

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTÉ DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° :

THÈME

**PRISE EN CHARGE DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT
PRÉMATURÉ AU CENTRE DE SANTE DE RÉFÉRENCE DE LA
COMMUNE V DU DISTRICT SANITAIRE DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2023 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Sandiakou FOFANA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'État)

JURY

Président du Jury : M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences

Membre du Jury : M. SISSOKO Abdoulaye, Maitre-assistant

Mme Niangalé SYLLA Gynécologue Obstétricienne

Co-directeur de Thèse : M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue Obstétricien

Directeur de Thèse : M. Soumana O TRAORE, Maitre de conférences

**DEDICACE
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACE

Louange à Allah le tout puissant, le miséricordieux qui par sa grâce nous a permis de mener à bien ce travail.

Au prophète Mohamed : paix et salut sur lui.

À mon père Fatamba Fofana : tu as été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui, cher père, les mots me manquent vraiment pour exprimer mes sentiments. Tu as été à nos côtés mes frères mes sœurs et moi, tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de l'honnêteté. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, travailleur acharné, rigoureux, honnête et exigeant envers soi et les autres. Tes conseils, tes bénédictions, tes soutiens financiers, moraux, matériels et affectifs n'ont jamais fait défaut. Je veux te dire merci, pour tout ce que tu as fait pour moi et ce que tu continues de faire pour nous. BABA que Dieu te bénisse et te donne longue vie pleine de bonheur et de prospérité à nos côtés.

A ma mère Diabou Sakiliba : Chère mère ce travail est le tien, brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, et source de ma vie, tu nous as toujours enseigné, conseillé, rassuré, et réconforté. Tu incarnes l'amour, la tolérance, la bonté, tes sacrifices feront de nous ce que tu souhaites, tu es et seras notre fierté de tout le temps. Tes prières, tes soutiens, tes accompagnements matériels et financiers ont toujours été pour moi un grand soutien tout au long de mon existence. Je ne trouve jamais de mots pour t'exprimer é mon affection.

Au nom de mes sœurs, frères et moi-même, nous te disons merci maman, que le bon Dieu te garde aussi longtemps près de nous Amen ! Que l'avenir soit un soulagement et une satisfaction Amen.

A mon grand frère Docteur Singou KEITA : ce travail est le tien, merci pour tes surprises financières, encouragements, conseils et affection à mon égard. Retrouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

A mon Oncle Founèkè Fofana merci pour tes soutiens morale et financière

A mes frères et sœurs : Sorinding, Lassana, Bambo Sibou, Allamouta, Kany, Bintou, Maïchata, merci pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garder dans l'union amen.

A ma femme Finda SISSOKO : ce travail s'accomplit aussi grâce à ton soutien moral, matériel, et ta patience. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et sois rassurée de toute mon affection.

A ma patrie le **MALI** pour m'avoir offert gratuitement l'enseignement et la bourse pour les études supérieures.

Au corps professoral de la FMOS (Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie) de Bamako pour la qualité de l'enseignement reçu.

Mes maîtres : Pr Mamadou Traoré, Pr Soumana Oumar Traoré, Dr Oumar M Traoré, Dr Saoudatou Tall, Dr Saleck Doumbia, Dr Niagalé Sylla, Dr Nouhoum Diakité, Dr Aboudou Camara, Dr Oumar kokeïna, Dr Belco Tamboura.

Aux aînés : Dr Mamadou Traoré, Dr Wally Camara, Dr Aly Guindo, Dr Moussa Telly, Dr Kassoum Bagayoko, Dr Adama Sissoko, Dr Issa Coulibaly, Dr Bakary Dembele, Dr Zoumana Dembele,

Aux anesthésistes : Monsieur Keïta, Diarra, Coulibaly, Traoré, Sanogo, Mme Maïga

A toutes les sages-femmes.

A tous les internes du centre de santé de référence de la commune V et en particulier ceux de mon équipe de garde : A mon ancien Chef d'équipe Dr Adama Fomba, Amakene Yebeize, Sekou Koné, Martin Loua, Jean Paul Coulibaly, Abdoul Kader Touré, Issa Traoré, Kady Guindo, Kalifa N Keita, Amara Diakité, Ahmadou Takiou.

Aux différentes équipes de gardes : Ousamane Sissoko et équipe, Tahirou Bah et équipe, Alfousseyni Coulibaly et équipe, Francis Dembele et équipe

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils.

A mes Amis: Aly Guindo, Kassoum Bagayoko, Adama Sissoko, Amakene Yebeize.

A tout le personnel du CSREF commune V du District d Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai bénéficié. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patientes. A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail. A tous mes maitres qui m'ont appris les principes de la vie, merci pour tous les enseignements reçus.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ Gynécologue obstétricien,
- ✓ Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali
- ✓ Maître de conférences de à la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie
- ✓ Praticien hospitalier à l'Hôpital du Mali,
- ✓ Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre. Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand praticien. Veuillez, cher maître, trouver ici l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Saleck DOUMBIA

- ✓ Gynécologue obstétricien,
- ✓ Praticien hospitalier au CSRef de la Commune V,
- ✓ Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS,
- ✓ Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie,
- ✓ Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en épidémiologie-bio statistique à l'Institut africain de santé public.

Cher Maître,

Vos qualités humaines, votre goût pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique font de vous cet enseignant qui oblige pratiquement l'étudiant à combler ses lacunes en permanence.

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous avez témoigné en acceptant de codiriger ce travail ;

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE de JURY DE THESE :

Docteur Abdoulaye SISSOKO

- ✓ Maître-assistant de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS,
- ✓ Praticien hospitalier au CHU Mère –enfant le Luxembourg,
- ✓ Chef de service de gynécologie obstétrique de la garnison militaire de Kati,
- ✓ Membre de la société malienne de gynécologie et d'obstétrique (SOMAGO),
- ✓ Ancien secrétaire général adjoint de la société africaine de gynécologie et obstétrique (SAGO),
- ✓ Ancien interne des hôpitaux,
- ✓ Commandant des Forces Armées du Mali.

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître nos sincères

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Niangalé SYLLA

- ✓ Gynécologue obstétricienne,
- ✓ Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSréf de la commune V
- ✓ Membre de la SO.MA. GO

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître nos sincères

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur SOUMANA TRAORE OUMAR

- ✓ Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;
- ✓ Praticien hospitalier au CSREF CV ;
- ✓ Certifié en programme GESTA International (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC).

Cher Maître ;

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous nous faites honneur en acceptant de diriger ce travail.

Vos critiques et conseils ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce document.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre profonde admiration.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

AP	:	Accouchement Prématuro
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	:	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPN	:	Consultation Périnatale
CRAP	:	Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CRP	:	Protéine C-réactive
CSCom	:	Centre de Sante Communautaire
CSRef	:	Centre de Santé de Référence
CU	:	Contractions Utérines
CV	:	Commune V
DDR	:	Date des Dernières Règles
ECBU	:	Examen Cytobactériologique des Urines
ECG	:	Electrocardiogramme
EDSM	:	Enquête Démographique et de Sante au Mali
FFI	:	Faisant Fonction d'Interne
HTA	:	Hypertension Artérielle
IBG	:	Indice de Baumgarten
IEC	:	Information, Education et Communication
IIG	:	Intervalle Inter-Génésique
Il8	:	Interleukine 8
LA	:	Liquide Amniotique
MAP	:	Menace d'Accouchement Prématuro
MAP	:	Menace d'Accouchement Prématuro
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
PEC	:	Prise En Charge
PV	:	Prélèvement Vaginal
RCIU	:	Retard de Croissance Intra-utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

Table des matières

1	Introduction	1
2	Objectifs	4
2.1	Objectif général	4
2.2	Objectifs spécifiques.....	4
3	Généralités.....	6
3.1	Définitions	6
3.2	Étude clinique	7
3.2.1	Diagnostic positif de la MAP [6, 7, 8,]	7
3.2.2	Diagnostic différentiel.....	9
3.2.3	Diagnostic étiologique.....	9
3.3	Examens complémentaires	14
3.4	Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré	15
3.4.1	La prévention.....	15
3.4.2	Le traitement curatif	16
4	Méthodologie	25
4.1	Cadre et Lieu d'étude.....	25
4.2	Type d'étude :	33
4.3	Période d'étude :	33
4.4	Populations d'étude :	33
4.5	Les critères d'inclusion :	33
4.6	Critères de non inclusion :	33
4.7	Échantillonnage	33

4.8	Les considérations éthiques	34
4.9	Traitement des données	36
4.10	Définitions opérationnelles :	37
5	Résultats	39
6	Discussion	55
7	Conclusion	70
8	Recommandations	72
9	Références	74
10	Annexe	79

Liste des tableaux

Tableau I: l'indice de gravité de Baumgarten [7]	9
Tableau II: Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) D'Emile Papiernick.....	13
Tableau III: Répartition des gestantes selon l'âge	39
Tableau IV: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction.....	39
Tableau V: Répartition des gestantes selon la résidence	40
Tableau VI: Répartition des gestantes selon l'origine géographique	40
Tableau VII: Répartition des gestantes selon l'activité professionnelle.....	41
Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial	41
Tableau IX: Répartition des gestantes selon l'ethnie.....	42
Tableau X: Répartition des gestantes selon la gestité.....	43
Tableau XI: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN	43
Tableau XII: Répartition des gestantes selon l'antécédent d'accouchement prématuré.....	44
Tableau XIII: Répartition des gestantes selon l'antécédent d'avortement	44
Tableau XIV: Répartition des gestantes selon le suivi de la grossesse.....	45
Tableau XV: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse.....	45
Tableau XVI: Répartition des gestantes selon les motifs de non suivi de la grossesse.....	46
Tableau XVII: Répartition des gestantes selon l'étiologie de la menace d'accouchement prématuré.	47
Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon le score de Baumgarten.....	48
Tableau XIX: Répartition des gestantes selon la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré.	48
Tableau XX: Répartition des gestantes selon la durée de la prise en charge.....	49
Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les suites de la prise en charge ..	49

Liste des figures

Figure 1: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.28

INTRODUCTION

1 Introduction

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), dans ses recommandations pour la pratique clinique (RCP) de 2016 a défini la menace d'accouchement prématuré (MAP) comme étant une situation clinique survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) +6 jours, dans laquelle sont observées des modifications cervicales et des contractions utérines, évoluant spontanément ou non vers un accouchement prématuré en absence de tout traitement [1]. L'accouchement prématuré se définit comme tout accouchement se déroulant entre 22 SA et 37 SA. Il est avec le retard de croissance intra-utérin (RCIU), la principale cause de morbidité et de mortalité périnatales [2].

Les nouveau-nés sont parmi les populations les plus vulnérables au monde. Les prématurés à savoir à moins de 37 semaines de grossesse, sont particulièrement à risque. Aujourd'hui, la prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde et elle est également la première cause d'infirmité et de mauvaise santé plus tard [3]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), environ 15 millions de bébés naissent prématurément chaque année dont plus d'un million de décès sont enregistrés [4].

La plus grande majorité des naissances prématurées ont lieu en Afrique et en Asie du Sud avec 60% du nombre de prématurés mondial [5].

Au centre de santé de référence de la commune V de Bamako, en 2019 la prévalence de l'accouchement prématuré a été de 10,7%. Aussi l'accouchement prématuré et les petits poids de naissance ont une prévalence de 15%.

Malgré la prévalence élevée de l'accouchement prématuré, il n'y a pas eu d'évaluations sur les protocoles de prise en charge de la menace d'accouchement prématuré au CSREF de la commune V qui pourrait être utile pour améliorer la prise en charge des menaces d'accouchements prématurés et de la prévention des accouchements prématurés.

Afin de satisfaire ce besoin au niveau du service de gynéco-obstétrique du csref de la commune V, Nous avons mené une étude sur la prévention de l'accouchement prématuré chez les gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré au service de gynécologie -obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

Nous avons décidé de mener cette étude pour évaluer les conditions et les protocoles de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré et de proposer des actions d'amélioration pour la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré et la prévention des accouchements prématurés.

OBJECTIFS

2 Objectifs

2.1 Objectif général

Étudier la menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la commune V de Bamako

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des accouchements prématurés
- Déterminer les proportions de menace d'accouchement prématuré et d'accouchements prématurés évités après la prise en charge à la maternité du Cs réf CV.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré.
- Identifier les facteurs de risques prédisposant à la menace d'accouchement prématuré
- Évaluer les protocoles de prise en charge des cas de MAP au service de gynécologie –obstétrique du Cs réf de la CV.

GENERALITES

3 Généralités

3.1 Définitions

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), dans ses recommandations pour la pratique clinique (RCP) de 2016 a défini la menace d'accouchement prématuré (MAP) comme étant une situation clinique survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) +6 jours, dans laquelle sont observées des modifications cervicales et des contractions utérines, évoluant spontanément ou non vers un accouchement prématuré en absence de tout traitement [1].

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois soit (28 SA).

- L'accouchement normal ne peut se définir à posteriori que s'il s'agit d'une grossesse normale, d'un fœtus à terme qu'il n'y ait aucune disproportion fœto pelvienne, le début du travail a été spontané voire quelques fois programmé que le déroulement a été eutocique, qu'il n'y a pas eu de souffrance fœtale, qu'il n'a pas été nécessaire de procéder à des interventions manuelles ou instrumentales et la délivrance a été normale.

- L'accouchement est dit à terme quand il a lieu entre le début de la 38^{ème} SA et la fin de la 42^{ème} SA.

L'accouchement est dit prématuré quand il a lieu entre la fin de la 22^{ème} SA et la fin de la 37^{ème} SA.

- L'accouchement est dit post -terme ou de terme dépassé quand il a lieu après la 42^{ème} SA.

- L'accouchement provoqué est celui qui est consécutif à une intervention extérieure. - L'accouchement programmé est une variante de l'accouchement provoqué qui est induit sans indications pathologiques.

- L'accouchement naturel est celui qui se fait sous la seule influence de la physiologie (sans intervention)
- L'accouchement dirigé se fait sous l'influence d'intervention extérieure (l'évaluation du travail ralenti au départ nécessitant l'intervention de l'accoucheur ou l'accoucheuse pour améliorer la qualité des (CU)
- L'accouchement artificiel est le résultat d'une intervention manuelle ou instrumentale (césarienne, forceps, ventouse).
- L'accouchement est eutocique quand il s'accomplit suivant un déroulement physiologique normal (sans difficulté particulière qui peut être dirigée, la physiologie est respectée)
- L'accouchement est dit dystocique quand il se déroule selon un procédé non physiologique.

3.2 Étude clinique

3.2.1 Diagnostic positif de la MAP [6, 7, 8,]

Il repose essentiellement sur l'interrogatoire et l'examen physique. L'interrogatoire Précisera l'état civil, la profession, l'état matrimonial, le mode de vie, la date des dernières règles (DDR), les antécédents gynécologiques, les antécédents obstétricaux : le nombre de grossesse, la parité, le nombre de décès et le nombre d'avortement , l'âge de survenue et le mécanisme de survenue de ces avortements , l'antécédent d'accouchement prématuré, l'IIG, la notion de fièvre récente, d'infection urinaire, le suivi correct ou non des CPN, la notion d'algies pelviennes, leur mode de début, leur fréquence, leur intensité et leur périodicité, la notion de rupture des membres assombrissant le pronostic materno-foetal, la notion de métrorragies qui sont généralement minimales, et les antécédents chirurgicaux (plastie tubaire, myomectomie).

L'examen physique. L'inspection permet d'apprécier l'état général de la patiente le plus souvent moins perturbé, elle peut être angoissée par la crainte d'expulser le fœtus.

La palpation abdominopelvienne doit rechercher les contractions utérines. Elles sont douloureuses avec une fréquence d'au moins une toutes les dix minutes durant plus de trente-cinq secondes.

Elles sont à différencier des contractions physiologiques de Braxton Hicks qui ne sont pas douloureuses, survenant de façon irrégulière avec une fréquence d'une CU toutes les heures à vingt semaines, à trois ou quatre CU par heure à trente-sept semaines. On n'oubliera pas de mesurer la hauteur utérine en appréciant une éventuelle surdistension utérine.

On recherchera et appréciera les bruits du cœur du fœtus avec le stéthoscope de Pinard.

L'examen au spéculum ou sous valves recherchera une vaginite, une cervicite, la présence de sang ou d'écoulement du liquide amniotique. Le toucher vaginal renseigne sur les caractéristiques du col utérin en général modifié dans sa longueur dans sa consistance, sa position et sa dilatation : il pourra s'agir d'un raccourcissement, et/ou d'une ouverture cervicale

Le Toucher Vaginal apprécie également la présentation et les membres. Cet examen gynéco-obstétrical sera complété par un examen général portant sur la coloration des muqueuses et des téguments, la prise de la tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire, l'examen neurologique. La gravité de la MAP peut être appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution par un indice de MAP appelé indice de Baumgarten (IBG) comportant quatre paramètres cotés chacun de zéro à quatre points à savoir les CU, les membranes, les métrorragies et la dilatation du col

Tableau I: l'indice de gravité de Baumgarten [7]

p \ c	0	1	2	3	4
Contractions utérines	0	Irrégulières	Régulières		
Membranes	Intacte		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragie	0	Peu importante	Hémorragie		
Dilatation du col	0	1cm	2cm	3cm	4cm

Interprétation

IBG \leq 3 points : menace légère

IBG compris entre 3 et 6 points : menace moyenne

IBG $>$ 6 points : menace sévère dont les chances de succès du traitement sont restreintes.

3.2.2 Diagnostic différentiel

Il se fera avec les autres pathologies pourvoyeuses d'algies pelviennes et d'hémorragie du troisième trimestre de la grossesse principalement (le placenta prævia, l'hématome rétro placentaire).

3.2.3 Diagnostic étiologique

Nous retenons : les causes maternelles , les causes ovulaires, les causes maternofoétales, les causes idiopathiques, les facteurs favorisants

➤ Les causes maternelles

A) Les causes générales

- L'altération de l'état général quelle que soit son origine.

- Les pathologies infectieuses :

Virales : rubéole, cytomégalovirus,

Bactérienne : listériose,

Parasitaire : paludisme,

- L'hyperthermie.
 - La pathologie sanguine : anémie.
 - La pathologie cardio-vasculaire
- La pathologie respiratoire : insuffisance respiratoire chronique.
- LA pathologie urinaire : infection urinaire et surtout pyélonéphrite.
- Le diabète : responsable de la macrosomie fœtale
 - LA pathologie chirurgicale : toute intervention chirurgicale, abdominale ou thoracique pendant la grossesse.

B) Les causes locales utérines

- Malformations utérines :
Congénitales : il s'agit de l'hypotrophie utérine, d'utérus malformé (cloisonné, unicorne, bicorne)
Acquises : il s'agit de myomes utérins, synéchies utérines, cicatrices utérines (plastie tubaire, myomectomie)
Les béances cervico- isthmiques : peuvent être congénitales ou acquises
- Les causes ovulaires
- Fœtales : il s'agit de grossesses multiples, malformations fœtales, retard de croissance fœtale
 - Annexielles : il s'agit d'hydramnios, placenta prævia, décollement placentaire avec hématome rétro placentaire, la rupture prématurée des membranes (élément de gravité supplémentaire au cours d'une MAP car elle expose le fœtus à la prématurité et à l'infection)
- La RPM est fréquente entre la 34 et 37ème SA.
- L'hospitalisation s'impose.

➤ Les causes materno-fœtales

L'incompatibilité rhésus materno fœtale

➤ **Les causes idiopathiques**

Elles représentent environ 40 % des MAP, une infection amnio –choriale développée à bas bruit donc infra clinique pourrait en être l'origine. Il a été donc proposé de pratiquer une amniocentèse dans les MAP sans cause apparente à la recherche de preuves directes d'une infection du LA par examen bactériologique (CRP, IL8, leucotriène B) ou à la recherche d'indicateur d'une chorioamniotite infra clinique (Fusobactérium, Gardnerella Vaginalis, Mycoplasmes)

➤ **Les facteurs favorisants**

-Les facteurs socio – économiques

Elles sont représentées par :

Les milieux défavorisés (les travaux pénibles à domicile ou professionnels, l'augmentation des charges familiales, la pauvreté, famille nombreuse)

. Les mauvaises conditions de logement qui sont sources d'infection ; l'absence de confort (absence d'ascenseur pour les femmes travaillant ou habitant à des étages élevés, les montées d'escaliers.

. Les mauvaises conditions de transports : les secousses, les vibrations, les longs voyages en voiture. Les trépidations des machines, les longs trajets de marche La frénésie de la vie moderne et l'abus des mondanités sont préjudiciables au déroulement normal de la grossesse.

L'abus du tabac favorise la prématurité et l'hypotrophie fœtale

. Les émotions vives telles que les décès, les échecs, le stress etc.

– Les anomalies morphologiques et physiologiques générales

Les femmes de petites tailles inférieures à 1,50 m

Les femmes très maigres ou dont les poids n'ont pas augmenté au cours de la grossesse ou les femmes qui perdent du poids

– Les antécédents obstétricaux. Les manœuvres endo-utérines : les curetages, L'interruption volontaire de la grossesse (IVG).

Les accouchements prématurés antérieurs Les grossesses rapprochées avec intervalle inter gésique (IIG) court inférieur à 1an ; Nous disons qu'en fonction de ces étiologies et les facteurs de risque suscités il a été établi un coefficient de risque d'accouchement prématuré appelé CRAP par Emille Papiernick. Ce coefficient s'appuie sur l'attribution d'une valeur comprise entre un et cinq points à des facteurs établis comme étant susceptibles d'entraîner un accouchement prématuré, ces facteurs sont au nombre de trente à trente-cinq. IL permet de définir les populations à risque et d'adapter ainsi une prévention appropriée.

Il comporte deux classes de facteurs :

- l'une ne pouvant pas être modifiée à savoir : l'âge de la gestante, ses antécédents de naissance prématurée, la présence d'un hydramnios ou d'une grossesse gémellaire ;
- l'autre pouvant être modifiée en particulier le mode de vie de la patiente, les efforts physiques (par le repos ou l'arrêt de travail), les infections urinaires ou génitales (par leur dépistage et leur traitement), la béance cervico-isthmique (par le cerclage).

C'est sur ces facteurs de risque pouvant être modifiés que portera la prévention.

Le CRAP permet d'évaluer pour chaque gestante le risque d'avoir une interruption prématurée de sa grossesse.

CRAP inférieur à cinq points : pas de danger de prématurité.

CRAP compris entre cinq et dix points : risque potentiel de prématurité.

CRAP supérieur à dix points : risque certain de prématurité.

Tableau II: Coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) D'Emile Papiernick

1	Deux enfants ou plus sans aide familiale Conditions socio-économiques médiocres	Un curetage court intervalle inter-génésique (1an)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle
2	Grossesse illégitime Non hospitalisée en maison maternelle Moins de 20ans ou plus de 40ans	2 curetages	Plus de 3 étages sans ascenseurs Plus de dix cigarettes par jour	Moins de 5kg de prise de poids Albumine Tension artérielle >13 /8 cmhg
3	Mauvaise condition socioéconomique Moins de 1,5m Moins de 45kg	3 curetages ou plus utérus cylindrique	Long trajet quotidien Effort inhabituel Travail fatiguant Grands voyages	Chute de poids le mois précédent Tête trop basse située Pour un fœtus loin
4	Moins de 18ans			Pyélonéphrite Métrorragie du 2eme trimestre Col court Col perméable Utérus contractile
5		Malformations utérines Un avortement tardif Accouchement prématuré		Grossesse gémellaire Placenta prævia hydramnios

3.3 Examens complémentaires

L'échographie pelvienne

Appréciera la vitalité fœtale la biométrie, le nombre de fœtus, la présentation, la quantité de liquide amniotique, le siège d'insertion du placenta. Elle doit être systématiquement pratiquée.

La cardiotocographie

Appréciera la fréquence des contractions utérines, le tonus utérin, et permet d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal donc renseigne sur l'état du fœtus.

Échographie du col pour la biométrie cervicale

Cette méthode est plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal pour évaluer la longueur du col. Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisation et d'éviter les traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative. A l'inverse, pour certaines patientes mal évaluées par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intra veineuse, corticoïde, transfert in utero. Les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 20 et 30 mm

Recherche de fibronectine foetale

La fibronectine, est une glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21 ème et 37ème SA. En cas de MAP, la valeur diagnostique de la fibronectine (> 50 ng) semble être supérieure à celle de l'examen clinique. Sa valeur prédictive négative est en particulier excellente.

Le bilan infectieux

Il portera sur la goutte épaisse et le frottis mince,
L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme,
Le prélèvement vaginal avec antibiogramme, ces trois examens doivent être systématiques.

La coproculture

La sérologie de la syphilis (BW, TPHA, VDRL)

La sérologie toxoplasmique (IgG, IgM)

La glycémie à jeûne

La numération formule sanguine (NFS) recherchant une anémie, une hyperleucocytose.

Le bilan de maturation pulmonaire fœtal

La maturation pulmonaire fœtale est acquise à partir de 34 SA et est liée à la présence de surfactant alvéolaire. Ce dernier est constitué de phospholipides dont la concentration dans le LA est le bon reflet de cette maturité pulmonaire fœtale.

Les principaux tests recherchant ces phospholipides sont : le rapport L / S, le dosage de la phosphatidylglycérole et le fœtal lung-maturation (FLM test).

Le dosage des concentrations de lécithine (L) sur la sphingomyéline (S) : un taux supérieur à deux témoigne de la maturation pulmonaire dans près de 100 % des cas.

Le dosage de la phosphatidylglycérole : un taux supérieur ou égal à deux microgrammes par millilitre témoigne de la maturation pulmonaire.

Le fœtal lung-maturation (FLM test) : il est positif si le taux est supérieur à soixante et il semble plus fiable que le rapport L / S ou le dosage de la phosphatidylglycérole.

3.4 Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré

3.4.1 La prévention

Avant la grossesse : C'est le traitement des causes connues : traitement chirurgical des malformations utérines et des fibromes ; traitement des infections.

Recherche des causes : béance cervico-isthmique (bougie hegar, HSG), malformation.

Pendant la grossesse :

Le repos mesure générale de première importance, s'observera soit par un arrêt de travail, un congé prénatal, soit un repos au lit, soit une vie calme et régulière.

Le cerclage en cas de béance cervicale.

La recherche et le traitement des infections surtout génito-urinaires.

Le traitement des syndromes vasculo-renaux.

L'amélioration de la qualité et du nombre des consultations prénatales car le taux de prématurité est inversement proportionnel au nombre de consultations. La prise en charge des facteurs de risque du CRAP. La prophylaxie ambulatoire de principe par les bêtamimétiques chez les femmes ayant un risque très élevé (CRAP supérieur ou égal à onze points).

Aujourd'hui, des systèmes de télésurveillance à domicile de l'activité utérine sont proposés aux patientes à risque : il s'agit d'un petit capteur de contractions utérines fixé sur l'abdomen et relié à un enregistreur pluriquotidien (deux fois par heure) et l'information est transmise téléphoniquement jusqu'au centre de contrôle permettant de converser avec la patiente.

3.4.2 Le traitement curatif

Une femme présentant une MAP doit être hospitalisée pour instituer un bilan et un traitement. Ce bilan s'attachera à établir un diagnostic de gravité, recherchera une étiologie et appréciera la maturité fœtale.

L'abstention thérapeutique est de règle dans les cas suivants :

- Un fœtus mort ou polymalformé ;
- Si l'évacuation utérine est l'un des meilleurs traitements de la maladie causale (les syndromes vasculo rénaux sévères).

a) **But :**

- Lyser les contractions utérines
- Mener la grossesse à terme viable

b) Moyens :

➤ **Mesures d'hygiène :**

L'élément essentiel parfois difficile à imposer en dehors de l'hospitalisation qui devient indispensable dès que la menace devient nette est le repos strict au lit car à lui seul il traite environ 50% des MAP.

➤ **Les Tocolytiques :**

Les médicaments Tocolytiques sont des produits visant à supprimer les contractions utérines. Il existe quatre classes principales :

Les bêtamimétiques :

Le salbutamol :

Pharmacologie : action bêta

Broncho-dilatateur

Les effets secondaires sont cardiovasculaires. Les présentations : la forme comprimée, suppositoire, aérosol, solution buvable, l'ampoule injectable de 1 ml.

Les posologies : chez l'adulte 2 comprimés 3 à 4 fois par jour

Début du traitement : 1 comprimé 3 à 4 fois par jour.

Une ampoule injectable de 0,5 mg en sous cutanée chaque 4 heures si nécessaire en Perfusion.

Suppositoire : 1 toutes les 4 à 6 heures

Terbutaline : Les présentations : comprimé sécable simple, comprimé LP ampoule Injectable de 1 ml, forme aérosol.

. Voie d'administration : per os, sous cutanée, en spray, intraveineuse.

Les posologies : chez l'adulte : 3 comprimés par jour avant les repas ; 1 à 2 comprimés à libération prolongée par jour.

Une ampoule injectable en sous cutanée chaque 6 heures ; intraveineuse : 5 ampoules par 250ml glucosé isotonique, 15 à 2 gouttes par minute

Ritodrine :

Effets secondaires des bêtamimétiques

Chez la mère : La tachycardie, l'hyperglycémie avec risque d'acidocétose chez les mères diabétiques, l'hypokaliémie chez le fœtal : Il s'agit d'une tachycardie fœtale si les doses sont élevées, d'une hyperglycémie, d'une lipolyse, d'une hypocalcémie, d'un iléus paralytique.

Les règles de prescription des bêtamimétiques reposent sur le respect des contre-indications : l'hypertension artérielle, la cardiopathie hypertrophique (rétrécissement aortique), l'hyperthyroïdie, la souffrance fœtale avec acidose, l'association avec médicaments suscités, les infections amniotiques, les fièvres maternelles.

La surveillance clinique et para clinique porte sur le contrôle du pouls, la tension artérielle, la température, la diurèse (qui doit être supérieure à 1,5l / 24h) l'ECG (qui doit être pratiqué au bout de quinze jours de traitement), la kaliémie (12 à 24 h après le début du traitement), le dosage de la créatinine phosphokinase , l'échographie cardiaque répétée à la recherche d'une cardiopathie débutante.

NB : en cas d'échec thérapeutique le traitement prolongé est dangereux, il faudra accepter l'accouchement prématuré inéluctable. La voie intramusculaire est à proscrire car il a de risques de pic sériques brutaux avec effets secondaires incontrôlables. La voie per os peut donner des accidents et créer des problèmes médicaux légaux. La perfusion impose le repos à la gestante d'où son intérêt.

Les antispasmodiques

Ne sont pas des vrais tocolytiques, ils ont une action relaxante du tonus utérin. Le triméthylphoroglucinol : présentation en comprimé ? Suppositoire, lyoc, ampoule injectable de 4 ml Posologie : traitement d'attaque ; 1 à 3 ampoules injectables par 24 heures en intramusculaire, en intraveineuse ou perfusion Traitement d'entretiens 4 à 6 comprimés ou 3 suppo par 24 heures.

Le Buthylhyocine : sous forme comprimé et en ampoule injectable.

Posologie : même que le Spasfon Les antispasmodiques sont également utilisés en perfusion lente, en association avec les bêtamimétiques. Oxalate acide de naftidrofuryl :

Les anti prostaglandines : Indométacine : est remarquablement efficace à la dose de 175 mg / jour avec une excellente tolérance maternelle. Il ne semble pas y avoir d'effets cardiovasculaires fœtaux et néonataux L'insuffisance rénale transitoire est à craindre à la naissance.

L'oligoamnios au-delà de trois semaines de traitement entraîne une mal position, une hypoplasie pulmonaire. Ces règles d'utilisation sont les suivants : - Ne pas dépasser trois semaines de traitement, - Interrompre le traitement au cours de la 35ème SA - Utiliser d'abord un bêtamimétique dans les 48 h du traitement puis l'indocid en cas de MAP sévère car risque d'accouchement prématuré sous traitement.

- Ne pas l'utiliser en cas de rupture prématurée des membranes

Posologie : les doses usuelles sont de 50mg.

-150 mg par jour à fractionner jusqu'à 200 mg par jour au maximum.

Présentation : gélule à 25 mg, suppo à 50 mg et 100 mg.

Les inhibiteurs calciques : Mécanisme d'action : inhibitions des canaux calciques, fermeture des canaux calciques membranaires, entrée passive du calcium de l'espace extracellulaire vers le compartiment intracellulaire : empêchement de la contraction des fibres musculaires libres.

Nifédipine = adalat ® Nicardipine = loxen ® Ils sont efficaces mais le risque d'hypotension sévère est majeur.

Les anti oxytocines Atosiban : est un antagoniste compétitif de l'oxytocine et entraîne une fermeture des canaux calciques avec blocage des récepteurs à oxytocine, inhibant ainsi les contractions utérines.

L'antibiothérapie

L'antibiothérapie systématique n'a pas fait la preuve de son intérêt dans la MAP à membrane intacte. Dans la RPM, nous retrouvons une diminution de l'incidence de la chorio amnionite et de l'infection néonatale. En revanche, il n'est observé aucune modification significative du syndrome de détresse respiratoire, de l'entérocolite nécrosant et de la mortalité périnatale

La corticothérapie : La prescription d'une corticothérapie améliore le pronostic fœtal en cas de naissance prématurée entre 28 et 34 SA. La corticothérapie accélère la maturation pulmonaire et diminue le risque de maladie des membranes hyalines et d'hémorragies intra ventriculaires.

Elle consiste en une injection intra – musculaire de bétaméthasone 12 mg, renouvelée 24 heures plus tard. Une deuxième injection selon le même protocole sera répétée 10 jours plus tard si le terme est inférieur à 32 SA. Les contre - indications de ce traitement sont le diabète et les infections amnio choriales

Le cerclage du col utérin

On peut envisager le recours au cerclage prophylactique en début de grossesse, entre 14 SA et 16 SA, avant toute modification du col devant chaque cas de béance cervico isthmique.

Le transfert in utero

Un transfert in utero dans un centre de périnatalogie doit être prévu dès la 22ème semaine de gestation révolue. Même si aucune mesure médicale intensive ne sera prise en cas de naissance à cet âge, le transfert de la parturiente permettra de mieux conseiller et préparer les parents.

Ces derniers doivent être informés du but du transfert in utero de façon à ce que leurs attentes soient adaptées à la situation et qu'elles restent réalistes

Les indications thérapeutiques

Elles sont fonction de l'âge gestationnel, de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines et des modifications cervicales. Plusieurs situations peuvent se présenter :

Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes

- **Menace d'accouchement prématuré légère** : Les contractions sont peu douloureuses, peu fréquentes, et les modifications cervicales minimales. Le traitement ambulatoire consiste en un repos à domicile, la recherche d'une infection urinaire Cervico - vaginale, on traitera l'infection s'il y en a une. On examinera la femme 8 jours plus tard. Si le col se modifie il faut l'hospitaliser.

L'utilisation de la progestérone naturelle n'est plus d'actualité.

- **Menace d'accouchement prématuré moyenne** : Les contractions ont entraîné des modifications cervicales importantes ; le col est raccourci, perméable cependant que la présentation est basse. L'hospitalisation s'impose. Le traitement comporte le repos strict au lit, les bêtamimétiques en perfusion, la corticothérapie, le traitement étiologique. Si la menace est jugulée, il faut poursuivre les bêtamimétiques par voie orale, assurer une surveillance à domicile en poursuivant les bêtamimétiques.

- **Menace d'accouchement prématuré sévère** : Les contractions sont douloureuses et régulières, le col est dilaté à deux centimètres. Le traitement est identique, mais la perfusion sera prolongée plusieurs jours après l'arrêt des contractions.

Le repos est absolu. Malgré ce traitement l'accouchement prématuré survient fréquemment, il faut alors réaliser l'accouchement dans les meilleures conditions.

NB : devant toute menace d'accouchement prématuré, il faut rechercher les causes déjà citées et surtout vérifier l'absence d'infections cervico vaginales ou urinaires.

Menace d'accouchement prématuré à membranes rompues

Elle impose, l'hospitalisation. Elle nécessite la surveillance bactériologique du liquide amniotique par des prélèvements quotidiens à la recherche d'une infection. Il faut également vérifier la maturité pulmonaire par le dosage leucithine/sphingomyéline. Selon le rapport L/S plusieurs situations sont possibles :

< 28 SA, il faut accepter l'accouchement après information donnée aux car le pronostic fœtal est sombre et les risques infectieux maternels importants.

≥ 34 SA, il faut également accepter l'accouchement, le risque fœtal de détresse respiratoire est faible.

Entre ces deux termes, il faut arrêter les contractions qui surviennent rapidement après la rupture des membranes, vérifier qu'une infection amniotique n'apparaît pas et, si les prélèvements témoignent d'une infection ovulaire, il faut accepter l'accouchement et traiter la mère par une antibiothérapie adaptée, Le choix de la voie l'accouchement est fonction de la présentation, du terme, du bien-être fœtal.

Evolution, complication, pronostic

L'évolution est variable :_soit il s'agit d'une régression de la menace d'accouchement prématuré soit une aggravation vers l'accouchement prématuré malgré toutes les thérapeutiques instituées. On parle alors d'accouchement prématuré inéluctable. Les récurrences de menace d'accouchement prématuré peuvent survenir à plus au moins longue échéance. Le pronostic maternel est en général bon mais un état de morbidité et de mortalité maternelle est à craindre devant certaines complications à savoir :

La crise d'éclampsie ; l'hémorragie avec ou sans choc hémorragique par suite d'hématome retoplacentaire, de placenta praevia et / ou d'anomalie de la délivrance. L'anémie sévère pouvant être la traduction des métrorragies répétées, des maladies hémolytiques. La psychose puerpérale peut survenir en cas d'antécédent d'accouchement prématuré à répétition. L'infection maternelle

notamment l'endométrite en cas de RPM. Le pronostic foetal et fonction de la complication majeure qui est la prématurité avec ses petits poids de naissance inférieure 2500g, ses séquelles psychomotrices, ses retards intellectuels qui ontribuent à leur tour à une augmentation de la mortalité la et de morbidité périnatale.

METHODOLOGIE

4 Méthodologie

4.1 Cadre et Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali).

Ce district sanitaire comprend :

Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.

Quatorze (14) centres de santé communautaire (CSCoM).

Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.

De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

Présentation générale de la commune V :

La commune V fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants : l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ; la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ; et la loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales ; construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux dont ceux de la commune V.

Données socio – démographique :

La Commune V couvre une superficie de **41,59** km² (EDS III DNSI 98) pour une population de **603 056** habitants en 2022, avec un taux d'accroissement de **5,1%** (DNSI, 1998).

La densité de la population est de **14 500** habitants au Km².

Située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-ouest Kalaban-Coro (Kati), à l'Est par la commune VI. Les ethnies

dominantes sont les Bambaras, les Soninkés et les Peulhs. Elle représente **2,26%** de la population du Mali et **18%** de celle du district de Bamako. Le quartier le plus peuplé est Baco-djicoroni et le moins peuplé est la SEMA II. Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un coordinateur.

La commune V est constituée de huit quartiers qui sont :

Badalabougou, Daoudabougou, Kalanban-coura, Torokorobougou, Sabalibougou, Quartier-Mali, Bacodjicoroni, Sema I

Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf) :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (PDSC) , la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM) sur les 14 aires de santé, 13 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré. Les aires de santé se répartissent comme suit :

Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCOM avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;

Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCOM avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;

Quatre aires de santé à Kalabancoura disposent d'un CSCOM avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;

- Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;

Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;

Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCom avec un PMA complet.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'International Multidisciplinary Change Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali

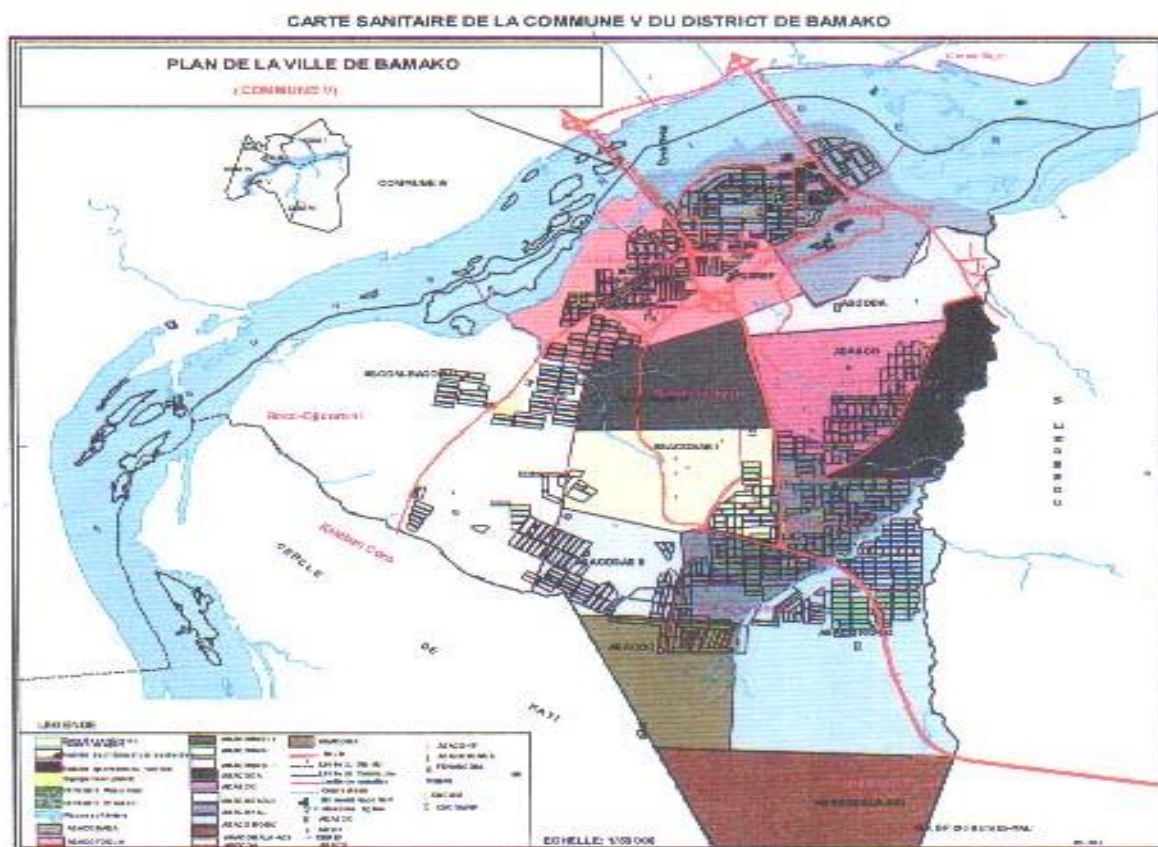


Figure 1: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.

Buts et missions

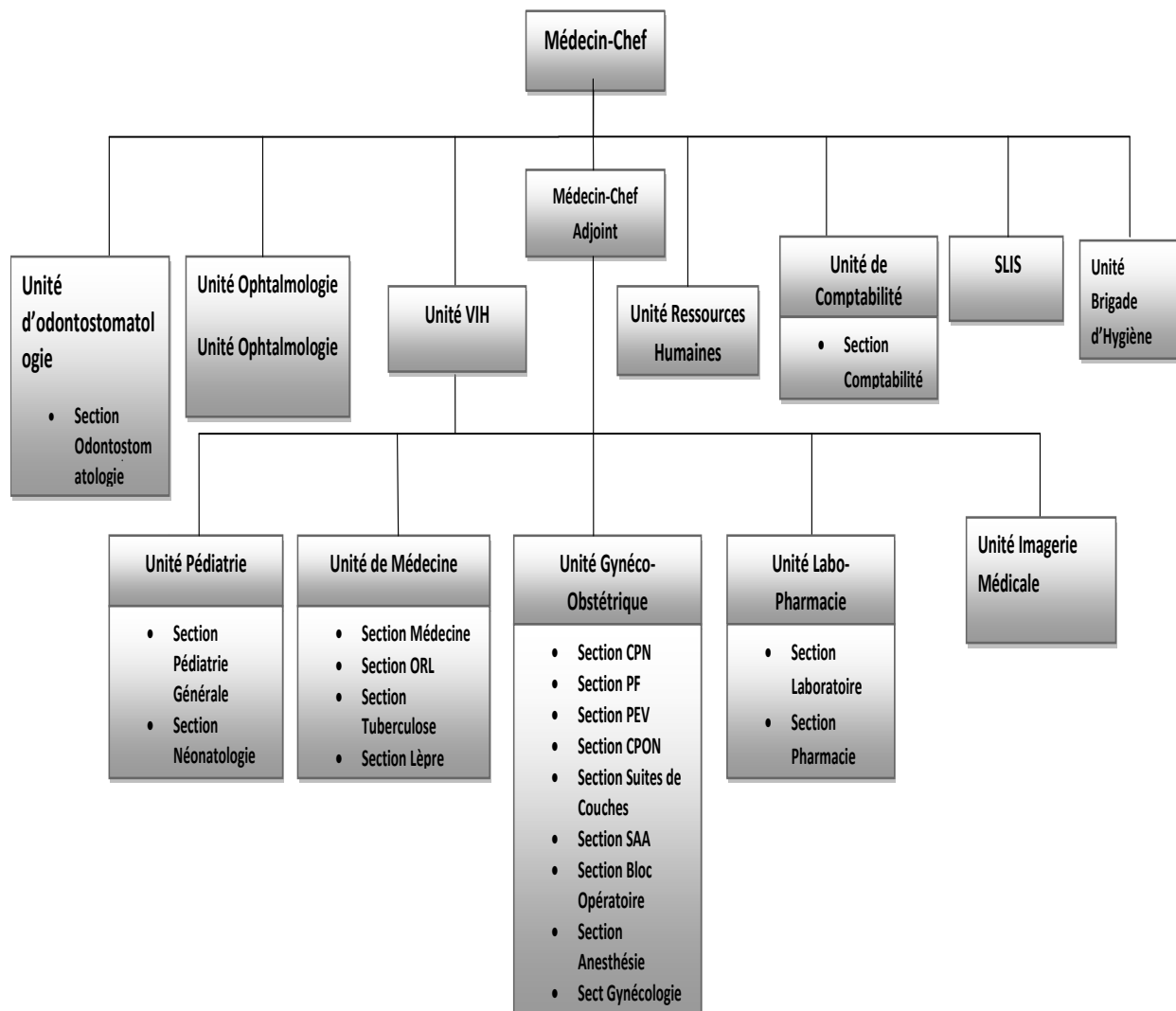
Le centre de santé de référence de la Commune V à l'instar des centres de santé de référence de cercle est un établissement public de soins ayant pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé du gouvernement du Mali.

A ce titre, il est chargé de :

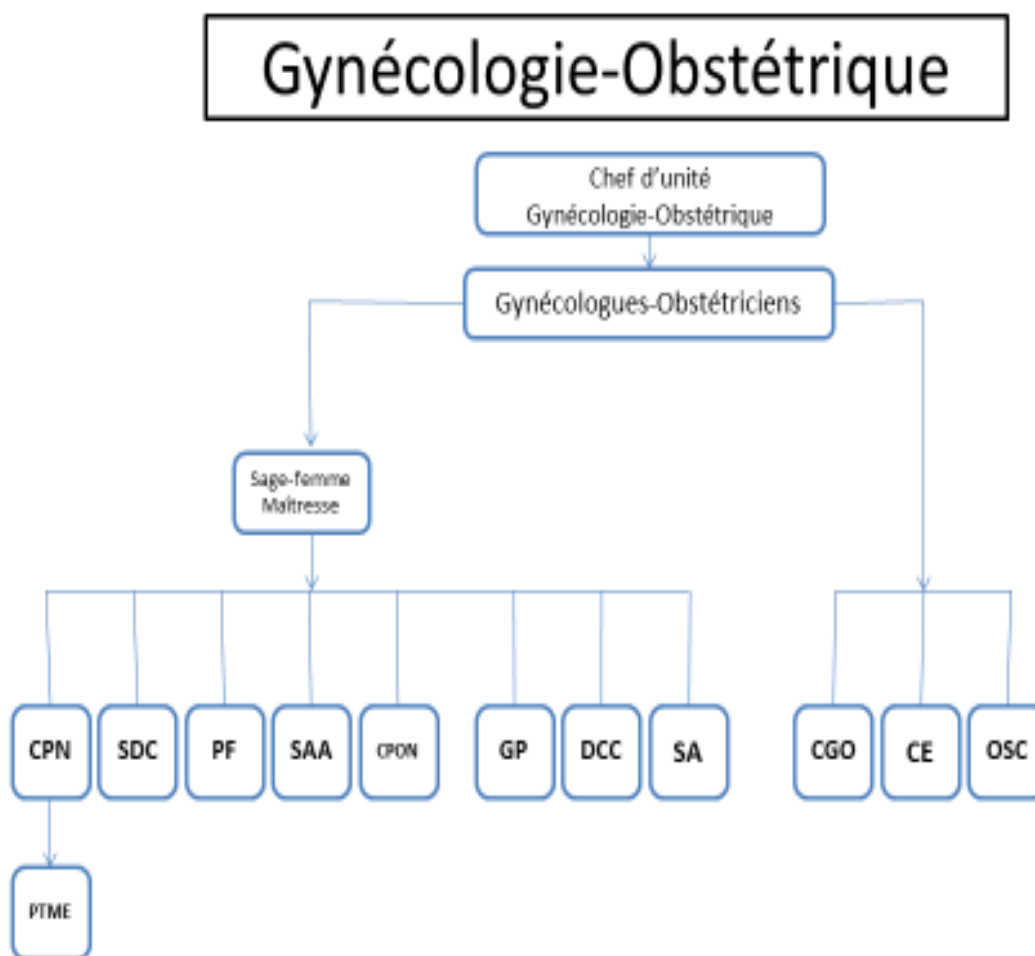
- Assurer la prévention, le diagnostic, et la prise en charge des maladies courantes,
- Assurer la prise en charge des maladies et la protection du couple mères enfants,
- Assurer la prise en charge des urgences et les cas référés ou évacués des centres de santé communautaires,

Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé, conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé, conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé.

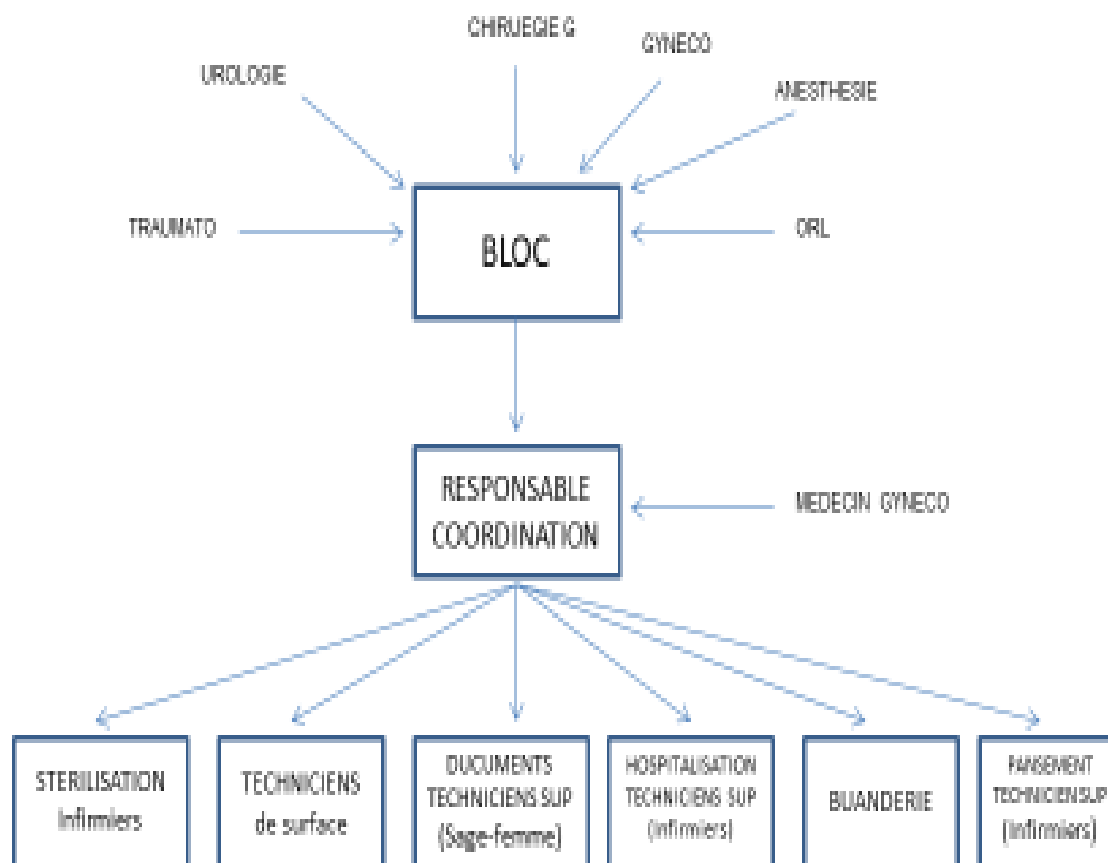
ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V



Organigramme du service de gynéco-obstétrique du CSRéf CV



**Organigramme du bloc opératoire selon le département des ressources
humaines du CSRéf CV**



Le Personnel

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en médecine communautaire (chef de service) ;
- Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sages-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;

- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein est fait tous les jours ouvrables est assuré par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de l'unité ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel est tenue à chaque fois qu'il y a un dossier de décès maternel.

4.2 Type d'étude :

C'est une étude transversale avec collecte de données qualitatives (au cours d'entretiens semi directifs avec les personnels soignants) et de données quantitatives (à partir des dossiers gynéco-obstétricaux).

4.3 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée de Janvier 2021 à Mai 2021.

4.4 Populations d'étude :

Elle était constituée des gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré.

4.5 Les critères d'inclusion :

Etaient incluses dans notre étude :

- Les gestantes vues pour menace d'accouchement prématuré au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako durant la période d'étude.
- Les personnels soignants impliqués dans la prise en charge des cas de menace d'accouchement prématuré au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako de janvier 2021 à avril 2021.

4.6 Critères de non inclusion :

N'étaient pas incluses dans notre étude ;

- Les grossesses de moins de 28 SA
- Les dossiers inexploitable
- les cas de mort foetal in-utero

4.7 Échantillonnage

Entretiens avec les personnels soignants

Pour une bonne représentation des différentes catégories de personnel soignant et vu l'effectif de chaque catégorie.

Nous avons fait les choix suivants :

-Entretiens avec tous les gynécologues -obstétriciens disponibles et volontaires (4 disponibles et volontaires)

- Entretiens avec cinq (5) internes (5 volontaires)

-Entretiens avec Cinq (5) sages-femmes (5 volontaires)

Les entretiens ont été faits dans les bureaux des personnels soignants au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako.

Pour ces entretiens, un rendez-vous a été pris avec chaque personnel soignant retenu pour cette étude.

L'exploitation des dossiers gynécologies et obstétricaux

Les dossiers gynéco-obstétricaux des gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré et ou accouchées prématurément ainsi que le registre des grossesses pathologiques ont été exploités au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V pour la période d'octobre 2020 -Avril 2021.

4.8 Les considérations éthiques

-Obtention du consentement libre et éclairé des personnels soignants qui ont participé à l'étude.

-Respect de l'anonymat des gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré et des parturientes accouchées prématurément dont les dossiers ont été exploités ainsi que le respect de l'anonymat des personnels soignants interviewés.

-Pour la période prospective de l'étude, les gestantes et les parturientes ont été informées de l'étude, c'est-à-dire elles ont été informées par rapport à l'exploitation de leurs dossiers.

La conduite et l'animation de notre projet

Entretiens avec les personnels soignants

-Le guide d'entretien a été élaboré et corrigé de janvier à février 2021

-Les entretiens avec les personnels soignants se sont déroulés de Mars à avril 2021.

-Le guide d'entretien a été créé sur la base des objectifs de l'étude.

L'exploitation des dossiers gynécologies et obstétricaux

- L'outil pour recueillir les données issues du dossier gynéco-obstétrical a été élaboré et corrigé de janvier à février 2021.

-De février 2021 à avril 2021, nous avons fait la collecte des données sur la menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré.

Le recueil et le traitement des données

-Pour recueillir les données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, nous avons exploité les dossiers gynéco-obstétricaux.

-Pour le recensement des accouchements (grossesses à termes), nous avons exploité le registre des accouchements.

-Pour le recensement des accouchements prématurés, nous avons exploité les dossiers des femmes accouchées prématurément.

-Pour le recensement des cas de menace d'accouchement prématuré, nous avons exploité les dossiers gynéco-obstétricaux des gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré et aussi le registre des grossesses pathologiques.

Entretiens avec les personnels soignants

Pour le recueil des données nous avons utilisé un guide d'entretien semi directif pour les personnels soignants. La base de données constituée avec les données des entretiens avec les personnels soignants, nous a permis d'avoir les données suivantes :

-Sur les facteurs de risques prédisposant à l'accouchement prématuré.

-Sur les solutions face aux facteurs de risques de l'accouchement prématuré.

-Sur les protocoles de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.

-Sur les difficultés de la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.

-Sur les échecs de la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.

Dossiers gynécologiques et obstétricaux

Les données de chaque dossier gynéco-obstétrical ont été extraites au moyen d'un outil de collecte des données. Les données extraites ont permis de renseigner les indicateurs suivants :

- Nombre d'accouchement prématuré effectué au centre de santé de référence de la commune V de Bamako pendant la période d'étude.
- Nombre d'accouchement prématuré pris en charge au centre de santé de référence de la commune V de Bamako pendant la période d'étude.
- Nombre d'accouchement prématuré évité après une prise en charge au centre de santé de référence de la commune V de Bamako pendant la période d'étude.
- Les données sur les caractéristiques socio-démographiques des gestantes (âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, régime matrimonial, ethnie, activité professionnelle, etc.).
- Les antécédents obstétricaux des gestantes (intervalle intergénérisique, nombre de grossesse, nombre d'accouchement prématuré, etc.).
- Les anomalies locorégionales (dans la sphère génitale) chez les gestantes et les pathologies associées à la grossesse.

4.9 Traitement des données

Les données ont été codifiées en numérique afin de permettre leur exploitation.

Nous avons créé une base de données avec le logiciel Epi info 7.2.

La saisie des données ainsi que l'analyse statistique ont été réalisées grâce au logiciel Epi info 7.2.

-Le logiciel Word : traitement de texte pour la saisie.

-Excel : tableur utilisé pour les tableaux

L'analyse statistique a été basée sur le test khi deux avec un seuil de signification $\alpha=0,05$

4.10 Définitions opérationnelles :

- **Gestation** : on parle de gestation pour la période allant de la fécondation à l'accouchement
- **La gestité** est le nombre de grossesse, y compris les fausses-couches, les grossesses extra-utérines, et les IVG.
- **La parité** correspond au nombre de naissance quel en soit le mode, à partir du moment où le terme est supérieur à 22sa et/ou le poids fœtal supérieur à 500g.
- Une gestante est une femme qui porte un embryon ou un fœtus ; est en état de grossesse.
- **L'intervalle inter génésique (IIG)** : c'est le temps écoulé entre la fin d'une grossesse et le début d'une nouvelle grossesse.

RESULTATS

5 Résultats

1. Prévalence

Durant la période d'étude, nous avons colligé 5565 dossiers d'accouchement. Le nombre de menace d'accouchement prématuré était de 122 soit 2,1%.

La prise en charge de ces menaces d'accouchement prématuré a permis d'éviter 29 cas d'accouchement prématuré soit 23,8% contre 93 cas d'échec soit 76,2%

2. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

Tableau III: Répartition des gestantes selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
14-25	54	44,3
26-34	48	39,3
35-45	20	16,4
Total	122	100

L'âge moyen était de 27,7ans avec des extrêmes de 14 ans et 42 ans.

Tableau IV: Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction

Niveau instruction	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Fondamental	59	48,4
Secondaire	25	20,5
Supérieur	03	2,5
Non scolarisé	35	28,6
Total	122	100

Les gestantes avaient le niveau d'étude fondamentale dans 59 cas soit une 48,4%.

Tableau V: Répartition des gestantes selon la résidence

Résidence	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Commune V Bamako	72	59,0
Hors commune V Bamako	50	41,0
Total	122	100

La majorité des gestantes résidaient en commune V avec 59%

Tableau VI: Répartition des gestantes selon l'origine géographique

Origine géographique	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Urbaine	48	39,3
Semi urbaine	74	60,7
Total	122	100

La majorité des gestantes étaient semi urbaine avec 60,7%

Tableau VII: Répartition des gestantes selon l'activité professionnelle

Activité professionnelle	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Ménagère	44	36,1
Vendeuse	22	18
Élève	20	16,4
Étudiante	18	14,8
Couturière	13	10,6
Aide- ménagère	05	4,1
Total	122	100

Les gestantes étaient ménagères dans 36,1% des cas.

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Mariée	85	69,7
Célibataire	33	27
Veuve	04	03,3
Total	122	100

Les gestantes étaient mariées dans 69,7% des cas.

Tableau IX: Répartition des gestantes selon l'ethnie

Ethnie	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Bambara	34	27,9
Peulh	19	15,6
Malinké	24	19,7
Soninké	19	15,6
Dogon	09	07,3
Sonrhäï	08	06,6
Bobo	04	03,3
Bozo	01	0,8
Sénoufo	01	0,8
Minianka	01	0,8
Kakolo	01	0,8
Diawando	01	0,8
Total	122	100

Les Bambaras étaient les plus représentés avec 27,9%

3. Antécédents obstétricaux

Tableau X: Répartition des gestantes selon la gestité.

Nombre de grossesse	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
1	28	22,9
2-3	41	33,6
4-6	35	28,7
>6	18	14,8
Total	122	100

Les paucigestes ont représenté 33,6% des cas. P=0,0050.

Tableau XI: Répartition des gestantes selon le nombre de CPN

Nombre CPN	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
< 4 CPN	67	69,8
≥ 4 CPN	29	30,2
Total	96	100

Nous observons que 30,2% des gestantes avaient fat au moins 4 CPN

Tableau XII: Répartition des gestantes selon l'antécédent d'accouchement prématuré

Antécédent accouchement prématuré	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
0	88	72,1
1	25	20,5
2	8	6,6
3	1	0,8
Total	122	100

Nous observons que 72,1% des gestantes n'avaient aucun antécédent accouchement prématuré

Tableau XIII: Répartition des gestantes selon l'antécédent d'avortement

Antécédent d'avortement					
Oui		Non		Total	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
60	49,2	62	50,8	122	100

Les gestantes avaient un antécédent d'avortement dans 60 cas soit 49,2%.

4. Suivi de la grossesse

Tableau XIV: Répartition des gestantes selon le suivi de la grossesse

Suivi grossesse	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Oui	96	78,7
Non	26	21,3
Total	122	100

La grossesse était suivie dans 78,7% des cas.

Tableau XV: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse

Age grossesse (SA)	Effectif	%
28-33	89	73,0
34-36SA+6Jours	33	27,0
Total	122	100

L'âge gestationnel variait de 28 à 33SA dans 73% des cas.

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon les motifs de non suivi de la grossesse

Motifs de non suivi de la grossesse	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Méconnaissance de la CPN	08	30,8
Attend que grossesse avance	06	23,1
Retard PEC	04	15,4
Manque information	02	7,7
Manque moyens financier	05	19,2
Négligence	01	3,8
Total	26	100

La méconnaissance de la consultation prénatale était le principal motif du non suivi des grossesses avec 30,8% des cas.

5. Anomalies locorégionales

Tableau XVII : Répartition des gestantes selon l'étiologie de la menace d'accouchement prématuré.

Etiologie	Effectif	%
Malformation utérine	1	0,8
Paludisme	31	25,4
Infection urinaire	20	16,4
HTA et complications	19	15,6
Grossesse multiple	9	7,4
Béance cervico isthmique	7	5,7
Diabète	1	0,8
Cardiopathie	2	1,6
Placenta prævia	7	5,7
Oligo amnios	3	2,5
Hydramnios	2	1,6
Anémie	7	5,7
Rupture prématurée des membranes	5	4,1
Cause inconnue	8	6,7
Total	122	100

Le paludisme et les infections urinaires étaient la cause de la menace d'accouchement prématuré avec respectivement 25,4% et 16,4% des cas.

6. Examen clinique

Tableau XVIII: Répartition des gestantes selon le score de Baumgarten

Score de Baumgarten	Effectif	%
≤ 3	39	32,0
4-5	67	54,9
> 6	16	13,1
Total	122	100,0

La menace d'accouchement prématuré était légère (score de Baumgarten ≤ 3) dans 32,0% des cas

7. Prise en charge

Tableau XIX: Répartition des gestantes selon la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré.

Prise en charge de la menace d'accouchement prématuré	Effectif	%
Tocolyse + Corticothérapie	115	94,3
Tocolyse + Antibiothérapie	77	63,1
Corticoïde+ Antibiothérapie	70	57,4
Antipaludique	31	25,4
Sulfate de magnésium	7	5,7
Anti hypertenseur	19	8,2
Antispasmodique	10	55,7

Dans 94,3% des cas, les gestantes avaient bénéficié de la tocolyse et de la corticothérapie.

Tableau XX: Répartition des gestantes selon la durée de la prise en charge

Durée prise en charge (jours)	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
1-7	95	77,9
8-14	14	11,5
15-21	8	6,5
22-24	5	4,1
Total	122	100

La durée de prise en charge était comprise entre 1 à 7 jours dans 77,9% des cas

Tableau XXI: Répartition des gestantes selon les suites de la prise en charge

Suites de la prise en charge	Menace d'accouchement prématuré	
	Effectif	%
Favorable	83	68
Non favorable	39	32
Total	122	100

Les suites étaient favorables dans 68% des cas

8. Résultats (entretiens avec le personnel soignant)

Au total nous avons fait 14 entretiens semi directifs avec le personnel soignant. Ces entretiens semi directifs ont eu lieu individuellement avec le personnel soignant du CSREF de la commune V.

Réponses relatives aux facteurs de risque prédisposant à l'accouchement prématuré :

Les facteurs de risque prédisposant à l'accouchement prématuré évoqués par le personnel soignant ont été les infections uro-génitales, le paludisme, l'hypertension artérielle, le diabète, les conditions socio-économiques défavorables, l'environnement de vie, les malformations utérines, la béance cervico-isthmique, les antécédents d'avortement, les antécédents d'accouchement prématuré et l'hydramnios.

Réponses relatives aux solutions face aux facteurs de risque de l'accouchement prématuré :

Le personnel soignant a donné des solutions pour certains facteurs de risque prédisposant à l'accouchement prématuré qui sont les suivantes :

- Dépistage précoce et traitement des infections au cours des CPN (consultations prénatales) et conseils pour la prévention des infections.
- Dépistage et traitement précoce de l'hypertension artérielle au cours des consultations prénatales.
- Cerclage du col de l'utérus en cas de béance cervico-isthmique.
- Dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action et prendre régulièrement la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) au cours de la grossesse pour prévenir le paludisme.
- Information, éducation et communication sur l'impact négatif des travaux lourds sur la grossesse au cours des consultations prénatales.
- Sensibilisation pour la promotion des CPN.
- Supplémentation en fer au cours de la grossesse.

Nous signalons que la promotion des consultations prénatales, l'information, l'éducation et la communication sur l'impact négatif des travaux lourds sur la grossesse lors des consultations prénatales, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action et la prise régulièrement de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) au cours de la grossesse pour prévenir le paludisme sont des réponses spécifiques des sages-femmes et des faisant fonction d'interne.

Spécifiquement les gynécologues-obstétriciens pensent qu'il est difficile d'agir sur certains facteurs comme les conditions socio-économiques défavorables.

Réponses relatives aux protocoles de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré :

Le protocole de prise en charge des MAP appliqué par les personnels soignants du centre de santé de référence de la Commune V sont :

- le repos ;
- l'hospitalisation en fonction de la sévérité ;
- la tocolyse avec inhibiteurs calciques (avec la Nifédipine) en fonction du score de Baumgarten et de la rupture ou non des membranes (poche des eaux) et souvent les Béta mimétiques sont utilisés surtout en cas de contre-indication des inhibiteurs calciques ;
- les antispasmodiques ;
- la corticothérapie (si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA).
- la recherche étiologique et traitement en fonction de cette recherche ;
- et l'antibiothérapie au besoin.

Le traitement de base des menaces d'accouchement prématuré est l'inhibition des contractions utérines qu'est la tocolyse avec les inhibiteurs calciques (avec Nifédipine) ou avec les Béta mimétiques en cas de contre-indication de la Nifédipine. Ces traitements sont en phase avec les traitements tocolytiques standard qui utilisent principalement trois classes pharmacologiques : les béta mimétiques, les antagonistes de l'ocytocine, ainsi que les inhibiteurs calciques.

Le dispositif de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré mentionné est commun aux Gynécologues-obstétriciens et aux faisant fonction d'internes mais les sages-femmes dans leur majorité (3sur5) n'ont pas cité tous les éléments du dispositif de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré surtout la tocolyse avec les produits et leurs posologies et la corticothérapie (si l'âge gestationnel est inférieur à 34 SA).

Réponses relatives aux difficultés de la prise en charge des cas de menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la Commune V

Les difficultés sont globalement à deux niveaux :

-Les difficultés liées à la structure de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré c'est-à-dire le centre de santé de référence de la Commune V: conditions d'hospitalisation pas adéquates pour les gestantes en situation de MAP c'est-à-dire les salles d'hospitalisation ne disposent pas d'équipements(appareil échographique, cardiotocographe pour la surveillance des contractions utérines de la gestante et du rythme cardiaque du fœtus) pour la surveillance des menaces d'accouchement prématuré, laboratoire du Cs réf sous équipé pour certains besoins d'analyses en cas de MAP.

-Les difficultés liées aux gestantes en situation de MAP: refus hospitalisation de certaines gestantes en situation de MAP, moyens financiers très limités(36,1 % sont des ménagères sans emploi , elles n'ont pas de revenu financier garanti pour payer les frais de prise en cas de MAP mais aussi plusieurs de leurs conjoints/partenaires sexuels sont sans revenu garanti et sont dans la précarité) pour plusieurs gestantes en situation de MAP, non suivi régulier des CPN par plusieurs gestantes, difficultés financière et géographique liées à l'accessibilité aux tocolytiques (produits pour le traitement des MAP).

Ces difficultés sont communes aux trois catégories de personnels soignants (gynécologues-obstétriciens, faisant fonction d'Internes et sages-femmes) et en

plus les gynécologues-obstétriciens ont spécifiquement mis l'accent sur le manque d'échographie et de cardiotocographe dans les salles d'hospitalisation des gestantes pour MAP. Cependant les sages-femmes ont précisé une difficulté spécifique qui est l'absence et le non-affichage de protocole standard de prise en charge des MAP dans les salles surtout à l'unité de grossesses pathologiques.

Réponses relatives aux succès de la prise en charge des cas de menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de la Commune V

Les trois catégories de personnels soignants ont évoqué comme succès les points suivants :

- Les MAP prises en charge tôt ont des suites favorables
- En cas de prise en charge rapide, les grossesses peuvent continuer jusqu'au terme ou à défaut les accouchements prématurés sont en général repoussés de quelques jours à quelques semaines.
- Les MAP sont bien gérées avec une prise en charge rapide et appropriée.

Réponses relatives aux échecs de la PEC des cas de MAP au CSRef

Les trois catégories de personnels soignants ont signalé comme échecs les points suivants :

- Gestantes en situation de MAP vues en retard par les personnels soignants.
- Prise en charge tardive de certaines MAP.
- Non-respect des prescriptions médicales et consignes par certaines gestantes en situation de MAP.
- Insuffisance dans la surveillance des MAP.
- Prise en charge inappropriée et inadéquate de certaines MAP.
- Ressources financières limitées de certaines gestantes pour l'achat des produits de prise en charge de la MAP.

Ces réponses expliquent la proportion d'accouchements prématurés évités (après prise en charge) faible qui est de 23,8%

DISCUSSION

6 Discussion

1. Approche méthodologique

Nous avons eu des difficultés à retrouver tous les dossiers gynéco- obstétricaux sur les menaces d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré car il n'y a pas un dispositif d'archivage sécurisé des dossiers.

Face à cette situation, nous avons répertorié dans le registre de grossesses pathologiques tous les cas de MAP avec leurs numéros et dans le registre d'accouchements tous les accouchements prématurés avec leurs numéros.

Avec ces numéros, nous avons recherché et retrouvé les dossiers non classés dans la salle d'archivage des dossiers. Ces dossiers étaient à plusieurs niveaux (salle de staff, bureaux des personnels soignants).

2. Proportions de Ménace d'accouchement prématuré et d'accouchement prématuré évité

Dans notre étude, la proportion de l'accouchement prématuré a été de 5,3 % et dans une étude [9] au centre de santé de référence de la commune II de Bamako, la fréquence de l'accouchement prématuré a été de 3,5%.

Ces chiffres sont proches parce que les deux structures (csref commune V et csref commune II) ont les mêmes réalités en termes de plateau technique (équipements) et que les gestantes étudiées dans les deux structures ont presque les mêmes caractéristiques sociodémographiques (âge, niveaux d'instruction, profession,...) et les mêmes attitudes et pratiques par rapport à la fréquentation des structures de santé surtout par rapport au suivi des grossesses.

Dans notre étude, 29 accouchements prématurés évités soit une proportion de 23,8%.

Ces proportions pourraient être améliorées avec la prise en compte des données des entretiens semi directifs de cette étude avec les personnels soignants surtout en tenant compte des propositions formulées suite à l'analyse des données de ces entretiens avec les personnels soignants.

3. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes

L'âge

Dans notre étude les adolescents et jeunes (14-35 ans) étaient les plus représentées avec 83,6% avec des extrêmes de 14 ans et 42 ans et dans l'étude de Doumbia K [10], la tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 80,5 % avec des extrêmes de 16 ans et 30 ans.

Dans une étude comparative de l'efficacité de la nicardipine, nifédipine et salbutamol dans la tocolyse des menaces d'accouchement prématuré en milieu tropical au Bénin

[11] sur 198 gestantes incluses, 37,87% avaient un âge entre 26 et 30 ans, la moyenne d'âge était d'environ 29 ans et dans notre étude l'âge moyen des gestantes était de 27,7 ans.

Niveau d'instruction

59 gestantes soit 48,4 % avaient le niveau d'étude fondamental et dans l'étude de Doumbia AK [10] 5,96 % des gestantes avaient un niveau d'étude fondamental et 82,78 % des gestantes étaient non instruites. Dans l'étude de Doumbia AK [10], les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies avec un questionnaire auprès des gestantes qui étaient au nombre de 151 et que la durée de cette étude a été de 12 mois alors que dans notre étude les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies avec des dossiers gynéco-obstétricaux et elle a duré 5 mois.

Nous constatons qu'il y a un nombre assez élevé de MAP chez les gestantes qui ne sont pas instruites ou qui ont un niveau d'étude bas. Selon l'EDSM VI (3), au niveau national ,2% des femmes de 15-49 ans avaient un niveau d'étude supérieur et 28% étaient alphabétisés (pouvant lire et écrire).

Profession

Nous avons observé que 44 soit 36,1% des gestantes étaient des ménagères qui n'exerçaient pas d'activité professionnelle. Cette situation est une des explications des moyens financiers limités de certaines gestantes.

Doumbia AK [10] et Kane J [12] avaient trouvé respectivement pour les ménagères 80,8% et 86,88% dans leurs études sur les menaces d'accouchement prématuré.

Respectivement 122 gestantes, 151 gestantes et 160 gestantes pour notre étude, celles de Doumbia AK [10] et Kane J [12].

4. Caractéristiques cliniques

Gestité

Nous avons trouvé que 94 soit 77,1% étaient des multigestes et Doumbia AK [10] a trouvé 74% pour les multigestes.

Diabaté S [13] et Diallo S [14] ont trouvé respectivement pour les paucigestes respectivement 36,6% et 38,46%. Dans l'étude de Diabaté S [13], les caractéristiques cliniques ont été recueillies par une entrevue de chaque gestante à l'aide d'un questionnaire et sur les dossiers obstétricaux, elle a concerné 71 gestantes en situation de menace d'accouchement prématuré. %. Dans l'étude de Diallo S [14], les caractéristiques cliniques ont été recueillies sur les dossiers gynéco-obstétricaux comme elles ont été aussi recueillies dans notre étude, l'étude de Diallo S a été faite sur 6 mois et notre étude a duré 7 mois.

Au Bénin, dans l'étude de Tshabu AC et al. [11] les multigestes prédominaient avec 43,93% des cas. Ce chiffre est très différent de celui (77,1% étaient des multigestes) de notre étude et cette différence pourrait s'expliquer par les aspects suivants : l'étude au Bénin a duré 12 mois alors que notre étude a duré 7 mois, l'étude au Bénin a concerné 198 gestantes tandis que notre étude a concerné 122 gestantes.

Antécédents d'avortement et d'accouchement prématuré

Dans notre étude 29,5 % des gestantes en situation de MAP avaient fait au moins un avortement spontané et 27,9% des antécédents d'accouchement prématuré. Ces statistiques sont proches à celles de Tshabu AC et al. [11] qui avaient trouvé que 27,3% avaient des antécédents d'avortement tardif et 21,2% des antécédents d'accouchement prématuré.

Nombre de consultation prénatale (CPN) et la durée de l'intervalle inter-génique (l'IG)

Le risque de prématurité est élevé quand l'intervalle inter-génésique est de moins de 18 mois [15].

La surveillance insuffisante de la grossesse, facteur très lié à la prématurité, résulte entre autres d'un environnement social très défavorable, cela est démontré par Blondel B. [16] et confirmé dans l'étude de Ouattara LB. [17] et par une autre réalisée en Centrafrique [18]. Dans les pays développés [19,20], Il y a une bonne prise de conscience quant à la surveillance des grossesses si bien que la primipare de faible revenu, la gestante de moins de 20 ans et celle de faible niveau d'études ne sont plus à haut risque ; cela, grâce à une éducation, une protection sociale et un système de soins périnataux rigoureux.

Dans notre étude, 26 gestantes soit 21,3% n'avaient pas fait de CPN et 75,5% des gestantes avaient un intervalle inter génique de 7-23 mois.

Doumbia AK [10] avait trouvé que 36 gestantes soit 23,8% n'avaient fait aucune CPN (consultation prénatale) et 51,7% avaient un intervalle inter-génique inférieur à 24 mois.

Ces données montrent la nécessité de faire la promotion de la planification familiale (PF) et la promotion des consultations prénatales surtout auprès des femmes en âge de procréer.

La promotion de la planification familiale (pour prolonger la durée de l'espace inter génésique) et des consultations prénatales (pour sensibiliser sur la nécessité

de faire tôt les CPN et le suivi régulier des CPN) peut se faire dans les centres de santé communautaire (cscm) surtout lors des jours de vaccination hebdomadaire dans les cscm et au csref où les femmes surtout celles en âge de procréer amènent les enfants pour leurs vaccinations.

Nous pouvons profiter de ces jours de vaccination pour organiser régulièrement des séances de sensibilisation et de causerie sur la planification familiale et les consultations prénatales.

Nous pouvons aussi faire la promotion de la planification familiale (PF) et la promotion des consultations prénatales lors des journées d'activités nutritionnelles pour les enfants, organisées hebdomadairement dans les centres de santé communautaire (cscm) et au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (csref CV de Bamako).

5. Causes des MAP

51 soit 41,8% des gestantes avaient des pathologies infectieuses dont le paludisme et les infections urinaires ont représenté respectivement 60,80% et 39,2% de ces infections. Dans l'étude de Tshabu AC et al. [11], l'étiologie la plus retrouvée était les infections urinaires présentes chez 28,78% des gestantes. Aussi dans notre étude, le paludisme et les infections urinaires étaient la cause de la menace d'accouchement prématuré avec respectivement 25,4% et 16,4% des cas

Dans l'étude de Diabaté S [13], pour les causes infectieuses, les infections urinaires avec 29,6% et le paludisme avec 19,7% étaient au premier rang. Doumbia AK [10] avait trouvé respectivement 21,2% et 17,9% pour les infections urinaires et le paludisme.

Des causes n'ont pas été trouvées dans 52 MAP soit 42,6% et Kane J [12] avait trouvé 37,5% de causes inconnues pour les MAP.

Ces taux élevés de paludisme et d'infections urinaires pourraient s'expliquer par le non suivi et le suivi incorrect des CPN.

6. Classification selon le score de Baumgarten

Dans notre étude 32,0% des gestantes faisaient une menace légère d'accouchement prématuré (MAP légère) selon le score de Baumgarten. Dans l'étude de Tshabu AC et al. [11] 77,3% des gestantes avaient un score de Baumgarten entre 3 et 6.

7. Prise en charge des MAP

Durée de la prise en charge en hospitalisation pour MAP

La durée moyenne de la prise en charge en hospitalisation des MAP a été de 4,27 jours avec les extrêmes de 1 à 24 jours. Diabaté S [13] a trouvé que 70,43% des gestantes ont fait plus de 4 jours de prise en charge en hospitalisation et des extrêmes allant de 3 à 14 jours.

Suites de la prise en charge des MAP

83 grossesses menacées (83 sur 122) soit 68 % ont été prolongées d'au moins 2 jours. 39 grossesses menacées (39 sur 122) soit 31,9% ont accouché dans moins de 2 jours. Parmi les grossesses prolongées, 29 grossesses (29 sur 83) soit 34,9 % ont évolué jusqu'au terme. Dans l'ensemble, 29 grossesses sur 122 MAP soit 23,8 % ont évolué jusqu'au terme et 91 sur 122 MAP soit 74, 6% ont accouché prématurément. Dans notre étude ,le taux d'échec de traitement à moins 48 heures a été de 31,9% et ce résultat est élevé comparé aux résultats d'une étude canadienne réalisée au CHU de Sainte-Justine à Montréal qui a rapporté un taux d'accouchement de 9,3% dans les 48 premières heures [21] avec un traitement par nifédipine et d'une étude au CHU de Grenoble sur le devenir des menaces d'accouchement prématuré après tocolyse [22] a mis en évidence une prévalence de 8,05% d'échec de traitement à 48 heures et une prévalence de 10,07% d'échec à 7 jours . Ces indicateurs de notre étude, pourront être améliorés en tenant compte des propositions formulées à la suite de l'analyse des données des entretiens semi directifs avec les personnels soignants.

8. Suites des accouchements prématurés pour les mamans

- 0 décès maternel.

-93,6% des gestantes ont accouché sans complication avant de sortir vivante du Csref commune V.

-6,4% des gestantes accouchées prématurément avec complication avant de sortir vivante du csref commune V.

Nous proposons des études sur l'accouchement prématuré au csref de la commune V de Bamako pour comprendre davantage sur les conditions de prise en charge des accouchements prématurés et des nouveau-nés prématurés afin de proposer pour réduire le nombre de décès des nouveau-nés et de réduire le nombre de complications chez les gestantes accouchées prématurément.

Dans l'étude de Kiemtoré S et al. [23], Pendant les premières 24 heures, 71,6 % (n=95) des nouveau -nés étaient dans une situation défavorable (infections néonatales, hypothermie, détresse respiratoire et souffrance néonatale) dont 20%(n=20) de ces nouveau-nés sont décédés et 28,4%(n=27) étaient dans une situation favorable.

9. Données issues des entretiens semi directifs avec les personnels soignants

Facteurs de risque prédisposant à la Ménace d'accouchement prématuré :

Les facteurs de risque prédisposant à la menace d'accouchement prématuré évoqués par les personnels soignants ont été les infections, Hypertension artérielle, diabète, conditions socio-économiques défavorables, environnement de vie, malformations utérine et béance cervico-isthmique et que ces facteurs ont été retrouvés sur les dossiers des gestantes en situation de MAP. Ces mêmes facteurs ont été cités dans l'étude sur la MAP au Csref commune V de Bamako [10] et dans l'étude sur la prise en charge initiale de la menace d'accouchement prématuré à l'école de Sage-femme de Metz [24].

Solutions face aux facteurs de risque de Menace d'accouchement prématuré :

Les personnels soignants ont donné des solutions pour certains facteurs de risque prédisposant à la Menace d'accouchement prématuré qui sont les suivantes :

- Dépistage précoce et traitement des infections au cours des CPN et conseils pour la prévention des infections.
- Dépistage et traitement précoce de l'Hypertension artérielle au cours des CPN.
- Cerclage du col de l'utérus en cas de béance.
- Respect des consignes et prescriptions médicales et cela est possible en communiquant efficacement avec les gestantes lors des CPN (consultations prénatales).
- Dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide et prendre régulièrement SP au cours de la grossesse pour prévenir le paludisme et cela est possible parce qu'au Mali, une moustiquaire imprégnée d'insecticide est donnée gratuitement à chaque femme enceinte dès sa première CPN (consultation prénatale) et aussi la SP (sulfadoxine pyriméthamine) est régulièrement donnée aux femmes enceintes gratuitement.
- IEC sur l'impact négatif des travaux lourds sur la grossesse au cours des CPN.
- Il est difficile d'agir sur certains facteurs comme les conditions socio-économiques défavorables. La prise en compte de ces solutions pourrait permettre d'éviter certaines MAP et accouchements prématurés. Certaines solutions de cette étude se retrouvent dans l'étude de Doumbia AK [10]. Mais il est important de signaler qu'il n'y a pas de solutions à envisager sur certains facteurs de risque (certaines malformations utérines) prédisposant à l'accouchement prématuré.

Discussion sur les protocoles de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré :

Le traitement de base des MAP est le traitement des contractions utérines qu'est la tocolyse avec les inhibiteurs calciques (avec Nifédipine) mais souvent en cas

de contre-indication de la Nifédipine, la tocolyse est faite avec les Béta mimétiques. Ces traitements sont en phase avec les traitements tocolytiques standard qui utilisent principalement trois classes pharmacologiques : les béta mimétiques, les antagonistes de l'ocytocine, ainsi que les inhibiteurs calciques.

La corticothérapie (avant 34 SA) et la recherche étiologique en plus du repos sont également les essentiels de la prise en charge des MAP. Ces mêmes traitements tocolytiques ainsi que la corticothérapie (avant 34 SA) et la recherche étiologique sont cités dans les études sur la prise en charge des MAP telles que celles de Muszynski C [25] et de Boulier S [24]. Au Csref de la commune V, le diagnostic de la MAP est essentiellement basé sur l'examen physique (l'inspection, la palpation abdomino-pelvienne et le toucher vaginal). La gravité de la MAP est appréciée et chiffrée avec un suivi de l'évolution par un indice de MAP (indice basé sur la clinique) appelé indice de Baumgarten (IBG) comportant quatre paramètres cotés chacun de zéro à quatre points à savoir les CU, les membranes, les métrorragies et la dilatation du col de l'utérus.

Cependant dans beaucoup de pays surtout ceux développés, la confirmation diagnostique et le suivi des MAP se font en mettant en contribution les examens complémentaires et ces examens sont cités dans l'étude de Muszynski C [25]. Ils sont les suivants :

- Le tocographe externe (TOCO) représente l'examen de première intention réalisé chez toute patiente consultant pour des contractions ressenties ou de simples douleurs pelviennes lors d'une grossesse. Il s'agit de positionner sur l'abdomen de la femme enceinte, grâce à une sangle élastique, un capteur qui enregistre l'effet mécanique de la contraction sur la paroi abdominale de la mère (déplacement, force).

- L'échographie trans-vaginale : C'est l'examen de référence pour prédire le risque d'accouchement prématuré d'une patiente. Plusieurs techniques de mesure ont été testées mais celle qui paraît la plus reproductible et la plus utile est celle de la

longueur fonctionnelle du col utérin. La longueur du col est significativement corrélée au risque d'accouchement prématuré spontané. Selon [1], les seuils de 15 mm et de 25 mm sont les plus pertinents pour respectivement prédire et écarter un risque d'accouchement prématuré spontané à 48 heures et à 7 jours

- Les biomarqueurs dosés dans les sécrétions vaginales et cervicales.
- Les biomarqueurs dosés dans le sérum maternel.
- Le dosage de l'estriol dans les sécrétions salivaires.
- Biomarqueurs dosés dans le liquide amniotique.

Aussi une étude réalisée au Maroc [26] trouve que le principal enjeu de la menace d'accouchement prématuré réside dans son dépistage car l'appréciation du risque réel d'accouchement prématuré reste médiocre et conduit à tocolyser « en excès » près de deux tiers des patientes.

Les molécules (médicaments) utilisés pour le traitement de la menace d'accouchement prématuré surtout pour la tocolyse (médicaments tocolytiques sont des produits visant à supprimer les contractions utérines) au centre de santé de référence de la commune V de Bamako (csref CV de Bamako) sont en adéquation avec les référentiels pour le traitement des menaces d'accouchement prématuré mais le csref CV de Bamako n'a pas tous les équipements nécessaires pour renforcer le diagnostic et la surveillance des menaces d'accouchement prématuré. Ces examens sont essentiellement l'échographie Trans-vaginale et les biomarqueurs. Le renforcement du plateau technique avec ces équipements va améliorer efficacement la prise en charge des cas de menace d'accouchement prématuré. Le protocole appliqué pour la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré au centre de santé de référence (csref) de la commune V de Bamako n'est pas partagé avec certaines catégories (sage-femme et infirmières) de personnels soignants impliqués dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré. Pour la bonne application du protocole de prise en charge des menaces d'accouchement prématuré (MAP) au csref de la

commune V de Bamako, il est très nécessaire de le partager avec tous les personnels soignants impliqués dans la prise en charge des MAP.

Difficultés, succès, échecs et défis de la prise en charge des MAP :

Les difficultés sont liées globalement à deux niveaux : les difficultés liées à la structure de prise en charge des MAP c'est-à-dire le Csref commune V et celles liées aux gestantes en situation de MAP. Ces difficultés sont des raisons qui conduisent à plusieurs échecs de prise en charge efficace des MAP. Aussi, on peut agir sur certains échecs évoqués avec une communication efficace et régulière pour les gestantes et avec une formation continue des personnels soignants ainsi qu'une bonne organisation au niveau de l'unité de grossesses pathologiques du Csref commune V. Ces actions pourraient augmenter significativement les cas de succès de la prise en charge des MAP.

Les défis à relever sont essentiellement à deux niveaux qui sont : le renforcement des capacités des personnels soignants et l'amélioration du plateau technique du Csref.

Pour faire face à ces défis, les actions réalistes dans le contexte du csref pourraient résoudre les constats faits en termes de difficultés, échecs et ces actions sont les suivantes avec les explications de mise en œuvre :Mettre au niveau de la pharmacie du csref ,les tocolytiques à des prix subventionnés(subvention demandée à l'Etat et ses partenaires),mettre un kit d'urgence constitué des produits de prise en charge des MAP au niveau de l'unité de grossesse pathologique, assurer la garde des sages au niveau de l'unité des grossesse pathologiques(cela est possible car le csref a plus d'une vingtaine de sages-femmes), une organisation semestrielle ou annuelle des formations/recyclages concernant les personnels soignants du csref ainsi que les sages-femmes et infirmières des cscm sur les CPN (consultations prénatales) et sur la prise en charge des MAP pour améliorer leurs connaissances et compétences surtout sur certains points qui sont entre autres: comment établir le CRAP à partir de la

première CPN, ,comment détecter et agir sur certains facteurs de risque des MAP avant et au cours de la grossesse(infections urinaires, paludisme,...).Aussi doter le service de gynéco-obstétrique du csref en appareil échographique(échographie trans vaginal) et en cardiotocographe pour les cas des MAP et le csref peut acquérir ces équipements avec ses fonds propres ou demander l'appui du Ministère de la santé et ses partenaires. Pour la dotation du laboratoire du csref en équipement pour les analyses nécessaires en cas des MAP, c'est possible d'acquérir l'appareil pour l'ECBU et antibiogramme sur fonds propres ou demander l'appui du Ministère de la santé et ses partenaires mais la dotation en équipement pour les analyses sur les marqueurs biologiques en cas de MAP pourrait prendre du temps en raison du cout élevé et de la nécessité de formation/recyclage des laborantins.

Propositions pour l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des cas de menace d'accouchement prématuré.

<i>Constats</i>	<i>Propositions</i>
<i>Traitements inadéquats et inappropriés (par certaines sages-femmes)</i>	1-Renforcer périodiquement les capacités des personnels soignants du csref sur la prise en charge des MAP
<i>CPN débutées en retard par certaines gestantes</i>	2-Faire des CPN dès le début de la grossesse
<i>Certaines CPN ne sont pas de qualité</i>	3-Pratiquer des CPN de qualité (sages-femmes)
<i>Gestantes sans CPN au cours de la grossesse</i>	4- Faire la promotion des CPN auprès des femmes en âge de procréer
<i>Gestantes à moins de 4 CPN recommandées</i>	5-Renforcer la sensibilisation sur le suivi régulier des CPN
<i>75,5 % des gestantes en situation de MAP avaient un intervalle inter-génésiq</i> <i>ue inférieur à 24 mois</i>	6-Faire la promotion de la planification familiale en ciblant surtout les femmes en âge de procréer afin qu'elles prolongent l' <i>intervalle</i>

	<i>inter-génésique à une durée minimale supérieure ou égale à 24 mois</i>
<i>Le risque d'accouchement prématuré n'est pas évalué au cours des CPN surtout la 1^{ère} CPN</i>	7- Etablir le CRAP à partir de la 1 ^{ère} CPN chez chaque gestante
<i>On peut agir sur certains facteurs de risque des MAP</i>	8-Détecter et agir sur certains facteurs de risque des MAP avant et au cours de la grossesse
<i>Tous les tocolytiques ne sont pas disponibles à la pharmacie du Csref et ils coutent assez chers dans les offices pharmaceutiques de la ville</i>	9- Mettre au niveau de la pharmacie du Csref, les tocolytiques à des prix subventionnés
<i>Retards dans la prise en charge des MAP faute de produits (moyens financiers limités des gestantes)</i>	10- Mettre un kit d'urgence constitué des produits de prise en charge des MAP au niveau de l'unité des grossesses pathologiques
<i>Absence de protocole de prise en charge élaboré sur les MAP</i>	11- Elaborer et afficher dans les salles d'hospitalisation des MAP, un protocole de prise en charge des MAP
<i>Retards dans la prise en charge des MAP (retard lié aux personnels soignants). Pas de garde des personnels soignants à l'unité des grossesses pathologiques</i>	12-Assurer la garde des sages-femmes au niveau de l'unité des grossesses pathologiques
<i>Certaines gestantes ne respectent pas les prescriptions médicales et consignes donnés</i>	13-Communiquer efficacement avec les gestantes pour le respect des prescriptions médicales et consignes donnés par les personnels soignants
<i>Certaines analyses (ECBU avec antibiogramme, prélèvement vaginal avec antibiogramme, analyse du liquide</i>	14- Doter le laboratoire du CSREF en équipement pour faire les analyses nécessaires

<i>amniotique, les analyses sur les marqueurs biologiques faites lors des MAP,) ne peuvent pas être faites au laboratoire du Csref commune V</i>	(ECBU et antibiogramme, PV,...) en cas des MAP
<i>Le diagnostic des MAP est uniquement clinique au Csref ainsi que la surveillance des MAP hospitalisées</i>	15- Doter le CSREF en appareil échographique (échographie Trans vaginal) pour renforcer le diagnostic des MAP et pour une surveillance efficace des cas de MAP hospitalisées.
<i>La surveillance des gestantes hospitalisées pour MAP est seulement clinique.</i>	16-Doter le CSREF en cardiotocographe (pour surveiller l'activité cardiaque des fœtus ainsi que les contractions utérines) pour une surveillance efficace des cas de MAP hospitalisés.
<i>Plusieurs CPN se font au niveau des cscom et plusieurs MAP viennent des cscom</i>	17-Recycler périodiquement les sages-femmes et infirmières obstétriciennes des cscom sur la CPN recentrée et sur la prise en charge des MAP.
<i>Infections urinaires sont la 2eme cause infectieuse des MAP</i>	18-Introduire systématiquement l'ECBU dans le bilan de CPN afin de détecter les infections urinaires évoluant à bas bruit.
<i>Paludisme est la première cause infectieuse des MAP</i>	19-Intensifier la sensibilisation sur l'importance de dormir sous MII et la prise de SP durant la grossesse afin de prévenir le paludisme.

CONCLUSION

7 Conclusion

Pendant cette étude, nous avons enregistré des succès intéressants dans la prise en Charge des MAP :

- 83 grossesses menacées (83 sur 122) soit 68 % ont été prolongées d'au moins 2 jours.
- 29 grossesses sur 122 MAP soit 23,8 ont évolué jusqu'au terme.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre les MAP et surtout elle nous a permis à travers les entretiens semi directifs avec les personnels soignants d'apprécier les conditions, difficultés, échecs et succès de la prise en charge des MAP au niveau du csref de la commune V de Bamako.

L'analyse de ces entretiens nous a également permis de tirer trois enseignements essentiels :

- Des besoins de formation et de recyclage périodique des personnels soignants sur la prise en charge des MAP.
- Des besoins d'équipement pour renforcer le diagnostic, le traitement et la surveillance des cas de MAP.
- Des besoins d'organisation au sein du service de gynéco-obstétrique pour une meilleure prise en charge des gestantes en situation de MAP.

La prise en compte des propositions formulées ci-dessus, permettra de satisfaire ces trois types de besoins et d'améliorer la prise en charge des MAP et la prévention de l'accouchement prématuré.

RECOMMADATIONS

8 Recommandations

Au terme de cette étude certaines recommandations sont proposées :

Aux autorités sanitaires

- ✓ Doter le laboratoire du C.S. Réf.CV d'un équipement permettant la réalisation de PV, d'ECBU et antibiogramme.
- ✓ Doter le service d'un cardiotocographe

Au Ministère de l'Éducation

Intensifier la scolarisation des filles pour améliorer le niveau socioéconomique et le niveau de la santé de la reproduction.

Aux Agents de la Santé

- ✓ Pratiquer des CPN de qualité pour diagnostiquer tôt les facteurs de risque de MAP.
- ✓ Faire la bandelette urinaire au cours des CPN dans le but de détecter les infections urinaires asymptomatiques

Aux Gestantes

- ✓ Faire des CPN au début de la grossesse.
- ✓ Respecter les consignes données par les agents de santé.

REFERENCES

9 Références

- 1- CNGOF.RPC- Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (2016) 45, 1446-1456
- 2- Kayem G, Lorthé E, Doret M. Prise en charge d'une menace d'accouchement premature Management of preterm labor. J Gynecol Obstet Biol la Reprod. 2006; 45(10):1364-73.
- 3-Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2018. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
- 4-World Health Organization. Born too soon : The global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012. Http: // www.who. Int /pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report .pdf.
- 5-Zigliara P. PRISE EN CHARGE DE LA PRÉMATURITÉ A L'OFFICINE PLACE ET CONSEILS DU PHARMACIEN [Thèse de doctorat en pharmacie]. Lille: Faculté de pharmacie ,2019
6. Lansac J, Berger C, Magnin G. Diagnostic et conduite à tenir devant une menace d'accouchement. Pratique de l'obstétrique 3e édition Masson paris 2001 : 580p
7. Merger R, Levy J, Melchior J. MAP et accouchement prématuré spontané. Précis d'obstétrique, 6è édition Masson Paris 2001 : 597p
8. Papiernick E. Prévention de la prématurité obstétrique Flammarion médecine sciences Masson Paris 1995 : 1584p
- 9- Konate MO. Etude de l'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2009

10- Doumbia AK. Menace d'accouchement prématuré dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2006.

11-Tshabu AC., Adisso S., Sacca J., Noutchozoukpo B., Souza J. Etude comparative de l'efficacité de la nicardipine, nifédipine et salbutamol dans la tocolyse des menaces d'accouchement prématuré en milieu tropical au Bénin. Revue Africaine d'anesthésiologie et de Médecine d'urgence ; Tome 19, n°2-2014 :8-12

12- Kane J. Menace d'accouchement prématuré au centre de santé de référence de kadiolo. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2009

13- Diabaté S. Menace d'accouchement prématuré au CSREF de la commune II. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2013

14- Diallo S. MAP : prise en charge par l'utilisation de la nifédipine au service Gynéco-obstétrique du centre de sante de référence de la commune V du district de BAMAKO. [Thèse de doctorat en médecine]. Bamako : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie ; 2003

15-ABU HK, ABED Y, ABU HB. Risk factors associated with preterm birth in the Gaza Strip: hospital-based case-control study. La revue de santé de la Méditerranée orientale 2007; 13(5):1132-1141.

16-BLONDEL B, MARSHALL B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. J Epidemiol Community Health 1998; 52:501-6.

17-Ouattara LB. La prématurité : Profil épidémiologique et devenir à court terme. Expérience du CHU Mohamed VI [Thèse de doctorat en médecine]. MARRAKECH : Faculté de Médecine et de pharmacie ,2009

18-Bobossi -Serengbe , Mbongo-Zindamoyen AN, Dimer H, Nadji -Adim F, Siopathis RM. Les nouveau-nés de faible poids de naissances à l'unité de néonatalogie du complexe pédiatre de Bangui (RCA) : devenir immédiat et pronostic. Med Afrique Noire 2000 ; 47:191-5.

19- Foix Helias L., Ancel PY. , Blondel B. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2000 ; 29(2) :55-65.

20- Otterblad-olausson PM, Cnatingius S. & Oldenberg RL. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. Obstet Gynecol, 1997 ; 89 :451-457.

21- Spiesser L. Effets maternels, fœtaux néonataux de la Nifédipine utilisée comme tocolytique. 12e journée de Formation Médicale Continue de Gynécologie Obstétrique destinée aux Médecins Généralistes

22-Rulence D. Etude descriptive du devenir des menaces d'accouchement prématuré après tocolyse au CHU de Grenoble [Mémoire du diplôme d'état de Sage-Femme]. Grenoble : UNIVERSITE Joseph Fourier ; 2014

23- S. Kiemtoré et al. Facteurs de risque et pronostic de l'accouchement prématuré dans les maternités de la ville d'Ouagadougou (Burkina Faso). SAGO ; 2008.Communications libres

24- Boulier S. Prise en charge initiale de la menace d'accouchement prématuré : Intérêt de la réalisation du test à la fibronectine fœtale et de l'échographie de col utérin [Mémoire de l'école de sage-femme de Metz]. Nancy : Université Henri Poincaré Ecole de sage-femme de Metz ; 2012.

25- Muszynski C. Evaluation de l'électrohystérogramme pour la surveillance et le diagnostic des femmes à risque d'accouchement prématuré [Thèse de doctorat de l'université de technologie Compiègne, Spécialité : Bio-ingénierie] . 2019.

26- Soule HM et al. Epidémiologie, prise en charge et pronostic de la menace d'accouchement prématuré au service de gynéco-obstétrique II du CHU Hassan II de Fès (Maroc) : une étude rétrospective de 217 cas. PAMJ - Clinical Medicine. 2021;5:10. [doi: [10.11604/pamj-cm.2021.5.10.25414](https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2021.5.10.25414)]

ANNEXES

10 Annexe

FICHE D'ENQUETE

N°....

Date :

Menace d'accouchement prématuré /___/

Accouchée prématurément /___/

1. Antécédents Obstétricaux :

1. Intervalle inter gésésique (I. IG) : (en mois)

2. Nombre de grossesse :

3. Nombre d'accouchement :

Nombre d'accouchement à terme :

Nombre d'accouchement prématuré :

Nombre d'avortement :

Nombre d'avortement spontané :

Nombre d'avortement provoqué :

Autres antécédents obstétricaux à préciser s'il y a eu :

2. Antécédents gynécologiques :

2.1 Non : /___/

2.2 Oui : /___/ si oui préciser

.....

3. Antécédents chirurgicaux :

3.1 Non : /___/ 3.2 Oui : /___/ si oui préciser : 3.2.1 Appendicectomie /___/

3.2.2 Myomectomie /___/ 3.2.3 Kystectomie /___/ 3.2.4 Autre à préciser :

.....

4. Suivi de la grossesse :

4.1 Non : /___/ si non quelles sont les raisons :

.....

4.2 Oui : /___/ 4.2. Le nombre de consultation prénatale :

3.2.1 : inférieur à 4 CPN /___/ 3.2.2 : supérieur ou égal à 4 CPN /___/

5. Anomalies locorégionales chez la gestante :

5.1 Malformation utérine 5.1.1 Non : /___/ 5.1.2 Oui : /___/ si oui à préciser

.....

5.2 Béance cervico isthmique

5.2.1 Non : /___/ 5.2.2 Oui : /___/ si oui à préciser :.....

6. Développement de grossesses multiples avec des jumeaux, des triplets,

6.1 Non : /___/ 6.2 Oui : /___/ si oui à préciser :.....

7. Pathologies infectieuses associées à la grossesse :

7.1 Non : /___/ 7.2 Oui : /___/ si oui à préciser et donner la prise en charge :

7.2.1 Paludisme /___/ et la PEC :

7.2.2 Infection génito-urinaire /___/ et la PEC :

7.2.3 Hépatite B /___/ et la PEC :

7.2.4 VIH /___/ et la PEC :

7.2.5 Rubéole /___/ et la PEC :

7.2.6 Rubéole /___/ et la PEC :

7.2.7 Toxoplasmose /___/ et la PEC :

7.2.8 Syphilis /___/ et la PEC :

7.2.9 Autre à préciser : et la PEC :

.....

8. Pathologies hypertensives et complications associées à la grossesse :

8.1 Non : /___/ 8.2 Oui : /___/ si oui à préciser et donner la prise en charge :

8.2.1 HTA /___/ et la PEC :

8.2.2 HRP /___/ et la PEC :

8.2.3 Pre éclampsie /___/ et la PEC :

8.2.4 Autre à préciser : et la PEC :

.....

9. Autres Pathologies associées à la grossesse :

9.1 Non : /___/ 9.2 Oui : /___/ si oui à préciser et donner la prise en charge :

9.2.1 Cardiopathie /___/ et la PEC :

9.2.2 Diabète /___/ et la PEC :

9.2.3 Autre à préciser à préciser : /___/ et la PEC
:.....

10. Autres complications :

10.1 Non : /___/ 10.2 Oui : /___/ si oui à préciser et donner la prise en charge :

10.2.1 MAP /___/ et la PEC :

10.2.2 Placenta Prævia /___/ et la PEC :

10.2.3 Hémorragie isolée /___/ et la PEC :

10.2.4 Oligo amnios /___/ et la PEC :

10.2.5 Hydramnios /___/ et la PEC :

10.2.6 Anémie /___/ et la PEC :

10.2.7 RPM /___/ et la PEC :

10.2.8 RCIU /___/ et la PEC :

10.2.9 Autre à préciser à préciser : /___/ et la PEC
:.....

11. Examen clinique :

Score de Baumgarten

	0	1	2	3	4
C U	0	Irrégulière	Régulière		
Membranes	Intactes		Rupture haute		Rupture basse
Métrorragie	0	Peu importante	Hémorragie		
Dilatation du col	0	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm

11.1 Score inférieur à 3 MAP légère /___/

11.2 Score de 3 à 6 MAP Modérée /___/

11.3 Score supérieur à 6 MAP Sévère /___/

11.4 Autres éléments à préciser si nécessaire :

11.4.1 Avant l'examen :

11.4.2 En consultation :

12. Prise en charge :

12.1 Menace d'accouchement prématuré / ___ / :

12.1.1 Tocolyse (préciser les produits) : / ___ /

12.1.2 Corticoïdes (préciser les produits) : / ___ /

12.1.3 Antibiotiques (préciser les produits) : / ___ /

12.1.4 Durée de la prise en charge :

12.1.5 Autres (à préciser) : / ___ /

12.2 Accouchement prématuré / ___ / :

12.2.1 Préciser

la PEC :

12.2.2 Durée de la prise en charge :

13-Suites

13.1 Suites de la PEC Menace d'accouchement prématuré (à préciser)

:

13.2 Suites de la PEC Accouchement prématuré (à préciser)

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre des mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.