**Consultations des adolescentes à l’hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé : aspects épidémiologiques et cliniques à propos de 335 cas.**

**Adolescent consultations at the Yaounde Gynaeco-Obstetrical and Paediatric Hospital: Socio-demographic and clinical characteristics of 335 cases.**

**Introduction** : La santé des adolescents est une préoccupation actuelle. L’objectif de notre étude était d’analyser les problèmes de santé des adolescentes en milieu hospitalier.

 **Méthodologie** : Pendant 3 mois, nous avons mené une étude transversale rétrospective à la clinique des adolescents de l’Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de 335 adolescentes ayant consulté sur une période de 12 mois, du 1er janvier au 31 décembre 2016, ont été décrits.

 **Résultats** : La tranche d’âge de 15 à 19 ans était la plus représentée (88%). Parmi ces adolescentes, 20,6% étaient mariées et 66,6% étaient des élèves. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient : la consultation prénatale (22,1%), les douleurs pelviennes (18,5%) et le saignement vaginal (17,3%). L’âge moyen du 1er coït était de 15 ans ± 1an. La prévalence du VIH était de 4,8%. Parmi ces adolescentes, 21,5% avaient plus d’un partenaire sexuel, 12,8% déclaraient avoir déjà été victime d’une agression sexuelle, 22,4% avaient eu au moins un avortement, 44% consommaient de l’alcool et 10,5% du tabac, 50,4% avaient des dysménorrhées et 31,0% utilisaient une méthode moderne de contraception. Les diagnostics les plus fréquents étaient : les dysménorrhées (16,2%), les tumeurs bénignes du sein (12%), les troubles menstruels (11,6%). Un quart des patientes avaient été mises sous contraceptifs (24,5%).

**Conclusion** : Les problèmes de santé des adolescents étaient dominés par des troubles du cycle menstruel et les conséquences d’une sexualité précoce. Le suivi psychosocial est un atout considérable.

**Mots-clés** : adolescentes, consultations, santé des adolescents, Yaoundé

**Summary**

**Introduction**: Adolescents’ health constitutes a significant issue of interest. The objective of our study was to analyze the health challenges of adolescents in the hospital milieu.

 **Methodology**: We carried out a 3-month long retrospective cross-sectional study at the adolescent clinic of the Yaounde Gynaeco-Obstetrical and Paediatric Hospital. This enabled us describe the socio-demographic and clinical characteristics of 335 adolescents who consulted between January 1 to December 31, 2016.

**Results:** The 15-19 years old age range was the most represented (88%). Amongst these, 20.6% were married, and 66.6% were college students. The most frequent presenting complaints included: antenatal consultations (22.1%), pelvic pains (18.5%), per-vaginal bleeding (17.3%). The mean age at coitarche was 15years±1year. The HIV prevalence stood at 4.8%. Amongst the adolescents, 21.5% had more than one sexual partner, 12.8% declared to have survived sexual harassment, 22.4% had had at least an abortion, 44% and 10.5% consumed alcohol and tobacco respectively. Also, 51.4% complained of dysmenorrhoea, and 31% used a modern contraceptive method. The most frequent diagnosis included dysmenorrhoea (16.2%), benign breast tumours (12%), menstrual irregularities (11.6%). A quarter of these patients were administered a modern contraceptive method (24.5%).

**Conclusion**: Adolescent health challenges are made up mostly of menstrual cycle irregularities as well as the consequences linked to their sexual activity. Psychosocial follow-up is a considerable asset.

**Key words:** adolescents, consultations, adolescent health, Yaounde

**Introduction**

L’adolescence est une période de transition entre l’enfance et l’âge adulte caractérisée par de profonds changements physiques, psychologiques et émotionnels qui vont aboutir à la maturation sexuelle [1]. Les adolescents représentent 1,2 milliards de personnes dans le monde soit 16% de la population mondiale [2]. Ils ont des problèmes de santé spécifiques dont la particularité réside dans la complexité des interactions entre l’immaturité de leur développement physique, leur instabilité émotionnelle et leur développement social.

Plus de 90% d’adolescents et de jeunes vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'élaboration d'un programme plus large pour la santé des adolescents est essentielle pour répondre aux besoins de cette génération de jeunes [3, 4]. De même, les investissements dans leur santé peuvent avoir un impact économique significatif dans les régions comme l'Afrique subsaharienne [4].

Les pires profils de santé des adolescents se trouvent en Afrique subsaharienne, avec une mortalité élevée persistante due à des causes maternelles et infectieuses [5]. Les adolescents sont particulièrement vulnérables aux facteurs relationnels, culturels et environnementaux tels les violences dans leur milieu de vie avec un grand risque d'effets indésirables sur la santé, y compris les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées [6, 7]. Ce sont autant de contraintes pour une adaptation sans heurts à la vie adulte.

L’accès à des soins de santé adéquat est une priorité pour ces adolescents car ils doivent surmonter de nombreux obstacles pour obtenir les services de santé et les produits de base dont ils ont besoin. Le coût des services et leur distance, la méconnaissance des services d’accès aux contraceptifs et de traitement contre les IST, leur embarras, le manque de confidentialité et d'intimité et de même que les attitudes négatives des prestataires [8, 9] sont autant de freins à la fréquentation des services de santé sexuelle et reproductive. Ces soins devraient être priorisés l’écoute et le personnel n’est pas toujours qualifié pour cette offre de soins. L’objectif de l’OMS est de faire en sorte que les établissements de santé existants soient davantage à l’écoute des adolescents, plutôt que de créer de nouveaux points de prestation de services exclusivement destinés aux adolescents. [10].

La génération des professionnels de santé qualifiés devient donc essentielle pour fournir une réponse efficace, stratégique et interdisciplinaire. La mise en place des cliniques des adolescents, un réseau interne de prestataires voues à l’écoute des adolescents est timide dans notre milieu. A ce jour une seule clinique existe dans la ville de Yaoundé, voire au Cameroun. Nous avons voulu dans cette étude évaluer les activités de la clinique des adolescents de l’hôpital gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Le but de cette étude est de relever les problèmes de sante le plus souvent rencontrés chez les adolescentes et les solutions qui leur sont apportées afin de juger de son opérationnalité et de sa contribution à la prise en charge de nos jeunes clientes.

**Patients et méthode**

Il s’agissait d’une étude transversale descriptive avec une collecte rétrospective des données. Elle s’est déroulée à HGOPY. C’est la seule structure sanitaire dans la ville de Yaoundé qui dispose d’une unité de prise en charge dédiée aux adolescents. Notre étude s’est réalisée de Janvier à Juillet 2018, soit une durée de 7 mois. Nous avons colligé les dossiers des adolescentes âgées de 10 à 19 ans ayant consulté le service du 1er Janvier au 31 décembre 2016.

L’échantillonnage a été consécutif et exhaustif. Les patientes ayant eu recours à la clinique des adolescents de HGOPY et n’appartenant pas à cette tranche d’âge ont été exclues de l’étude.

Après avoir obtenu la clairance éthique du comité éthique de l’Université de Douala et celle du comité d’éthique de HGOPY, la collecte des données s’est faite à partir des registres de consultations, des dossiers des patientes, des registres de la salle d’accouchement et du bloc opératoire. Les données ont été recueillies sur une fiche technique pré établie.

Nous avons étudié les variables  sociodémographiques (âge, statut matrimonial, profession, religion) ; les variables  de la vie sexuelle et reproductive (âge du premier rapport sexuel, histoire de dysménorrhées, de dyspareunies, nombre de partenaires sexuels actuels, antécédents d’agression sexuelle, nombre de grossesses antérieures, nombre d’avortements antérieurs); les données cliniques (motif de consultation, antécédents médico-chirurgicaux, statut sérologique par rapport au VIH, histoire de consommation d’alcool et de tabac) ; les problèmes rencontrées à la consultation et les traitements administrés.

L’analyse des données a été faite à l´aide du logiciel SPSS version 20. Les données recueilles ont été présentées sous forme d’effectifs et de fréquence pour les variables qualitatives et les variables qualitatives sous forme de moyennes avec leur écart-type.

**Résultats**

Nous avons pu consulter 400 dossiers d’adolescentes ayant consulté au service des adolescents de l’Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Nous avons retenu pour l’étude 335 dossiers, les autres ne remplissant pas les critères d’inclusion ou ne contenant pas l’intégralité des informations recherchées.

Données sociodémographiques

Le tableau 1 présente les données socio-démographiques des adolescentes. La tranche d’âge la plus représentée était celle comprise entre de 15 et 19 ans (88% ; 295/335). L’âge moyen des adolescentes qui consultaient était de 16,9 ± 2,0 ans. La plupart des adolescentes étaient célibataires (79,4% ; 266/335) et élèves (66,6% ; 223/335).

Données de la vie sexuelle et reproductive

Le tableau 2 représente les données de la vie sexuelle et reproductive des adolescentes. La majorité des adolescentes avaient eu leur 1er rapport sexuel avant l’âge de 16 ans (62,7% ; 210/335), 93,1% (312/335) avaient au moins un partenaire sexuel, 12,8% (43/335) avaient déjà été victimes d’une agression sexuelle, 50,4% (169/335) avaient déjà contracté au moins une grossesse et 18,5% (62/335) avaient déjà eu un avortement.

Données cliniques

Le tableau 3 représente les données cliniques des adolescentes. Une adolescente sur 4 (22,1% ; 74/335) qui avaient consulté la clinique le faisait dans le cadre des conseils lies au suivi prénatal. Le 2ème motif de consultation le plus fréquent est la douleur pelvienne (18,5% ; 62/335), suivi du saignement vaginal (17,3% ; 58/335) et des douleurs mammaires (14,9% ; 50/335). Les agressions sexuelles représentaient 6,6% (22/335) des motifs de consultations. Seules 22,7% (76/335) des adolescentes avaient un statut sérologique connu avec un taux de séropositivité au VIH qui était de 21,1% (16/70). Le taux de consommation d’alcool et de tabac dans notre population d’étude était respectivement de 44% (114/335) et de 10,5% (35/335).

Le tableau 4 montre les problèmes rencontrés. Les dysménorrhées (16,2%), les tumeurs bénignes du sein (12%), les troubles menstruels (11,6%) étaient les pathologies les plus rencontrées.

Données de prise en charge

Le tableau 5 représente la distribution des aspects de prise en charge des adolescentes. Les contraceptifs étaient le traitement médicamenteux le plus prescrit (24,5% ; 82/335) suivi des antiinflammatoires (16,7% ; 56/335). Une nodulectomie a été réalisée chez 14,9% (50/335) des adolescentes et une AMIU a été nécessaire chez 5,1% (17/335) d’entre elles. La contraception d’urgence avait été nécessaire dans 5,4% (18/335) des cas ainsi qu’un soutien psychologique (6,6%).

**Discussion**

La clinique des adolescents est une approche nouvelle de soins dans notre milieu dont le but est un essai de prise en charge holistique des jeunes patientes dans le service. Elle exige une multidisciplinarité donc une collaboration entre divers intervenants pour garantir des soins optimaux aux clientes afin de répondre aux besoins spécifiques de l’adolescence.

La tranche d’âge la plus représentée des adolescentes qui ont consulté à la clinique est celle de 15-19 ans, ceci s’expliquant d’une part par le fait que les patientes plus jeunes ont tendance à être orientées vers les pédiatres et d’autre part parce que la consultation en gynécologie est souvent liée au début de l’activité sexuelle. En effet, la grande majorité de nos patientes étaient déjà sexuellement actives. La plupart avaient eu leur 1er rapport sexuel avant l’âge de 16 ans, ceci est conforme aux résultats de Essiben et al [11] dans une étude communautaire à Yaoundé qui avaient trouvé que l’âge aux 1ers rapports sexuels était en moyenne de 15,1 ans. Dans notre étude, les élèves étaient majoritaires. Selon Foumane et al en 2013 [12], 21,3% des élèves à Yaoundé admettaient être déjà sexuellement actives et 64,3% d’entre eux avaient eu leurs 1ers rapports sexuels entre 10 et 16 ans.

L'activité sexuelle précoce est un facteur de risque bien connu d’instabilité sexuelle et sociale pouvant induire d’autres comportements à risque comme le multipartenariat avec des conséquences dramatiques parmi lesquelles les grossesses indésirables, les avortements à risque, les infections sexuellement transmissibles [12, 13, 14]. En fait, il a été montre que les rapports sexuels précoces peuvent être associés à des relations sexuelles non protégées et non planifiées et à des partenaires sexuels occasionnels et multiples [16]

Nous avons trouvé que 93,1% des adolescentes qui avaient consulté notre clinique avaient déjà eu au moins un partenaire sexuel avec 50,4% ayant déjà contracté au moins une grossesse. Ce taux est aussi élevé parce que nous recevons également les adolescentes venues en consultation prénatale. Parmi les adolescentes que nous avons reçues, 18,5% avaient déjà eu un avortement., Selon des études corroborantes, environ 2 grossesses sur 3 chez les adolescentes se terminent par un avortement provoqué [11, 12]. Nous utilisons notre clinique pour accompagner les adolescentes enceintes pendant leur suivi prénatal. C’est ce qui explique qu’une adolescente sur 4 consultait dans le cadre des conseils liés au suivi prénatal. Les adolescents sous utilisent les services des sante sexuelle et reproductive [8, 17]. Ceci est entre autre une stratégie visant à améliorer la promotion des services de santé pour les adolescents en plus de personnaliser la prise en charge de ces adolescentes enceintes. Encourager les adolescents à consulter les services de santé reproductive et sexuelle est un défi. L’une des raisons de la faible utilisation des services santé est l’ignorance de leur existence.

Les douleurs pelviennes sont un motif de fréquentation fréquent de notre clinique. Elles ont représenté 18,5% des plaintes. La prévalence des dysménorrhées était de 50,4%. D’autres auteurs avaient trouvé des prévalences plus élevées [18, 19]. Elles peuvent entrainer un absentéisme scolaire [20]. Leur prise en charge surtout quand elles sont chroniques est complexe du fait de l’imbrication des aspects physiques et émotionnels de même que de l’inquiétude concernant leur sexualité et leur fertilité ultérieure. Les douleurs non cycliques sont souvent dues aux infections pelviennes. Selon EDS 2011, 17,9% d’adolescents et de jeunes rapportaient avoir eu une infection sexuellement transmissible [21]. Une prévalence plus faible de 5,2% a été décrite chez les adolescentes au Ghana [22]. L’utilisation des condoms, qui permet de diminuer l’incidence des infections sexuellement transmissibles, est faible [23].

Notre clinique est également un cadre de prise en charge des agressions sexuelles soit 6,6% des consultations. Baiocchi M et al au Kenya avaient trouvé une prévalence semblable de 7,2% chez les adolescentes [24]. Le viol est un problème de santé publique à considérer dans cette population vulnérable. Sa prise en charge doit être multidisciplinaire avec un aspect psycho-social ce qui explique que toutes nos survivantes d‘agressions sexuelles aient bénéficié d’un soutien psychologique.

La forte propension à avoir les comportements à risque fait des adolescentes une population à risque élevé d’infection à VIH. La prévalence dans notre population d’étude était élevée soit 21,1% des adolescentes qui avaient un statut sérologique connu. Seulement, seuls 22,7% des adolescentes de notre échantillon avaient un statut sérologique connu, résultat inférieur à la moyenne nationale qui était de 39% en 2018[25]. La prévalence élevée dans notre échantillon pourrait s’expliquer par le fait que ce sont des données hospitalières sur un faible échantillon d’adolescentes présentant déjà des problèmes de santé, que les adolescentes ayant une sérologie positive sont systématiquement adressées à notre clinique pour un accompagnement psycho-social et que la prévalence est souvent élevée chez les filles. Les comportements sexuels à risque sont facilités par la consommation d’alcool et de tabac. Elle était respectivement de 44% et de 10,5%.

La prévalence contraceptive chez les adolescents au Cameroun est faible, soit 9% [25]. Nous faisons la promotion de la contraception pour la prévention des grossesses indésirées et des infections sexuellement transmissibles. Les contraceptifs ont été dispensées à 24,5% des adolescentes ayant consulte dans notre clinique.

**Conclusion**

Les problèmes de santé des adolescents étaient dominés par des troubles du cycle menstruel et les conséquences d’une sexualité précoce. Les services offerts aux adolescents en complément des soins classiques sont un soutien supplémentaire par rapport aux problèmes spécifiques qu’elles présentent. L’intégration de ce réseau de compétences dans les activités de service est bénéfique surtout dans l’offre de contraception et des soins après avortement en général.

**Remerciements**

Les auteurs remercient le personnel administratif de l’Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) pour avoir facilité la mise en œuvre de cette étude ainsi que le personnel du service de la maternité pour leur soutien lors de la collecte des données. Outre la contribution personnelle de chaque auteur, l'étude n'a pas été financée.

**Contributions des auteurs**

Essiben Felix, Simo Sibell et Foumane Pascal ont participé à la conception de l'étude et aux données de collecte. Essiben Felix et Dohbit Sama ont été impliqué dans l'analyse et l'interprétation des données. Essiben Felix et Ngo Um Meka ont participé la rédaction du manuscrit. Simo Sibell a participé à la collecte de données et Mve Koh Valère a relu l'article. Foumane Pascal a supervisé l'étude. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

**Conflits d’intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d’intérêt

**Références**

1. World Health Organization, Commonwealth Medical Association Trust and UNICEF (2006) Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Orientation Programme on Adolescent Health for Health-Care Providers. <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591269/en>
2. Unicef. Adolescent demographics. October2019. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/>
3. Sawyer S, Afifi R, Bearinger L, Blakemore S, Dick B, Ezeh A, et al. Adolescence: A foundation for future health. Lancet. 2012; 379(9826):1630–40. [PubMed: 22538178]
4. UNFPA. State of the world population 2014: The power of 1.8 billion adolescents, youth and the transformation of the future. New York: UNFPA; 2014.
5. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa AO, Mokdad A, Ferguson J. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. Lancet. 2012 Apr 28;379(9826):1665-75. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60203-7. Epub 2012 Apr 25.
6. Reed E, Miller E, Raj A, Decker MR, Silverman JG. Teen dating violence perpetration and relation to STI and sexual risk behaviours among adolescent males. Sex Transm Infect. 2014; 90(4):322–4. [PubMed: 24578579]
7. Cutter-Wilson E, Richmond T. Understanding teen dating violence: Practical screening and intervention strategies for pediatric and adolescent healthcare providers. Curr Opin Pediatr. 2011 ; 23(4):379–83. [PubMed: 21670679]
8. Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, Woog V. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. Afr J Reprod Health. 2007; 11 (3):99–110. Epub 2008/05/07. PMID: 18458737; PubMed Central PMCID: PMC2367115.
9. Ahmed F, Bankole A, Biddlecom A, Munthali A, Ouedraogo C, Woog V. Healthcare seeking and utilization by adolescents for reproductive health problems in sub-Saharan Africa: The Alan Guttmacher Institute,USA; 2005 15.01.10.
10. OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et de l’adolescent. <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/health_services/fr/>
11. Essiben, F., Didjo, C., Mve, K.V., Ngo Um, M.E.J., Nsahlai, C. and Foumane, P. (2019) Adolescent Sexual Behavior in an Urban Area of a Re- source-Limited African Country, Cameroon. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 9, 923-935. <https://doi.org/10.4236/ojog.2019.96090>
12. Foumane P, Chiabi A, Kamdem C, Monebenimp F, Dohbit JS, Mbu RE. Sexual activity of adolescent school girls in an urban secondary school in cameroon. J Reprod Infertil. 2013;14(2):85–89.
13. Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation. Scand J Caring Sci. 2013;27(1):20-6.
14. Bumbuliene Z, Alisauskas J. Sexual behavior and high-risk human papillomavirus in 15- to 22-year old Lithuanian women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(4):511-3.
15. De Muylder X. [The sexual health of adolescent girl]. Louvain Med. 2004;123(2):52-9. French
16. Langille DB, Asbridge M, Flowerdew G, Allen M. Associations of sexual risk-taking with having intercourse before 15 years in adolescent females in Cape Breton, Nova Scotia, Canada. Sex Health. 2010;7(2):199-204.
17. Bankole A, Biddlecom A, Guiella G, Singh S, Zulu E. Sexual behavior, knowledge and information sources of very young adolescents in four sub-Saharan African countries. Afr J Reprod Health. 2007; 11(3):28–43. Epub 2008/05/07. PMID: 18458739; PubMed Central PMCID: PMC2367131.
18. Muluneh AA, Nigussie TS, Gebreslasie KZ, Anteneh KT, Kassa ZY. Prevalence and associated factors of dysmenorrhea among secondary and preparatory school students in Debremarkos town, North-West Ethiopia. BMC Womens Health. 2018 Apr 24;18(1):57. doi: 10.1186/s12905-018-0552-x.
19. Ameade EPK, Amalba A, Mohammed BS. Prevalence of dysmenorrhea among University students in Northern Ghana; its impact and management strategies. BMC Womens Health. 2018 Feb 13;18(1):39. doi: 10.1186/s12905-018-0532-1.
20. Miiro G, Rutakumwa R, Nakiyingi-Miiro J, Nakuya K, Musoke S, Namakula J, Francis S, Torondel B, Gibson LJ, Ross DA, Weiss HA. Menstrual health and school absenteeism among adolescent girls in Uganda (MENISCUS): a feasibility study. BMC Womens Health. 2018 Jan 3;18(1):4. doi: 10.1186/s12905-017-0502-z.
21. DHS-MICS (2011) Demographic and Healthsurvey and Multiple Indicators Cluster. Survey in Cameroon. <http://www.statistics-cameroon.org/downloads/EDS-MICS11/DHSMICS_2011_preliminary_report.pdf>
22. NACP/GHS. 2008 HIV Sentinel Survey Report: Quarterly Technical Bulletin on HIV/AIDS-STIs in Ghana. National AIDS/STI Control Programme (NACP), National AIDS Commission, Ghana Health Service 2009.
23. Sobze Sanou M, Fokam J, Guetiya Wadoum R, Russo G, Onohiol JF, Djeunang DB, Nkamedjie PP, Zambou NF, Zefack Y, Galletta A, Arduini M, Franca E, Panà A, Colizzi V. Condom perception and prevention of HIV/AIDS infection in Cameroon: appraisal of knowledge, attitudes and practices among level one students of the University of Dschang. Ig Sanita Pubbl. 2013 Mar-Apr;69(2):183-94.
24. Baiocchi M, Friedberg R, Rosenman E, Amuyunzu-Nyamongo M, Oguda G, Otieno D, Sarnquist C. Prevalence and risk factors for sexual assault among class 6 female students in unplanned settlements of Nairobi, Kenya: Baseline analysis from the IMPower & Sources of Strength cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2019 Jun 6;14(6):e0213359. doi: 10.1371/journal.pone.0213359. eCollection 2019.
25. Enquête démographique et de santé (EDS) 2018. Indicateurs Clés. Institut National de la Statistique. Ministère de la Santé Publique Yaoundé, Cameroun. The DHS Program ICF Rockville, Maryland, USA. Mai 2019. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR116/PR116.pdf>