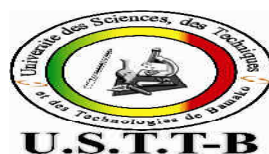


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2012

N°.....

TITRE

**L'INFLUENCE DE LA SURVEILLANCE
PRENATALE SUR LA PARTURITION DANS LE
SERVICE GYNECOLOGIE OBTETRIQUE DU
C.H.U DU POINT G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par M. NIMAGA Ibrahima

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Saharé FONGORO

Membre : Dr. Seydou DIARRA

Co. Directeur : Pr. Samba DIOP

Directeur: Pr. Bouraïma MAIGA

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

☞ Allah ! Point de divinité à part Lui, le Vivant, celui qui subsiste par lui-même. Il est au-dessus de ceux qu'il décrit ! Et paix sur les Messagers

☞ **Mes parents :**

C'est avec les yeux débordant de larmes, d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots. Je voudrais vous signifier toute ma gratitude, mais je suis embarrassé, ne voyant pas comment l'exprimer avec exactitude...

☞ **A mon Père : Feu Baba NIMAGA**

Tu as consacré le meilleur de toi-même à mon éducation. Cher Père tu demeureras pour moi un exemple de courage, d'abnégation et de persévérance dans ma vie. Que le bon Dieu te réserve une place au paradis. Paix à ton âme.

☞ A ma mère : Feue Hawa NIMAGA

Paix à ton âme ! Tu es un véritable cadeau ! Je dirai, tu es irremplaçable. Tendresse, affection, voici ce que tu as été toujours pour moi. Ce travail est le fruit de tes angoisses et des efforts que tu as consentis tout au long de ma formation. Reçois donc ce travail en guise de reconnaissance et d'amour que te témoigne ton fils qui t'aime tant. Nous prions profondément pour le repos de ton âme.

REMERCIEMENT

☞ A mon grand frère : Mamadou NIMAGA

Merci infiniment. Tu m'as encouragé à entreprendre des études de médecine, voici le fruit de ton labeur.

Puisse ma reconnaissance être à la hauteur de ta générosité.

Cher grand frère, ces propos sont insuffisants pour apprécier à leur juste valeur tous les engagements que tu as tenus à mon égard.

Trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon grand respect

☞ A mon épouse : Magou DIBASSY : Je t'aime!!!

Merci infiniment. Tu m'as poussé à entreprendre des études de médecine, voici le fruit de ton effort.

Par tes sages conseils, tu as comblé les ravins de mes échecs, ton affection à mon égard et tes bénédictions ont été un soutien inestimable pour la réussite de mes études

Que Dieu nous protège : Amen!!!

A mon fils Mohamed NIMAGA et ma fille Badiallo NIMAGA, Je vous remercie infiniment de m'avoir aidé à surmonter toutes ces épreuves ensemble, ce travail est le votre. Je suis fier de vous. Que Dieu le tout puissant vous protège, avec beaucoup de bonheur dans la longévité; Amen !!!

☞ **A vous mes frères et sœurs :**

-Fousseiny, Mariam, Mamadou, Mama,-Tidiany, Fatoumata, Bakary, Magou, Lassana, Cissé, Fodeba, Hadji, Badembo, Sirandou,

Vous avez fait preuve de solidarité et fraternité à mon endroit. Puisse ce travail répondre à vos attentes.

☞ A mes oncles : Bocar Sacko, Lassana NIMAGA

Par vos sages conseils, vous avez comblé les ravins de mes échecs. Vos affections à mon égard et vos bénédictions ont été un soutien inestimable pour la réussite de mes études.

Que Dieu vous protège : Amen !!!

☞ A mes cousines et cousins

Bintou Dibassy, Djenéba Dibassy, Badiallo Dibassy.

Karamogo Doucouré, Oumar Dibassy, Seidou Dibassy, Youba Dibassy, Samba Dibassy. Merci infiniment, ce travail est le votre

☞ **A mes amies :**

Moussa Diabira, Moussa Sangaré, Ladj Diakité, Oumar Seck

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueilli, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

☞ **A mes belles sœurs :**

Assa Samba Dibassy, Diagou Dibassy, Fanta Dibassy, Mama Karé Dibassy : Trouvez ici l'expression de ma profonde sympathie pour vous

Je vous embrasse toutes !!!.

☞ **A mes beaux-frères :**

Bah Dibassy, Baba Dibassy : Merci pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse et vous donnent la force de bien prendre soins de mes sœurs ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

☞ **Mes amis d'enfance** : Les moments agréables que nous avons passés ensemble resteront gravés dans ma mémoire.

☞ **Mes amis(es) et camarades** de la F .M.P.O.S: Dr Diall Ibrahim, Dr Charles DARA, Dr Keita Mohamed, Dr Boubou Sangaré, Dr Philippe DARA, Nouhou L Traoré Dr Diall Assan Goita, Dr Guindo Djouma kansaye, Rokiatou Diarra, Aminata Dabo Lala Aicha Sall, Je me souviendrai toujours de ces agréables moments passés ensemble.

☞ **Mansion spéciale à mes grands frères, Dr Ousmane Koné, M. Sacko Ibrahim, ce travail est le votre, merci infiniment.**

☞ **A mes Co-locateurs : Famille Kanté, Famille Ky, Famille DARA. Merci pour tous, ce travail est le votre.**

☞ **Tous mes aînés de la F.M.P.O.S** : Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

☞ Tout le personnel du service de Gynécologie obstétrique du C.H.U. du Point "G" :

☞ **Aux Médecins** :Dr Thera A, Dr Mamadou Sima, Dr Coulibaly Amadou, Dr Bamba Moussa, Dr Ongoïba Ibrahim : Je suis très heureux de vous compter parmi mes encadreurs. Votre rigueur et votre souci du travail bien fait m'ont permis d'apprendre et de progresser, **merci.**

- ☞ Major, Sages Femmes, Infirmiers(ères), Aides soignants(es) et Garçons de salle : Merci pour les bons moments passés ensemble.
- ☞ Aux personnels du Bloc opératoire.
- ☞ Mes aînés et à tous les D.E.S du service de gynécologie obstétrique du C.H.U Point "G" : Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.
- ☞ **Mes camarades et tous mes cadets du service** : Merci pour votre franche collaboration.
- ☞ **Mes enseignants des cycles antérieurs** : Depuis Medarsa fondamentale du premier cycle à Kayes N'di, l'école fondamentale du 2^{ème} cycle (Fadjiril Islam) et le lycée du Centre Culturel Islamique d'Hamdallaye(LCCIH).

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,
PROFESSEUR SAHARE FONGORO,
MAITRE DE CONFERENCES DE NEPHROLOGIE A LA FMOS.
CHEVALIER DE L'ORDRE DU MERITE DE LA SANTE.**

Cher maître, votre sens élevé du devoir nous a toujours marqué.
La qualité et la clarté de votre enseignement, votre rigueur scientifique font de vous un clinicien de référence et un maître de l'art médical.
Veuillez accepter cher maître l'expression de notre respect et toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DOCTEUR SEYDOU DIARRA

**- CANDIDAT PHD EN ANTHROPOLOGIE MEDICALE ET DE LA SANTE A
L'UNIVERSITE DE PARIS 8 (FRANCE).**

-ASSISTANT EN ANTHROPOLOGIE MEDICALE A LA FMOS.

-CHERCHEUR SUR LA POLITIQUE ET LE SYSTEME DE SANTE AU MALI .

Cher Maître nous avons beaucoup admiré vos qualités humaine, scientifique et pédagogique.

Votre dynamisme et votre dévouement font de vous un maître exemplaire

Cher Maître, recevez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement constant.

A NOTRE MAITRE CO-DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- PROFESSEUR EN ANTHROPOLOGIE MEDICALE,

**-SPECIALISTE EN ECOLOGIE HUMAINE, ANTHROPOLOGIE, BIOETHIQUE ET
ETHIQUE DE SANTE PUBLIQUE,**

- MEMBRE DU COMITE D'ETHIQUE DE LA FMPOS.

Cher Maître,

Vous avez toujours éveillé en nous la joie de savoir et de travailler.

Votre simplicité à transmettre aux autres et votre disponibilité font de vous un Maître que nous garderons en mémoire.

Soyez rassuré cher Maître de notre profonde gratitude et notre attachement fidèle.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

PROFESSEUR BOURAÏMA MAÏGA

Gynécologue obstétricien,

Chef de service de gynécologie obstétrique du C.H.U. du Point-G,

Responsable de la filière sage femme de l'institut nationale de formation en science de la santé (I.N.F.S.S.),

Chevalier de l'ordre national du Mali,

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre prestigieux service. Vos immenses qualités de pédagogue, Nous sommes très fiers d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BDCF	Bruit Du Cœur Foetal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
Cm de Hg	Centimètre de mercure
CPN	Consultation Prénatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CS Réf	Centre de Santé de Référence
FVV	Fistule Vésico-Vaginale
GEU	Grossesse Extra-utérine
Hellp Syndrome	Hemolysis Elevated Liver Enzyme Low Platelet
HRP	Hématome Retro-Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RPM	Rupture Prématurée des Membranes
SA	Semaine d'Aménorrhée
SFA	Souffrance Foetale Aiguë
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

1. Introduction	1-2
2. Objectifs	3
3. Généralités	4-17
4. Méthodologie	18-27
5. Résultats	28-41
6. Discussion	42-55
7. Conclusion	56
8. Recommandations	57
9. Bibliographie	58-61

Annexes

I. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont toujours fait courir à la femme un grand risque mortel raison pour laquelle les obstétriciens de jour en jour approfondissent les travaux pour améliorer cette situation [OMS,1990].

Le taux de mortalité maternelle en Afrique est estimé à 1020 décès pour 100000 naissances vivantes, l'Afrique occidentale représente la région la plus concernée. Ce taux élevé est dû à une faible couverture des besoins en santé maternelle [OMS, 1990].

Au Mali, l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 était de 577 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et ceci malgré les efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle. Actuellement, ce taux est passé à 464 décès pour 100 000 naissances vivantes selon EDS IV en 2001[EDS IV, 2001].

Les consultations prénatales constituent l'un des actes de référence pour l'éradication des effets néfastes pouvant découler d'une grossesse et en grande partie responsable du taux élevé de mortalité maternelle. C'est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques :

Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains.

Traiter ou orienter la femme dans le cas échéant en raison d'un des facteurs précédents.

Établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut le transfert dans un centre pour faire face à d'éventuelles complications.

Au Mali, le taux de couverture en consultation prénatale tel que défini par l'OMS « le pourcentage des femmes ayant au moins une consultation pour une cause liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux » est de 83% à Bamako (milieu urbain) et 13% en milieu rural (cercles) [30].

Notre étude a pour but d'établir la corrélation qui existerait entre la surveillance prénatale et le pronostic materno fœtal pendant l'accouchement dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du C.H.U. du Point « G »

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GÉNÉRAL

Étudier l'influence de la CPN sur la parturition dans le service gynécologie et d'obstétrique du C.H.U. du Point « G » du premier Janvier 2010 au 31 Décembre 2011.

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer le profil sociodémographique des parturientes ;
- Apprécier l'évolution de la grossesse ;
- Démontrer l'interaction, surveillance prénatale et pronostic de la grossesse et de l'accouchement ;

III. GÉNÉRALITÉS

1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

Pour la bonne compréhension du document, nous avons procédé à la définition de certains termes techniques.

✚ **La grossesse ou gestation** est la période qui va de la fécondation à l'accouchement. Elle dure en moyenne 266 à 270 jours [Merger, 1995].

✚ **La consultation prénatale (CPN)** : la consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue [34].

✚ **L'accouchement** est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie 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 (28 semaines d'aménorrhée) [Merger, 1995].

✚ **La césarienne** : l'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après cœliotomie ou par voie vaginale [Merger, 1995].

✚ **La mortalité maternelle**: l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de quarante-deux jours (42 jours) après l'accouchement, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [Talibo, 1998. Magnin, 1981].

Les décès maternels sont repartis en deux groupes :

- « Décès par cause obstétricale directe » qui sont des décès résultant des complications obstétricales de la grossesse, de l'accouchement et des soins qu'ils ont motivés.
- « Décès par cause obstétricale indirecte » : causés par des affections persistantes aggravées par la grossesse ou l'accouchement.

➤ **Le taux de mortalité maternelle** : il se définit selon l'OMS comme le « nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes [OMS,1985].

➤ **La mortalité néonatale** est le « décès d'un nouveau-né survenant entre sa naissance et le 28^{ème} jour après l'accouchement [Sacko, 2001].

➤ **Le taux de mortalité néonatale** est le nombre de décès de nouveau-nés avant 28 jours survenu au cours d'une année sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période multiplié par 1000[Sacko, 2001].

➤ **Le taux de mortalité néonatale précoce** est le nombre de décès de nouveau-nés entre (0 et 6 jours) survenu au cours d'une année sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période multiplié par 1000 [Sacko, 2001].

➤ **Le taux de mortalité périnatale** est le nombre de morts fœtales tardives (28 semaines et plus) plus le nombre de morts néonatales précoces (0 à 6 jours) survenu pendant l'année sur le nombre de naissances vivantes plus le nombre de morts fœtales tardives pendant l'année multiplié par 1000 [Sacko, 2001].

➤ **La morbidité maternelle** : « La morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum ou qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort [Talibo, 1998].

➤ **Les facteurs de risque**: selon l'OMS « on entend par facteur de risque, toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont on sait, qu'elle est associée à un risque

anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'exposition spéciale à un tel processus » [OMS,1973].

➤ **La grossesse à risque** est une grossesse dans laquelle le fœtus et/ou la mère court un risque accru de mortalité ou de morbidité, soit avant, soit pendant, soit après la naissance [Talibo, 1998, Nasah B T, 1989].

Les principaux facteurs de risque pour la femme enceinte sont :

- ✓ L'âge à ses deux extrêmes (inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans).
- ✓ La parité à ses deux extrêmes (nullipare et grande multipare).
- ✓ Les antécédents obstétricaux : mort-né, mort-néonatale, césarienne.
- ✓ La taille, inférieure à 1,50 mètre.
- ✓ Les pathologies maternelles telles que (diabète, HTA, hépatopathies).

➤ **Les hémorragies de la délivrance** se définissent comme des pertes de sang supérieures à 500 millilitres survenant au cours de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement, et entraînant une altération de l'état général de la parturiente [Merger,1979]. Il s'agit d'hémorragies dont l'origine se situe au niveau de la zone d'insertion placentaire.

2. GENESE DE LA MORTALITE MATERNELLE

« Il n'existe de plus grande tragédie que de mourir en donnant la vie ».

L'ampleur de la mortalité maternelle est mal déterminée. Le taux de mortalité maternel est mal estimé car basé sur les données des hôpitaux peu crédibles, et les statistiques d'état civil incomplètes. De toutes les disparités entre riches et pauvres, la mortalité maternelle est l'une des plus profondes. Dans les pays développés une femme a un risque sur 4000 à 10 000 de mourir de sa grossesse, alors que ce risque est de 1 sur 15 à 1 sur 50 dans les pays en voie de développement. Ces décès sont considérés comme évitables dans 80 % des cas [OMS, 1986].

Le taux de mortalité maternelle est de : [Talibo A,1998]

- Pour l'ensemble de l'Asie, 420 pour 100 000 naissances vivantes avec des contrastes très marqués : 650/100 000 naissances vivantes en Asie du sud contre 55/100 000 naissances vivantes en Asie orientale.
- En Amérique latine, 270 pour 100 000 naissances vivantes.
- En Europe occidentale et septentrionale 10 pour 100 000 naissances vivantes.
- En Afrique, les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés et varient en fonction des milieux, entre 500 et 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes ; avec en moyenne 640 décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'ensemble de l'Afrique.

Ces taux élevés sont aggravés par une forte fécondité. Le nombre de naissance moyenne par femme étant de 6,4 [Talibo A, 1998. OMS, 1986].

- Dans les différentes sous régions africaines les taux de mortalités maternelles sont les suivantes :
 - ☞ Afrique septentrionale 500 pour 100 000 naissances vivantes.
 - ☞ Afrique australe 570 pour 100 000 naissances vivantes.
 - ☞ Afrique orientale 66 pour 100 000 naissances vivantes.
 - ☞ Afrique centrale 690 pour 100 000 naissances vivantes.
 - ☞ Afrique occidentale 700 pour 100 000 naissances vivantes

Au Mali, le taux de mortalité maternelle pour l'ensemble du territoire national était de 577 pour 100 000 naissances vivantes avec un taux de natalité de 49,6 pour 1000 selon **EDS-II Mali**. (1995-1996) [EDSII,1995]. A Bamako, ce taux selon les différentes études publiées aurait connu une grande variation entre 1975 et 1989 :

- ✓ 1975 – 1979 : 1527,5 pour 100 000 accouchements.
- ✓ 1979 – 1988 : 1006 pour 100 000 accouchements.
- ✓ 1980 – 1989 : 82,7 pour 100 000 accouchements.
- ✓ 1988 – 1989 : 1250,8 pour 100 000 naissances vivantes.

Le taux actuel de la mortalité maternelle au Mali est de 464 pour 100 000 naissances vivantes selon l'**E D S IV- Mali**. (2000 – 2001) [EDSIII, 2001].

3. CAUSES DE LA MORTALITE MATERNELLE

Il existe deux grands groupes de causes :

- les causes obstétricales directes
- les causes obstétricales indirectes.

3.1. Les causes obstétricales directes

Elles sont au nombre de cinq : les hémorragies, les infections, les dystocies et les ruptures utérines, la toxémie gravidique et l'éclampsie, les avortements[Talibo A, 1998].

3.1.1. Les hémorragies

Elles constituent la première cause de décès maternel dans les pays en développement. Elles peuvent survenir à tout âge de la grossesse. Mais ce sont les hémorragies du 3^{ème} trimestre et de la délivrance qui entraînent le décès maternel [Magnin, 1981]. Qu'elles soient ante ou post-partum, ces hémorragies constituent une urgence médicale et/ou chirurgicale qui nécessite une prise en charge rapide et correcte.

Les principales causes d'hémorragie sont :

- ✓ Avant l'accouchement :
 - au 1^{er} trimestre : la grossesse ectopique, l'avortement, la grossesse molaire (non inclus dans notre étude) ;
 - décollement prématuré du placenta anormalement inséré ;
 - au 3^{ème} trimestre : le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, la rupture utérine.
- ✓ En post partum : La rétention placentaire, l'atonie (inertie) utérine, les troubles de la coagulabilité sanguine, les déchirures des parties molles (col, vagin et périnée).

Les facteurs favorisant la survenue des hémorragies du post partum sont nombreux. Ce sont :

- La primiparité et la grande multiparité ;
- Les grossesses multiples ;
- L'anémie ;
- Le travail excessivement long ;
- L'accouchement instrumental (forceps, ventouse) mal fait ;
- Action de certains produits anesthésiants ;
- La mort fœtale in utero ;
- Le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire (HRP) ;
- Le travail accéléré.

Les hémorragies de la délivrance représentent la principale cause de mort maternelle par hémorragie, soit 56% des hémorragies et ceci par manque de produits sanguins [EDSII, 1996].

Au Mali les hémorragies de la délivrance représentent 46,18% des complications de la délivrance avec un taux de décès de 6,47% [Traoré,1988].

3.1.2. Les infections puerpérales

Elles surviennent dans les suites de couches et ont pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elles constituent l'une des premières causes de décès maternels. Elles sont encore responsables de 7% de décès aux USA [Barrat, 1985. Talibo, 1998]. En Afrique, les taux varient selon les auteurs et les pays : 20,4% de décès au Niger [Talibo, 1998, Elhadji, 1989. Prual, 1991] et 20% au Mali [Etard, 1993].

Les facteurs favorisant les infections sont :

- les hémorragies ;
- les lésions des voies génitales et leur surinfection éventuelle ;

- le manque d'hygiène et d'asepsie.

L'infection est une cause de mortalité qui peut être combattue. La prévention des infections du post-partum passe par les mesures suivantes :

- le dépistage et le traitement des vulvo-vaginites et des infections urinaires au cours de la grossesse ;
- la recherche des germes lors des menaces d'accouchement prématuré (MAP) inexpliquées ;
- l'exploration des fièvres maternelles ;
- l'asepsie des mains et du matériel ;
- la prise en charge immédiate des ruptures prématurées des membranes. (RPM) ;
- l'institution d'une antibiothérapie adaptée.

De façon générale il existe une corrélation entre la grossesse et l'infection. La grossesse aggrave l'infection. L'accouchement devient alors défavorable et les voies génitales tendent à devenir malignes. Les infections locales tendent à se généraliser [Talibo, 1998,].

3.1.3. La toxémie gravidique et l'éclampsie

- ❖ L'hypertension artérielle gravidique est une complication fréquente qui se voit dans 5 à 10% des grossesses [Nicolose, 1994. Merger R, 1995]. Elle se définit par une pression artérielle systolique (maxima) supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure et/ou une pression artérielle diastolique (minima) supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure. L'hypertension artérielle est considérée comme induite par la grossesse lorsqu'elle survient après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et qu'elle disparaît vers la 6^{ème} semaine après l'accouchement [Nicolose, 1994]. La toxémie gravidique serait la cause de 17% de décès maternels [Talibo A, 1998. Kaunizt, 1985]. La mortalité périnatale liée aux hypertensions gravidiques est de l'ordre de 3 à 5 % dans les pays industrialisés.

A Bamako selon certains auteurs, elles représentent 6,5 à 30% des causes de décès maternels [Dakouo G,1989.Etard, 1993. Traoré, 1988].

Le tribut payé par le fœtus est lourd, 20 à 30% de mortalité périnatale. Selon certaines sources, la mortalité maternelle de l'ordre de 3 à 10%, inscrit l'hypertension artérielle (HTA) au 3^{ème} rang des causes de mort maternelle [Talibo A, 1998.Vokaer, 1988].

❖ La pré-éclampsie se caractérise par l'élévation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie au cours de la deuxième moitié^{de} la grossesse. La symptomatologie clinique est caractérisée par des céphalées, des vomissements, des troubles visuels et des douleurs épigastriques en barre, parfois une insuffisance rénale. La pré-éclampsie est courante chez les primipares et la récurrence est rare au cours des grossesses ultérieures sauf si la femme présente un terrain prédisposant (obésité, antécédent de diabète ou d'hypertension artérielle essentielle, grossesses multiples). Les femmes très jeunes et celles de plus de 35 ans en sont particulièrement atteintes.

Les complications de la pré-éclampsie sont de deux ordres :

- **chez la mère** : l'éclampsie, l'hématome retro placentaire, l'insuffisance rénale, l'hémorragie cérébro-méningée et le HELLP syndrome.
- **chez le fœtus** : la mort in utero, l'hypotrophie fœtale, la prématurité (dans 30% des HT A).

La surveillance prénatale augmente les chances de détecter la pré-éclampsie à un stade précoce. Son traitement fait appel aux antihypertenseurs.

❖ L'éclampsie est la complication ultime de la toxémie gravidique. Elle se manifeste cliniquement par une poussée hypertensive avec des crises convulsives tonico-cloniques avec parfois morsure de la langue. Cette crise est répétitive, résolutive spontanément ou sous l'effet de la médication. L'éclampsie reste une cause de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale importante dans les pays en voie de développement. Elle est responsable à

Bamako et à Niamey respectivement de 3,77% et 11,5% de décès maternels [Traoré, 1988. Rooney, 1992]. L'éclampsie est favorisée par les grossesses précoces, l'insuffisance ou l'absence de consultations prénatales [Talibo, 1998. Faye, 1991]. Sans traitement la mort survient dans un tableau de coma avec insuffisances cardiaque, hépatique et rénale ou par hémorragie cérébrale.

3.1.4. Les dystocies et les ruptures utérines

La dystocie est le plus souvent mécanique (liée à la nature du bassin), elle est alors permanente et en corrélation étroite avec la petite taille de la femme. Il peut s'agir également de disproportion fœto-pelvienne liée à une macrosomie fœtale. Sans traitement, l'évolution aboutit à la rupture utérine qui est une urgence obstétricale extrême nécessitant une prise en charge rapide et adaptée sinon la mort survient dans un tableau d'hémorragie.

Les ruptures utérines (RU) sont réparties en deux groupes :

- les ruptures utérines survenant au cours de la grossesse : elles se voient généralement sur des utérus cicatriciels.
- les ruptures utérines survenant au cours du travail d'accouchement. Les études africaines montrent la grande fréquence et la particulière gravité de cette complication obstétricale. Le taux de décès maternels par rupture utérine est de :

- * 16,27% au Togo [Akpadz, 1994] ;
- * 9,5% et 14,63% à Bamako [Diakité, 1985. Dolo, 1991] ;
- * 19,3% au Niger [Prual, 1991].

La majorité des décès maternels dus aux ruptures utérines sont évitables. Les femmes à risque de présenter cette complication peuvent être détectées au cours des CPN : les utérus cicatriciels, les antécédents de curetages répétés, la multiparité, les dystocies mécaniques, les disproportions fœtus-pelviennes. Il existe d'autres étiologies : les implantations anormales du placenta, les

malformations utérines, le travail trop prolongé, l'utilisation abusive des ocytociques, les accouchements instrumentaux (surtout le forceps).

La prévention des dystocies et des ruptures utérines exige une action à la fois médicale et socioculturelle [Talibo, 1998]. Au niveau socioculturel il faut éviter les mariages précoces, les grossesses non désirées chez les adolescentes. Il faut promouvoir la scolarisation des filles. Au niveau médical il faut :

- dépister précocement les femmes à risque et les référer aux spécialistes ;
- sensibiliser les femmes et les matrones sur les inconvénients du travail prolongé (plus de 24 heures) ;
- promouvoir le système de référence/évacuation (évacuer immédiatement toute femme ayant dépassé 24 heures en travail) ;
- utiliser rationnellement les ocytociques.

3.2. Les causes obstétricales indirectes

Il s'agit d'affections maternelles pouvant engager le pronostic vital maternel et/ou fœtal. Ce sont : les affections cardiovasculaires, respiratoires, rénales, hépatiques (hépatite virale), l'anémie sévère, le paludisme, les infections urinaires, la drépanocytose, le diabète ... [Talibo, 1998].

3.3. ÉVOLUTION DE LA MORTALITE PERINATALE

La réduction du taux de mortalité périnatale est intimement liée à l'amélioration des conditions et de la qualité de la pratique obstétricale elle-même. Au fil des ans son taux a diminué en même temps que celui de la mortalité maternelle, et cela grâce à la réduction du taux de mortalité néo-natale qui est passé de 83 pour mille entre 1986 et 1990 à 60 pour mille au cours d'une étude récente [Talibo, 1998].

3.4. LA CONSULTATION PRENATALE

Toute grossesse comporte un risque potentiel, c'est à dire que son évolution peut être émaillée d'accidents et/ou d'incidents pouvant à l'extrême engager le pronostic vital maternel et/ou fœtal. C'est dans ce cadre qu'un proverbe bambara

affirmait « toute femme enceinte à un pied sur terre et l'autre dans la tombe » prouvant ainsi la nécessité de suivi pour toute grossesse. Les consultations prénatales apparaissent ainsi comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement de la grande majorité des pathologies de gravido-perpuralité pouvant être cause de morbidité et de mortalité materno-fœtale.

3.5.1. Les objectifs des CPN [MSAS, 1990] :

- faire le diagnostic de la grossesse ;
- surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- surveiller le développement du fœtus ;
- dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- préparer l'accouchement, en faire le pronostic ;
- éduquer et informer les mères.

3.5.2. Calendrier de CPN

Les normes et procédures recommandent aux moins 4 CPN [MSAS, 1990] .

- * 1^{ère} CPN avant 3 mois ;
- * 2^{ème} CPN vers le 6^{ème} mois ;
- * 3^{ème} CPN vers le 8^{ème} mois ;
- * 4^{ème} CPN vers le 9^{ème} mois.

3.5.3. Matériels de CPN [Lansac, 1997] :

La consultation prénatale doit se dérouler dans un local éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante. Les matériels nécessaires sont :

- Une table de consultation gynécologique ;
- Une source lumineuse ;
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical ;
- Toise et pèse-personne ;
- Un mètre ruban ;

- Un stéthoscope obstétrical de Pinard ;
- Des spéculums ;
- Gants stériles ;
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal : spatules d'Ayre, lames, fixateur ;
- Tubes stériles + écouvillons pour prélèvements bactériologiques ;
- Verres à urines + bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine, de nitrites ;
- Solution antiseptique ;
- Un seau contenant une solution désinfectante.

3.5.4. Les activités préventives

3.5.4.1. La vaccination antitétanique

Elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49% à Bamako (Mali) alors que l'objectif du programme élargi de vaccination (PEV) était de 80% en 1995 [Talibo,1998].

3.5.4.2. Le dépistage VIH

Il n'est pas encore systématique, il est effectué en cas de terrain suspect. La transmission mère enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en voie de développement contre 15 à 25% dans les pays industrialisés [Talibo,1998. CIE, 1993].

Le dépistage permet de réduire de façon significative ces taux par l'administration d'antirétroviraux (ARV) comme la Nivérapine dès les premières contractions utérines douloureuses.

3.5.4.1. La supplémentation [Talibo, 1998]

L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité périnatale. Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme qui sont estimés à 2000 à 2500 kilocalories par jour.

La supplémentation au cours de la grossesse améliore en outre le poids de naissance et la qualité du lait maternel.

Le développement du fœtus et de l'utérus au cours de la gestation entraîne un accroissement des besoins en nutriments notamment le fer et l'acide folique, les oligo-éléments, les vitamines (A, D, C) qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces besoins ne sont pas couverts, il s'ensuit une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé de mort fœtal in utero. Les besoins en fer pendant toute la durée de la grossesse sont estimés à 1200 grammes. Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration du fer et de l'acide folique et exceptionnellement la transfusion dans les formes sévères et décompensées. Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses très anémiantes comme la bilharziose et l'ankylostomiase.

Au Mali, les normes et procédures recommandent 120 milligrammes de fer par jour plus 500 milligrammes d'acide folique de la première consultation prénatale au sixième mois après l'accouchement ; 300 milligrammes de chloroquine par semaine de la première CPN jusqu'à la deuxième semaine après l'accouchement.

3.5.4.2. Le bilan prénatal

Il est très vaste. Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

a) Les examens complémentaires *indispensables* sont [MSAS, 1990] :

- Le groupe sanguin-rhésus standard ;
- Le test d'Emmel, l'électrophorèse de l'hémoglobine ;
- Albuminurie-glycosurie;
- Le Bordet Wassermann (BW);
- L'échographie :

Il est recommandé de faire aux moins 3 échographies :

- Une première échographie dite de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée).

- Une seconde échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations (deuxième trimestre de la grossesse).
- Une échographie de troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètres). Cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

b) Les examens complémentaires *facultatifs* sont très nombreux et seront demandés dans des situations spécifiques. On peut énumérer : la numération formule sanguine, la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse-frottis mince, l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Combs indirect, l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale, la radiographie du contenu utérin, etc.

IV. MÉTHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point "G" du 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2011. Soit 24 mois.

1-1. C.H.U. du Point "G" :

L'hôpital du Point-G, actuel Centre Hospitalier Universitaire a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom.

Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Érigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point-G a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi 92.025/A.N.R.M. du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi 02-048 du 22 Juillet 2002. Géographiquement l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre ville en Commune III, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. Structure de troisième référence, il abrite plusieurs services en son sein.

1-2. Le service de Gynécologie Obstétrique :

Il a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français, puis par des chirurgiens maliens. La succession des différents chefs de service :

- 1970 : Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- 1970-1972 : Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- 1972-1975 : Professeur BocarSall (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 : Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;

- 1978-1983 : Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- 1984-1985 : Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- 1985-1986 : Docteur Jean Philippe (chirurgien français) ;
- 1987 : Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- 1987-2001 : Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- 2001-2003 : Professeur Niani Mounkoro (gynécologue obstétricien malien) ; le service était en voie d'extinction
- 2003 à nos jours : le service de Gynéco-Obstétrique qui n'existait plus sur l'organigramme de l'hôpital du Point G à été ré-ouvert par le Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le bâtiment abritant le service de gynécologie obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre le service de médecine interne nord, le service de Réanimation sud et l'Urologie à gauche. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- 6 Gynécologues obstétriciens
- 1 Médecin généraliste(en Spécialisation)
- 1 Assistant médical (Aide de bloc)
- 16 Techniciens supérieurs de santé dont :
 - 14 sages-femmes,
 - 1 Major,

- 1 administrateur des affaires sociales
- 1 Aide de bloc.
- 9 Techniciens de santé
- 2 Aides-Soignantes
- 8 Garçons de Salle dont 2 au bloc opératoire
- 1 Secrétaire.

1-3. Fonctionnement

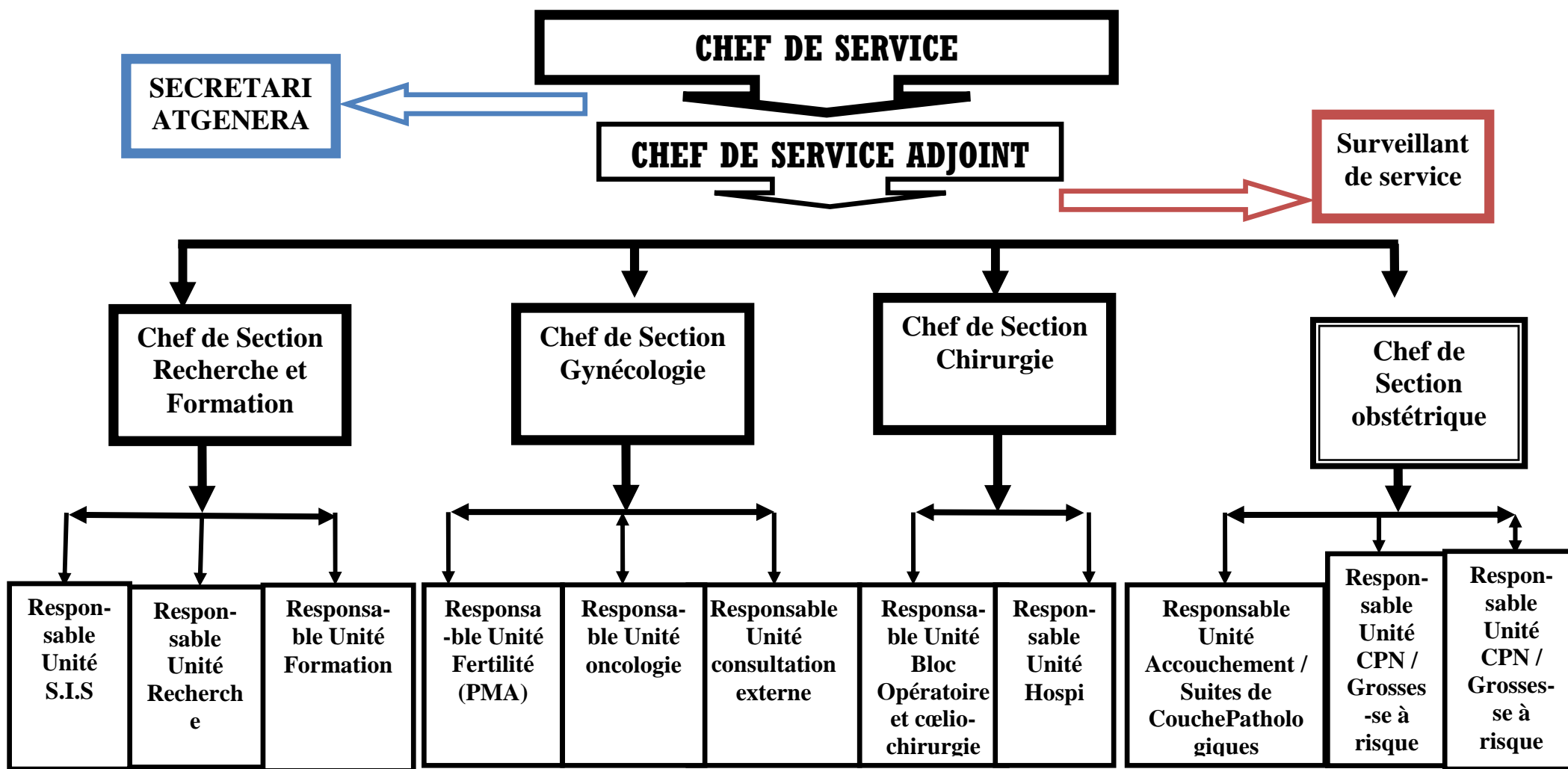
Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 1 jour de consultation pédiatrique le Jeudi, 4 jours d'opération en dehors des urgences.

Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et la visite générale à lieu chaque Vendredi dirigé par le chef de service après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin, quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, une infirmière et deux garçons de salle.

Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs. Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique. En effet l'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation),
- d'une unité de cœlio-chirurgie,
- d'une unité d'oncologie gynécologique.



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Prénatal Natal / Hospi : Hospitalisation

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude cas / témoins, longitudinale, avec collecte rétrospective des données enregistrées dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU du point G du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2011.

3. Période d'étude

L'étude a été effectuée sur vingt quatre (24) mois allant du premier Janvier 2010 au 31 décembre 2011.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché au CHU du point G au cours de la période d'étude.

5. Technique d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas de CPN=0 enregistrés dans le service au cours de la période d'étude. Chaque femme non suivie (cas) a été alors appariée à 2 femmes suivies (témoin) selon l'âge et la parité.

6. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude les femmes ayant accouché dans le service et qui n'avaient effectué aucune consultation prénatale attestée. Concernant les témoins c'étaient les femmes ayant accouché dans le service et qui avaient effectué au moins quatre CPN par un agent qualifié.

7. Critères de non inclusion

- * Femme ayant effectué moins de quatre consultations pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux.
- * Femme ayant accouché dans une autre structure sanitaire.
- * Accouchements non assistés.
- * Femmes certifiant leur suivi par un personnel qualifié en soins obstétricaux : médecin, sage- femme, infirmière obstétricienne, matrone.
- * Age gestionnel inférieur à 28 SA (soit 7 mois) et/ou poids du fœtus inférieur à 500 grammes.

- * Femme non munie de document attestant leur suivi prénatal.
- * Parturiente détentrice de la simple carte de rendez-vous.

8.La collecte des données :

8.1.Supports des données :

- *Une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- * les dossiers d'accouchement ;
- * les registres d'accouchement ;
- * registres de déclaration de naissance ;
- * le registre de compte-rendu opératoire.

8.2 .Technique de collecte des données

La technique consistait en une lecture des dossiers obstétricaux et leur consignation dans le questionnaire. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers obstétricaux.

8.3 .Déroulement de l'enquête

Le questionnaire comprend cinq pages avec 34 questions pour les cas auxquelles s'ajoutent trois questions supplémentaires pour les témoins (volet CPN). L'enquête a duré six (06) mois. Un pré-test du questionnaire a été réalisé à partir de plusieurs dossiers avant la saisie des données.

8.4.Les variables étudiées

- l'âge ;
- la gestité ;
- la parité ;
- l'intervalle inter-génésique ;
- la résidence ;
- l'ethnie ;
- le statut matrimonial ;
- la profession de la femme ;
- le niveau d'étude de la femme ;

- la profession du conjoint ;
- le mode d'admission ;
- le lieu de référence ou d'évacuation ;
- le motif de référence ou d'évacuation ;
- les consultations prénatales (témoin) ;
- les antécédents médicaux ;
- les antécédents chirurgicaux ;
- le nombre d'enfants vivants ;
- le nombre d'avortements effectués ;
- le nombre d'enfants décédés ;
- le terme de la grossesse ;
- l'état général ;
- la tension artérielle ;
- la taille ;
- l'œdème ;
- le poids de la femme à l'admission ;
- la température corporelle ;
- la coloration des conjonctives ;
- la hauteur utérine (HU) à l'admission ;
- le bruit du cœur fœtal à l'admission ;
- la dilatation du col à l'admission ;
- les membranes des eaux ;
- la présentation du fœtus ;
- l'état du bassin ;
- le mode d'accouchement ;
- le type d'intervention ;
- le mode de délivrance ;
- les complications obstétricales ;
- les suites de couches ;

- les complications dans les suites de couches ;
- la morbidité maternelle ;
- le pronostic vital maternel ;
- le décès maternel selon l'âge ;
- le décès maternel selon le niveau d'étude ;
- le décès maternel selon la parité ;
- le décès maternel selon l'étiologie ;
- le pronostic fœtal ;
- l'Apgar ;
- la morbidité fœtale ;
- le pronostic fœtal ;
- la répartition des mort-nés selon la morbidité maternelle ;
 - la répartition des morts néonatales précoces selon l'étiologie ;
 - la répartition des nouveau-nés selon les causes de référence en pédiatrie ;
 - la collaboration interdisciplinaire.

9 .Analyse et traitement des données

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel **EPI-INFO VERSION 3.5.3**. Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (P) a été déterminée avec un risque alpha <0,05%. Un **OR<1** était associé à une protection contre le phénomène étudié, alors qu'un **OR≥ 2** était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié

10. Définitions opératoires.

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions opératoires suivantes :

- *Pronostic materno-fœtal* : nous entendons par pronostic materno-foetal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.
- *Grossesses non suivies* : il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.
- *Parité* : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
 - Nullipare = Zéro accouchement
 - Primipare = Un accouchement
 - Paucipare = Deux à trois accouchements
 - Multipare = quatre à cinq accouchements
 - Grande multipare = six ou plus accouchements
- *Apgar* :
 - 0 : mort-né
 - 1 à 3 : état de mort apparente
 - 4 à 6 : état morbide
 - ≥ 7 : bon Apgar
- *Gestité* :
 - Primigeste : première grossesse
 - Paucigeste : deux à trois grossesses
 - Multigeste : quatre à six grossesses
 - Grande Multigeste : plus de six grossesses
- *Intervalle inter-génésique* : c'est la période écoulée entre la fin de la dernière grossesse c'est à dire l'accouchement et le début de la grossesse actuelle.
- *Infections* : nous avons regroupé sous la désignation tous les états infectieux patents ou latents allant de la chorioamniotite probable jusqu' à la septicémie.
- *Fièvre* : Toute température supérieure ou égale à 38,3° chez une femme enceinte est considérée comme fièvre.

- *Hypertension artérielle* : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure et / ou la diastolique supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure.
- *Anémie* :est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inférieur ou égale à 10 grammes par 100 millilitres.
- *Collaboration interdisciplinaire* :C'est la prise en charge conjointe d'une patiente par plusieurs spécialités médicales et/ou chirurgicales au sein d'une même structure de santé.
- *Référence* : C'est l'orientation d'une patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence.
- *Évacuation* : C'est lorsque la patiente est adressée a un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.
- *Transfert* :C'est la mutation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.

V. RÉSULTATS

1. Fréquence des grossesses non suivies : (F)

P = population d'étude (nombre d'accouchement pendant la période d'étude).

N = nombre de grossesses non suivies

$$F = N \times 100 / P \Rightarrow F = 140 \times 100 / 1336 = 10,47\%$$

2. Épidémiologie

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge.

Tranches d'âge (ans)	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
13-19	47	33,4	94	33,4	0,55	0,56(0,54-1,84)
20-35	29	20,7	58	20,7	0,018	0,58(0,56-1,71)
36-45	64	45,7	128	45,4	0,10	0,86(0,84-2,19)
Total	140	100	280	100		

Tableau II : Répartition des femmes selon la parité.

Parité	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Primipare	50	35,7	100	35,8	0,49	0,65(0,63-1,55)
Multipare	90	64,3	180	64,2	0,50	0,65(0,64-1,56)
Total	140	100	280	100		

3. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau III : Répartition des femmes selon leur résidence.

Résidence	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Urbaine	102	72,8	260	92,8	0,002	0,39(0,21_0 ,72)
Périurbaine	29	20,7	18	6,4	0,007	2,12(1,02-4,27)
Rurale	9	6,5	2	0,7	0,18	2,25(0,41-11,50)
Total	140	100	280	100		

Tableau IV : Répartition des femmes selon leur profession.

Profession de la femme	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Ménagère	89	65	132	47,2	0,864	1,02(0 ,70-1,46)
Commerçant	10	7,1	16	5 ,7	0,211	1,32(0,46-2,92)
Aide ménagère	13	9,2	2	0,7	0,003	6,02(2,07-29,04)
Élève/étudiant	11	7,5	15	5,3	0,001	3,74(1,69-8,26)
Fonctionnaire	4	2,3	86	30,8	0,322	0,61(0,19-1,73)
Sans profession	11	7,5	21	7,5	0,03	1,51(0,28-1,96)
Autres	2*	1,4	8**	2,8		
Total	140	100	280	100		

*=couturière : 1 ; coiffeuse : 1

**= artisane :1 ; coiffeuse :3 ; couturière :3 ; monitrice :2;

teinturière :1 ;Médecin :2 ;Sage-femme :1

Tableau V : Répartition des femmes selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Analphabète	98	70	76	27,1	0,000001	9,75(6,04-15,84)
Primaire	30	21,4	118	42,2	0,000002	0,40(0,24-0,45)
Secondaire	10	7,2	67	24	0,000006	0,22(0,10-1,46)
Alphabétisée	2	1,4	7	2,5	0,607	0,63(0,05-3,56)
Supérieur	0	0	12	4,2	0,000004	0,008(0,005-0,21)
Total	140	100	280	100		

Tableau VI : Répartition des femmes selon la profession du conjoint.

Profession conjoint	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Cultivateur	38	27,2	13	4,6	10^{-6}	5,39 (2,89-10,27)
Fonctionnaire	12	8,5	98	35	10^{-7}	0,18 (0,09-0,34)
Commerçant	31	22,2	119	42,5	0,000008	0,36 (0,22-0,58)
Ouvrier	49	35	44	15,7	0,0000003	3,21 (1,97-5,20)
Sans profession	6	4,3	2	0,8	0,018	6,21 (1,09-63,38)
Autres	4*	2,8	4**	1,4	0,018	6,21 (1,09-63,38)
Total	140	100	280	100		

Autres : *= artiste ; marabout.

**= artiste ; marabout ; pasteur

4. Examen clinique à l'admission

Tableau VII : Répartition des femmes selon le terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
A terme	112	80	269	96	10^{-7}	0,14 (0,06-0,30)
Pré-terme	28	20	11	4	0,00004	1,99 (3,35-16,16)
Total	140	100	280	100		

NB : le terme de la grossesse a été estimé en fonction de la hauteur utérine, du poids et de la taille du nouveau-né.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la hauteur utérine à l'admission.

Hauteur utérine (Cm)	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
<32	43	30,8	64	22,8	0,031	1,62 (1,01-2,57)
32-35	75	53,5	176	62,9	0,077	0,70 (0,46-1,06)
>35	22	15,7	40	14,3	0,857	0,95 (0,53-1,66)
Total	140	100	280	100		

Tableau IX : Répartition des femmes selon le BDCF à l'admission.

BDCF (battement/min)	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
<120 ou >160	34	24,3	11	3,9	0,001	3,76 (1,43-10,57)
120-160	106	75,7	269	96,1	10⁻⁷	0,11 (0,05-0,23)
Total	140	100	280	100		

NB :

- Parmi les cas, les BDCF étaient non entendus chez femmes à l'admission.
- Parmi les témoins, les BDCF étaient non entendus chez 4 femmes à l'admission.

Tableau X : Répartition des femmes selon l'état des membranes à l'admission

État des membranes à l'admission	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Membranes Intactes	82	58,5	232	82,8	0,0000001	0,31 (0,45-0,91)
Membranes Rompues	58	41,5	48	17,2	0,0000001	3,20 (2,03-5,05)
Total	140	100	280	100		

Tableau XI : Répartition des femmes selon le délai entre rupture des membranes et admission

Délai de rupture des membranes	Cas		Témoins		p	OR (IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
<12H	114	81,4	267	95,3	0,000003	0,18 (0,08-0,38)
>12H	26	18,6	13	4,7	0,0000003	5,52 (2,60-12,27)
Total	140	100	280	100		

Tableau XII : Répartition des femmes selon le type de présentation du fœtus.

Présentation du fœtus	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Céphalique	124	88,5	267	95,3	0,002	0,34 (0,15-074)
Siège	13	9,4	9	3,4	0,003	3,22 (1,31-8,23)
Présentation viscéreuse	3	2,1	4	1,3	0,590	1,51 (0,22-9,05)
Total	140	100	298	100		

Tableau XIII : Répartition des femmes selon l'état du bassin.

État du bassin	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Normal	102	72,8	261	93,2
Anormal	38	27,2	19	6,8
Total	140	100	280	100

Tableau XIV : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement.

Voie accouchement	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Voie basse	102	72,8	231	82,5	0,019	0,58 (0,36-0,95)
Voie haute	38	27,2	49	17,5	0,019	1,72 (1,05-2,77)
Total	140	100	280	100		

NB : *La voie haute a concerné 38 femmes non suivies dont 28 cas de césarienne soit 88,4% et 5 cas de laparotomie pour rupture utérine soit 11,6%.

*Parmi les témoins, il y a eu 12 césariennes prophylactiques dont :

- 9 pour utérus bi ou tri-cicatriciel ;
- 3 pour placenta prævia recouvrant ;
- 1 pour antécédent de rupture utérine ;
- 2 pour antécédent de déchirure complète du périnée ;
- 2 pour HTA sévère ;

Tableau XV : Répartition des femmes selon que l'épisiotomie a été faite ou non.

Épisiotomie	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	32	31,3	41	17,7	0,88	1,04 (0,59-1,82)
Non	66	68,7	190	82,3	0,88	0,96 (0,55-1,70)
Total	98	100	231	100		

Tableau XVI : Répartition des femmes selon le mode de délivrance.

Mode de délivrance	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Normale	15	10,7	28	10	0,831	0,93 (0,46-1,81)
Artificielle	23	16,4	48	17,1	0,859	0,95 (0,54-1,65)
Active dirigée	102	72,9	204	72,8	0,766	1,07 (0,68-1,70)
Total	140	100	280	100		

Tableau XVII: Répartition des femmes selon l'existence de complications obstétricales.

Complications obstétricales	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	34	24,2	12	4,3	0,000001	5,76 (1,40-4,43)
Non	106	75,8	268	95,7	0,000001	0,17 (0,08-0,37)
Total	140	100	280	100		

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon le type de complication obstétricale.

Type de complications obstétricales	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
HRP	7	21,8	2	16,5	0,035	2,06 (0,45-10,59)
Éclampsie	12	37,6	3	25	0,001	3,5 (0,28-11,2)
Pre-éclampsie	5	15,6	4	33,7	0,02	1,36 (0,11-36,27)
Placenta preavia	2	6,3	2	16,5	0,05	0,86 (1,32-5,61)
Hémorragie de la délivrance	3	9,4	1	8,3	0,07	0,42 (7,6-2,40)
Rupture utérine	2	6,2	0	0		
Procidence du cordon	1	3,1	0	0		

NB :

Les femmes victimes de rupture utérine avaient été évacuées dont 1 utérus cicatriciel avec antécédent d'accouchement par voie basse et 1 BGR.

Tableau XIX: Répartition des femmes selon que les suites de couches immédiates aient été simples ou non.

Suites de couches	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Simple	106	75,7	268	95,7	10^{-7}	0,11 (0,05-0,23)
Complicées	34	24,3	12	4,3	10^{-7}	8,93 (4,27-19,98)
Total	140	100	280	100		

Tableau XX : Répartition des femmes selon le type de complication dans les suites de couches.

Type de complication dans les suites de couches	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Anémie	10	30	4	33,3	0,085	1,24 (0,70-7,37)
HTA	14	40	6	50	0,0036	3,48 (0,15-1,51)
Infection	10	30	2	16,7	0,005	2,99 (0,15-8,13)
Total	34	100	12	100		

Tableau XXI : Répartition des femmes selon le pronostic vital maternel.

Pronostic vital maternel	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Vivant	136	97,3	280	100	0,012	00(0,00-0,75)
Décédé	4	2,7	0	0		
Total	140	100	298	100		

NB : Tous les cas de décès maternels ont concerné les ménagères. Dans 3 cas sur 4, le décès maternel a concerné les multipares et les grandes multipares.

Tableau XXII: Répartition des décès maternels en fonction de l'étiologie.

Etiologie	Décédés	Cas	
		Effectif	%
Infection		1	25
HRP		2	50
Rupture utérine		1	25
Total		4	100

NB : - Infection : 1 cas de septicémie post hystérectomie.

-HRP : 1 cas d'anurie par nécrose corticale du rein et cas d'hémorragie par CIVD.

-Rupture utérine : 1 cas d'anémie aigue par hémorragie.

Tableau XXIII : Répartition des accouchements selon le nombre de naissance.

Nombre de naissance par accouchement	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Mono fœtal	138	98,5	274	97,7	0,559	1,17 (0,26-7,11)
Gémellaire	2	1,5	6	2,3	0,559	0,85 (0,14-3,81)
Total	140	100	280	100		

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

Poids du nouveau-né (grammes)	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
<2500	44	31,6	16	6,2	10^{-7}	6,34 (3,47-11,89)
2500-3999	93	64,5	264	90,8	10^{-7}	0,18 (0,11-0,31)
≥4000	5	3,9	6	3	0,573	1,85 (0,14-3,81)
Total	142	100	286	100		

Tableau XXV : Répartition des nouveau-nés selon leur Apgar aux 1^{ère} et 5^{ème} minutes.

Score d'Apgar	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	1ère minute	5ème minute	1ère minute	5ème minute		
0	15	17	4	4	0,000002	9,48 (1,51-6,87)
1-3	6	4	5	3	10^{-6}	2,22 (1,01-4,95)
4-6	22	19	10	6	0,000000	6,09 (2,73-14,52)
≥7	99	102	267	273	10^{-6}	0,14 (0,08-0,26)
Total	142	142	286	286		

Tableau XXVI : Répartition des nouveau-nés selon la morbidité.

Morbidité fœtale	Cas (n=132)		Témoins (n=301)		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Prématurité	34	26	10	3,3	0,045	2,50 (0,93-6,96)
Infection néonatale	10	8,9	5	1,6	0,781	1,18 (0,34-4,74)
Macrosomie	8	5,9	12	4	0,027	0,22 (0,07-0,70)
Hypotrophie fœtale	7	5,1	3	1		
Malformation	1	0,7	0	0		

Tableau XXVII : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic vital du fœtus.

Pronostic	Cas		Témoins		p	OR(IC)
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Vivant	120	86	281	98,4	10⁻⁷	444,66 (144,6-1745,3)
Mort-né	17	11	4	1,3	0,000002	9,48 (3,001-39,24)
Decede	5	3	1	0,3		
Total	152	100	305	100		

NB :- Parmi les cas, on a trouvé 17 mort-nés dont 11 macérés soit un taux de mortinatalité de **11,2 %**.

- Parmi les témoins, on a trouvé 4 mort-nés dont 1 macéré soit un taux de mortinatalité de **1,3%**.

- La mortalité périnatale a été de 14,5 % chez les cas contre 1,6% chez les témoins.

Tableau XXVIII: Répartition des mort-nés en fonction de la morbidité maternelle.

Mort-nés Morbidité maternelle	Cas		Témoins		P	OR(IC)
	Effectif	%	Effectif	%		
Anémie	8	52,9	2	50	0,915	1,13 (0,07-18,90)
Infection	4	29,4	1	25	0,860	1,25 (0,07-78,57)
HTA	3	17,6	1	25	0,827	0,75 (0,04-52,34)
Total	17	100	4	100		

Tableau XXIX: Répartition des nouveau-nés selon les causes de référence en pédiatrie.

Causes de référence Nnés	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
SFA	6	17,6	2	12,4
Prématurité	10	29,4	4	25
SFA+prématurité	5	14,7	2	12,4
Macrosomie	3	8,8	5	31,3
Hypotrophie	3	8,8	1	6,3
SFA+RPM	2	5,9	1	6,3
Prématurité+RPM	2	5,9	1	6,3
VIH chez la mère	2	5,9	0	0
Malformation	1	3	0	0
Total	34	100	16	100

NB : - Nombre de nouveau-nés référés pour les cas = 34/135 vivants (25,2%) ;

- Nombre de nouveau-nés référés pour les témoins = 16 / 305 vivants (5,2%) ;

VI. COMMENTAIRES DISCUSSION

1. La fréquence

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 1336 accouchements dont 140 parturientes qui n'avaient fait aucune consultation prénatale soit une fréquence de 10,47 %.

Thiero M en 1995 , Thiam H en 2000 , Keïta D en 2010 ont rapporté respectivement 21,3% , 33,3% , 10,34% .

2. Épidémiologie

2.1. L'âge

L'échantillon a été dominé par les parturientes de 13-19 ans avec 33,4% et pour les 35 ans et plus soit 45,7%.

Keita D [Keita, 2010] : trouve 28,1% dans la tranche d'âge de 16-19 ans et 46,4 % pour les 36 ans et plus.

Koné I S [Koné, 1999] : trouve 56,82% dans la tranche d'âge de 14-25 ans et 15,15 % pour les 36 ans et e plus

Maguiraga M [Maguiraga, 2000]: rapporte 57,8 % dans la tranche d'âge de 15-25 ans et 15,8 % des parturientes de plus de 36 ans.

Talibo A [Talibo, 1998] : Au cours de son étude rapporte 23,2 % des parturientes dans la tranche d'âge de 14-19 ans et de 13,6 % chez les parturientes de plus de 35 ans.

Ces différences de taux avec notre série s'expliquent par la spécificité de ces études (consultation prénatale, mortalité maternelle) d'une part, et d'autre part les tranches d'âges retenues dans notre étude différaient de celles de ces auteurs.

2.2. Parité

Nous pensons que la parité à elle seule ne pourrait pas expliquer le faible taux des CPN observés chez ces parturientes ayant une grande parité. Notre étude rapporte 64,3 % de multipares.

3. Les caractéristiques sociodémographiques

En milieu urbain, les parturientes suivies étaient 0,39 fois plus protégées des risques dus à l'absence de CPN. En milieu périurbain, les femmes non suivies étaient 2,12 fois plus exposées aux risques liés par l'absence de CPN.

Le milieu rural était exposé à 2,25 fois de risque à l'absence de CPN

Dans notre étude nous avons observé en milieu urbain et périurbain, des taux respectifs de 72,8% et 20,7%. **Keita D [Keita, 2010]** rapporte dans son étude respectivement 86,7% et 22,2% ainsi **Maguiraga M [Maguiraga, 2000]** : rapporte dans son étude respectivement : 86,7% et 8,3%

3.1. Profession et niveau d'étude de la femme

La profession dominante des parturientes était celle de ménagères avec respectivement 65% chez les cas et 47,2% pour les témoins. Les élèves et étudiantes représentaient respectivement 7,5% chez les cas et 5,3% chez les témoins. Il existe une différence statistique hautement significative entre la proportion de celles qui étaient suivies et de celles qui ne l'étaient pas ($p=0,0001$). A l'inverse, certaines professions comme les aide-ménagères (9,2 % des cas contre 0,7% des témoins ; $p= 0,003$; $OR=6,02$; $IC95\%= 2,07-29,04$) et les sans professions (7,5% des cas et 7,5% chez les témoins ; $p=0,03$; $OR=1,52$; $IC95\%=0,28-1,96$) seraient des facteurs de risque pour les grossesses non suivies. Ceci s'expliquerait par leur faible revenu d'une part, les occupations domiciliaires importantes d'autre part laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal. KEITA D observe des taux de 68,5% pour les ménagères.

☞ **MaguiragaM [Maguiraga, 2000]** : observe des taux de 82,6 % de ménagères, 9,2 % de commerçantes et 3,1 % d'élèves ou étudiantes.

☞ **Talibo A en 1998 rapportait des taux respectifs de 82,7 % et 13,7 % chez les commerçantes .**

Ces taux étaient supérieurs à ceux obtenus dans notre série à l'exception du taux d'élèves et étudiantes qui en était plutôt identique. Nous n'avons pas trouvé d'explication à ces différences de taux.

En rapport avec le **niveau d'étude** de la femme, nous avons observé 70% d'analphabètes parmi les cas contre 27,1% de témoins ($p=10^{-6}$; OR=9,76 ; IC95%=6,03-15,82); 21,4% de niveau primaire pour les cas contre 42,2 % de témoins ($p=0,00002$; OR=0,40 ; IC95%=0,24-0,45). Les parturientes de niveau secondaire représentaient 7,2 % des cas contre 24% chez les témoins ($p=0,000006$; OR=0,23 ; IC95%=0,10-1,46). Dans tous les cas, le bas niveau d'instruction, constitue un facteur de risque d'exposition aux grossesses non suivies. Ce risque serait par exemple 9,75 fois plus élevé chez les parturientes analphabètes.

Il apparaît donc que l'analphabétisme est un facteur de risque dans l'absence de suivi de la grossesse alors que les niveaux d'études primaires mais surtout secondaire protégeraient du phénomène. Nous n'avons par ailleurs observé aucun cas de grossesse non suivi chez les femmes de niveau supérieur.

Des résultats comparables de 60,5% d'analphabètes, 31,8% de niveau primaire et 7,4% de niveau secondaire ont été enregistrés par **Maguiraga M [Maguiraga, 2000]**.

☞ Talibo A [34]: a rapporté dans son étude(51,6 % d'analphabètes, 32 % de niveau primaire et 16,4 % de niveau secondaire)**Talibo A [34]** .

L'analyse des résultats en fonction de la profession **du conjoint** a montré que la profession cultivateur du conjoint était significativement associée à une absence de suivi de la grossesse ($p= 10^{-6}$; OR=5,39 ; IC95%=2 ,89-10,27) alors que celle de fonctionnaire protégerait contre le phénomène ($p=10^{-7}$; OR=0,18 ; IC95%=0,09-0,34). Le fait que le conjoint soit un cultivateur exposerait au

manque de suivi prénatal à cause de ses nombreuses occupations corrélées au problème financier mais également la méconnaissance de l'intérêt de la CPN.

Dans l'étude réalisée par **Thiéro M. [Thiéro, 1995]** : 28,5 % des parturientes avaient un conjoint ouvrier ; 25,4 % de commerçants ; 23 % de fonctionnaires et 20 % de cultivateurs. Ces différences de taux par rapport à notre série s'expliqueraient par la spécificité de l'étude qui portait sur l'évacuation sanitaire en milieu obstétrical.

4. Examen clinique

Chez nos patientes 85,6% avaient une température corporelle normale alors que 11,2% étaient fébriles.

Ces différences de taux observées par rapport à notre série s'expliqueraient par la définition consacrée à l'hyperthermie dans notre étude.

☞ La grossesse était à terme dans 80% des cas et 96% chez les témoins ($p=10^{-7}$; OR=0,14 ; IC95%=0,06-0,30). Les femmes suivies seraient 0,14 fois plus protégées contre les accouchements prématurés. Nous avons noté 20% de pré-terme pour les cas contre 4% chez les témoins ($p=10^{-7}$; OR=7,14 ; IC95%=3,35-16,16). Dans ce cas, l'absence de suivi prénatal exposerait 7,14 fois les femmes à un accouchement prématuré.

☞ la fréquence des grossesses à terme était de 59,4% contre 40,6% de pré-terme **Maguiraga M [Maguiraga, 2000]** .

Ces différences de taux par rapport aux nôtres seraient liées à notre méthodologie qui excluait les grossesses de moins de 28 SA et/ou de poids foetal supérieur à 600 grammes.

La **hauteur utérine** était considérée normale quand celle-ci était comprise entre 32 et 35 centimètres avec des membranes intactes. Les gestantes non suivies ayant une HU excessive n'ont pas bénéficié de l'évaluation du pronostic de l'accouchement qui est l'un des objectifs fondamentaux de la CPN du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Les taux de HU observés dans notre étude étaient

tantôt plus élevés (HU normale, HU excessive), tantôt plus faibles que ceux observés à l'hôpital Gabriel Touré : **Thiéro M. [Thiéro, 1995]**.

Ces différences de taux d'avec ceux de notre série s'expliqueraient par la spécificité de son étude qui portait sur l'évacuation obstétricale d'urgence. La plupart des patientes de l'étude réalisée à Gabriel Touré avaient été reçues au moment où la poche des eaux était rompue entraînant ainsi une diminution de la HU. Ce phénomène pourrait expliquer les taux élevés de HU excessive observés dans notre étude. De même, la macrosomie fœtale et les grossesses multiples auraient contribué également à l'augmentation du taux de HU excessive dans notre série.

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Nous avons ainsi noté une normalité des BDCF dans 75,7% des cas contre 96,1% chez les témoins.

Les BDCF inférieurs à 120 battements par minute ont représenté respectivement 7,2% des cas avec BDCF non entendus chez 6 parturientes non suivies ; et 2,7% chez les témoins avec BDCF non audibles chez 4 parturientes.

La bradycardie fœtale serait significativement associée aux grossesses non suivies ($P = 0,001$; $OR=3,76$; $IC95\% = 1,43-10,57$) alors que la normalité des BDCF semblerait associée de façon statistiquement significative au suivi prénatal ($P < 10^{-7}$; $OR = 0,11$; $IC95\% = 0,05-0,23$).

Le taux élevé d'altération des BDCF dans cette étude par rapport au notre s'expliquerait par le fait que son étude ait porté sur les évacuations obstétricales d'urgences. En effet, il s'agissait de patientes qui avaient présenté des pathologies obstétricales mettant en jeu le pronostic vital maternel et/ou fœtal.

❖ **Données sur les membranes et le liquide amniotique** :

- **État des membranes à l'admission :**

Plus de la moitié des parturientes non suivies soit 58,5% ont été admises les membranes intactes contre 82,8% chez les témoins. 41,5% des cas l'ont été avec les membranes rompues contre 17,2% pour les témoins.

Les membranes intactes à l'admission sont associées de façon significative au suivi prénatal ($P=0,0000001$; $OR=0,31$; $IC95\%$ (0,20-0,49) alors que les membranes rompues avant l'admission semble significativement associée à l'absence de CPN ($P = 0,0000001$; $OR = 3,20$; $IC 95\% = 2,03-5,05$).

Thiéro M. [Thiéro, 1995]: a rapporté respectivement 79,5% de parturientes admises avec des membranes rompues contre 20,5% de patientes avec les membranes intactes à l'admission.

- **Délai de rupture des membranes :**

Le délai de rupture des membranes a été supérieur à 12 heures dans 18,6% des cas contre 4,7% chez les témoins exposant ainsi l'œuf à l'infection.

❖ **Présentation du fœtus :**

La présentation céphalique a été la plus fréquente suivi du siège avec respectivement 88,5% et 9,4% des cas contre 95,3% et 3,4% chez les témoins.

Les présentations dystociques telles que : transversales et Front ont représenté 2,1% chez les patientes non suivies contre 1,3% chez les témoins.

Les patientes non suivies admises avec des fœtus en présentations dystociques et de siège n'ont pas bénéficié de l'évaluation de la variété de présentation en fin de grossesse. La découverte de ces présentations dystociques ci-dessus citées a été faite de manière fortuite en salle de travail dans la plupart des cas.

Les différents taux obtenus dans notre série sont proches de ceux retrouvés dans la littérature de **Merger R, Levy J, Melchior J.[Merger, 1995]** qui a rapporté respectivement 96% de présentation céphalique 3,9% de présentation du siège et 0,25% de présentations transversale et oblique.

❖ **Examen du bassin :**

L'examen du bassin a été fait par la pelvimétrie interne (toucher vaginal).

Il a permis de noter 72,8% de bassin normal chez les cas contre 93,2% chez les témoins ; 21,2% de bassin pathologique chez les patientes non suivies contre 7,8% chez les témoins. Parmi les bassins pathologiques nous avons retrouvé respectivement 5,8% de bassin généralement rétréci chez les parturientes

n'ayant fait aucune CPN contre 0,7% chez les témoins ($P=0,005$; $OR = 4,72$; $IC95\%=1,29-21,28$). Nous avons observé 1,4% de bassins asymétriques chez les parturientes non suivies.

Les patientes qui n'ont fait aucune CPN et qui avaient un bassin pathologique n'ont pas bénéficié de l'appréciation du bassin enfin de grossesse.

L'appréciation du bassin chez les témoins avait permis d'évaluer le pronostic d'accouchement par voie basse et d'indiquer une césarienne électorale beaucoup plus sécurisante.

Thiéro M. [Thiéro, 1995]: a rapporté les taux suivants : 86,3% de bassin normal contre 13,7% de bassin pathologique.

Ces taux sont proches de ceux obtenus dans notre série.

5. Accouchement :

5.1. Mode d'accouchement :

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 72,8% des cas contre 82,5% chez les témoins sans qu'il y ait de différence statistiquement significative entre ces deux groupes. Ces taux sont proches de celui obtenu par **Maguiraga M [Maguiraga, 2000]** : (70,1% d'accouchement par voie basse) ; mais inférieurs à celui de **Talibo A. [Talibo, 1998]** soit **98,3%**.

Nous n'avons trouvé aucune explication à ces différences de taux par rapport à notre série.

5.2. Mode de délivrance :

La délivrance a été normale dans 10,7% des cas contre 10% chez les patientes suivies.

Maguiraga M [Maguiraga, 2000] et **Talibo A.[Talibo, 1998]** : ont rapporté respectivement 80,8% et 98,1% de délivrance normale. Ces taux sont supérieurs à ceux observés dans notre série.

Ceci est lié à la fréquence plus élevée des accouchements par voies basses dans leurs études respectives.

6. Pronostic :

6.1. Pronostic maternel :

❖ Les complications obstétricales :

Les complications obstétricales ont été deux fois plus fréquentes chez les patientes non suivies par rapport aux témoins soit respectivement 24,2% contre 4,3% avec une différence statistique hautement significative ($P = 0,0000001$; $OR = 5,76$; $IC\% = 1,40-4,43$).

Les complications obstétricales ont été dominées chez les cas par l'éclampsie 37,6% suivies par l'HRP 21,8% ; la toxémie 15,6% et la rupture utérine 6,2% contre respectivement 25% d'éclampsie ; 16,5% d'HRP ; 33,7% de toxémie et 0% de rupture utérine chez les témoins, avec une différence statistique significative respectivement $P=0,001$; $P=0,035$; $P=0,002$.

Talibo A.[Talibo, 1998] a rapporté les taux de complications obstétricales suivants : l'HTA et ses conséquences ont représenté 22,8% ; l'hémorragie de la délivrance 14,3% et 2,9% de rupture utérine.

Maguiraga M [Maguiraga, 2000] : a rapporté les taux de complications obstétricales suivants : 41,7% d'hémorragie de la délivrance et 9,2% pour l'HTA et ses conséquences.

Nous n'avons trouvé aucune explication à ces différences de taux observé par rapport à notre série.

❖ Suites de couches et ses complications :

Nous avons fait l'évaluation dans les suites de couches immédiates. Elles étaient simples chez 75,7% des patientes non suivies contre 95,7% chez les témoins avec une différence statistique hautement significative ($P=10^{-7}$; $OR = 0,11$; $IC\% = 0,05-0,23$).

Les suites de couches ont été compliquées chez 34 parturientes non suivies soit 24,3% contre 4,3% chez les témoins avec une différence statistiquement significative en faveur de l'association complication des suites de couches et grossesse non suivie

($P = 10^{-7}$; $OR=8,93$; $IC=95\%=4,27-19,98$).

En effet en l'absence de suivi prénatal, les facteurs de risque de la grossesse ne seront pas mis en évidence.

Ceci expose la patiente à des risques potentiels de complications au cours de la parturition et dans le post partum.

Talibo A. [Talibo, 1998] : a rapporté 99,3% de patientes ayant présentées des suites de couches simples contre 0,7% de suites de couches compliquées.

Cette grande différence de taux par rapport à notre série est due au fait que sa population d'étude étaient constituée de patientes suivies.

-Les principales complications observées dans les suites de couche ont été l'HTA, l'anémie et, l'infection avec respectivement 14 cas ; 10 cas pour les deux autres des patientes non suivies contre respectivement 6 cas ; 4 cas et 2cas chez les témoins, avec une différence statistiquement significative respectivement ; $p= 0,0036$; $p= 0,0049$; $P= 0,005$.

Talibo A. [34] : a rapporté respectivement 18,2% d'infection ; 2,3% d'HTA et 2,3% d'anémie.

Nous n'avons trouvé aucune explication à ces différences de taux par rapport à notre série.

❖ **Décès maternel :**

- **Taux de décès maternel :**

Dans notre série nous avons enregistré 4 décès maternels parmi les parturientes non suivies soit 2,7% ($P = 0,012$). 100% des décès maternels sont survenus chez des ménagères.

Thiam H D. [Thiam, 2000] : a rapporté 2,6% de décès maternels à Bamako et 12% à Kolondiéba. Le taux de décès maternel observé à Bamako dans cette étude est proche de celui observé dans notre série. Nous pensons cependant que la CPN à elle seule ne suffit pas à prévenir la mortalité maternelle.

- **Décès maternels selon l'étiologie :**

L'étiologie la plus incriminée dans les décès maternels a été l'HRP soit 50 % viennent en suite l'infection avec 25 % et la rupture utérine avec 25 % des cas.

L'HRP est un accident paroxystique du dernier trimestre de la grossesse. Cependant certains facteurs tels que l'HTA et l'anémie pourraient l'annoncer. Les CPN bien faites pourraient dans certains cas permettre d'identifier les grossesses à risque d'HRP. Elles permettraient également de détecter les cardiopathies et d'assurer une bonne prise en charge en fin de grossesse.

L'infection associée le plus souvent à l'anémie aurait pu être réduite si la consultation prénatale couplée à la prophylaxie antianémique avait été faite.

Maguiraga M. [Maguiraga, 2000] : a rapporté les taux suivants : 41,7% de décès maternels dus à l'hémorragie ; l'infection dans 19,2 % des cas et l'HTA et ses complications dans 9,2 % des décès maternels.

Koné I S. [Koné, 1999] : a rapporté 47,73 % de décès maternels liés à hémorragie ; 23,48 % survenus sur un tableau d'anémie ; 12,12 % des décès étaient dus à l'HTA et ses complications contre 9,85 % de décès liés à l'infection.

Le taux élevé de l'infection dans l'étiologie des décès maternels est du à l'évacuation tardive des patientes. En effet en cas de rupture des membranes, l'ouverture de l'œuf expose la mère à l'infection.

6.2. Pronostic fœtal :

❖ Répartition des accouchements selon le nombre de naissance :

L'accouchement mono-fœtal a représenté 98,5% chez les parturientes non suivies contre 97,7 % chez les témoins.

La gémellité a été retrouvée dans 1,5% des cas contre 2,3 % chez les témoins. Ces résultats suivent la tendance de la fréquence des grossesses mono-fœtales par rapport aux grossesses multiples.

Les différences statistiques n'étaient pas significatives.

Talibo A. [Talibo, 1998] : a rapporté 98,5 % d'accouchement mono-fœtal contre 1,45 % d'accouchement gémellaire.

Ces taux sont proches de ceux observés dans notre série.

❖ **Répartition des nouveau-nés selon le poids :**

Les nouveau-nés de poids normal (c'est à dire compris entre 2500 et 3999 grammes) ont été les plus nombreux avec 64,5% des cas contre 90,8 % chez les témoins avec (différence statistique hautement significative) en faveur de l'association poids de naissance normal et suivi prénatal ($P = 10^{-7}$; OR = 0,18 ; IC% = 0,11-0,33).

Le poids de naissance inférieur à 2500 grammes a représenté 31,6 % des cas contre 6,2 % chez les témoins avec une différence statistique significative ($P = 10^{-7}$; OR = 6,34 ; IC% = 3,47-11,89) en faveur de l'association petit poids de naissance et grossesses non suivies.

Talibo A. [Talibo, 1998] : a donné 90,5 % de nouveau-nés ayant un poids de naissance normal contre 7,4 % de poids de naissance inférieur à 2500 grammes.

❖ **Score d'Apgar :**

La majorité des nouveaux-nés dans notre série avaient un score d'Apgar ≥ 7 à la première minute ; Ils ont constitué respectivement 69,7 % chez les cas contre 93,83% chez les témoins ($P = 10^{-6}$; OR = 0,14 ; IC% = 0,08-0,26) avec différence statistique significative en faveur de l'association grossesses suivies et bon Apgar.

Les mort-nés et les nouveau-nés en état de mort apparent ont représenté respectivement : 11% chez les cas contre 1,3 % chez les témoins ($P = 0,000002$; OR = 9,48 ; IC% = 3,00-39,24) ; 3 % chez les cas contre 0,3% chez les témoins. Dans ces deux cas les différences statistiques observées étaient significatives en faveur de l'association mauvais score d'Apgar et grossesses non suivies.

Thiéro M.[Thiéro, 1995] a rapporté respectivement 25,6 % de nouveau-nés ayant un Apgar ≥ 7 ; 37,5 % de nouveau-nés avec Apgar < 7 et 36,9 % de mort-nés (Apgar = 0) Ce score d'Apgar mauvais par rapport à notre série est lié à l'évacuation sanitaire qui peut majorer la mortalité et la morbidité foetale par un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales.

❖ **La morbidité fœtale :**

☞ La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 26 % chez les cas contre 3,3 % chez les témoins ($P = 0,045$; $OR = 2,50$; $IC\% = 0,93-6,96$) avec une différence statistique significative en faveur de l'association prématurité et l'absence de suivi prénatal.

❖ **Le pronostic vital fœtal :**

- **Nouveau-nés vivants :**

☞ Chez la majorité de nos parturientes les nouveau-nés étaient vivants soit 86% chez les cas contre 98,4 % chez les témoins ($P = 10^{-7}$; $OR = 444,66$; $IC\% = 144,6-1745,3$) avec une différence statistique en faveur de l'association nouveau-nés vivants et suivi prénatal.

Les mort-nés représentaient 11% chez les cas contre 1,3% chez les témoins avec une différence statistiquement significative en faveur de l'association taux élevé de mort-né et absence de suivi prénatal ($P = 0,000002$; $OR = 9,48$; $IC\% = 3,00-39,24$).

Thiam H D. [Thiam, 2000] : a rapporté 86,66 % de nouveaux-nés vivants. Ce taux est proche du nôtre.

Taux de mortinatalité :

Une grossesse non suivie constitue une grossesse à risque.

Ce risque est fœtal et maternel. En effet l'absence de suivi ne permet pas de mettre en évidence les situations morbides pouvant altérer le pronostic fœtal.

Le taux de mortinatalité était respectivement de 11,2 % chez les cas et 1,3 % chez les patientes suivies ($P = 10^{-7}$; $OR = 9,48$; $IC\% = 3,00-39,24$) avec une différence significative en faveur de l'association grossesses non suivies et morti-naissance.

Thiam H D. [Thiam, 2000] : a rapporté 13,33 % de mortinatalité. Ce taux est voisin de celui observé dans notre étude.

Taux de décès néonatal précoce :

Le taux de décès néonatal précoce a été de 3 % chez les cas contre 0,3 % chez les témoins. La principale étiologie incriminée a été la souffrance fœtale aiguë avec 75% chez les témoins contre 100 % chez les parturientes non suivies. La souffrance fœtale aiguë est une situation obstétricale observée au cours du travail et qui compromet le pronostic fœtal.

L'absence d'échographie morphologique chez nos cas n'a pas permis de mettre en évidence la malformation dans 25% des cas.

Thiam H D. [Thiam, 2000] : a rapporté respectivement 8 % de décès néonatal précoce à Bamako contre 12 % à Kolondiéba. L'étiologie incriminée dans cette étude a été la souffrance fœtale aiguë dans 100 % des cas.

Cette différence de taux avec notre série s'explique surtout par l'absence de service de néonatalogie dans ses cadres d'étude.

☛ Mortalité périnatale :

☞ La mortalité périnatale a été respectivement de 14,5 % chez les cas contre 1,6 % chez les témoins. Les principales causes retenues ont été la souffrance fœtale aiguë et la détresse respiratoire.

❖ Répartition des mort-nés selon l'état morbide maternel :

L'anémie et l'infection ont été les situations morbides fréquemment associées à la mort fœtale in utero. Celle-ci pourrait s'expliquer par l'hyperthermie corollaire de l'infection et l'anémie qui entraîne une diminution d'apport d'oxygène vers le fœtus.

☞ L'anémie a représenté 52,9 % de morbidité chez les cas contre 50 % chez les témoins (P=0,915).

Dans notre série, l'infection a été le facteur morbide retrouvé dans

29,4 % chez les patientes non suivies contre 25% chez les témoins (P=0,860).

L'HTA a représenté 17,6 % de morbidité chez les gestantes non suivies contre 25 % chez les témoins (P=0,827).

Les différences statistiques n'étaient pas significatives.

❖ **Causes de référence des nouveau-nés :**

-Nous avons référé 25,2 % des nouveau-nés issus des grossesses non suivies en pédiatrie contre 5,2 % chez les témoins.

-Les causes de référencedes nouveau-nés en pédiatrie ont été dominées par la prématurité et la souffrance fœtale aiguë avec respectivement : 29,4 % chez les cas contre 25 % chez les témoins et 17,6 % chez les cas contre 12,4 % chez les témoins. Elles étaient associées dans 14,7 % chez les cas contre 12,4 % chez les témoins.

La prématurité et la souffrance fœtale aiguë ont fréquemment été associées aux autres causes de référence. Les différences statistiques observées n'étaient pas significatives.

☞ **Thiam H D. [Thiam, 2000] :** a rapporté 6,66 % de nouveau-nés référés en pédiatrie. La souffrance fœtale aiguë a été la cause de référence dans 100% des cas.

Cette grande différence de taux de référence en pédiatrie est due au cadre d'étude mais également à la qualité de la collaboration interdisciplinaire au CHU du Point G (présence d'un pédiatre lors des césariennes, des accouchements instrumentaux et les manœuvres obstétricales).

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude de type rétrospective cas-Témoins réalisée dans le service de gynécologie – obstétrique du CHU du point G sur une période de 6 mois allant du 1 Janvier 2011 au 31 juin 2011 nous avons enregistré une fréquence de grossesses non suivies de 10,47%.

Les principaux facteurs de risque ont été l'analphabétisme de la femme avec 70 %, la profession du conjoint avec 35% d'ouvriers, 27,2% de cultivateurs. Les complications obstétricales ont été dominées par l'éclampsie avec 37,6% des cas suivies, de l'HRP avec 21,8% et de la toxémie gravidique avec 15,6%.

La voie haute a été pratiquée dans 27,2% des cas.

Nous avons enregistré 4 décès maternels soit 2,7% des cas.

Le poids du nouveau-né était inférieur à 2500 grammes dans 31,6% des cas.

Le score d'Apgar était inférieur ou égale à 6 à la première minute dans 15,49% des cas.

La lutte contre la non fréquentation des consultations prénatales passe nécessairement par l'information et l'éducation des populations cibles.

VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

📌 AU MINISTÈRE DE LA SANTE :

- ☞ Améliorer l'accessibilité financière des gestantes aux soins prénatals par une réduction des coûts des services ;
- ☞ Scolarisation systématique des filles ;
- ☞ Renforcer le plateau technique des structures sanitaires impliquées dans les soins prénatals : échographie, appareil de monitoring...;
- ☞ Rendre fonctionnel le système de communication téléphonique pour une meilleure prise en charge des évacuations ;
- ☞ Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel de santé responsable des C.P.N.

📌 AU PERSONNEL DE SANTE RESPONSABLE DE LA C.P.N :

- ☞ Évaluer correctement tous les facteurs de risque au cours de la grossesse et l'accouchement en les notifiant dans les supports.
- ☞ Impliquer davantage les médecins des CSCOM dans les activités de C.P.N.
- ☞ Apprécier le bassin en fin de grossesse en vue d'établir le pronostic de l'accouchement ;

📌 A LA DIRECTION DU C.H.U. DU POINT G :

- ☞ Renforcer l'unité de néonatalogie du CHU du point G ;
- ☞ Rendre fonctionnel le bloc opératoire pour césarienne du service de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- ☞ Doter la salle d'accouchement d'une source d'oxygène.

📌 AUX CONSULTANTES :

- ☞ Suivre régulièrement les C.P.N et appliquer les conseils stricts donnés par les prestataires.

IX. REFERENCES

- 1.Akpadza K, Kotor KT, Baeta S, Hodonou AKS.** Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sogodé (Togo). Médecine d'Afrique Noire 1994 ; 41(11) :604-607.
- 2. Anonyme .** Mortalité maternelle : Soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986 ; 40(5) :193-202.
- 3. Anonyme.** La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat de l'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 1985 : 14p.
- 4. Anonyme.** Normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la République du Mali ; vol 2,1990.
- 5.Barrat J, Bossart H, Lewin D, Renaud R.** La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Masson (Paris) 1985 : 808p.
- 6.CIE. SIDA, Enfant, Famille.** Les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille. Synthèses bibliographiques 1993.
- 7.Coulibaly S.** Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 1999 et 2000. Thèse médecine (Bamako) 2001 (123) : 82p.
- 8.Coulibaly F.** Étude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas cliniques. Thèse médecine (Bamako) 1995 (40) :95p.
- 9.Dakouo G.** Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement (Bilan de dix ans d'observation 1980-1989). Thèse médecine (Bamako) 199 (40) : 93p.
- 10.Diakité M.** Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse médecine (Bamako) 1985(10) : 122p.

- 11.Diallo D.** Accouchement chez l'adolescente en milieu péri-urbain de Bamako. A propos de 150 observations recueillies au service socio-sanitaire de la commune v. Thèse médecine 1995(48): 34p.
- 12.Dolo A, Keita B, Diabaté FS, Maiga B.** Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'hôpital national du point « G », Bamako. Médecine d'Afrique Noire 1991 ; 38 (2): 133-134.
- 13.E D S -III Mali.** (2000 – 2001).
- 14Elhadji H M.**Contribution de l'étude de la qualité de la consultation prénatale et du système de référence des grossesses à risque en milieu urbain (Niamey). Thèse médecine 1989(32) :85p.
- 15.Etard J F.** Etude sur la mortalité de la mère et de la l'enfant dans le quartier de Banconi (Bamako) 1993 : 22p.
- 16.Faye A, Picaud A, Ogwet I, Nlome N R A, Nicolas Ph.**L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville. 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989. Rev. Fr. Gynécol. Obstét 1991 ; (86): 7- 9, 503-510.
- 17.Kaunizt A, Hughest, Grimes D et AL.** Causes of maternal mortality in United States.ObstetGynecol 1985 ;(65): 605-612.
- 18.Koné I S.** Étude de la mortalité maternelle liée à la gravido-puerpéralité dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital régional de Ségou. De janvier 1993 en décembre 1998. Thèse médecine 1999 :(69).
- 19.Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. Masson (Paris) 1992 :179p.
- 20.Lansac J, Berger C, Magnin G.** Obstétrique pour praticien. Masson (Paris) 1997 :23p.
- 21.Magnin P, Nicollet B, Magnin G.** Mortalité maternelle. Encyl. Méd., chir., Paris. Obstétrique 1981 ; D10(11) :5082p.

- 22.Maguiraga M.** Étude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse médecine 2000 (110).
- 23.Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Masson (Paris) 1979 : 755p.
- 24.Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Masson (Paris) 1989 : 755p.
- 25.Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. Masson (Paris) 1995 : 71p.
- 26.Nasah B T.**Conférence régionale sur la maternité à risque. La prévention des grossesses à haut risque. Niamey(Niger) 1989 : 27p.
- 27.Nicolose E, D'ercole, Cassel N, Azoulay P, Cravello L, Boubli L,**
28.Blanc B. Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique. Rev. Fr. Gynécol. Obstét 1994 ; 89(10) : 476 –488
- 29.OMS.** Bureau régional d'Europe. Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposés à un risque élevé. Windsor 1970 ; Copenhague 1973 (EURO 4 911).
- 30.OMS.** Grossesse et accouchement en Afrique occidentale : " Vers une maternité à moindre risque " Dossier santé publique OMS 1999 ; 11(2) :167-185.
- 31.PruaA.** Journées de réflexion sur la contraception, Niamey, du 1^{er} au 4 octobre 1991.
- 32.Rooney C.** Antenatal care and maternal health: how effective is it? OMS 1992.

33.Sacko S. Cours de santé publique de la 5^{ème} année médecine. Méthode et approches d'identification des besoins et problèmes de santé. FMPOS (Bamako) ; 2000-2001.

34.Talibo A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse médecine (Bamako) 1998 (29).

35.Thiam H D. Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondiéba. Thèse médecine (Bamako) 2000 (62).

36.Thiérom. Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine (Bamako) 1995(17).

37.Traoré A F. Étude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine (Bamako) 1988 (20).

38.Vokaer A. Les hypertensions gravidiques. La prééclampsie-éclampsie. In : Pathologie médico-chirurgicale de la grossesse. Masson (Paris) 1988 : 10-48p.

39.Premières journées de gynéco-obstétrique de Bamako. Résumé des rapports et communication. Premières journées de gynéco-obstétrique de Bamako : 17-18-19 Février 1994.

40.Rivière M. Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerperal, avortement excepté. Introduction générale. *Rev. FR. Gynécol. Obstet., 1959 (11)16 ; PP.141*

41.Togora M. Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas. Thèse Méd. : Bamako 2004 ; 135P-40.

42.EDS/MaliIV, 2006 : Enquête nationale de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Mali .Rapport.

FICHE D'ENQUÊTE : (TÉMOINS)

IDENTITÉ DE LA FEMME

Q1. DATE D'ENTRÉE

Q2. NUMÉRO DU DOSSIER :

Q3. NOM et PRÉNOM :

Q4. AGE (année)

Q5. RÉSIDENCE :.....

1. URBAINE: 2. PERI-URBAINE : 3. RURAL :

Q6. ETHNIE :

1. BAMBARA 2. PEULH 3.SARAKOLÉ
4. DOGON 5. SONHRAI 6. MALINKÉ
7. SOMOO/BOZO 8. AUTRES

Q7. ÉTAT MATRIMONIAL :

1. MARIEE 2. CELIBATAIRE 3. DIVORCEE

Q8. NOMBRE DE COÉPOUSE :

Q9. PROFESSION DE LA FEMME :

1. MÉNAGÈRE 2.FONCTIONNAIRE
3.COMMERÇANTE 4.ÉLÈVE/ÉTUDIANTE
5. AIDE-MÉNAGÈRE 6.AUTRES

Q10. NIVEAU D'ÉTUDE DE LA FEMME

1. ANALPHABÈTE 2.ALPHABÉTISÉE EN LANGUE
NATIONALE 3.PRIMAIRE 4.SECONDAIRE
5.SUPÉRIEUR

Q11. MODE D'ADMISSION :

1. VENUE D'ELLE-MÊME 2.RÉFÉRÉE 3. EVACUEE
4. SI REFEREE/ÉVACUÉE
a. PROVENANCE b. MOTIF DE CONSULTATION

Q12. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :

1. GESTITÉ
2. PARITÉ
3. NOMBRE D'ENFANT(s) VIVANT(s)
4. NOMBRE D'AVORTEMENT(s)
5. NOMBRE D'ENFANT(s) DÉCÉDÉ(s)
6. INTERVALLE INTER-GÉNÉSIQUE (mois) :

Q13. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

1. CÉSARIENNE 2. MYOMECTOMIE
3. LAPAROTOMIE POUR..... 4. AUTRES :

Q14. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

1. CARDIOPATHIE 2. ASTHME 3. DRÉPANOCYTOSE
4. HTA 5. DIABÈTE 6. VIH 7. AUTRES :

Q15. PROFESSION DU CONJOINT :

1. CULTIVATEUR 2. FONCTIONNAIRE
3. COMMERÇANTE 4. OUVRIER 5. AUTRES
6. SANS PROFESSIONS

RENSEIGNEMENTS SUR LA GROSSESSE :

Q16. CONSULTATION PRÉNATALE :

1. NOMBRE : 2. LIEU :
3. QUALITÉ DU PRESTATAEUR :

Q17. EXAMEN DES URINES :

1. ALBUMINURIE : a. OUI b. NON
2. GLYCOSURIE : a. OUI b. NON
3. NON FAIT

Q18. ÉCOGRAPHIE

1. NON
2. SI OUI NOMBRE :
3. PREMIÈRE ÉCOGRAPHIE :
 - a. PRÉCOCE b. TARDIVE

Q19. TERME DE LA GROSSESSE :

1. ESTIMÉE A TERME 2. PRÉ-TERME 3. POST-TERME

EXAMEN D'ENTREE

Q 20. EXAMEN GENERAL:

1. ÉTAT GENERAL : 2.TA:
3. COLORATION DES CONJONCTIVES :
4. TEMPÉRATURE 5.CEDÈME 6.TAILLE : 7.POIDS :

Q21. EXAMEN OBSTÉTRICAL :

1. HU : 2.BDCF : 3.COL : (dilatation) 4.PRÉSENTATION :
 - a. céphalique : b. siège : c. vicieuse :
5. ÉTAT DU BASSIN :
6. MEMBRANES :
 - a. Intactes :
 - b. rompues :
- *moins de heures *plus de heures
- *prématuré *précoce *tempestive
- *spontanée *artificielle
- *coloration du liquide amniotique :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCOUCHEMENT :

Q22. MODE D'ACCOUCHEMENT :

1. VOIE BASSE 2.VOIE HAUTE

Q23. ÉPISIOTOMIE :

1 .NON 2.SI OUI 3.INDICATIONS :

Q24. DÉLIVRANCE :

1. NORMALE 2.ARTIFICIELLE 3.ACTIVE DIRIGÉE

Q25. COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES :

1. RUPTURE UTÉRINE 2.PLACENTA PRÆVIA
3.ÉCLAMPSIE 4.HÉMATOME RETRO PLACENTAIRE
5.TOXÉMIE GRAVIDIQUE
6. HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

1. NON 2. OUI

7. PROCIDENCE DU CORDON

8. DÉCHIRURE DU PÉRINÉE :

A. NON B. SI OUI

a. simple b. compliquée

9. DÉCHIRURE DU COL

a. oui b.non

10. DÉCHIRURE DU VAGIN :

a. oui b. non

Q26. SUITES DE COUCHES :

1. SIMPLES 2.COMPLIQUÉES de.....

Q27. TRAITEMENT MEDICAL :

1. UTERO-TONIQUES 2.ANTIBIOTIQUES

3.ANTIPALUDÉENS

4. FER 5.ANTIHYPERTENSEURS 6.NIVÉRAPINE

7. TRANSFUSION/MACROMOLÉCULES

8. DIGITALO-DIURÉTIQUES 9.ANTICOAGULANTS

10 .AUTRES :

Q28. MORBIDITÉ MATERNELLE :

1. ANÉMIE 2. INFECTION 3. HTA
4. HÉMORRAGIE 5. AUTRES :

Q29. COLLABORATION INTER-DISCIPLINAIRE :

1. REFERENCE POUR
2. SERVICE D'ACCUEIL :
3. DIAGNOSTIC RETENU :

Q30. PRONOSTIC VITAL MATERNEL :

1. VIVANTE 2. DÉCÉDÉE

Q31. APGAR :

1. PREMIER MINUTE 2. CINQUIÈME MINUTE

Q32. MORBIDITÉ FOETALE :

1. NOMBRE DE FOETUS
2. PRÉMATURITÉ
3. INFECTION NÉONATALE PRÉCOCE
4. MACROSOMIE FOETALE
5. HYPOTROPHIE FOETALE
6. MALFORMATIONS

Q33. PRONOSTIC VITAL FOETAL :

1. VIVANT 2. RÉFÉRÉ POUR.....
3. DÉCÉDÉ (CAUSE) : 4. MORT-NÉ
- a. macéré b. non macéré

Q34. DURÉE TOTALE DU TRAVAIL :

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : NIMAGA

Prénom : Ibrahima

Titre de la thèse : Influence de la surveillance prénatale sur la parturition dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du Point G

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique.

Résumé :

La CPN est l'un des actes de référence dans la lutte contre la mortalité maternelle. Selon une étude de l'OMS, elle permettrait de prévenir 15% des décès maternels. Bien mené, le suivi prénatal permet de dépister les pathologies associées à la grossesse et d'en assurer la prise en charge efficace afin de prévenir les complications obstétricales ayant un potentiel de morbidité et de mortalité élevé.

Nôtre étude de type rétrospective cas-témoins effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique au CHU du Point G sur une période de 6 mois et portant sur les grossesses non suivies a donnée les résultats suivants :

-La prévalence des grossesses non suivies au cours de la période d'étude a été de 10,47%.

-Les facteurs de risque ont été l'analphabétisme de la femme avec 70% des cas ($P=10^{-6}$ et OR = 9,76) ; la profession du conjoint avec 35% ouvriers ($P=10^{-6}$ et OR = 5,39) et 27,2% de cultivateur.

- Les complications obstétricales étaient deux fois plus fréquentes chez les cas par rapport aux témoins ($P = 0,0000001$ et OR = 5,76). Elles ont été dominées chez les cas par d'HTA et ses conséquences qui ont représenté 37,6% pour l'éclampsie suivies hémorragie rétro-placentaire avec 21,8%

-La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 26% ($P=0,045$ et OR = 2,50).

-Le score d'Apgar à la première minute était inférieur à 6 dans 15,49% des cas.

-Nous avons observé 4 décès maternels soit 2,7% des cas.

Mots clés : Pronostic, Materno-fœtal, Grossesses non suivies, CPN, Morbidité, Mortalité.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et 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 s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les 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 leurs pères.

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