chimie
Pr SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 05/03/2021

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

*Enseignants Militaires

The page features four decorative purple corner ornaments, each with a scrollwork and leaf design, positioned at the corners of the central text area.

Dédicaces



***Toutes les lettres ne sauront trouver les mots
Qu'il faut... ..***

***Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect et la reconnaissance.***

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse à ... 



À

ALLAH

***À mon bon Dieu tout puissant, mon chemin vers toi commence
par le chemin du savoir, le chemin de la lumière.***

***Je vous dois ce que je suis devenu car tout ce que j'entretiens
dans ma vie est pour toi, l'unique. Louanges et remerciements
pour votre clémence et miséricorde.***



À Mes très chers parents

Peu de mots sauraient exprimer ce que je ressens à votre égard. L'étudiant que je suis est toujours comblé de votre soutien éternel. En plus de m'offrir votre cœur, vous me faites cadeau des conditions harmonieuses pour réussir mon parcours.

Vous faites certainement partie de ce travail !

De la reconnaissance mais plus encore, pour tout le mal que vous vous êtes donnés pour moi à chaque étape de ma vie, pour votre patience et votre amour, je vous dois la vie.

De vous à moi, j'espère être à vos yeux l'homme et le fils, de vos souhaits, J'implore Dieu de me donner la dignité de l'être et de le rester.

Le titre de Docteur en Médecine est bien au-delà d'un titre. Il est combat, amour et débat. Vous m'avez donné la passion de la connaissance, je le porterai fièrement et je vous le dédie tout particulièrement

Reconnaisant et admirateur à jamais.

À mes frères Ismail, Othmane et Aissam

&

À mes sœurs Fatima, Tahira, Soundous et Meriem

Soucieux à votre manière, je vous dédie ce travail dont vous avez été témoins, depuis sa genèse jusqu'à sa fin. Mille mercis de partager mes soucis en m'écoutant toujours parler de ceci.

Sachez bien que votre réconfort se trouve là exaucé, merci d'être ici.

À tous les membres de ma famille petits et grands

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

À ma merveilleuse femme et amie pour la vie Oumayma El Hajji

*Sœur de l'âme, t'avoir vu pour la première fois m'a suffi pour décider
que tu es l'être de ma vie.*

Sans toi, sans ta présence, je ne sais si ce monde sera facile pour moi.

*Mais puisque tu es là, je me contente de savourer chaque instant auprès
de toi. Ensemble, nous avons adorablement parcouru cette première et
exquise étape de la vie, dès lors les autres qui viennent ne seront qu'un
défi devant notre courage si uni.*

À ma belle et spontanée de mes rêves, je serai toujours amoureux de toi.

*Tu es mon ombre quand la situation l'exige, mon soutien quand les
circonstances l'engagent et mon ange gardien quand le destin m'afflige.*

Surement nous sommes dans le chemin où la réussite l'oblige.

À

Mes collègues et amis (es)

Adam Benmadani, Youness Touissi, Khaoula Tmara, Umer Farouq Bhati, Mehdi Rhazni, Karim Hamda, Yahia Moukhlis, Mohammed Berrahal, Yassine Lemzabi, Samy Semouni, Mustafa Elmarssouf, Otman Elalouani, Ayoub Kfita, Haitam Baaouch, Youssef Allali, Kenza Squalli, Fatima Zohra Jabri, Lamia Grine, Khaoula Ben Hammad, Rime Ben Achour, Houda El Hiouy, Ilham Ben Ahmida, et vous encore êtes nombreux

En souvenir de tous les moments qu'on a passé ensemble.

Votre amitié et votre gentillesse ont été pour moi un grand soutien.

Je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite.



À tous ceux dont l'oubli du nom n'est guère celui du cœur.

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

À Tous Mes enseignants tout au long de mes études.

À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.



Remerciements

À notre Maître, Président et rapporteur de thèse

Madame Aïcha KHARBACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat

*Nous vous remercions de nous avoir accordés votre confiance pour la
réalisation de ce travail.*

*Vous nous avez toujours réservé un accueil bienveillant, vous nous avez
soutenus de vos conseils, toujours donnés avec la plus grande amabilité.*

*Merci pour nous avoir fait confiance et permis de réaliser ce projet
malgré vos responsabilités.*

*Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre
profond respect.*



À notre maitre et juge de thèse

Monsieur Brahim RHRAB

Professeur de Gynécologie Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres de
notre honorable jury.*

*Votre modestie, votre sérieux, votre compétence et votre savoir-faire
seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

*Veillez accepter l'expression de notre gratitude et de notre haute
considération.*

À Notre maitre et juge de thèse

Madame Amina LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique à la maternité Souissi de Rabat

Vous nous avez fait un immense honneur en acceptant de juger notre travail.

Nous portons une grande considération pour votre extrême gentillesse ainsi que pour vos qualités professionnelles.

Nous vous prions d'agréer l'expression de notre profond respect pour votre compétence et humanité.

Liste des abréviations

ATCD : Antécédent

CLFP : Col long fermé postérieur

DG : Diabète gestationnel

HRP : Hématome retro placentaire

HTAG : Hypertension artérielle gestationnelle

IMC : Indice de masse corporelle

IU : Infections urogénitales

LA : Liquide amniotique

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort fœtale in utéro

OMS : Organisation mondiale de la santé

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaines d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigue

VB : Voie basse

VG : Vomissement gravidique



Sommaire

Introduction	1
Matériel et méthode	3
Résultats	7
Etude descriptive :.....	8
I. EPIDEMIOLOGIE	8
1-Fréquence	8
2-Répartition d'âge	9
3- Situation matrimoniale.....	9
4-Originé des parturientes	10
5-Niveau socio-économique et culturel	11
II. LES ANTECEDENTS.....	11
1-Les antécédents médicaux et chirurgicaux	11
2-Les antécédents gynéco-obstétricaux	12
2-1 les antécédents obstétricaux :	12
2-2 les antécédents gynécologiques :.....	13
3- Les antécédents toxiques.....	13
III. EVOLUTION DE LA GROSSESSE	14
1-Suivi de la grossesse	14
2-Complications antépartum	15
2-1 Complications médicales	15
a- Anémie :	15
b- Infections uro-génitales :.....	15
2-2 Complications obstétricales :	15
a- Menace d'accouchement prématuré :	15
b- Toxémie gravidique :.....	15
c- Hémorragie du 3eme trimestre :	16
d- Avortement.....	16

e- Mort fœtale in utero :	16
f- Diabete gestationnel :	16
g- Exageration des signes sympathiques de grossesse :	16
IV. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT	17
1-L'examen à l'admission.....	17
1-1 L'examen general:	17
a- Poids et taille :	17
b-Indice de masse corporelle :.....	18
c- Tension artérielle :	19
1-2 L'examen obstétrical:	19
a- L'âge gestationnel :.....	19
b-Hauteur utérine :.....	19
c- Battement cardiaque fœtal :	20
d- L'examen du périnée :	20
e- L'état du col :.....	20
f- La dilatation cervicale :	21
g- Contractions utérines :.....	21
h- Poche des eaux ;	21
→ Etat de la poche des eaux :.....	21
→ Aspect du liquide amniotique :.....	21
i- Présentation fœtale :	21
j- Caractéristiques du bassin :.....	22
2-Déroulement du travail :	22
2-1 Dystocies dynamiques et mécaniques :	22
2-2 Souffrance fœtale aigue :	22
3-Modalité d'accouchement :.....	22
3-1 Voie basse :.....	22
3-2 Voie haute :.....	23

4-La délivrance :	24
V. LES SUITES DE COUCHES	25
VI. PRONOSTIC FŒTAL ET MATERNEL	25
1- Pronostic fœtal.....	25
1-1 Etat du nouveau-né a la naissance	25
a-Sexe du nouveau-né :	25
b - Score d'Apgar :.....	26
c- Poids du nouveau-né :.....	26
d- Malformations congénitales :.....	27
1-2 Devenir du nouveau-né :	27
a-Transfert en réanimation:	27
b- Mortalité périnatale :.....	27
2-Pronostic maternel	28
2-1 Mortalité :	28
2-2 Morbidité :	28
Etude analytique :.....	29
I. ATCD gynéco-obstétricaux selon les tranches d'âges :	29
1. La gésité et parité :.....	29
2. L'antécédent d'avortement :.....	29
II. Le suivie de la grossesse selon les tranches d'âges :.....	30
III. Les complications au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :.	30
1. La survenue d'au moins une complication au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :.....	30
2. Le type de complication au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :	31
IV. Déroulement de l'accouchement selon les tranches d'âges :.....	32
1. L'âge gestationnelle selon les tranches d'âges :	32
2. Etat du col à l'admission selon les tranches d'âges :	33

3. L'état des poches des eaux et l'aspect du liquide amniotique selon les tranches d'âges :.....	33
4. L'accouchement par voie basse selon les tranches d'âges :.....	34
5. L'accouchement par voie haute selon les tranches d'âges :.....	35
6. La délivrance et la survenue de ses complications selon les tranches d'âges :	36
V. Pronostic fœtale selon les tranches d'âges :.....	36
1. Poids du nouveau-né :.....	36
2. Transfert en réanimation :	37
3. Mortalité néonatale :	37
Discussion	38
I. Données épidémiologiques :	39
1- Fréquence :	39
2- Age :	41
3- Situation matrimoniale :.....	41
4- Conditions socio-économiques et culturelles :.....	42
II. ATCD gynéco-obstétricaux :	43
1-Gestité et parité :.....	43
2-Contraception orale :.....	43
III. Evolution de la grossesse :.....	43
1-Le désir de la grossesse :.....	43
2-Le suivi de la grossesse :.....	44
3-Complications antépartum :	45
3-1 Anémie :.....	45
3-2 Infections urogénitales :.....	46
3-3 Menace d'accouchement prématuré :.....	46
3-4 Toxémie gravidique :.....	47
3-5 Rupture prématurée des membranes :	49

3-6 Avortement :.....	50
3-7 Mort fœtale in utero :.....	50
3-8 Diabète gestationnel :.....	51
IV. Déroulement de l'accouchement :.....	51
1-Présentation fœtale :.....	51
2-Caractéristiques bassin :.....	51
3-Durée du travail :.....	52
4-Dystocies dynamiques et mécaniques :.....	52
5-Mode d'accouchement :.....	52
5-1 Voie basse :.....	52
5-2 Césarienne :.....	53
6-Délivrance :.....	54
7-Complication de l'accouchement :.....	54
7-1 Hémorragie de la délivrance :.....	54
7-2 Déchirures périnéales :.....	55
V. Etat du nouveau-né :.....	55
1-Etat du nouveau-né à la naissance :.....	55
1-1 Score d'Apgar.....	55
1-2 Poids du nouveau-né :.....	56
1-3 Prématurité :.....	57
1-4 Malformations fœtales :.....	58
2-Devenir du nouveau-né :.....	59
2-1 Transfert en réanimation :.....	59
2-2 Mortalité périnatale :.....	59
VI. Pronostic maternel :.....	60
VII. Prévention de la grossesse chez l'adolescente :.....	61
VIII. La particularité nutritionnelle et alimentaire chez l'adolescente.....	62
IX. Le retentissement psychologique de la grossesse chez l'adolescente.....	63

X. Le droit de l'adolescente.....	64
Conclusion	67
Résumés	69
Annexes	73
Bibliographie	79



Introduction

L'adolescence est la période de l'évolution de l'individu de la puberté à l'âge adulte, elle est définie selon l'organisation mondiale de la santé par un âge inférieur ou égal à 19ans [1].

L'adolescence est marquée chez la fille par le développement et le fonctionnement des organes de la reproduction. Alors que la survenue d'une grossesse est possible, l'adolescente est dans un état de déséquilibre psychologique et d'immaturité des organes, cela pose différents problèmes obstétricaux (la prématurité, l'avortement à risque, la dystocie au moment...), psychologiques, et sociaux [2].

La grossesse chez l'adolescente est devenue un problème important de santé publique, aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés, vu l'augmentation significative du taux de fécondité en dessous de 20 ans, et les risques importants, médicaux, psychologiques et sociaux, auxquels sont exposés à la fois la mère et l'enfant. Ces risques sont certes d'importance variable selon le contexte familial, culturel, socio-économique et religieux. Néanmoins, l'immaturité psychologique et psychoaffective liée à l'âge constitue un facteur en commun : « elles n'ont pas fini d'être filles qu'elles sont déjà mères» [3].

Dans un environnement dominé par l'immaturité, l'irresponsabilité, les conditions socio-économiques déficientes et parfois l'illégitimité de la grossesse, le pronostic foeto-maternel peut être assombri [4].

Le but de ce travail est de préciser les aspects particuliers à l'adolescente marocaine concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et le pronostic materno-foetal afin d'améliorer leur résultat obstétrical.



Matériels et méthodes



Nous avons réalisé une étude rétrospective, portant sur 282 cas de grossesse chez des adolescentes âgées entre 15 et 19 ans colligés à la maternité Souissi de Rabat durant la période allant du 1er janvier 2019 au 15 mars 2019.

Le travail est réalisé à partir des données inscrites sur les dossiers classés dans les archives de la maternité.

Nous avons reparti notre cohorte en 3 groupes (selon la tranche d'âge) :

Groupe A : Adolescentes âgées de moins de 18 ans

Groupe B : Adolescentes âgées de 18 ans

Groupe C : Adolescentes âgées de 19 ans

Les paramètres étudiés pour chaque patiente sont :

-Numéro du dossier

-Identité des adolescentes

- Age.
- L'origine.
- L'état matrimonial.
- Conditions socio-économiques.

-Antécédents des adolescentes.

- Médicaux et chirurgicaux.
- Gynéco-obstétricaux. (Gestité et parité, fausse couche, contraception...)

-Renseignements sur la grossesse.

- Le suivi de la grossesse.
- Complications antépartum.
- Examen général et obstétrical à l'admission.

-Déroulement du travail.

- Dystocies dynamiques et mécaniques.
- Etat de la poche des eaux.
- Souffrance fœtale.

-Modalité d'accouchement.

- Voie basse ou voie haute.
- Délivrance.
- Suites de couche.

-Etat du nouveau-né.

- Sexe.
- Apgar.
- Poids.
- Malformations.
- Transfert en réanimation
- Mortalité périnatale.

-Pronostic maternel.

Au plan statistique, les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 25.0. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage et leur comparaison a été réalisée par le test chi 2. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative. L'analyse multivariée a été réalisée par le modèle de régression logistique.



Résultats

Etude descriptive :

I. EPIDEMIOLOGIE

1-Fréquence

Notre étude concerne 282 cas de grossesse chez des adolescentes colligées à la maternité Souissi à Rabat, pendant la période allant du 1er Janvier 2019 au 15 mars 2019.

Durant cette période 4000 accouchements ont été réalisés dans la maternité de l'hôpital universitaire ; 282 ont été notés chez des adolescentes de 15 à 19 ans.

L'accouchement chez l'adolescente dans la maternité Souissi représente donc 7%. (Figure1)

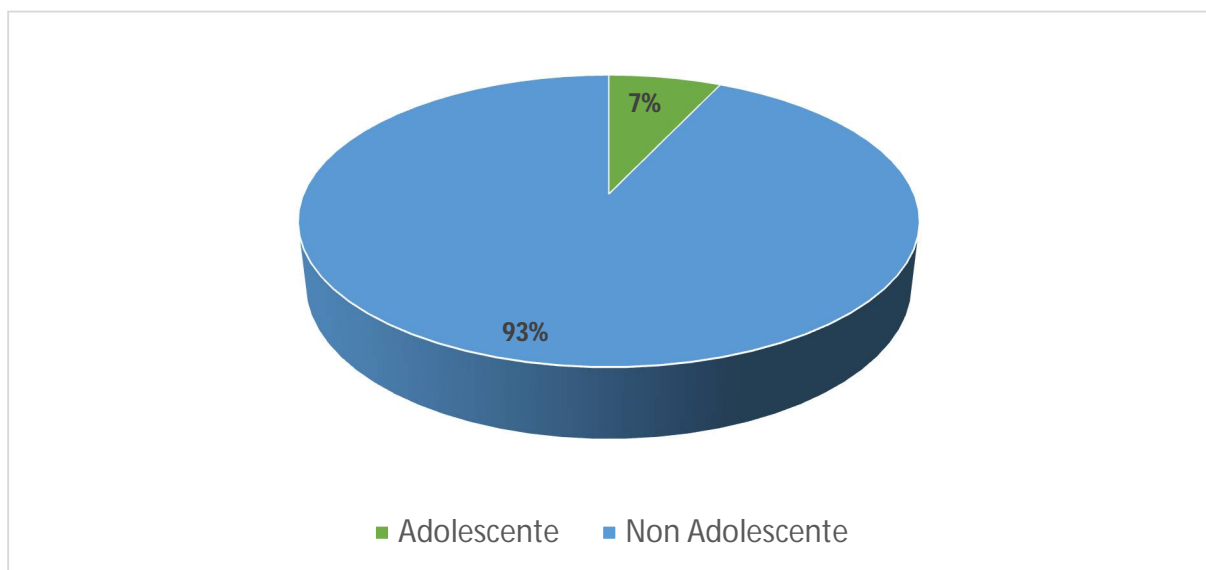


Figure 1 : Représentation graphique de la fréquence des adolescente enceintes selon l'âge.

2-Répartition d'âge

Dans notre série, l'âge des parturientes est variable allant de 15 ans à 19 ans, la moyenne étant de 17 ans. La tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 18 et 19 ans avec une fréquence de 80,1%. (Figure2)

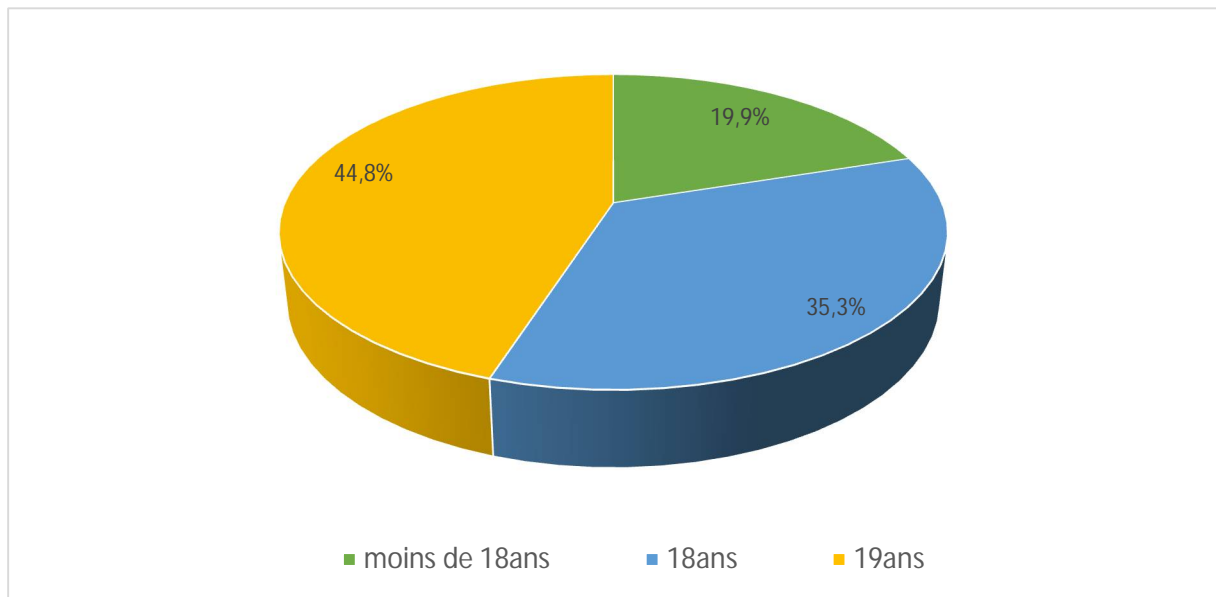


Figure 2 : Représentation graphique de la fréquence des adolescente enceintes selon l'âge.

3- Situation matrimoniale

99,3% des adolescentes sont mariées, les célibataires représentent un pourcentage de 0,7%. (Figure3)

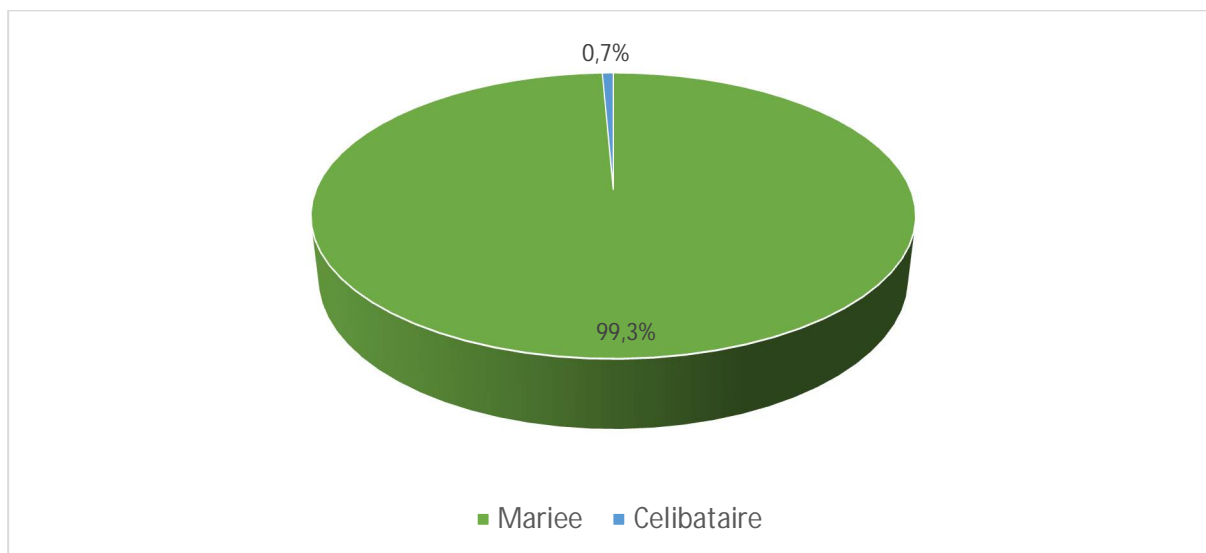


Figure 3 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon leur situation matrimoniale

4-Origine des parturientes

On remarque que 63,1% de nos parturientes sont originaires du milieu urbain et que la majorité de ses dernières est issue de quartiers défavorisés. (Figure 4)

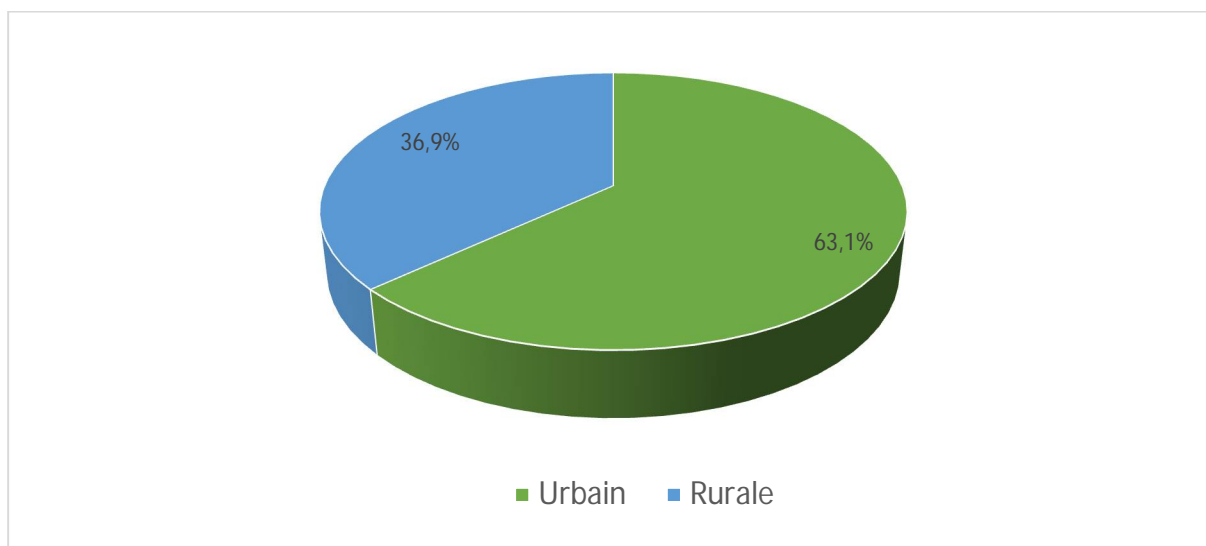


Figure 4 : Représentation graphique de la répartition des adolescentes enceintes en fonction de leur origine

5-Niveau socio-économique et culturel

Certains paramètres, à savoir le niveau de vie, d'instruction et l'activité professionnelle, n'ont pu être exploités par manque d'information sur les dossiers étudiés.

II. LES ANTECEDENTS

1-Les antécédents médicaux et chirurgicaux

- Les antécédents médicaux ont été relevés chez 5 adolescentes :

- Cardiopathie non documentée : 3 cas
- Asthme : 1 cas
- Thrombophlébite : 1 cas

- Deux patientes ont présenté un antécédent chirurgical d'appendicectomie.

(Figure 5)

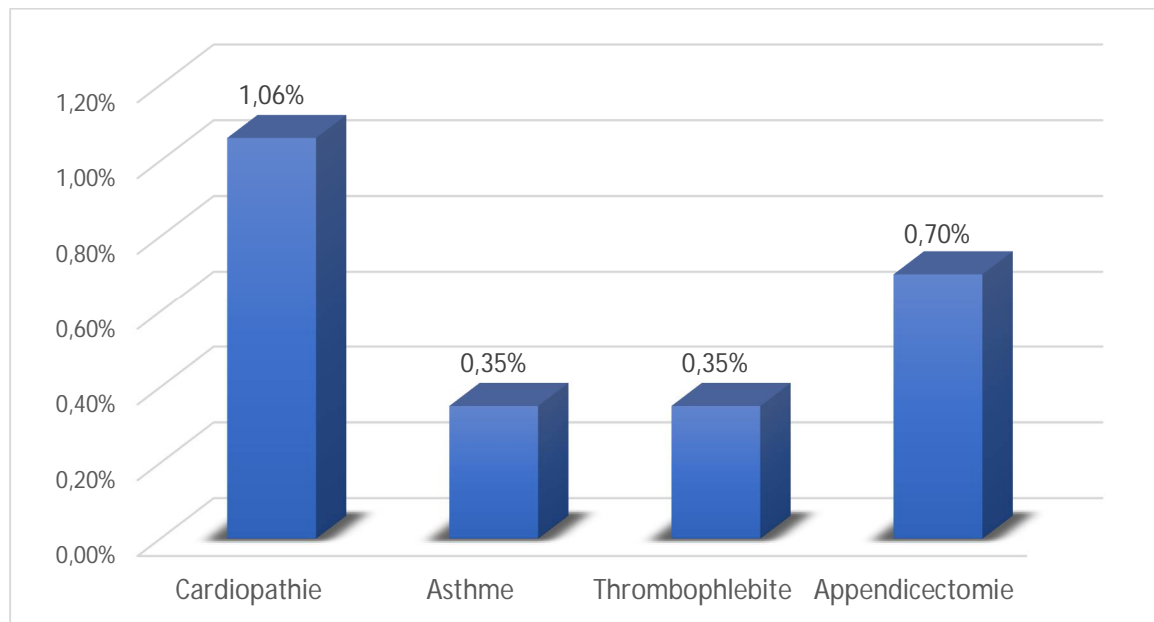


Figure 5 : Antécédent médicaux chirurgicaux

2-Les antécédents gynéco-obstétricaux

2-1 les antécédents obstétricaux :

° Gestité et parité :

La majorité des adolescentes étaient des primipares (91,1%), cependant :

Un antécédent d'avortement spontané a été noté chez 20 adolescentes.

5 cas de mortalité néonatale dont le contexte n'a pu être précisé. Aucun cas d'interruption volontaire de grossesse n'a été retrouvé dans notre série. (Figure6)

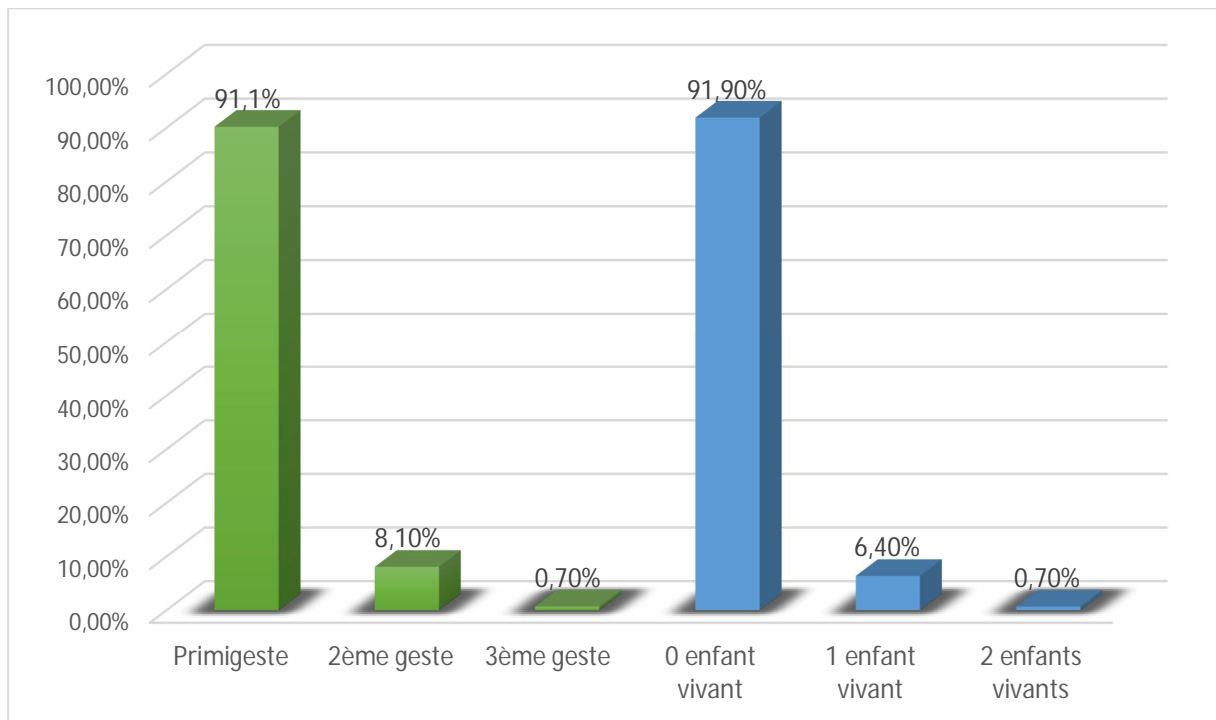


Figure 6 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon la gésité et la parité.

2-2 les antécédents gynécologiques :

La contraception orale :

- La contraception orale n'a été signalée que chez 20 adolescentes.

L'âge du 1er rapport sexuel est non précisé sur nos dossiers.

Aucun antécédent gynécologique pathologique n'a été retrouvé dans notre série. (Figure 7)

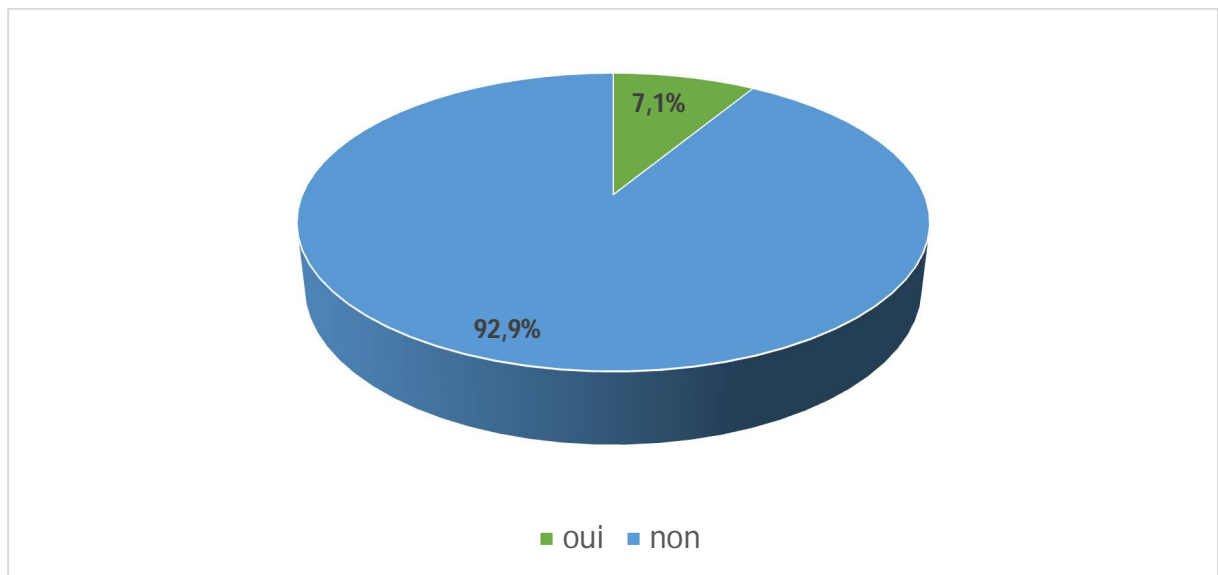


Figure 7 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon la prise contraceptive.

3- Les antécédents toxiques

Les ATCD toxiques n'ont pas été étudiés. Cette donnée était manquante sur les dossiers.

III. EVOLUTION DE LA GROSSESSE

1-Suivi de la grossesse

- 162 adolescentes soit 66,1% ont bénéficié d'un suivi au cours de la grossesse, en majorité au sein d'une formation sanitaire publique. (Figure8)
- Il est impossible de savoir si le suivi était correct ou non car le nombre des consultations prénatales ainsi que le bilan fait n'a pu être précisé.

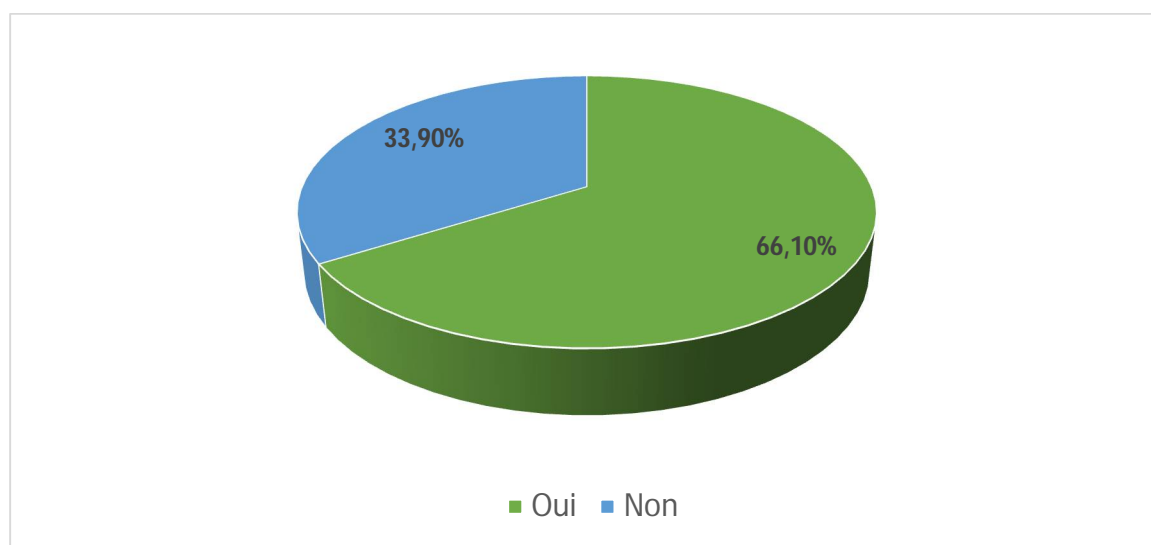


Figure 8 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon le suivi de grossesse

2-Complications antépartum

2-1 Complications médicales

a- Anémie :

Une anémie hypochrome microcytaire a été découverte chez 34 adolescentes soit 21% des parturientes qui ont bénéficié d'un suivi au cours de la grossesse.

b- Infections uro-génitales :

- 2 parturientes, soit 0,7% ont présenté une pyélonéphrite aigue gravidique au cours du troisième trimestre de la grossesse.
- Aucun cas d'infection génitale n'a été retrouvé.

2-2 Complications obstétricales :

a- Menace d'accouchement prématuré :

14 adolescentes, soit 5% ont été admises pour menace d'accouchement prématuré, leur âge gestationnel était compris entre 28 et 35 semaines d'aménorrhée.

Les principales causes étaient dominées par l'infection uro-génitale.

Nos parturientes ont reçu une corticothérapie associée à une tocolyse, seulement 3 d'elles ont répondu à la tocolyse, alors que les 11 autres ont évolué vers un accouchement prématuré.

b- Toxémie gravidique :

19 parturientes soit 6,7% présentaient un tableau de toxémie gravidique. Une adolescente soit 0,4% a été admises au service en crise d'éclampsie, la patiente a été césarisé en urgence pour sauvetage maternel à 37 semaines d'aménorrhée.

2 parturientes ont présenté un tableau clinique d'hématome retro placentaire à 33 et 36 semaines d'aménorrhée.

L'évolution de la grossesse a été favorable chez les autres parturientes toxémiques, et l'accouchement s'est déroulé par voie basse.

c- Hémorragie du 3eme trimestre :

2 cas d'hémorragie au cours du 3ème trimestre ont été notés dans notre série soit 0,7%. Ces métrorragies étaient en rapport avec un hématome rétro placentaire dans les 2 cas.

d- Avortement

14 cas d'avortement soit 5% a été noté dans notre série.

e- Mort fœtale in utero :

1 cas de mort fœtale in utero soit 0,4% a été noté dans notre série dont l'origine est indéterminée.

f- Diabete gestationnel :

9 cas de diabète gestationnel ont été notés dans notre série soit 3,2% et qui a été équilibré sous régime.

g- Exageration des signes sympathiques de grossesse :

1 cas de vomissement gravidique soit 0,4% a été noté dans notre série.

La figure 9 représente le taux de survenue de complication pendant la grossesse.

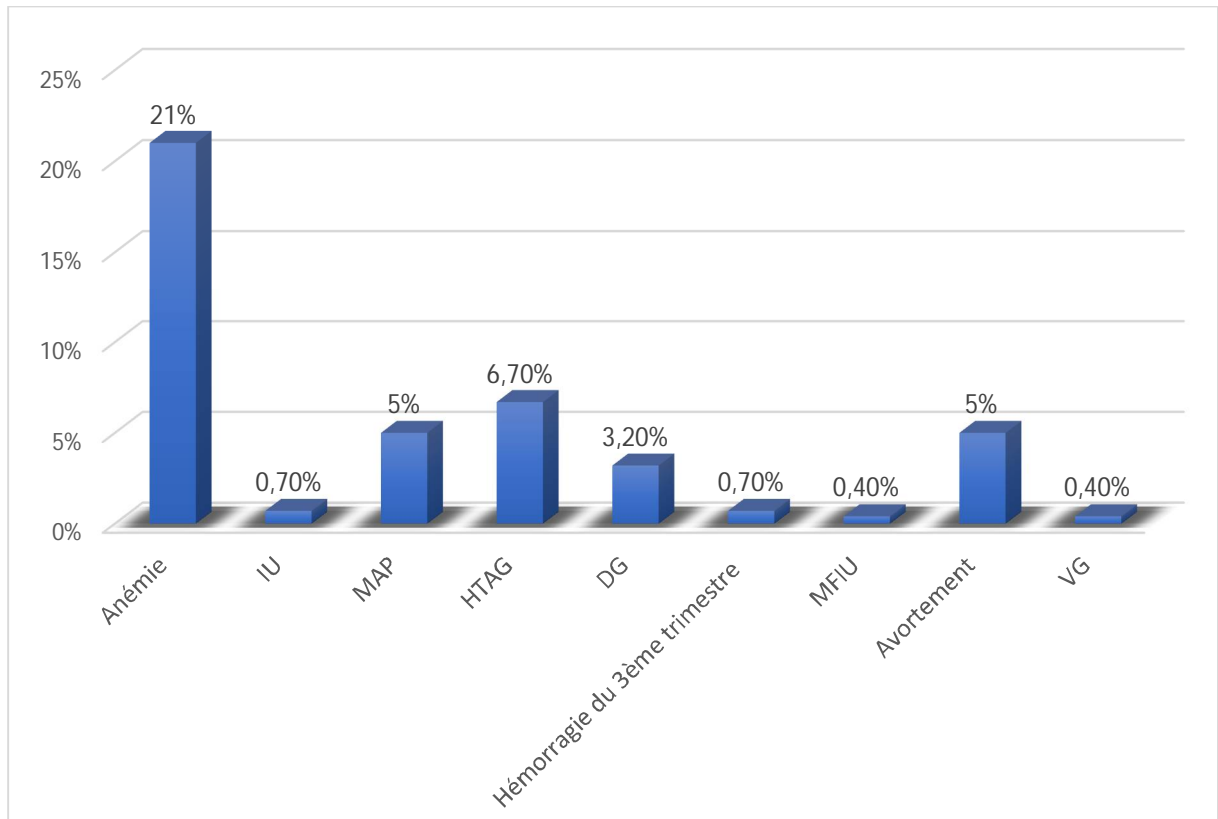


Figure 9 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon la survenue de complications médicales et obstétricales.

IV. DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

1-L'EXAMEN À L'ADMISSION

1-1 L'examen general:

a- Poids et taille :

Le poids de nos parturientes varie entre 43 et 90 kg avec une moyenne de 66,5kg.

La taille varie entre 1,48 et 1,78 m avec une moyenne de 1,63m.

b-Indice de masse corporelle :

- Le poids et la taille étaient mentionnés dans les dossiers sélectionnés
- Les dossiers qui ne portaient pas ces éléments ont été éliminés
- A partir de ces données on a calculé l'indice de masse corporelle de chaque patiente.
- IMC normal est compris entre 18 et 25 kg /m².
- On parle de surpoids quand il est compris entre 25 et 30kg /m².
- L'obésité se déclare quand l'IMC dépasse 30 kg/m².
- Les résultats retrouvés dans notre série sont indiqués dans la Figure 10 :

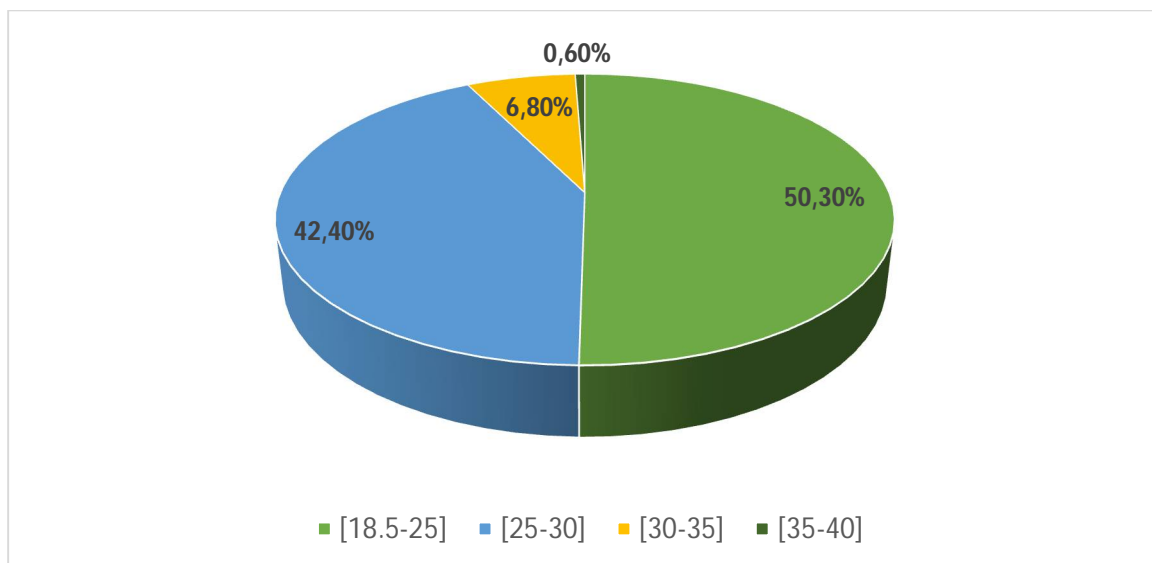


Figure 10 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon l'indice de masse corporel.

c- Tension artérielle :

Les parturientes toxémiques présentaient une fréquence de 5% avec des chiffres tensionnels qui varient entre 14/9 et 18/11.

1-2 L'examen obstétrical:

a- L'âge gestationnel :

Les parturientes admises à terme représentaient 234 cas, soit une fréquence de (83,9%).

La majorité des grossesses étaient menées à terme (Figure 11)

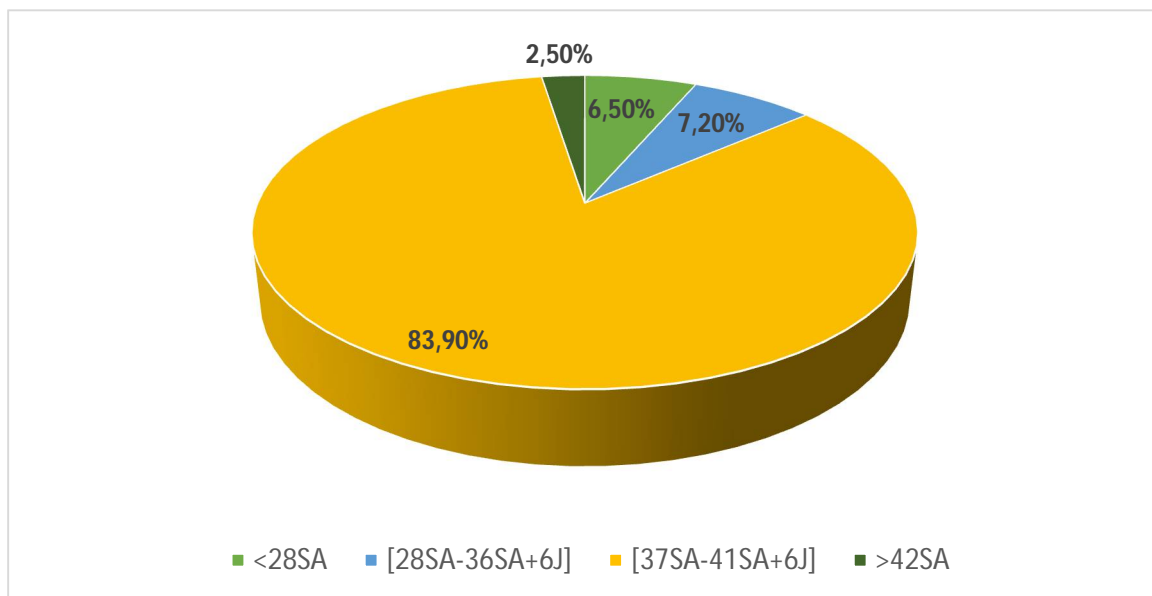


Figure 11 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon l'âge gestationnel.

b-Hauteur utérine :

La hauteur utérine varie entre 20 et 33 cm, la moyenne est de 26,5 cm.

Les petites hauteurs été en rapport avec la prématurité, l'hypotrophie fœtal et la mort fœtale in utero, alors que les hauteurs excessives été dû à la macrosomie et la grossesse gémellaire.

c- Battement cardiaque fœtal :

Les battements cardiaques fœtaux étaient positifs et réguliers à l'admission chez 99,5% de nos parturientes.

d- L'examen du périnée :

3 adolescentes soit 1,6% avaient un périnée cicatriciel à l'admission alors que chez les autres parturientes l'examen du périnée était sans particularité.

e- L'état du col :

Le col utérin était effacé dans 5,1% des cas, en voie d'effacement dans 88,4% des cas et long dans 6,6 % des cas. (Figure12)

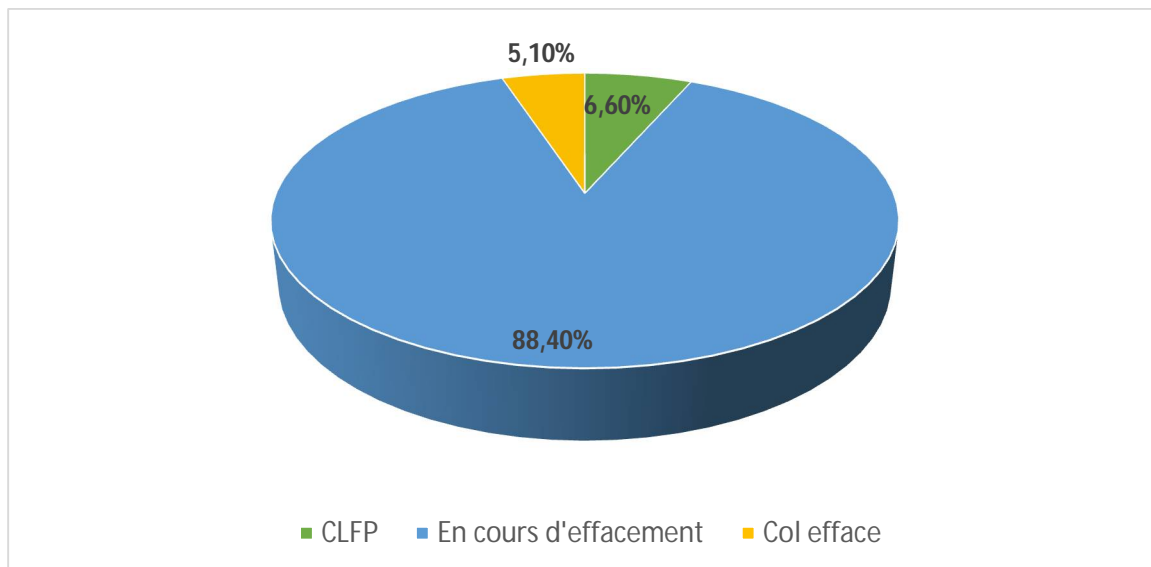


Figure 12 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon l'état du col.

f- La dilatation cervicale :

On remarque que 78,3% ont été admises en phase de latence, alors que 10,8% de nos parturientes ont été admises en phase active du travail.

Les adolescentes admises en dilatation complète présentent une fréquence de 10,8%.

g- Contractions utérines :

Les parturientes admises en dehors du travail représentaient 20 cas (7,3%).

h- Poche des eaux ;

→ *Etat de la poche des eaux :*

La poche des eaux était intacte à l'admission chez 128 parturientes, soit 59,5% des cas alors qu'elle était rompue chez 87 parturientes soit une fréquence 40,5%. Le délai de rupture variait entre 1h et 64h.

→ *Aspect du liquide amniotique :*

Le liquide amniotique était clair dans 78,2% des cas, teinté dans 11,5 % des parturientes.

On a noté la survenue d'un virage du liquide amniotique chez 9 parturientes soit 10,3% des cas

i- Présentation fœtale :

La majorité de nos parturientes (97,3%) étaient admises avec une présentation de sommet, 2,3% avaient une présentation de siège, alors que 0,4% avaient une présentation atypique.

j- Caractéristiques du bassin :

L'examen clinique a jugé que :

267 cas soit 94,7% ont un bassin compatible avec un accouchement par voie basse.

15 parturientes soit 5,3% ont un bassin cliniquement suspect. Elles ont bénéficié d'une épreuve du travail.

3 adolescentes ont été césarisé après échec de l'épreuve, alors que les autres ont accouché par voie basse.

2-Déroulement du travail :

2-1 Dystocies dynamiques et mécaniques :

Elles ont été notées chez 9 patientes soit 3,1%.

L'étiologie dynamique rapporte chez une patiente.

L'étiologie mécanique été essentiellement dû au bassin limite et à la position siège.

2-2 Souffrance fœtale aigue :

Le diagnostic de Souffrance fœtale aigue a été posé chez 7 parturientes (soit 2,48% des cas) amenant à un accouchement par voie haute chez 5 parturientes alors que chez les 2 autres, l'accouchement par voie basse était imminent.

3-Modalité d'accouchement :

3-1 Voie basse :

- La voie basse est le mode d'accouchement le plus fréquent (92,3%).

- L'extraction instrumentale a été nécessaire dans 7,7% des cas.
- 175 épisiotomies ont été pratiquées ce qui correspond à une fréquence de 72,6%.
- Des manœuvres instrumentales ont été nécessaires chez 15,1% des cas.

3-2 Voie haute :

La voie haute a été pratiquée chez 20 parturientes soit 7,1% des cas, nous avons eu recours à la classification de Robson pour évaluer le taux de césarienne.

Tableau I : Classification de Robson (Voir Annexe)

	Fréquence	Pourcentage valide (%)
Classe 1	8	40
Classe 2	2	10
Classe 3	2	10
Classe 4	0	0
Classe 5	0	0
Classe 6	3	15
Classe 7	1	5
Classe 8	1	5
Classe 9	0	0
Classe 10	3	15
Classe 11	0	0
Classe 12	0	0

La figure 13 représente le taux des différentes indications de césarienne concernant notre série.

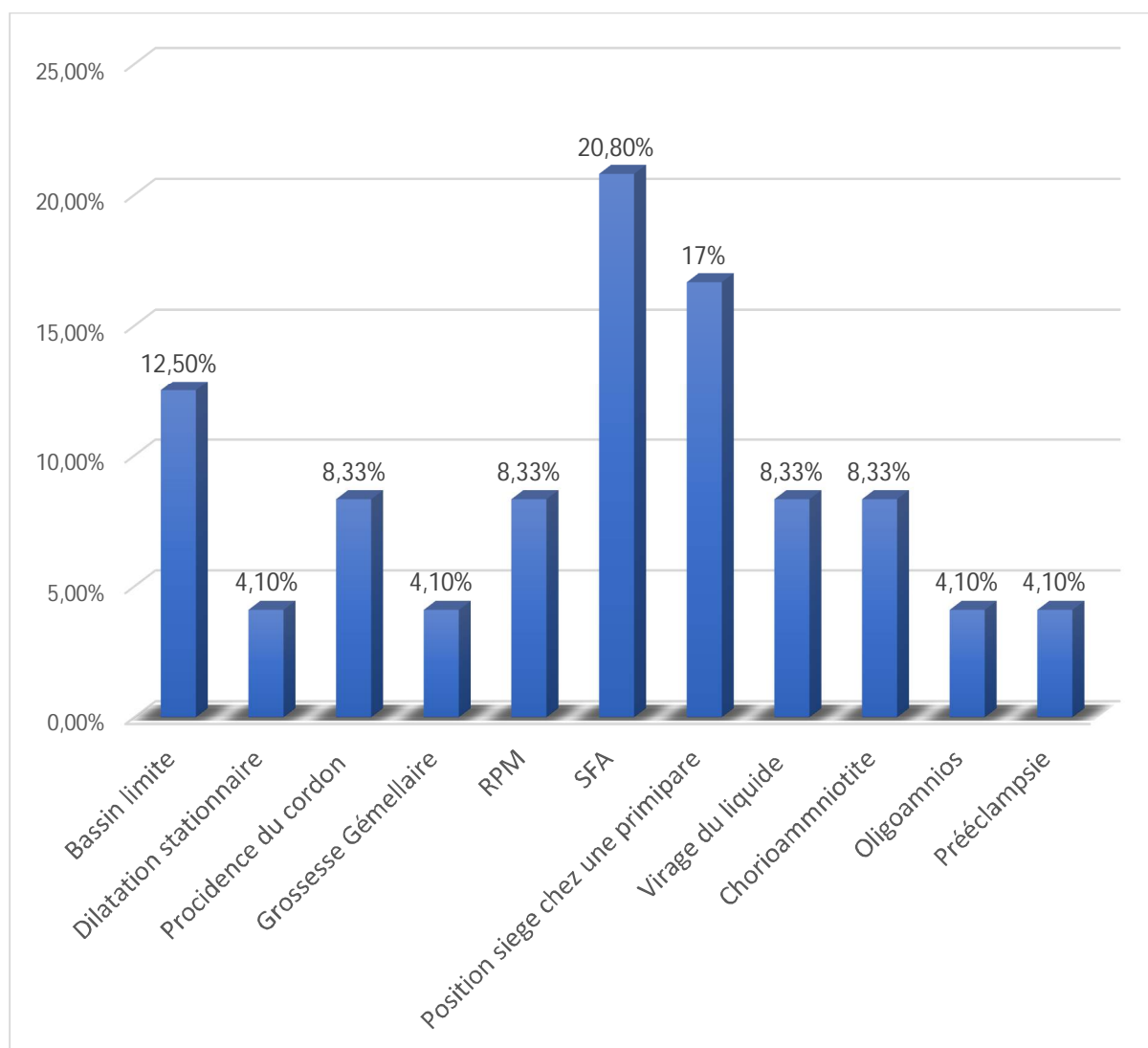


Figure 13 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon l'indication de césarienne

4-La délivrance :

- On remarque que la majorité des parturientes (92,9%) ont eu une délivrance dirigée.
- La délivrance artificielle a été pratiquée chez 17 parturientes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance, et dont les indications sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau II: fréquence des adolescente enceintes selon le type de complication de la délivrance.

	Fréquence	Pourcentage valide
Absence de complications	224	92,9
Rétention placentaire	14	5,8
HRP	2	,8
Atonie utérine	1	,4
Total	241	100,0

V. LES SUITES DE COUCHES

- Pour l'ensemble de nos parturientes les suites de couches immédiates étaient sans particularité.
- Pour l'ensemble de nos parturientes ont reçu un moyen de contraception qui est le plus souvent la contraception orale (microprogestative).
- Les complications psychologiques du post partum ne sont pas mentionnées sur nos dossiers.

VI. PRONOSTIC FŒTAL ET MATERNEL

1- Pronostic fœtal

1-1 Etat du nouveau-né a la naissance

a-Sexe du nouveau-né :

Il existe une légère prédominance du sexe masculin avec une fréquence de 51,89% contre 48,11% correspondant au sexe féminin. (Figure14)

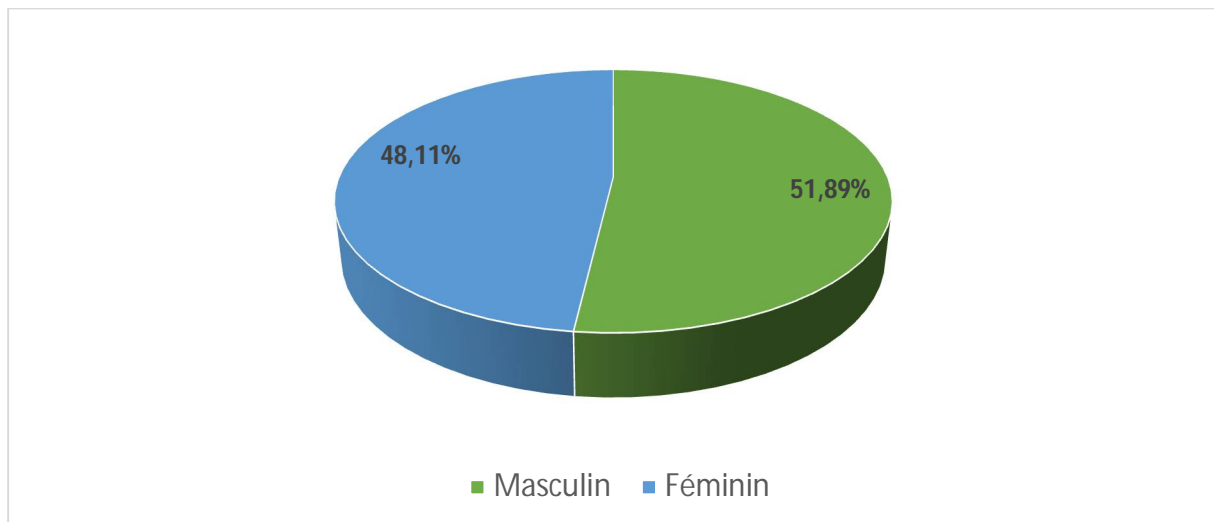


Figure 14 : Représentation graphique de la fréquence des adolescentes enceintes selon le sexe du nouveau-né.

b - Score d'Apgar :

- Dans notre série l'Apgar était généralement bon celui-ci était >8/10 à la 1ère min chez 94,8% des cas.
- les 12 nouveau-nés ayant un score d'Apgar <7/10 ont bénéficié d'une réanimation périnatale.

c- Poids du nouveau-né :

- Le poids moyen était de 2625g avec des extrêmes allant de 1000g à 4250g.
- Nous remarquons la prédominance de l'eutrophie foétale (84,1%).
- Les macrosomes représentent 3,8%.
- Le taux des nouveau-nés de poids ≤ 2500 g étant de 12,1% repartis entre 15 prématurés et 14 hypotrophes.

d- Malformations congénitales :

On a noté la présence d'une malformation fœtale chez 4 nouveau-nés : la présence d'un pied bot en varus équin.

1-2 Devenir du nouveau-né :

a-Transfert en réanimation:

- 32 nouveau-nés soit 12,1% ont été transférés en réanimation pédiatrique, le plus souvent ils s'agissaient de détresses respiratoires.
- Les 232 autres nouveau-nés, soit 87,9% ont été gardés par leurs mères. (Figure15)

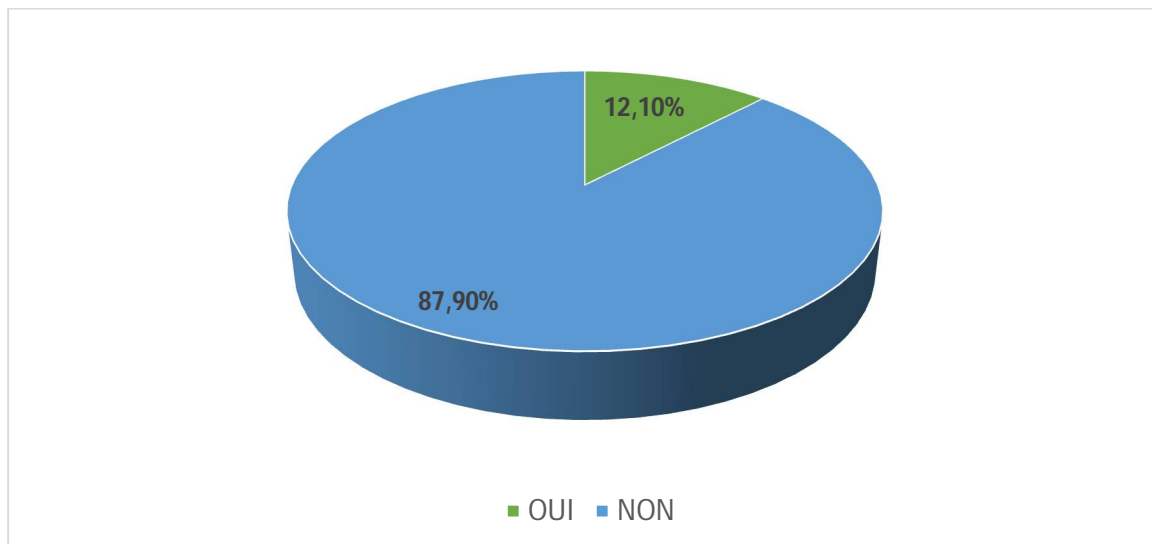


Figure 15 : Représentation graphique de la fréquence de transfert des nouveau-nés en réanimation

b- Mortalité périnatale :

Nous avons noté 3 cas de mortalité périnatale soit 9,4% des nouveau-nés admis en réanimation pédiatrique. Les causes incriminées étaient :

- Septicémie néonatale : 2 cas

- Souffrance foetale aigue : 1 cas

2-Pronostic maternel

2-1 Mortalité :

Aucun décès n'a été déploré chez nos jeunes parturientes.

2-2 Morbidité :

On a trouvé :

- 2 cas de déchirure vulvo-vaginale
- 1 cas de déchirure périnéale

Etude analytique :

I. ATCD gynéco-obstétricaux selon les tranches d'âges :

1. La gésité et parité :

Tableau III : Gestité et parité selon les tranches d'âge.

		<18 ans	18ans	19ans	p-value
Gestité	Primigeste	49(87,5%)	92(92,92%)	116(91,33%)	0,672
	Multigeste	7(12,5%)	7(7,7%)	11(8,66%)	
Parité	0ev	50(89,2%)	94(94,9%)	119(93,7%)	0,600
	1ev	5(8,92%)	5(5,05%)	7(5,5%)	
	2ev	1(1,78%)	0(0%)	1(0,78%)	

Le tableau III objective l'absence de différence significative consternant la gésité et la parité entre les 3 groupes.

2. L'antécédent d'avortement :

Tableau IV : La survenu d'un avortement lors d'une grossesse antérieure :

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
Oui	6(10,7%)	6(6,06%)	8(6,3%)	0,498
Non	50(89,2%)	93(93,93%)	119(93,7%)	

On remarque que le groupe avec un âge <18 ans a le taux le plus élevée d'ATCD d'avortement compare aux autres groupes mais la différence n'est pas significative.

II. Le suivie de la grossesse selon les tranches d'âges :

Tableau V : Le suivie de la grossesse actuelle selon les tranches d'âges :

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
Oui	32 (57%)	56 (56,5%)	29 (22,8%)	0,236
Non	22 (39,2%)	32 (32,32%)	74 (58,2%)	

L'âge de l'adolescente n'influence pas sur le recours à une consultation périnatale.

III. Les complications au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :

1. La survenue d'au moins une complication au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :

Tableau VI : La survenue de complication au cours de la grossesse selon les tranches d'âge

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
Oui	24(42,8%)	30(30,3%)	35(27%)	0,145
Non	11(19,7%)	29(29,3%)	36(28,4%)	

L'adolescente moins de 18 ans présente un taux élevé de survenu de complication (42,8%) comparée aux autres groupes mais cette différence n'est pas significative ($p>0,05$)

2. Le type de complication au cours de la grossesse selon les tranches d'âges :

Tableau VII : Les types de complication au cours de grossesse réparties en fonction des tranches d'âges.

	< 18 ans	18ans	19ans	p-value
Anémie	7(12,5%)	10(15%)	17(13,3%)	0,736
DG	3(5,35%)	2(2%)	4(3,1%)	0,347
HTAG	0(0%)	3(3%)	5(4%)	0,551
IU	0(0%)	0(0%)	2(1,57%)	0,356
MAP	7(12,5%)	4(4%)	3(2%)	0,007
Hémorragie du 3ème trimestre	0(0%)	2(2%)	0(0%)	0,177
MFIU	0(0%)	0(0%)	1(0,7%)	0,526
Avortement	6(10%)	5(5%)	3(2%)	0,056
VG	0(0%)	0(0%)	1(0,7%)	0,591

Nous avons recherché si l'âge de l'adolescente aurait une influence sur le type de complication survenu au cours de la grossesse, on note une différence significative concernant les deux paramètres : MAP et l'avortement.

On peut déduire donc que l'adolescente moins de 18 ans est plus à risque d'avortement et de MAP par rapport aux autres tranches d'âges.

IV. Déroulement de l'accouchement selon les tranches d'âges :

1. L'âge gestationnelle selon les tranches d'âges :

Tableau VIII : L'âge gestationnel lors de l'accouchement selon les tranches d'âges :

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
<28SA	4(7,5%)	6(6,06%)	8(6,3%)	0,035
[28SA-36SA+6J]	7(13,2%)	7(7,07%)	6(4,7%)	
[37SA-41SA+6J]	41(88,6%)	83(83,83%)	110(86,61%)	
>42SA	1(1,88%)	3(3,3%)	3(2,3%)	

On note que le taux d'accouchement prématuré [28SA-36SA+6J] est nettement plus élevée chez les adolescentes de moins de 18ans suivie du groupe âgé de 18 ans et puis viens l'adolescente de 19ans avec respectivement (13,2% ; 7,07% ; 4,7%) ainsi que cette différence est nettement significative.

2. Etat du col à l'admission selon les tranches d'âges :

Tableau IX : L'état du col et le degré de dilation à l'admission réparties en fonction des tranches d'âges :

		<18 ans	18ans	19ans	p-value
Etat du col	CLFP	3(5,4%)	2(2,2%)	8(6,29%)	0,248
	En cours d'effacement	40(71,42%)	63(63,63%)	72(56,7%)	
	Col efface	1(1,8%)	6(6,6%)	8(6,29%)	
Dilatation cervicale	0-3	39(69,64%)	61(61,61%)	66(52%)	0,029
	3-10	4(7,14%)	3(3,3%)	16(12,6%)	
	DC	4(7,14%)	12(12,12%)	7(5,5%)	

On note l'absence de différence significative concernant l'état du col a l'admission ce qui n'est pas le cas du degré de dilation.

3. L'état des poches des eaux et l'aspect du liquide amniotique selon les tranches d'âges :

Tableau X : L'état des poches des eaux et l'aspect du liquide amniotique en fonction des tranches d'âges :

		<18 ans	18ans	19ans	p-value
Etat des membranes	Intactes	24(42,85%)	54(54,54%)	50(39,37%)	0,022
	Rompues	24(42,85%)	21(21,21%)	42(33%)	
Aspect du LA	Claire	20(83,3%)	17(80,1%)	31(73%)	0,278
	Teinté	4(16,6%)	2(9,5%)	4(9,5%)	
	Virage du LA	0(0%)	2(9,5%)	7(16,6%)	

On note que le groupe chez qui l'âge est inférieur à 18 ans présente le taux le plus élevé de RPM à l'opposer des autres groupes cette différence est significative. Concernant l'aspect du liquide amniotique on retrouve que le groupe âgé de moins de 18 ans présente 16,6% de liquide teinté contre 9,5% chez les deux autres groupes mais cette différence n'est pas significative.

4. L'accouchement par voie basse selon les tranches d'âges :

Tableau XI : l'accouchement par voie basse selon les tranches d'âges :

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
VB	49(98%)	87(92,5%)	105(89,7%)	0,184
Episiotomie	32(65,3%)	66(75,8%)	77(73,3%)	0,406
Ventouse	8(16,3%)	15(17,2%)	20(19,04%)	0,904

On remarque l'absence de différence significative entre les 3 groupes concernant les paramètres cités dans le tableau XI, quelle que soit l'âge de

l'adolescente le taux d'accouchement par voie basse ainsi que le recours à l'épisiotomie ou la ventouse reste similaire.

5. L'accouchement par voie haute selon les tranches d'âges :

Tableau XII : L'accouchement par voie haute et classification de Robson selon les tranches d'âges :

		<18 ans	18ans	19ans	p-value
Voie haute		1(2%)	7(7,5%)	12(10,2%)	0,184
Classification de Robson	Classe1	0	2(28,5%)	6(50%)	0,004
	Classe2	0	1(14,28%)	1(8,33%)	
	Classe3	0	1(14,28%)	1(8,33%)	
	Classe6	0	0	3(25%)	
	Classe7	1(100%)	0	0	
	Classe8	0	0	1(8,33%)	
	Classe10	0	3(42,8%)	0	

On rapporte que le groupe âgé de 19 ans a le taux le plus élevée de césarienne suivie du groupe âgé de 18 ans en suite viens le groupe moins de 18 ans avec respectivement 10,2% ;7,5% ;2% mais cette différence n'est pas significative. Par contre l'indication de césarienne selon la classification de Robson s'avère être significative on déduit que l'âge de l'adolescente a une influence sur l'indication de la voie haute.

6. La délivrance et la survenue de ses complications selon les tranches d'âges :

Tableau XIII : La délivrance et la survenue d'une de ses complications selon les tranches d'âge :

		< 18 ans	18ans	19ans	p-value
Type de délivrance	Artificielle	3(6,12%)	9(10,34%)	5(4,67%)	0,310
	Dirigée	46(93,8%)	78(89,65%)	100(95,3%)	
Complication délivrance	Oui	3(5,3%)	9(9%)	5(4%)	0,310
	Non	46	78	100	

On note qu'il n'y a pas de différence significative concernant le type de délivrance ainsi que la survenue de complication de délivrance, l'âge de l'adolescente n'as pas d'influence concernant ses paramètres.

V. Pronostic fœtale selon les tranches d'âges :

1. Poids du nouveau-né :

Tableau XIV : Poids du nouveau selon les tranches d'âges :

	<18 ans	18ans	19ans	p-value
<2500g	10(20%)	8(9,5%)	11(9,4%)	0,087
2500-4000	40(80%)	83(88,3%)	99(84,6%)	
>4000	0	3(3,2%)	7(5,9%)	

On note que le groupe moins de 18 ans présente le taux le plus élevée de nouveaux nés hypotrophiques mais cette différence n'est pas significative, donc l'âge de l'adolescente n'influence pas le poids du nouveau-né.

2. Transfert en réanimation :

Tableau XV : Transfert en réanimation selon les tranches d'âges :

	< 18 ans	18ans	19ans	p-value
Oui	7(14%)	9(9,5%)	14(12%)	0,714
Non	43(86%)	85(90,5%)	103(88%)	

On remarque des taux similaires entre le 3 groupes concernant l'hospitalisation du nouveau-né en réanimation ainsi que la différence n'est pas significative on déduit que l'âge de l'adolescente n'as pas d'influence sur ce paramètre.

3. Mortalité néonatale :

Tableau XVI : Mortalité néonatale selon les tranches d'âges

	> 18 ans	18ans	19ans	p-value
Mort	1(2%)	0(0%)	2(1,7%)	0,420
Vivant	49(98%)	94(100%)	115(98,3%)	

Nous avons recherché si l'âge de l'adolescente est associé à la mortalité néonatale, le résultat objectivé (le tableau XVI) n'est pas significatif.



DISCUSSION

I. Données épidémiologiques :

1- Fréquence :

Bien que les taux de fécondité aient considérablement diminué au niveau mondial au cours des dernières décennies, de nombreuses adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu des enfants, les pourcentages différant selon les zones géographiques, selon les données l'organisation mondiale de la santé :

- Moins de 10 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans au (Plus faibles taux en premier) : Japon (0,7%) [5], Allemagne (0,7%) [6], Canada (1,1%) [7], Pologne, France (1,4%) [8], Suisse (0,46%) [9], Roumanie (3,4%) [10], Chine, Tunisie, Sri Lanka, Grande-Bretagne (1,7%) [6], Maroc, Burundi, Philippines, Rwanda (7,27%) [9], Etats-Unis (1,74%) [11], Turquie (8,8%) [12], Thaïlande (0,6%) [13].
- 10 à 20 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en : Pérou, Trinidad, Tobago, Egypte, Indonésie, Paraguay, Brésil, Equateur, Soudan, Pakistan, République Dominicaine, Colombie, Namibie, Bolivie, Kenya (18%) [14], Mexique.
- 20 à 30 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans à : Madagascar (31,7%), Burkina Faso (23,62%), Sénégal (16,44%) [9], Nigeria (32 ;2%) [15], Malawi (29%) [14], Zambie (28,53%), République Centrale Africaine, Ouganda.
- 40 à 50 % des jeunes filles ont un bébé avant l'âge de 18 ans en : Côte D'Ivoire, Liberia, Congo (44,3%) [16], Mali, Cameroun, Bangladesh.

Plus de 50 % des jeunes filles ont un bébé à l'âge de 18 ans au Niger [17].

Au Maroc la fréquence de la grossesse chez l'adolescente varie d'une année à une autre, d'une ville à une autre, et d'une série à une autre mais ne dépasse pas 8%. La plus grande fréquence est signalé en 2003 au nord du Maroc 7.96% [18].

Dans notre série, le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 19 ans ou moins, pendant une durée de deux mois et demi était de 7%.

Tableau XVII : Fréquence des grossesses et accouchements chez les adolescentes dans plusieurs études.

Auteur	Année	Pays/ ville	Âge des <u>parturientes (ans)</u>	Fréquence (%)
Hamada [19]	2000	Rabat	≤ 18	2,6
Chemlal [18]	2003	Nord du Maroc	≤ 19	7,96
Bounsif [20]	2010	Casablanca	≤ 18	5,7
Byad [21]	2016	Casablanca	≤ 18	4,6
Drabo [22]	2015	Mali	≤ 19	13,31
Papon [8]	2019	France	≤ 19	1,4
Notre série	2019	Rabat	≤ 19	7

2- Age :

La majorité des séries marocaines publiées à ce sujet, montraient que plus de 80% des mères adolescentes appartenaient à la classe d'âge de 17-18 ans [23].

Dans notre série, vu l'inclusion de la tranche des 19 ans dans la définition de l'adolescence, la tranche d'âge la plus touchée est comprise entre 18 et 19 ans avec une fréquence de 80,1%.

3- Situation matrimoniale :

Dans les pays industrialisés, peu de femmes se marient avant 18 ans, seulement 4% aux Etats-Unis et 1% en Allemagne [24], contrairement aux pays musulmans notamment le Maroc où les adolescentes des zones rurales sont beaucoup plus susceptibles de commencer à procréer durant leur adolescence que celles vivantes dans des zones urbaines. Cela peut être associé au mariage précoce [17] qui est considéré comme un moyen de renforcement des liens du couple et de la stabilité des jeunes mariés [25].

Au Maroc, selon une étude réalisée par l'Observatoire national du développement humain, le taux de mariage précoce atteint 13,9% parmi les femmes urbaines issues de familles aisées, tandis qu'il atteint 28,3% parmi les femmes issues de familles rurales pauvres [26].

Dans notre série, 98.2% des parturientes étaient mariées

Tableau XVIII: Situation matrimoniale des mères adolescentes selon les pays.

Pays	Année	Âge des mères	Mariées (%)	Célibataires (%)
Hamada [19]	2000	≤ 18	90,3	9,7
Chemlal [18]	2003	≤ 18	98,3	1,7
Byad [21]	2016	≤ 18	78	22
Drabo [22]	2015	≤ 19	73,6	26,4
Notre série	2019	≤ 19	98,2	1,8

4- Conditions socio-économiques et culturelles :

La plupart des études établissent une relation de cause à effet entre les conditions socio-économiques de l'adolescente et le risque grossesse. En effet, lorsque que le milieu socioculturel et économique offre peu de possibilités, la maternité peut être vue comme une voie d'ascension sociale. La grossesse s'inscrit alors comme une conséquence presque naturelle d'une trajectoire de vie marquée par les carences et difficultés diverses [27].

En Belgique, les naissances chez les adolescentes sont également associées à des indicateurs de précarité sociale [28].

Au Maroc, selon une étude, les filles rurales les plus pauvres sont plus vulnérables à la discrimination que les filles urbaines plus riches, en particulier en termes d'accès à l'éducation ; Le taux d'analphabétisme est doublé dans la première catégorie et l'achèvement des études universitaires est d'environ 8,9% pour la première catégorie contre 55,3% pour le deuxième groupe [26].

Dans notre série, le niveau socio-économique est dans la majorité des cas défavorable.

II. ATCD gynéco-obstétricaux :

1-Gestité et parité :

La majorité des études à propos de ce sujet objective une nette prédominance du taux de primigeste [21].

D'après une étude menée au sein de l'hôpital des Oranger, près d'une adolescente sur dix était enceinte pour la deuxième fois [19]. En effet, le statut socio-économique et matrimonial de l'adolescente lors de la première naissance a une incidence sur la survenue d'une seconde grossesse [29].

Dans notre série, 90,2% de nos parturientes étaient primigestes.

2-Contraception orale :

A travers le monde, peu d'adolescentes utilisent un moyen de contraception. Ceci est dû à la peur des dangers de contraception dans 40% des cas, à la peur chez les adolescentes célibataires d'être découvertes par leurs parents dans 31% des cas, ou à la peur d'être examinées dans 23% des cas [30].

Dans notre série 7,1% des adolescentes utilisaient une méthode contraceptive qui est le plus souvent la contraception orale.

III. Evolution de la grossesse :

1-Le désir de la grossesse :

La grossesse est un rite de passage au cours duquel les jeunes filles deviennent des femmes adultes. Ces grossesses sont alors très souvent programmées ; attendues par un couple ou une famille. Ainsi, la maternité précoce est très différente chez ces adolescentes puisqu'elle s'insère dans un cadre culturel, social et familial favorable [31].

2-Le suivi de la grossesse :

Généralement, les grossesses chez les adolescentes sont mal suivies , plusieurs études notent que le taux de participation aux classes prénatales est considérablement moindres par rapport aux groupe témoin [32], et que la semaine de gestation à la première visite était nettement plus avancé chez les adolescents que dans le groupe des adultes [33], ceci peut être expliqué par la mauvaise connaissances de la grossesse et ses complications, ou par les contraintes dans leurs décisions concernant leur accès aux services médicaux et leur utilisation de ces services (par exemple, par leur belle-famille, ou par des lois et des politiques restrictives en lien avec l'âge de la majorité sexuelle et l'accès aux services) [17]

Au Maroc, le taux de suivi de grossesse varie d'une étude à une autre, 23% à 80% des grossesses n'ont pas bénéficié de consultations prénatales.

Dans notre série, 66.1% des parturientes ont bénéficié d'un suivi prénatal.

Tableau XIX : Fréquence des grossesses non suivies dans quelques séries marocaines

Auteur	Année	Fréquence (%)
Hamada [19]	2000	23
Chemlal [18]	2003	26
Byad [21]	2015	80
Notre série	2019	33,9

3-Complications antépartum :

3-1 Anémie :

L'anémie (hémoglobine < 105 g/l) est une complication très courante de la grossesse chez les adolescentes (prévalence signalée se situant entre 50% et 66%) et est de loin le plus fréquent de tous les problèmes nutritionnels de la grossesse, il est habituellement attribuable à une nutrition ou à un remplacement inadéquat. Il est bien connu que les adolescents ont de mauvaises habitudes alimentaires et ont tendance à prendre moins de poids que les adultes pendant la grossesse [34]. En effet, les besoins caloriques, protéiques et minéraux augmentent de façon significative pendant l'adolescence, surtout chez les filles, en raison de leur croissance somatique rapide, de l'augmentation de leur masse érythrocytaire et du début des menstruations. Les besoins en fer d'une jeune fille de 14 ans sont supérieurs de 30% à ceux de leur mère [35]

De surcroît, une étude prospective a démontré que la présence de faibles réserves corporelles de fer et d'un faible taux de ferritine était considérablement plus courante chez les adolescentes enceintes que chez les adultes enceintes [36].

L'anémie maternelle sévère est considérée également comme un facteur de risque de grande prématurité et de pronostic foetal peut être défavorable [37], pour cela, les soins offerts aux adolescentes enceintes devraient donc inclure des soins nutritionnels tant pour optimiser le gain pondéral que pour assurer la prise en charge des carences nutritionnelles potentielles [36].

Dans notre série, nous avons noté 34 cas d'anémie soit un taux de 21% des parturientes qui ont bénéficié d'un suivi au cours de la grossesse.

3-2 Infections urogénitales :

La fréquence de l'infection génitale varie d'un pays à l'autre : au Congo son taux atteint 16,6%, au Nigeria 15%, en France 10,78% [37] et au Sénégal 7,1% [38].

Certaines études trouvent que les adolescentes sont souvent porteuses d'infection mais à des taux qui ne sont pas significativement différents de ceux retrouvés chez les adultes [39]. D'autres études contredisent, et affirment que les adolescentes sont plus vulnérables aux infections que les adultes [25].

Les chercheurs supposent que les adolescentes pourraient être sexuellement plus actives pendant la grossesse et avoir une résistance réduite aux infections par rapport aux femmes plus âgées [40].

De surcroît, des consultations tardives et un moindre suivi prénatal expose les adolescente enceintes a un risque augmenté d'infection urinaires.

Dans notre série, nous avons noté 2 cas d'infection urinaire soit un taux de 0,7%.

3-3 Menace d'accouchement prématuré :

On parle de menace d'accouchement prématuré quand le travail commence avant 37 semaines d'aménorrhée.

Des auteurs rapportent des taux élevés de l'ordre de 42 à 43%, affirmant que le facteur responsable des menaces d'accouchements prématurés est le jeune âge (immaturité physique) [41] incluant la brièveté du col anatomique [42], l'irritabilité et l'immaturité de l'utérus adolescent, la sensibilité à la déshydratation et un milieu hormonal de grossesse altéré qui favorise le développement maternel au détriment du bien-être du fœtus [33].

Il a été suggéré que l'accouchement prématuré était attribué à un taux élevé de rupture prématurée des membranes associé à l'immaturité de l'approvisionnement en sang de l'utérus ou du col de l'utérus, ce qui peut prédisposer les jeunes mères à une infection subclinique [5].

Une étude au Brésil a conclu que les jeunes adolescentes (<16 ans) avaient un risque accru d'accouchement prématuré comparé aux adolescentes plus âgées [43].

Il faut également prendre en compte le milieu socio-économique souvent défavorable chez ces jeunes filles, avec de probables carences nutritionnelles, des conditions de vie quelquefois précaire, qui sont liés à une augmentation du risque d'accouchement prématuré [44].

Dans notre série le taux de menaces d'accouchement prématuré était de 5% avec une nette prédominance chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans par rapport aux adolescentes plus âgées.

3-4 Toxémie gravidique :

Nous disposons de données contradictoires quant au risque de prééclampsie et d'hypertension gestationnelle chez les adolescentes.

Certaines études indiquent que les adolescentes enceintes présentent des taux de troubles hypertensifs plus élevés que ceux des adultes [40]. Par contre, d'autres études n'indiquent aucune différence en matière d'hypertension gestationnelle entre les adolescentes et les adultes de parité semblable [36].

Les études menées dans les pays industrialisés n'ont révélé aucune augmentation du risque de prééclampsie ou d'HTA gravidique chez les adolescentes ; alors que des risques plus élevés ont été rapportés dans les pays en développement [45, 46].

Une étude au Thaïlande a constaté que les jeunes adolescentes (15 ans) avaient un taux plus élevé d'hypertension gestationnelle, plus encore que les adolescentes plus âgées (16-19 ans) par rapport aux mères âgées de 20 à 29 ans [13].

Habituellement, les grossesses chez les adolescentes sont associées à une apparition tardive et à des soins prénataux de moindre qualité, et celles qui présentent des problèmes de santé antérieurs ont un risque plus élevé d'issues maternelles et néonatales [47].

De surcroît, les facteurs nutritionnels ont la capacité d'affecter presque tous les aspects de la grossesse. Les micronutriments sont essentiels à une issue optimale de la grossesse et à des activités métaboliques appropriées. Leurs carences sont souvent exacerbées pendant la grossesse en raison de l'augmentation des besoins nutritionnels, ce qui est souvent le cas dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Une carence en calcium pendant la grossesse est liée au développement de l'hypertension [48]. Récemment, des études ont

montré que seule la supplémentation en calcium permettait de réduire davantage le risque de prééclampsie/éclampsie par rapport à la supplémentation en micronutriments multiples [49].

Des études montrent que la prééclampsie complique 5 % de toutes les grossesses chez les adolescentes, et qu'elle est associée à un large éventail de risques, notamment maternelles, les naissances prématurées, le faible poids à la naissance et l'apnée chez le nouveau-né [43].

Dans notre série, nous avons noté 19 cas de toxémie gravidique soit un taux de 6,7%.

3-5 Rupture prématurée des membranes :

La rupture prématurée des membranes qui est une rupture spontanée de l'amnios et du chorion au pôle inférieur de l'œuf et qui se produit avant tout début de travail d'accouchement [50].

Dans une étude, la Rupture Prématurée des Membranes était représentée par 39,44% du total des complications dans le groupe des grossesses adolescentes, contre 21,33% dans le groupe témoin, ce qui représente presque le double de l'apparition de cette complication chez les femmes enceintes adolescentes. Dans une étude turque, 3,2 % des grossesses d'adolescentes ont eu une Rupture Prématurée des Membranes contre seulement 1,6 % du groupe adulte [51].

Les facteurs prédisposant à la Rupture Prématurée des Membranes comprennent les infections, un faible statut socio-économique, les carences nutritionnelles [52], un indice de masse corporelle plus faible, un faible nombre

de visites prénatales, une initiation tardive aux soins prénataux, des soins prénataux inappropriés et d'autres facteurs, tels que l'état civil, le faible niveau d'éducation et la pauvreté [53].

Dans notre série, nous avons noté 87 cas de Rupture Prématuration des Membranes soit un taux de 40,5 % avec une nette prédominance chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans par rapport aux adolescentes plus âgées.

3-6 Avortement :

L'avortement est un risque fréquent au cours de la grossesse chez l'adolescente.

Chaque année, au moins 2 millions d'avortements à risques sont le résultat de grossesses accidentelles chez les adolescentes. Au moins 10% des avortements dans le monde sont pratiqués par les femmes qui ont entre 15 et 19 ans et dans de nombreux pays, le taux d'avortement chez les adolescentes semble être en hausse [54].

Dans notre série 14 gestantes (5%) ont eu un avortement une prédominance des adolescentes âgées de moins de 18 ans par rapport aux adolescentes plus âgées.

3-7 Mort fœtale in utero :

Dans la littérature, le pourcentage de morts fœtales in utero chez les adolescentes varie de 0,4% à 1,3% [25], et ne serait pas différent de celui retrouvé chez les adultes témoins [55].

Dans notre série la fréquence de mort fœtal in utero représentait 0.4%.

3-8 Diabète gestationnel :

De récentes études rétrospectives indiquent que les adolescentes présentent des taux inférieurs de diabète sucré gestationnel par comparaison avec les femmes adultes, Ceci s'explique sans doute par le fait qu'elles étaient souvent primipares et avaient souvent moins de surcharge pondérale [37].

Toutefois, le dépistage et la prise en charge du diabète sucré gestationnel devraient être menés, chez les adolescentes enceintes, selon les mêmes lignes directrices que chez les femmes adultes [36].

Dans notre série, la fréquence de Diabète gestationnel représentait 3.2%.

IV. Déroulement de l'accouchement :

1-Présentation fœtale :

Pour la plupart des auteurs la présentation céphalique reste la plus fréquente [56].

La présentation siège est moins fréquente, selon une étude, elle est retrouvée que dans 3,2% des cas [19].

Ce qui concorde parfaitement avec les résultats de nos jeunes adolescentes, 97.3% des présentations étaient céphalique et 2,3% étaient siège.

2-Caractéristiques bassin :

Le rôle de l'âge dans l'incidence des bassins rétrécis a été évoqué par plusieurs auteurs qui ont défini une limite d'âge située vers 15 ans comme responsable de bassins rétrécis et au-delà de laquelle le bassin est suffisamment développé bien que non mature pour permettre l'accouchement par voie basse d'un nouveau-né de poids normal [4].

Dans notre série la fréquence des bassin rétrécis représentait 5.3%

3-Durée du travail :

Dans la littérature, plusieurs études objectivent que la phase active de travail chez l'adolescente était significativement plus courte par rapport à celle des femmes adultes, suggérant ainsi que la première phase du travail est la clé de la diminution du taux d'accouchement par césarienne chez les adolescents [57].

Néanmoins, la durée d'expulsion serait plus longue comparée à celle retrouvée chez l'adulte [58].

4-Dystocies dynamiques et mécaniques :

Dans ce domaine, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il existe un risque accru lié à l'âge, et que l'immaturité physique accroît le risque de dystocie, ce dernier pouvant entraîner un décès maternel, ainsi que de graves complications obstétricales [59].

D'autres auteurs, étudiant les groupes d'adolescentes plus âgées ne notent pas de différence significative, ils expliquent les accouchements eutociques chez les adolescentes par la prématurité et le faible poids de naissance des nouveau-nés [60].

5-Mode d'accouchement :

5-1 Voie basse :

Tous les auteurs s'accordent à dire que la majeure partie des accouchements se fait par voie basse. Certains l'expliquent par la fréquence de la prématurité et du faible poids de naissances des nouveau-nés ; d'autres par

le fait que les adolescentes bénéficient d'une meilleure fonction myométriale et d'une plus grande élasticité des tissus [61].

L'épisiotomie trouve une large indication prophylactique dans la majorité des études, deux facteurs peuvent être en cause : l'immaturation de la musculature périnéale, et l'indocilité de la parturiente. D'autant plus marquée s'il s'agit d'un sujet très jeune [59].

Le risque d'accouchement par forceps ou par ventouse obstétricale est moindre chez les parturientes âgées de 11 à 19 ans que chez celles âgées de 20 à 24 ans [62].

Pour notre étude 92,3% des accouchements étaient effectués par voie basse dont 72,6% nécessitaient le recours à l'épisiotomie, 17,8% étaient réalisés par extraction instrumentale.

5-2 Césarienne :

De nombreux auteurs sont unanimes pour reconnaître que la césarienne n'est pas plus fréquente chez les adolescentes que chez les parturientes adultes attribuant cela à la présence d'un myomètre plus fonctionnel, d'une plus grande élasticité du tissu conjonctif et d'une plus faible conformité du col de l'utérus, ce qui permet plus d'accouchements vaginaux spontanés chez les adolescentes [33], son taux varie entre 3,37% et 13,8% [19].

En outre, une étude de niche de 2017 portant sur des femmes turques âgées de 13 à 16 ans (n = 145), de la fin de l'adolescence, entre 17 et 19 ans (n = 1655), et de l'âge adulte, entre 20 et 21 ans (n = 1585), a rapporté un taux de césarienne de 17% dans le groupe des adolescentes de 13 à 16 ans qui était significativement plus faible par rapport aux autres groupes [63].

La souffrance fœtale aiguë, les disproportions foeto –pelviennes (surtout les bassins rétrécis) et parfois les dystocies dynamiques constituent les principales indications de la césarienne chez l'adolescente [64].

Notre étude confirme un schéma similaire, nous avons montré que, dans les 7,7% où la voie haute a été nécessaire, les patientes âgées de moins de 18 ans avaient un taux de césarienne plus faible que celles âgées de 18 et de 19 ans (2% contre 7,5% et 10,2%).

6-Délivrance :

Selon la plupart des auteurs, la délivrance ne présente pas de particularité chez l'adolescente.

Dans notre série, la majorité des parturientes (92,9%) ont eu une délivrance dirigée, la délivrance artificielle a été pratiquée chez 17 parturientes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance.

7-Complication de l'accouchement :

7-1 Hémorragie de la délivrance :

L'hémorragie de la délivrance n'est pas une spécificité de l'accouchement de l'adolescente. Une étude note un taux de 2,05% chez les adolescentes contre 2,14% chez les témoins [19].

Dans notre série, nous avons trouvé 17 cas d'hémorragie de la délivrance soit un taux de 7,1% traités par perfusion de syntocinon, les causes étaient par ordre décroissant : La rétention placentaire ; l'hématome retro-placentaire et l'atonie utérine.

7-2 Déchirures périnéales :

Dans la littérature les résultats concernant le risque de déchirures périnéales chez l'adolescente semble contradictoires, certains rapportent que le taux de déchirures vaginal chez l'adolescente et significativement supérieur à celui des femme adultes [37], alors que d'autres rapportent un risque réduit de lacérations périnéales [65].

Dans notre série, on a noté 3 cas de déchirures périnéales.

V. Etat du nouveau-né :

1-Etat du nouveau-né à la naissance :

1-1 Score d'Apgar

Le score d'Apgar est l'un des éléments déterminants de la morbidité du nouveau-né.

Des études menées au Cameroun [66], au Népal [42] et aux États-Unis [67] ont trouvé une différence non significative du score d'Apgar des nouveau-nés des femmes adolescentes et adultes à la naissance et cinq minutes après la naissance a été observée [29]. Cependant, des études menées en Thaïlande [68] et en Éthiopie [69] ont montré un risque plus élevé de faible score d'Apgar une minute après la naissance pour les bébés nés d'adolescentes par rapport aux femmes adultes, ceci peut être expliqué par le fait de l'indocilité de ces dernières au cours de la phase d'expulsion [59].

Dans notre série, l'Apgar était généralement bon, celui-ci était supérieur à 7/10 dans 94,8% des cas. Seulement 4,7% des nouveau-nés avaient un score

d'Apgar inférieur à 7/10, alors que 0,5% avaient un score d'Apgar nul à la naissance.

1-2 Poids du nouveau-né :

Dans la littérature, le poids moyen à la naissance des bébés nés de femmes adolescentes était significativement plus faible que celui des bébés nés de femmes adultes, une étude a objectivé que lorsque la mère a moins de 15 ans, la fréquence de poids à la naissance qui est inférieur à 2500g est multiplié par deux par rapport à la population générale [70].

En effet, les nouveau-nés des adolescents les plus jeunes, sont confrontés à un risque accru d'accouchement prématuré, de faible et de très faible poids de naissance, et de décès par rapport aux nouveau-nés nés de jeunes adultes [62].

La probabilité accrue (2,14 fois) de faible poids de naissance chez les adolescentes entraîne l'apparition de plusieurs théories, selon des études, cela est due à une faible prise de poids pendant la grossesse, secondaire à un mauvais état nutritionnel et à l'immaturation biologique, et à de mauvaises conditions socio-économiques, pour d'autres études, une compétition nutritionnelle entre la jeune mère dont la croissance se poursuit, et son fœtus peut être à l'origine d'un faible poids à la naissance [31].

La prééclampsie s'est également avérée être un facteur associé à un faible poids à la naissance. Cela pourrait être dû à l'effet de l'hypertension artérielle sur la croissance in-utero du nourrisson, entraînant un faible poids à la naissance [29].

Dans notre série, le taux des nouveau-nés de poids < 2500 g étant de 12,1% dont 5,51% des hypotrophes avec une nette prédominance chez les adolescentes âgées de moins de 18 ans par rapport aux adolescentes plus âgées 20% contre 9,5% 9,4% pour les 18 et 19 ans respectivement.

1-3 Prématurité :

Les naissances prématurées surviennent avant 37 semaines d'aménorrhée de grossesse, et constituent la première cause de décès néonatal et la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. [71]

Certains auteurs observent un taux de prématurité plus important dans les grossesses d'adolescentes, voir même une corrélation directe entre l'âge de la mère et le risque de prématurité [41].

En effet une étude a rapporté que la prévalence la plus élevée de naissance prématurée est chez les mères les plus jeunes (13 ans, 14,5%) et la plus faible chez les plus âgées (20 ans, 6,7%) [72]. Une autre étude réalisée en France a estimé que la fréquence de prématurité chez les adolescentes âgées de 16 à 17 ans était plus de quatre fois supérieures à la fréquence de prématurité observée en France (6,6 % selon l'enquête nationale prénatale de 2010) [73].

La naissance prématurée est également associée à un risque accru de mortalité néonatale, une étude a révélé une probabilité significativement plus élevée (1,65 fois) de naissance prématurée chez les adolescentes par rapport aux femmes adultes. Cela pourrait s'expliquer par l'immaturité de l'approvisionnement en sang du col de l'utérus chez les jeunes mères stimule la production de prostaglandines qui pourrait conduire à une naissance prématurée

[74]. L'autre explication de l'accouchement prématuré chez les adolescentes est que le col de l'utérus court (< 25 mm) et le petit volume utérin peuvent également être plus fréquents chez les jeunes mères [75].

De surcroît, l'insuffisance pondérale, la faible prise de poids pendant la grossesse et l'insuffisance de soins prénatals chez les adolescentes peuvent également être à l'origine d'une naissance prématurée [76]. En effet, le risque plus élevé d'accouchement prématuré chez les femmes qui n'ont pas fréquenté les services de soins prénatals pourrait être dû au manque de services fournis pendant le suivi des soins prénatals, comme la supplémentation maternelle en acide folique, les conseils en matière de nutrition et d'autres services, une étude menée en Belgique a montré qu'une prise en charge suffisante et appropriée pendant la grossesse est associée à un risque plus faible de naissance prématurée [77].

Dans notre série la prématurité représentait une fréquence de 13,7 %.

1-4 Malformations fœtales :

Les opinions divergent : pour certains les risques de malformations fœtales sont accrus chez les adolescentes alors que pour d'autres les malformations ne sont pas plus fréquentes que dans la population générale [39].

D'une manière générale, le taux de malformations est aussi faible chez la jeune parturiente que chez l'adulte de la quarantaine.

Dans notre série, on a noté la présence d'une malformation fœtale chez 4 nouveau-nés : la présence d'un pied bot en varus équin.

2-Devenir du nouveau-né :

2-1 Transfert en réanimation :

La littérature tend à démontrer que les grossesses chez les adolescentes sont caractérisées essentiellement par un risque plus élevé d'admission néonatale que chez les femmes adultes [78].

Des études ont constaté que les bébés nés de mères adolescentes présentaient une incidence plus élevée de septicémie néonatale et d'insuffisance respiratoire [79], d'autres ont impliqué la prématurité et le faible poids de naissance comme étant les causes principales d'admission néonatale l'expliquant par l'immaturation biologique de ces jeunes filles (leur corps et la capacité à porter la vie n'est pas physiologiquement mature) et le manque de suivi médical au moment de leur grossesse [80].

Dans notre série, 12,1% des nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie, le plus souvent ils s'agissaient de détresses respiratoires.

2-2 Mortalité périnatale :

Selon les estimations de l'OMS , chaque année, quatre millions de nouveau-nés meurent au cours des quatre premières semaines de vie. Les deux tiers de la mortalité néonatale surviennent pendant la première semaine de la vie. La grande majorité des décès ont lieu dans les pays en développement où l'accès aux soins est faible [81].

Plusieurs études concluent que l'âge maternel inférieur à 18 ans est le principal facteur significatif du taux élevé de mortalité néonatale [82], affirmant que le risque de décès infantile est multiplié par près de 4 pour adolescents âgés de 11 à 14 ans, avec une multiplication par 2 chez les nourrissons nés d'adolescentes âgées de 15 à 17 ans [62, 83].

Les principales causes de décès néonatal, telles qu'elles sont regroupées dans la classification internationale des maladies, sont les malformations congénitales (27 % des décès) et les affections d'origine périnatale (54%), notamment les hypoxies et asphyxies (10 %), le syndrome de détresse respiratoire (8 %) , les hémorragies fœtale et néonatale (6 %) [84], le faible poids de naissance [29] et à la prématurité (1,3%) [85].

Le taux de mortalité périnatale dans notre série était de 9,4%.

VI. Pronostic maternel :

La grossesse précoce et l'accouchement peuvent avoir de graves conséquences sanitaires et sociales, et constituent la deuxième cause de décès chez les filles de moins de 19 ans. Les complications qui peuvent survenir pendant la grossesse ou l'accouchement constituent l'une des principales causes de mortalité chez les adolescentes [86].

Des études ont trouvé que les adolescentes particulièrement jeunes, âgés de moins de 16 ans, de par leurs immaturités corporelles, ont un risque de mortalité à accouchement multiplié par quatre comparées aux femmes âgées de 20 à 30ans [27].

La mortalité maternelle est aussi associée à des taux bas de soins prénataux et obstétricaux, un statut social et économique bas et de bas niveau d'éducation. A noter aussi qu'elle est 4 à 6 fois plus élevée dans les zones rurales. Ces facteurs ont plus d'influence dans les pays développés que dans les pays en voie de développement [17].

Dans notre série, nous n'avions objectivé aucun décès maternel.

VII. Prévention de la grossesse chez l'adolescente :

Selon un rapport de L'Organisation Mondiale de la Santé publiée en juin 2009 ; chaque année, 16 millions de jeunes filles accouchent entre 15 et 19 ans et que 95% de ces naissances surviennent dans les pays en développement. Cela représente 11% des naissances à l'échelle mondiale, [87] elle recommande la prévention de la grossesse chez les adolescentes comme principale stratégie pour réduire la mortalité néonatale, en particulier dans les pays en développement. Des interventions telles que l'amélioration des connaissances des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive et l'utilisation de méthodes contraceptives sont efficaces pour réduire les grossesses chez les adolescentes et les complications qui y sont liées [88].

Les initiatives visant à développer l'éducation des filles et à réduire la pauvreté des ménages sont également importantes pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents. [14] En effet, les faibles niveaux d'alphabétisation ont un impact négatif sur la santé reproductive et sexuelle et sur la qualité de vie. Un début précoce de la procréation réduit considérablement les possibilités d'éducation et d'emploi des femmes et est associé à des niveaux plus élevés de fécondité [89].

Dans notre contexte, la prévention des mariages précoces devrait être l'un des principaux axes des programmes visant à prévenir les grossesses chez les adolescentes. Etant donné que le mariage est la principale raison de la première initiation sexuelle. La fourniture d'informations et de services de planification familiale postnatale est également essentielle à la prévention des grossesses répétées chez les adolescentes [90].

VIII. La particularité nutritionnelle et alimentaire chez l'adolescente

Pendant la grossesse, des changements métaboliques et physiologiques se produisent pour s'adapter à la croissance et au développement du fœtus ainsi qu'à la composition corporelle de la mère. Ces changements comprennent la croissance de l'unité fœtoplacentaire, l'augmentation du volume sanguin maternel, l'augmentation des réserves de graisse corporelle de la mère, les modifications de la motilité gastro-intestinale et le développement des seins pour préparer la lactation [91]. Cela coïncide avec l'adolescence qui est une période critique pour la croissance et le développement, au cours de laquelle les besoins nutritionnels d'une personne augmentent considérablement pour soutenir une croissance rapide [92].

En effet entre la ménarche et l'arrêt de la croissance linéaire, elles gagnent environ 7 cm de plus en taille, en moyenne. On suppose qu'il y a une compétition pour les nutriments entre la mère adolescente en pleine croissance et son fœtus en développement rapide, également connue sous le nom de "partitionnement des nutriments", ce qui peut compromettre la croissance et le développement de la mère et/ou du fœtus [93].

Les adolescentes enceintes sont susceptibles de présenter des préférences alimentaires, un comportement alimentaire et des habitudes de vie similaires à ceux de leurs paires non enceintes. Elles courent donc un risque accru de consommer des aliments riches en énergie et en macronutriments tels que les graisses totales et les graisses saturées, ainsi que le sucre [94].

Afin de répondre aux besoins en nutriments de la grossesse, l'idéal est que les adolescentes aient une nutrition et une santé optimales avant de devenir enceintes [95], plusieurs chercheuses préconisent une supplémentation en folates avant et pendant la grossesse ainsi qu'une supplémentation en fer, en calcium, en zinc, en multivitamines(vitamine A,B6,C...), en minéraux et en énergie protéique équilibrée [96], ainsi qu'une hygiène alimentaire équilibrée pendant la grossesse comprenant une alimentation riche en micronutriments[97].

IX. Le retentissement psychologique de la grossesse chez l'adolescente

La grossesse à l'adolescence est considérée comme un risque de santé publique et social, en effet, les mères adolescentes présentent un risque accru de symptômes de dépression, d'anxiété et de somatisation [98] aussi bien au cours de la grossesse que au-delà de la période post-partum [99]

Au cours de la grossesse 32,5% des adolescents ont endossé des symptômes répondant aux critères d'un trouble psychiatrique, les taux de prévalence spécifiques rapportés étaient :

- Troubles anxieux : 15,7 %
- Trouble dépressif majeur : 12.9%
- Troubles de la consommation de substances psychoactives : 13.7%

- Troubles psychotiques : 3.5%
- Trouble bipolaire : 0.8%
- Troubles de l'alimentation : 0.3% [100]

Le post partum constitue une période de vulnérabilité particulière aux décompensations voire à l'écllosion de pathologies psychiatriques, il a été confirmé que les mères adolescentes présentaient une dépression particulièrement élevée en post-partum, atteignant jusqu'à 40-50% de symptômes modérés à sévères [101].

Après la période du post-partum, les problèmes de santé mentale peuvent se manifester plus tard dans la vie [102], a type d'anxiété englobant l'excitation physiologique, le mal-être et l'appréhension générale, ainsi qu'une dépression avec le repli sur soi et le désespoir peuvent gravement nuire à la qualité de vie des femmes et de leurs enfants [98].

X. Le droit de l'adolescente

La Moudawana ou Code du statut personnel marocain est le droit de la famille marocain codifié en 1958 sous le règne du Roi Mohammed V. Ce code a été amendé une première fois en 1993 par le Roi Hassan II, puis révisé en février 2004 par le Parlement marocain et promulgué par Sa Majesté le Roi Mohammed VI le 10 octobre 2004. Cette révision améliore entre autres les droits des femmes [103].

Les deux articles suivants concernent l'âge minimum du mariage et expliquent que :

Article 19

La capacité matrimoniale s'acquiert, pour le garçon et la fille jouissant de leurs facultés mentales, à dix-huit ans grégoriens révolus.

Article 20

Le juge de la famille chargé du mariage peut autoriser le mariage du garçon et de la fille avant l'âge de la capacité matrimoniale prévu à l'article 19 ci-dessus, par décision motivée précisant l'intérêt et les motifs justifiant ce mariage. Il aura entendu, au préalable, les parents du mineur ou son représentant légal. De même, il aura fait procéder à une expertise médicale ou à une enquête sociale. La décision du juge autorisant le mariage d'un mineur n'est susceptible d'aucun recours [104].

Une étude réalisée à Casablanca de Janvier 2002 à Décembre 2014, englobant ainsi les périodes pré et post réforme de la Moudawana, montre l'évolution des accouchements des adolescentes (dont 78% étaient mariées) durant cette période, le résultat obtenu est représenté dans le graphique ci-dessous (Figure 16) :

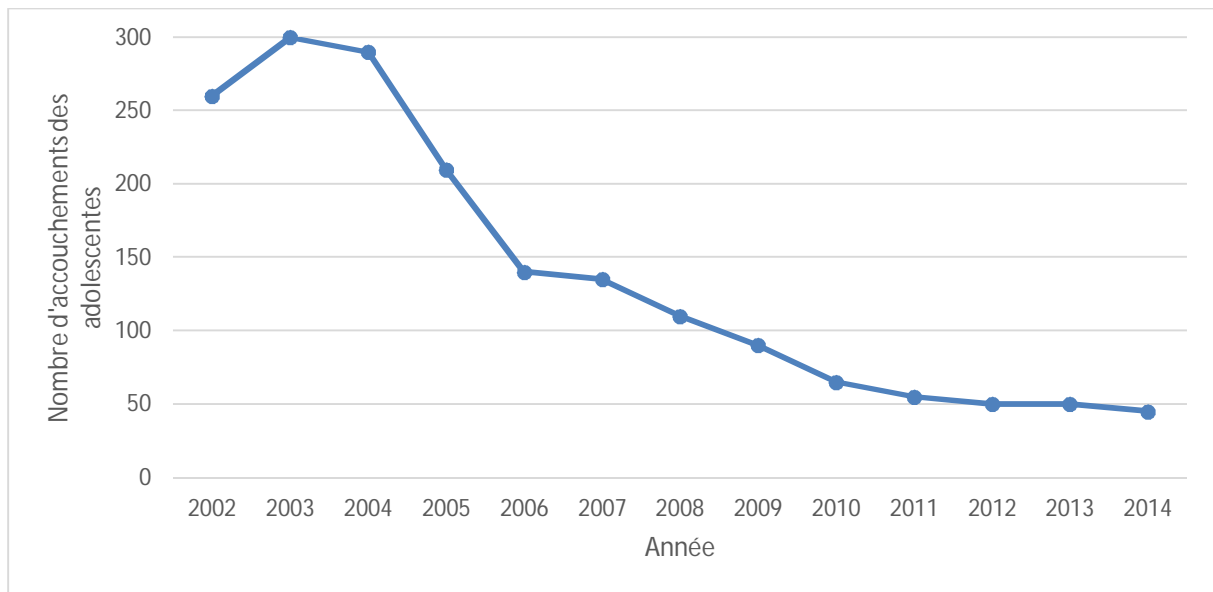


Figure 16 : Evolution du nombre d'accouchement des adolescentes survenant au cours de la période de 2002 à 2014 [21].

On note une nette diminution du nombre d'accouchements chez les adolescentes depuis l'année 2004 avec une décroissance progressive année par année [21].

Ainsi la Moudawana est l'un des programmes pilote en mode de prévention des grossesses précoces au Maroc.

En augmentant l'âge minimum légal du mariage de 15 ans à 18 ans, la Moudawana a permis à toutes les filles appartenant à cet intervalle d'âge, d'avoir la possibilité de suivre un enseignement scolaire et d'acquérir la maturité nécessaire pour comprendre l'essence du foyer et la vie du couple [103].



Conclusion

Au terme de cette étude, il ressort que la grossesse chez l'adolescente présente le caractère à haut risque décrit dans la littérature, elles tirent leur vulnérabilité surtout des conditions socio-économiques défavorables et l'inadéquation de la surveillance prénatale, plutôt que de facteurs biologiques.

En effet, notre étude confirme des données déjà connues, les complications qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement chez l'adolescente sont tout à fait évitables, si une surveillance prénatale correcte et des soins prénatals et postnatals sont assurés.

Le risque gravidique de la maternité précoce, pouvant être amoindri par des consultations prénatales précoces régulières et de qualité avec un rapport nutritionnel satisfaisant et une prise en charge correcte de la parturition, n'occulte pas le risque psychologique et social de la grossesse chez l'adolescente.

Les efforts de prévention doivent porter sur la lutte contre les mariages précoces, une politique de promotion de la contraception et l'éducation sexuelle, ainsi que le renforcement d'un bon suivi prénatal et des informations concernant les complications qui pourraient survenir pendant leur grossesse.



Résumés

Résumé

Titre : Grossesse et accouchement chez l'adolescente

Auteur : Tounsi Abdoullah

Mots clefs : Grossesse - Accouchement - Adolescente - Facteurs pronostic

La grossesse chez l'adolescente est très fréquente dans le monde, elle est considérée comme une situation particulière qui soulève des problèmes médicaux et sociaux. La fréquence des complications de la grossesse, de l'accouchement et leur issue chez l'adolescente, fait toujours l'objet d'un débat.

Afin de mieux saisir les aspects particuliers de la grossesse chez l'adolescente marocaine, nous rapportons une étude rétrospective portant sur une série de 282 adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans, ayant accouché à la maternité Souissi à Rabat, pendant la période allant du 1er Janvier 2019 au 15 mars 2019.

- La fréquence de la grossesse chez l'adolescente dans notre série, est de 7%.
- 99,3% sont mariées.
- 91,1% sont des primipares.
- 33,9% n'ont pas bénéficié d'un suivi au cours de la grossesse.
- La grossesse a été émaillée par les complications suivantes :
 - ✓ Anémie hypochrome microcytaire dans 21% des cas.
 - ✓ Hypertension artérielle gravidique dans 6,7%.
 - ✓ Menace d'accouchement prématuré dans 5%.
 - ✓ Avortement dans 5%.
 - ✓ Mort fœtale in utero dans 0,4%.
 - ✓ Hémorragie du 3ème trimestre dans 0,7%.
- L'accouchement a été eutocique dans 92,3% des cas, une épisiotomie a été pratiquée dans 72,6% des cas. Une extraction instrumentale a été nécessaire dans 15,1%. Le taux de césarienne a été de 7,1%.
- Le poids moyen des nouveau-nés était de 2625g, l'hypotrophie a été notée dans 5,51% des cas, la prématurité dans 13,7% des cas.
- La mortinatalité a été de 9,4%.
- La malformation fœtale a été notée dans 1,4%.
- L'âge de moins de 18 ans est un facteur de risque pour certaines complications :
 - ✓ Menace d'accouchement prématuré
 - ✓ Avortement
 - ✓ Prématurité
 - ✓ Rupture prématurée des membranes
 - ✓ Hypotrophie fœtale

La grossesse chez l'adolescente au Maroc semble être à haut risque médical, d'où la nécessité d'une surveillance prénatale et d'une prise en charge adéquate afin de prévenir les risques qui l'accompagnent.

Abstract

Title : Pregnancy and childbirth in adolescents

Author : Tounsi Abdoullah

Key words : Pregnancy – Delivery – Adolescent – Prognostic factors

Adolescent pregnancy is very common in the world and is considered a special situation that raises medical and social issues. The frequency of pregnancy and delivery complications and their outcome in adolescents is still a matter of debate.

In order to better understand the particular aspects of pregnancy in Moroccan adolescents, we report a retrospective study of a series of 282 pregnant adolescents aged 15 to 19 years, who gave birth at the Souissi maternity hospital in Rabat, during the period from January 1, 2019 to March 15, 2019.

- The frequency of teenage pregnancy in our series, is 7%.
- 99.3% are married.
- 91.1% are primiparous.
- 33,9% were not followed up during the pregnancy.
- The pregnancy was marked by the following complications:
 - ✓ Microcytic hypochromic anemia in 21% of cases.
 - ✓ Gravidic arterial hypertension in 6.7%.
 - ✓ Threat of premature delivery in 5%.
 - ✓ Abortion in 5%.
 - ✓ Fetal death in utero in 0.4%.
 - ✓ Third trimester hemorrhage in 0.7%.
- Delivery was eutopic in 92.3% of cases, episiotomy was performed in 72.6% of cases. An instrumental extraction was necessary in 15.1%. The caesarean section rate was 7.1%.
- The average weight of newborns was 2625g, hypotrophy was noted in 5.51% of cases, prematurity in 13.7% of cases.
- Stillbirth was 9.4%.
- Fetal malformation was noted in 1.4%.
- The age of less than 18 years is a risk factor for some complications:
 - ✓ Threatened preterm delivery
 - ✓ Abortion
 - ✓ Prematurity
 - ✓ Premature rupture of the membranes
 - ✓ Fetal hypotrophy

Adolescent pregnancy in Morocco seems to be a high medical risk, hence the need for prenatal surveillance and adequate management to prevent the accompanying risks.

ملخص

العنوان : الحمل و الولادة عند المراقبة

المؤلف : التونسي عبدالله

الكلمات الأساسية : حمل - ولادة - مراقبة - عوامل إندارية

إن محلا ل عند المراقبة يصادف كثيرا ، فهو يعتبر حالة خاصة ينتج عنها مشاكل طبية و اجتماعية . تكرار مضاعفات الحمل و الولادة عند المراقبات يعتبر مسألة مطروحة للنقاش .

من أجل ضبط الجوانب الخاصة عند المراقبات بالمغرب، قمنا بدراسة استيعادية حول سلسلة من 282 مراقبة يتراوح عمرها ما بين 15 و 19 سنة، وضعت حملها بمستشفى التوليد السويسي بالرباط خلال الفترة بين فاتح يناير 2019 و 15 مارس 2019.

- نسبة الحمل عند المراقبات في سلسلتنا هي . 7 % :
- 99,3% متزوجات .
- 91,1% بكرية الولادة .
- 33,9% لم يستفدن من المتابعة خلال الحمل.
- طبع الحمل بالمضاعفات التالية:
 - ✓ فقر الدم في 21% من الحالات.
 - ✓ ضغط دموي حملي مرتفع في 6,7% .
 - ✓ خطر الولادة المبكرة في 5%.
 - ✓ إجهاض في 5%.
 - ✓ وفاة الجنين في الرحم في 0,4%.
 - ✓ نزيف الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل في 0,7%.
- نسبة الولادات المهبلية هي 92,3% من الحالات و تم اللجوء إلى قص العجان في 72,6% من الحالات. أما نسبة العملية القيصرية فهي تساوي . 7,1%
- 2625 غرام هو معدل الوزن عند الوليد وسجل نقص في النمو في 5,51% من الحالات , و 13,7% هي نسبة المواليد الخدج.
- نسبة الوفيات عند المواليد هي 9,4%.
- نسبة العيب الخلقي لدى الجنين هي 1,4% .
- عمر المراقبة أقل من 18 عاما يعتبر عامل الخطر في بعض مضاعفات :
 - ✓ خطر الولادة المبكرة
 - ✓ إجهاض
 - ✓ المواليد الخدج
 - ✓ تمزق الأغشية المبكر
 - ✓ أجنة ناقصي الوزن

يبدو أن حمل المراقبات في المغرب معرض لمخاطر طبية عالية , ومن هنا تأتي الحاجة إلى تتبع الحمل و من رعاية فائقة من أجل تجنب المخاطر المصاحبة.



Annexes



Fiche d'exploitation :

I-IDENTIFICATION

No Dossier :

Q1 : Nom et Prénom

Q2 : Age Age du mari

Q3 : Résidence

Q4 : Niveau d'instruction 1-Primaire 2-Collège 3-Lycée 4- Supérieur 5- Non scolarisée

Q5 : Profession 1-Sans profession 2-.....

Q6 : Statut matrimonial 1- Célibataire 2- Mariée 3-Divorcée 4-Veuve

Q7 : Mode d'admission 1-Venue d'elle-même 2-Référée

Q8 : Hospitalisation 1-Oui 2-Non

Q9 : Procréateur Connu 1-Oui 2-Non

II. LES ANTECEDENTS

Q10 : ATCD Médicaux 1-HTA 2- Diabète 3-Asthme 4- Autres 5-Aucun

Q11 : ATCD Chirurgicaux 1-Laparotomie 2-Césarienne.....

3-Autre 4-Aucun

Q12 : ATCD de fracture du bassin 1-Oui 2-Non

Q13 : ATCD Gynécologiques 1- Ménarche a)Inconnue b) < 12 ans c) :12-16 ans

2- Contraception ? -Oui-Non

Q14 : ATCD Obstétricaux 1-Gestité a- Primigeste b-

2-Parité a- Primipare b-..... c-Vivant d-Décédé

3-Avortement a-Oui b-Non

III-HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q15 : La grossesse actuelle est-elle désirée 1-Oui 2-Non

**Q16 : CPN 1=1-3 CPN 2= \geq 4 3= aucune 4- si non pourquoi : a : économique,
b : peur, c: grossesse non désirée , d : conflit, e :**

Q17 : Terme 1 : A terme 2 : Avant terme 3 : Post terme SA :

**Q18 : Pathologies au cours de la grossesse a-HTAG b-Diabète gestationnel c-Métrorragie
d-Anémie e-Infection urinaire f-.....**

IV ADMISSION

Q19 : Date d'arrivée Heure d'arrivée

EXAMEN GENERAL

Q20 : Conjonctives 1-Pales 2-Colorées

Q21 : Taille 1-<1,5m 2->1,5m

Q22 : Poids

Q20 : Température

Q23 : TA

Q24 : Convulsions éclamptiques 1-Oui 2-Non

EXAMEN OBSTETRICAL

Q25 :HU :1 : < 32cm, 2 : 32-35cm 3: \geq 36cm

Q26 : BCF 1 : Absents 2 : Normaux 3 : Anormaux

Q27 : Contractions utérines 1-Oui 2-Non

Q28 :Hémorragie 1-Oui 2-Non

Q29 :Etat du col : Position : 1-Postérieur 2-Médian 3-Antérieur

Longueur :1-Long 2-Mi long 3-Court

Dilatation :

Q30 : Poche des eaux 1-Rompue (durée).....2-Intacte

Q31 : L'aspect 1-Clair 2-Verdâtre 3-Rouge 4-Teinté

Q32 : Présentation 1-Céphalique 2- Siège 3-Autre

Q33: Bassin 1-Normal 2-Anormal.....

V-ACCOUCHEMENT

Q34 : Heure de l'accouchement Durée du travail

Q35 : Voie d'accouchement 1-Voie basse 2-Césarienne

Q36 : Si voie basse a : Accouchement normal b : Accouchement par forceps

c : Accouchement par ventouse d : Craniotomie e : Autres

Q37 : Si césarienne : indication :

1. Gestes associés : a :Ligature b : Hystérectomie c : Laparotomie pour hystérorraphie

d : autres e-aucun

Q38 : Complications traumatiques

1-Déchirure vulvo-vaginales 2-Déchirure vaginales 3-Rupture utérine

4-Déchirure du col 5-Accidents urinaires 6-Relâchement symphysaire 7-Autres 8-Aucune

Q39 : Complications de la délivrance (hémorragie de la délivrance)

1:Rétention placentaire 2 : Atonie 3 : Coagulopathie, 4 : Inversion utérine 5-Aucune

VII-PRONOSTIC FOETAL

Q40 : Apgar à la naissance

1 : 1^{ère} minute **a)** Zéro **b)** : 3-4 **c)** : 5-7 **d)** : ≥ 8

2 : 5^{ème} minute **a)** Zéro **b)** : 3-4 **c)** : 5-7 **d)** : ≥ 8

Q41:Reanimé : 1-Oui 2-Non

Q42:Poids 1 : < 2500g **2** : 2500-3999g **3:** ≥ 4000 g

Q43 :Sexe 1-M 2-F

Q44 : Référé en réanimation :1-Oui 2-Non Indication

.....

Q45 :Pronostic fœtal :1-Mort né 2-Décès périnatale 3-Vivant

VIII-PRONOSTIC MATERNEL

Q46 :Morbidity

Q47 :Décès maternel 1-Oui..... 2-Non

Encadré : 1 La classification de Robson



Figure 17 : classification de Robson selon l'OMS [105]



Bibliographies

1. **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, *Retarder les naissances* 1998.
2. **NGUEMBI E, Y.M.C., SEPOU.A, GUEZZA, NALI, ZAHAIN**, *La grossesse chez l'adolescente dans la ville de Bouar(Centrafrrique)* Médecine d'Afrique Noire, 2005. 52: p. 12.
3. **LEBOVICI S**, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste – Les interactions précoces*. 1983. Le Centurion, Collec. Paidos: p. 377p.
4. **M.BELKHERI , S.N., D.ZIAN, A.LAKHDAR, A.CHAOUI** *Grossesse et accouchement chez l'adolescente*. Les cahiers du médecin, 2004. Tome VII, n°77.
5. **Suzuki, S.**, *Clinical significance of pregnancy in adolescence in Japan*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2019. 32(11): p. 1864-1868.
6. **Dinwiddie, K.J., T.L. Schillerstrom, and J.E. Schillerstrom**, *Postpartum depression in adolescent mothers*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2018. 39(3): p. 168-175.
7. **Wong, S.P., et al.**, *Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: A Canadian sample*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2020. 33(2): p. 153-159.
8. **Papon, S. and C. Beaumel**, *Bilan démographique 2018. La fécondité baisse depuis quatre ans*. 2019.
9. **Huda, M.M., et al.**, *Time trends and sociodemographic inequalities in the prevalence of adolescent motherhood in 74 low-income and middle-income countries: a population-based study*. The Lancet Child & Adolescent Health, 2021. 5(1): p. 26-36.

10. **Dimitriu, M., et al.**, *The problems associated with adolescent pregnancy in Romania: A cross-sectional study*. Journal of evaluation in clinical practice, 2019. 25(1): p. 117-124.
11. **Brindis, C.D., et al.**, *Perspectives on Adolescent Pregnancy Prevention Strategies in the United States: Looking Back, Looking Forward*. Adolescent health, medicine and therapeutics, 2020. 11: p. 135.
12. **Karataşlı, V., et al.**, *Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy*. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction, 2019. 48(5): p. 347-350.
13. **La-Orpipat, T. and C. Suwanrath**, *Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2019. 39(7): p. 934-940.
14. **Wado, Y.D., E.A. Sully, and J.N. Mumah**, *Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors*. BMC pregnancy and childbirth, 2019. 19(1): p. 1-11.
15. **Ebeigbe, P.N. and E.P. Gharoro**, *Obstetric complications, intervention rates and maternofetal outcome in teenage nullipara in Benin City, Nigeria*. Tropical Doctor, 2007. 37(2): p. 79-83.
16. **Ahinkorah, B.O., et al.**, *Prevalence of first adolescent pregnancy and its associated factors in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis*. Plos one, 2021. 16(2): p. e0246308.
17. **McIntyre, P. and W.H. Organization**, *Adolescentes enceintes: apporter des promesses globales d'espoir*. 2007.
18. **Chemlal A** *Grossesse et accouchement chez l'adolescente: À propos de 292 cas*. Thèse de Médecine;Casablanca, 2004. 269.

19. **Hamada, H., et al.**, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente: caractéristiques et profil: À propos de 311 cas*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2004. 33(7): p. 607-614.
20. **BOUNSIF, Y.**, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente (A propos de 1546 cas)*. These de médecine Casablanca, 2010. N°194.
21. **Byad, K.**, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente: Etude rétrospective: À propos de 1819 cas*. Thèse de Médecine, Casablanca, 2016. n°80.
22. **Drabo, A.**, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako'*. 2015.
23. **Elhaddari, M. and A. Aboussad**, *Les mères adolescentes et leurs enfants*. Maternité IbnTofail, 2006.
24. **Ono, H. and J. Berg**, *Homogamy and intermarriage of Japanese and Japanese Americans with whites surrounding World War II*. Journal of Marriage and Family, 2010. 72(5): p. 1249-1262.
25. **Iloki, L.-H., et al.**, *Grossesse et accouchement chez l'adolescente au Congo: A propos de 276 cas au CHU de Brazzaville*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2004. 33(1): p. 37-42.
26. **Observatoire national du développement humain/Nations Unies**, *Les multiples aspects de la discrimination affectant les femmes au Maroc*. 2021.
27. **Wendland, J. and D.C. Levandowski**, *Parentalité à l'adolescence: déterminants et conséquences*. L'Évolution Psychiatrique, 2014. 79(3): p. 411-419.

28. **Ajoulat, I., et al.**, *Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: a qualitative exploratory study in Belgium*. Patient education and counseling, 2010. 81(3): p. 448-453.
29. **Kassa, G.M., et al.**, *Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia*. PloS one, 2019. 14(6): p. e0218259.
30. **Jadoul, P.**, *La contraception chez l'adolescente*. Louvain médical, 2004. 123(2): p. 40-44.
31. **Dedecker, F., et al.**, *Étude des facteurs de risques obstétricaux dans le suivi de 365 grossesses primipares adolescentes à l'île de la Réunion*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2005. 34(7): p. 694-701.
32. **Fleming, N., et al.**, *Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2013. 35(3): p. 234-245.
33. **Kirbas, A., H.C. Gulerman, and K. Daglar**, *Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk?* Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2016. 29(4): p. 367-371.
34. **Soares, N.N., et al.**, *Iron deficiency anemia and iron stores in adult and adolescent women in pregnancy*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2010. 89(3): p. 343-349.
35. **Hallberg, L.**, *Perspectives on nutritional iron deficiency*. Annual review of nutrition, 2001. 21(1): p. 1-21.
36. **Fleming, N., et al.**, *Directive clinique sur la grossesse chez les adolescentes*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 2015. 37(8): p. 757-759.

37. **Alouini, S., D. Randriambololona, and R. Randriamboavonjy**, *Facteurs de risques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum des adolescentes dans le département du Loiret*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2015. 44(5): p. 443-450.
38. **Dia, A.T., et al.**, *Facteurs pronostiques des complications de la grossesse et de l'accouchement chez l'adolescente et son nouveau-né au Sénégal*. Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 2002. 11(4): p. 221-8.
39. **Bouaouda, S.**, *La mère adolescente et son Enfant*. 2003.
40. **Leppälahti, S., et al.**, *Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011*. BMJ open, 2013. 3(8).
41. **Soula, O., et al.**, *Grossesses et accouchement chez les adolescentes de moins de 15 ans: Étude de 181 cas en Guyane française*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2006. 35(1): p. 53-61.
42. **Yadav, S., et al.**, *Adverse reproductive outcomes associated with teenage pregnancy*. McGill Journal of Medicine: MJM, 2008. 11(2): p. 141.
43. **Bakwa-Kanyinga, F., et al.**, *Adolescent pregnancy: Maternal and fetal outcomes in patients with and without preeclampsia*. Pregnancy hypertension, 2017. 10: p. 96-100.
44. **Wemaux-Denis, C., et al.**, *Grossesse et accouchement de l'adolescente: le pronostic obstétrical est-il plus défavorable entre 13 et 15 ans?* Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2017. 45(1): p. 5-8.
45. **Gupta, N., U. Kiran, and K. Bhal**, *Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2008. 137(2): p. 165-171.

46. **Raatikainen, K., et al.**, *Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care*. The European Journal of Public Health, 2006. 16(2): p. 157-161.
47. **Jeha, D., et al.**, *A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy*. Journal of neonatal-perinatal medicine, 2015. 8(1): p. 1-8.
48. **Darnton-Hill, I. and U.C. Mkparu**, *Micronutrients in pregnancy in low-and middle-income countries*. Nutrients, 2015. 7(3): p. 1744-1768.
49. **Oh, Christina K, Emily C Bhutta, Zulfiqar** *A Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. Nutrients, 2020. 12(2): p. 491.
50. **Adisso, S., et al.**, *Facteurs de risque de la rupture prématurée des membranes à la maternité nationale de référence à Cotonou*. Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales, 2006.
51. **Aslan Çetin, B., et al.**, *A comparison of obstetric outcomes in adolescent pregnancies and adult pregnancies*. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2020. 33(24): p. 4037-4042.
52. **Azevedo, W.F.d., et al.**, *Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature*. Einstein (São Paulo), 2015. 13(4): p. 618-626.
53. **Marković, S., G. Bogdanović, and A. Cerovac**, *Premature and preterm premature rupture of membranes in adolescent compared to adult pregnancy*. Med Glas (Zenica), 2020. 17(1): p. 136-140.
54. **KONATE, M.B.**, *LES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES CHEZ L'ADOLESCENTE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO*. 2010.

55. **Chen, X.-K., et al.**, *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study*. International journal of epidemiology, 2007. 36(2): p. 368-373.
56. **Seince, N., I. Pharisien, and M. Uzan**, *Grossesse et accouchement des adolescentes*. Profession Sage-Femme, 2004(105): p. 23-26.
57. **Eriksen, J.L.K., et al.**, *Cesarean delivery in adolescents*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2016. 29(5): p. 443-447.
58. **Laura, C.-B.**, *GROSSESSE A L'ADOLESCENCE: EVENEMENT DE VIE, AVENEMENT D'UN SUJET*. 2005, UNIVERSITE D'ANGERS.
59. **TAMBWE, M.K., M. Kalenga, and S. Kakoma**, *La parturition chez les adolescentes aux cliniques universitaires de Lubumbashi (Congo)*. Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1999. 94(5): p. 379-383.
60. **Carles, G., et al.**, *Grossesse et accouchement chez les adolescentes de moins de 16 ans. Etude de 150 cas en Guyane française*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1998. 27(5): p. 508-513.
61. **Kara, F., D. Uygur, and N. Yesildaglar**, *Adolescent pregnancy and cesarean delivery*. International journal of gynaecology and obstetrics, 2003. 81(2): p. 231-232.
62. **Torvie, A.J., et al.**, *Labor and delivery outcomes among young adolescents*. American journal of obstetrics and gynecology, 2015. 213(1): p. 95. e1-95. e8.
63. **Ergen, E.B., et al.**, *Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study*. Ginekologia polska, 2017. 88(12): p. 674-678.

64. **Tebeu, P., et al.**, *Quel serait l'age de la parite precoce chez les adolescentes au Cameroun? 5 années d'expérience/CHU-Yaounde (Cameroun)*. Médecine d'Afrique Noire, 2002. 49(10): p. 439-442.
65. **Malabarey, O.T., et al.**, *Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2012. 25(2): p. 98-102.
66. **Egbe, T.O., et al.**, *Prevalence and outcome of teenage hospital births at the buea health district, South West Region, Cameroon*. Reproductive health, 2015. 12(1): p. 1-10.
67. **Kawakita, T., et al.**, *Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2016. 29(2): p. 130-136.
68. **Narukhutrpicchai, P., D. Khrutmuang, and T. Chattrapiban**, *The obstetrics and neonatal outcomes of teenage pregnancy in Naresuan University Hospital*. J Med Assoc Thai, 2016. 99(4): p. 361-7.
69. **Tadesse, E. and S. Nigussie**, *Adolescent pregnancies in Addis Ababa*. East African medical journal, 2000. 77(8): p. 431-434.
70. **Thato, S., S. Rachukul, and C. Sopajaree**, *Obstetrics and perinatal outcomes of Thai pregnant adolescents: a retrospective study*. International journal of nursing studies, 2007. 44(7): p. 1158-1164.
71. **Njangue, Y. and A. Chimène**, *Prise en charge nutritionnelle du nouveau-né prématuré dans le service de néonatalogie du département de Pédiatrie du CHU-GT*. 2021.
72. **Mayo, J.A., et al.**, *Nulliparous teenagers and preterm birth in California*. Journal of perinatal medicine, 2017. 45(8): p. 959-967.

73. **Blondel, B. and M. Kermarrec**, *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010*. 2016.
74. **Korenčan, S., et al.**, *The outcomes of pregnancy and childbirth in adolescents in Slovenia*. Slovenian Journal of Public Health, 2017. 56(4): p. 268-275.
75. **Demirci, O., et al.**, *Effect of young maternal age on obstetric and perinatal outcomes: results from the tertiary center in Turkey*. Balkan medical journal, 2016. 33(3): p. 344.
76. **Perez, M.J., et al.**, *Driving factors of preterm birth risk in adolescents*. AJP reports, 2020. 10(3): p. e247.
77. **Beeckman, K., et al.**, *The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care*. The European Journal of Public Health, 2013. 23(3): p. 366-371.
78. **Thaithae, S. and R. Thato**, *Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2011. 24(6): p. 342-346.
79. **Lee, C.-T. and M.-C. Tsai**, *Adolescent pregnancy and neonatal outcomes: Reflections on cross-national comparisons*. Pediatrics & Neonatology, 2020. 61(4): p. 461-462.
80. **Genest, L., et al.**, *Maternités précoces: profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine-Saint-Denis*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2014. 43(5): p. 351-360.
81. **Lawn, J.E., et al.**, *4 million neonatal deaths: when? Where? Why?* The lancet, 2005. 365(9462): p. 891-900.
82. **Mekonnen, Y., et al.**, *Neonatal mortality in Ethiopia: trends and determinants*. BMC public health, 2013. 13(1): p. 1-14.

83. **Phipps, M.G., J.D. Blume, and S.M. DeMonner**, *Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death*. *Obstetrics & Gynecology*, 2002. 100(3): p. 481-486.
84. **Black, R.E., S.S. Morris, and J. Bryce**, *Where and why are 10 million children dying every year?* *The Lancet*, 2003. 361(9376): p. 2226-2234.
85. **Ancel, P.-Y., et al.**, *Déficiences et handicaps d'origine périnatale: dépistage et prise en charge*. 2004, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). p. 57-72.
86. **Chandra-Mouli, V., A.V. Camacho, and P.-A. Michaud**, *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries*. *Journal of adolescent health*, 2013. 52(5): p. 517-522.
87. **van den Bergh, B.J., et al.**, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009. 87: p. 405-484.
88. **Organization, W.H.**, *Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: What the evidence says*. 2012, World Health Organization.
89. **Rexhepi, M., et al.**, *Hospital-based study of maternal, perinatal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy compared to adult women pregnancy*. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 2019. 7(5): p. 760.
90. **Hotchkiss, D.R., et al.**, *Risk factors associated with the practice of child marriage among Roma girls in Serbia*. *BMC international health and human rights*, 2016. 16(1): p. 1-10.
91. **Lenders, C.M., T.F. McElrath, and T.O. Scholl**, *Nutrition in adolescent pregnancy*. *Current opinion in pediatrics*, 2000. 12(3): p. 291-296.

92. **Friebert, A., et al.**, *Adolescent pregnancy and nutrition: a subgroup analysis from the Mamachiponde study in Malawi*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2018. 1416(1): p. 140-146.
93. **Johnson, W. and S. Moore**, *Adolescent pregnancy, nutrition, and health outcomes in low-and middle-income countries: what we know and what we don't know*. *Bjog*, 2016. 123(10): p. 1589.
94. **Lenders, C.M., et al.**, *Effect of high-sugar intake by low-income pregnant adolescents on infant birth weight*. *Journal of Adolescent Health*, 1994. 15(7): p. 596-602.
95. **Lassi, Z.S., et al.**, *Systematic review on evidence-based adolescent nutrition interventions*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017. 1393(1): p. 34-50.
96. **Dean, S.V., et al.**, *Preconception care: nutritional risks and interventions*. *Reproductive health*, 2014. 11(3): p. 1-15.
97. **Gernand, A.D., et al.**, *Micronutrient deficiencies in pregnancy worldwide: health effects and prevention*. *Nature Reviews Endocrinology*, 2016. 12(5): p. 274-289.
98. **Sezgin, A.U. and R.-L. Punamäki**, *Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence*. *Archives of women's mental health*, 2019: p. 1-12.
99. **Xavier, C.G., H.K. Brown, and A.C. Benoit**, *Teenage pregnancy and long-term mental health outcomes among Indigenous women in Canada*. *Archives of women's mental health*, 2018. 21(3): p. 333-340.
100. **Siegel, R.S. and A.R. Brandon**, *Adolescents, pregnancy, and mental health*. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 2014. 27(3): p. 138-150.

101. **Brown, J.D., et al.**, *Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers*. Maternal and child health journal, 2012. 16(4): p. 894-901.
102. **Xavier, C., A. Benoit, and H.K. Brown**, *Teenage pregnancy and mental health beyond the postpartum period: a systematic review*. J Epidemiol Community Health, 2018. 72(6): p. 451-457.
103. **Mounir, O.**, *La Moudawana, le nouveau droit de la famille au Maroc: présentation et analyse: texte intégral en français*. 2005: Marsam Editions.
104. **CODE DE LA FAMILLE**, in *Bulletin Officiel n° 5358 du 2 ramadan 1426 (6 octobre 2005)*. p. 673.
105. **Organisation Mondiale de la Santé**, *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Genève. OMS, 2014.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضو في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعل صحة مريضى هدفي الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي
- والله على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 188

سنة: 2021

المراهقة عند الولادة و الحمل أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: / / 2021

من طرفه:

السيد التونسي عبدالله
المزاداد 02 أغسطس 1995 بتمارة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: حمل - ولادة - مراهقة - عوامل إدارية

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

مشرفة

عضو

عضو

السيدة عائشة خرياش
أستاذ في أمراض النساء و التوليد
السيدة عائشة خرياش
أستاذ في أمراض النساء و التوليد
السيد إبراهيم غراب
أستاذ في أمراض النساء و التوليد
السيدة أمينة لخضر
أستاذ في أمراض النساء و التوليد