Ministère de l'enseignement supérieur

Et de la Recherche Scientifique

République du Mali

UN PEUPLE | UN BUT | UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T-B

FACULTÉ DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N° :

THÈSE

LA CONSULTATION PRENATALE TARDIVE CHEZ LES GESTANTES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 15/ 07 /2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : Mr Amadou Gagni TRAORE

Pour obtenir le grade de docteur en médecine (Diplôme d'État).

JURY

Président : M. Soumana Oumar Traoré (maître de conférences)

Membres : M. Abdoulaye Sissoko (maître de conférences)

: M. Souleymane Maiga, (Médecin communautaire)

Directeur : M. Alassane Traoré (maître de conférences)

La consultation prénatale tardive chez les gestantes au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR

VICE-DOYEN : **M. Mamadou Lamine DIAKITE** – PROFESSEUR

SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRÉSOR

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2	Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryologie
3	Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
4	Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
5	Mr Ibrahim I MAIGA	Bactériologie - Virologie
6	Mr Bouba DIARRA	Bactériologie - Virologie
7	Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie - Virologie
8	Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
9	Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
10	Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
11	Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
12	Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
13	Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
14	Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
15	Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
16	Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
17	Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
18	Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
19	Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
20	Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
21	Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
22	Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

23	Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
24	Mme Hawa THIAM	Dermatologie
25	Mr Somita KEITA	Dermatologie-Léprologie
26	Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
27	Mr Yeya Tiémoko TOURE	Entomologie médicale, biologie cellulaire, génétique
28	Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
29	Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
30	Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
31	Mr Moussa Y MAIGA	Gastro-Entérologie - Hépatologie
32	Mr Amadou DOLO	Gynécologie/Obstétrique
33	Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynécologie/Obstétrique
34	Mr Issa DIARRA	Gynécologie/Obstétrique
35	M. Mamadou TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
36	Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
37	Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
38	Mme SY Assitan SOW	Gynécologie/Obstétrique
39	Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
40	Mr Amadou TOURE	Histo-Embryologie
41	Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
42	Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
43	Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
44	Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
45	Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
46	Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
47	Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
48	Mr Cheick Oumar GUINTC	Neurologie
49	Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
50	Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
51	Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
52	Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
53	Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
54	Mr AIhousseini Ag MOHAMED	ORL

55	Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
56	Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
57	Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
58	Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
59	Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
60	Mr Abdourahamane S MAIGA	Parasitologie
61	Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
62	Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
63	Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
64	Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
65	Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
66	Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
67	Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
68	Mr Issa TRAORE	Radiologie
69	Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
70	Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
71	Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
72	Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
73	Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
74	Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
75	Mr Aly TEMBELY	Urologie
76	Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
77	Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
78	Mr Amadou DIALLO	Zoologie – Biologie

D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Broulays Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
3	Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation

5	Mr Youssout COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale **Chef de DER**
7	Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8	Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
9	Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10	Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
11	Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
12	Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
13	Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
14	Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
15	Mr Seydou TOGO	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
16	Mr Tiounkani THERA	Gynécologie/Obstétrique
17	Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18	Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
19	Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
20	Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
21	Mme Kadidiatou SINGARE	ORL
22	Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
23	Mr Honore Jean Gabriel BERTHE	Urologie
24	Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdoul Hamidou AL MEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
2	Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
3	Mr Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
4	Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
5	Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie-Réanimation
6	Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie-Réanimation
7	Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
8	Mr Seydina. Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
9	Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie-Réanimation

10	Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
11	Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
12	Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
13	Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
14	Mr Brehima BENGALY	Chirurgie Générale
15	Mr ldrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
16	Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
17	Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
18	Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
19	Mr Sekou Brahima KOUMARI	Chirurgie Générale
20	Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
21	Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
22	Mr Issa AMADOL	Chirurgie Pédiatrique
23	Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
24	Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
25	Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
26	Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
27	Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
28	Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
29	Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
30	Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
31	Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
32	Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
33	Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
34	Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
35	Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
36	Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
37	Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
38	Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
39	Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
40	Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
41	Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie

42	Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
43	Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
44	Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
45	Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
46	Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
47	Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48	Mr Youssouf SIDIBE	ORL
49	Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
50	Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
51	Mr Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
52	Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
53	Mr Bougadary Coulibaly	Prothèse Scellée
54	Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
55	Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
56	Mr Alkadri DIARRA	Urologie
57	Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
58	Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
59	Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
60	Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie

MAÎTRES ASSISTANTS / CHARGÉS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Fadima Koréissy TALI	Anesthésie Réanimation
2	Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
3	Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
4	Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
5	Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
6	Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
7	Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
8	Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
9	Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	PRENOM(S) ET NOM	SPECIALITE
1	Mme Lvdia B. SITA	Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie
2	Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
3	Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
4	Mr Bakary MAIGA	Immunologie
5	Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
6	Mme Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
2	Mr Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
3	Mme Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
4	Mr Bassirou DIARRA	Bactériologie-Virologie
5	Mme Djénéba Bocar FOFANA	Bactériologie-Virologie
6	Mr Ousmane MAIGA	Biologie Entomologie Parasitologie
7	M. Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8	Mr Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
9	Mr Moussa FANE	Biologie Santé publique Santé-Environnement
10	Mr Adama DAO	Entomologie médicale
11	Drissa COULIBALY	Entomologie médicale
12	Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
13	Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
14	Mr Yava KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
15	Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
16	Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie- Mycologie
17	Mr Aboubacar Alassane OUMAR	Pharmacologie

18	Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie

MAÎTRES ASSISTANTS / CHARGÉS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
2	Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
3	Mr Saïdou BALAM	Immunologie
4	Mr Sidy BANE	Immunologie
5	Mr Modibo SANGARE	Pédagogie en anglais adaptée à la recherche biomédicale
6	Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Tata TOURE	Anatomie
2	Mme Assitan DIAKITE	Biologie
3	Ibrahim KEITA	Biologie moléculaire
4	Mr Boubacar COULIBALY	Entomologie Parasitologie Médicale
5	Mme Nadie COULIBALY	Microbiologie Contrôle Qualité

D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
2	Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
3	Mr Ousmane FAYE	Dermatologie-Vénérologie
4	Mr Moussa T. DIARRA	Hépato-Gastro-Entérologie
5	Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses et Tropicales
6	Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
7	Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses et Tropicales
8	Mr Youssoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
9	Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie

10	Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
11	Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
12	Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
13	Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie **Chef de DER**
14	Mr Souleymane COULIBALS	Psychologie
15	Mr Adama Diaman KEITA	Radiologie et Imagerie Médicale
16	Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
2	Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
3	Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
4	Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
5	Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
6	Mr Ilo Bella DIALI	Cardiologie
7	Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
8	Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
9	Mme Mariam SAKO	Cardiologie
10	Mr Massama KONATE	Cardiologie
11	Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
12	Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
13	Mr Adama Aguissa DICKO	Dermatologie
14	Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
15	Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
16	Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
17	Mr Anselme KONATE	Hépato Gastro-Entérologie
18	Mme Hourouma SOW	Hépato Gastro-Entérologie
19	Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépato Gastro-Entérologie
20	Mme Sanra Déborah SANOGC	Hépato Gastro-Entérologie
21	Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
22	Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales

23	Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
24	Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d`Urgence
26	Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
27	Mr Djibril SY	Médecine Interne
28	Mme KAYA Assétou SOUKHO	Médecine Interne
29	Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
30	Mr Seydou SY	Néphrologie
31	Mr Guida LANDOURE	Neurologie
32	Mr Seybou HASSANE	Neurologie
33	Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
34	Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
35	Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
36	Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
37	Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
38	Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
39	Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
40	M. Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
41	Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
42	M. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrique
43	Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
44	Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
45	Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
46	Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
47	Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
48	Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
49	Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
50	Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
51	Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
52	Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
53	Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
54	M. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie

MAÎTRES ASSISTANTS/ CHARGÉS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie
2	Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3	Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
4	Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille Communautaire
5	Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
6	Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
7	Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
8	Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
9	Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
10	Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
11	Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
12	Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
13	Mr Djigui KEITA	Rhumatologie

ASSISTANTS /ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie clinique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2	Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
3	Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
4	Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique **chef de D.E.R.**

MAÎTRES DE CONFÉRENCES / MAÎTRES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé

2	Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bio-informatique
3	Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
4	Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
5	Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
6	Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
7	Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
8	Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
9	Mr Birama Apho LY	Santé Publique

MAÎTRES ASSISTANTS / CHARGÉS DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Mahamoudou TOURE	Epidémiologie
3	Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
4	Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
5	Mr Cheick Papa Oumar SANGARI	Nutrition
6	Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
7	Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
8	Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
9	Mr Ousmane LY	Santé Publique
10	Mr Ilo DICKO	Santé Publique

ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2	Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie - Bibliographie
3	Mr Bakary COULIBALY	Bibliothèques
4	Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
5	Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
6	Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
7	Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
8	Mme Diénéba DIARRA	Santé de la reproduction

9	Mme Niéle Hawa DIARRA	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES		
N°	**PRENOM(S) ET NOM**	**SPECIALITE**
1	Mr Babou BAH	Anatomie
2	Mr Nicolas GUINDO	Anglais
3	Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
4	Mr Madani MARICO	Chimie générale
5	Mr Blaise DACKOUO	Chimie organique
6	Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale
7	Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
8	Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie odontologie légale
9	Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
10	Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
11	Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
12	Mr Baba DIALLO	Epidémiologie
13	Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique – Déontologie
14	Mr Issa COULIBALY	Gestion
15	Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
16	Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail
17	Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
18	Mr Brahima DICKO	Médecine Légale
19	Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle
20	Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
21	Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
22	Mr Ibrahima FALL	OCE
23	Mr Abdoul Karim TOGO	OCE
24	Mr. Abdrahamane A.N. CISSE	ODF
25	Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
26	Mr Amsalla NIANG	Odontologie préventive et sociale
27	Mr Madani LY	Oncologie
28	Mr Lamine TRAORE	PAP/PC

29	Mr Souleymane SISSOKO	PAP/ PC/Implantologie
30	M. Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie
31	Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
32	Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
33	Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
34	Mr Morodian DIALLO	Physique
35	Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
36	Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
37	Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
38	Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie

SOMMAIRE

Table des matières

SOMMAIRE..... XVI
Liste des figures.....XVIII
Liste des tableaux..... XIX
DEDICACE ET REMERCIEMENTS..... XXI
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS XXVII
I. INTRODUCTION 1
II. OBJECTIFS 4
1. Objectif Général..... 5
2. Objectifs spécifiques 5
III. Généralités..... 6
1. Définition..... 7
2. Principales étiologies des morts fœtales, néonatales et maternelles..... 7
3. La consultation prénatale 8
4. La consultation prénatale recentrée [17]..... 15
5. Aspects cliniques de la CPN [18]..... 19
IV. METHODOLOGIE 32
1. Cadre d'étude : 33
2. Matériels et Méthodes 40
3. Echantillonnage : 40
4. Collecte des données :..... 41
5. Variables d'étude : Les variables étudiées sont 41
6. Analyse des données :..... 42
7. Aspect éthique :..... 42
8. Définitions opérationnelles : 43
V. RESULTATS..... 45
VI. DISCUSSION..... 67
VII. CONCLUSION 77
VIII. RECOMMADANTIONS 79
REFERENCES..... 81
ANNEXES 82

Liste des figures

Figure 1 : Table gynécologique 11

Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope ……11

Figure 3 : Mètre ruban ……12

Figure 4 : Stéthoscope de PINARD ……12

Figure 5 : Spéculum ……12

Figure 6 : Appareil à tension + Stéthoscope ……...13

Figure 7 : Gants stériles ……13

Figure 8 : Thermomètre électronique ……13

Figure 9 : Escabeau ……14

Figure 10 : Toucher combiner au palper abdominal. ……... …….21

Figure 11 : Signe de Hégar, ……...22

Figure 12 : Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel.……..30

Figure 13 : palpation du fond utérin ……30

Figure 14 : palpation des faces latérales de l'utérus ……31

Figure 15 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako ……34

Figure 16 : Fréquence de CPNt chez les parturientes au Cs réf cv durant notre période d'étude..46

Figure 17 : Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau-né ……65

Liste des tableaux

Tableau I : Modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016 ……..…….……10

Tableau II : Unités et bâtiments du CS Réf de la CV. ……..……34

Tableau III : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge……..47

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le le statut matrimonial…….47

Tableau V : Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction ……. 48

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession ……..... 48

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint ……49

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la provenance ……49

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la gestité ……..50

Tableau X : Répartition des parturientes selon la parité …….…… 50

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux …… 51

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux ……51

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement ……52

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la connaissance du début de la 1ère CPN **…..** 52

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisé …….. 53

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse à la 1ère CPN **……** 53

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel à la 1ère CPN **……** 54

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'Agents responsables du suivi …….. 54

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les bilans biologiques réalisés …..…….55

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les soins préventifs ……. 56

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le nombre d'échographies réalisées ……..… 56

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse ……57

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la présence de facteur de risque ……..57

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon l'âge présumé de la grossesse ……..58

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement ……..…… 58

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le type de présentation…….59

Tableau XXVII : Répartition des femmes selon l'existence de complications obstétricales…….59

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le type de complications obstétricales……60

Tableau XXIX : Répartition des patientes les complications dans les suites de couches……..60

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon le type de complications dans les suites de couches……..……61

Tableau XXXI : Répartition des accouchements selon le type d'accouchement……..……61

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la morbidité fœtale ……..…….62

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic vital du fœtus……62

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon la présence de BDCF à l'entrée ..…… 63

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon la durée de travail d'accouchement …..….63

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon le poids du nouveau-né ……... 64

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon leur Apgar aux 1ère et 5ème minutes…..65

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur référence à la néonatologie…..…...65

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon les causes de référence en pédiatrie…..…66

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

- **Au nom d'Allah, le tout puissant, le miséricordieux, le très clément pour sa grâce, son amour, la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.**
- **A son messager prophète Mohamed (SWS), paix et salut sur lui.**

A mon cher père : Yacouba Traoré, Aujourd'hui plus que jamais, nous apprécions la valeur de vos efforts, la justesse de votre éducation et la précocité de vos conseils. Homme de principe, de foi et de rigueur, vous avez tout fait pour nous. Vos qualités humaines ne sont plus à démontrer. Vous nous avez appris que le travail assure l'indépendance, car diton « C'est le travail qui anoblit l'homme » Ce modeste travail est le vôtre. J'espère que vous resterez encore très longtemps à nos côtés. Merci et longue vie à vous cher père

A ma chère mère : Gnagalé Kanté, femme des champs, femme des rivières, femme d'Afrique, courageuse, dynamique, attentive, très sage, vous avez éduqué vos enfants dans le sens de l'amour et surtout le respect pour le prochain. Suivre un enfant dans son développement n'est pas chose aisée, vous vous êtes toujours battue, sacrifiée pour vos enfants. Je suis très fier de vous car vous êtes et vous resterez toujours mon idole. Jamais je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Merci pour toute la charge affective et la qualité de l'éducation que vous nous avez inculqué. Que Dieu vous donne une très longue vie.

A mes frères et sœurs : Mahamadou Traoré, Madouwleni Traoré, Djenebou Traoré, je ne vous échangerais pour rien au monde. Nous avons toujours cheminé ensemble dans la joie et dans la tristesse. Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral constant n'ont pas été vains mots. Je suis très fier de vous, que la chaleur fraternelle se pérennise. Restons unis, tolérants et surtout sincèrement solidaires. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement pour votre soutien.

A ma grande sœur : Feu Kadiatou Sacko dite Bairai, tu étais encore parmi nous quand je commençais ce travail. Tes conseils, ton soutien indéfectible, ta présence dans les moments difficiles témoignent le grand cœur que tu avais et qui nous manquera toujours, 18 Mai 2026, t'as

rendu l'âme en donnant la vie, cette date restera gravée à ma mémoire à jamais. Qu'ALLAH t'accueille dans son vaste paradis

A ma meilleure amie : Mlle Ramata Coulibaly, une sœur, une amie, une confidente, une complice, j'espère partager de meilleurs moments avec toi. Toi qui n'as ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail, merci pour ton soutien. Que Dieu nous donne longue vie.

A mes amis et frères d'une autre mère : Ibrahima Nantoumé, je n'oublierai jamais ce jour où je t'ai vue pour la première fois et je n'aurais jamais pensé que tu pouvais un jour occuper une telle place si importante dans ma vie. Merci pour ces moments inoubliables que nous avons partagés ensemble et ton soutien indéfectible que tu continues de m'apporter depuis la 1ere année de médecine.

Alou Sidibé : T'as fait de moi un majeur précoce tes réflexions ton bravoure ta discipline ont eu un impact très positif dans ma vie, merci d'avoir été là pour moi et j'espère que nous partagerons d'autres meilleurs moments

Cheicknè Konté : mon meilleur pote depuis l'enfance je ne saurais qualifier la personne incroyable que t'as toujours été ton honnêteté ton bravoure ta façon de gérer chaque difficulté ton obéissance ton large sens du respect font de toi un homme très respectable, merci mon frère d'être rentré dans ma vie et d'y avoir laissé une empreinte positive

A mes amis et camarades promotionnels : Mohamed Samaké, Moussa Coulibaly, Adama Samaké, Aboubacar Maiga, Fousseiny Bouaré, vous avez été plus que des camarades pour moi, merci pour votre présence surtout dans les moments difficiles

A mon oncle le Pr Boureima Bengali : Cher Maitre merci pour votre accompagnement depuis mon premier jour à la faculté de médecine jusqu'à ce jour, ce travail est le vôtre, car sans vous je n'y serais arrivé j'espère pouvoir bénéficier encore longtemps de vos connaissances.

A tous mes parents : (particulièrement à mon oncle Issa Traoré). Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières, vos encouragements et vos bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

A tous les membres de ma famille : Abdoul Kadri Diaby, Moussa Traoré, Baténin Samaké, Conimba Sacko,

REMERCIEMENTS

A Allah, le Tout Puissant, le Clément, le Miséricordieux l'Omniscient, l'Omnipotent, l'Omniprésent de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études jusqu'aujourd'hui. Je lui prie de me guider toujours sur le droit chemin et dans mes futurs projets. Je m'en souviendrai tout le long de cette vie si éphémère et je te resterai fidèle Incha-Allah.

À tous mes enseignants de la maternelle, de l'école fondamentale, du second cycle et du lycée

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.

À toute la promotion la 15e promotion du Numerus clausus de la FMOS

Merci pour la bonne collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ce cursus universitaire

- **À tous les DES, les internes, les externes, les sage-femmes et les infirmières du Cs réf CV et** particulièrement à mon équipe de garde : Modibo Diallo, Sekou Dao, Vamara Bengali Rokiatou Bouaré, Badiallo Sacko, Fafouné Bocoum, Fatoumata Sangaré, Bakary Samaké, Madou Mallé, Mamadou Dembele, Fatoumata Binta Simaga, Flamoussa Sidibé, Cheickna Maiga, Awa Sidibé, Karadigué Fadiga, Mohamed Diarra, Safiatou Maiga, Djeneba Sagara.
- Fatimata Diakité et équipe
- Demba Coulibaly et équipe
- Mariam Yattara et équipe
- Assanatou Traoré et équipe
- A mes externes : Aicha Daou, Atouma Touré, Rama Daffé, Agaichata Traoré,

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

À mon très cher mentor et référent Pr Soumana O Traoré, vous avez été pour nous un vrai repère, un guide, une bibliothèque. Nous vous souhaitons beaucoup de bonheur autant dans votre vie professionnelle que dans votre vie sociale. Qu'Allah vous protège, vous assiste et veille sur vous. Merci cher Maitre pour la qualité de la formation

Au Dr Niagalé Sylla : Comment qualifier la personne que vous êtes, non seulement en tant que Maitre mais aussi en tant qu'humaine, vous êtes un exemple pour toutes les jeunes dames qui veulent faire la médecine, votre discipline, votre assiduité, votre rigueur, votre sens large de responsabilité font de vous un Maitre référent. Merci cher Maitre pour la qualité de la formation

Mes maîtres formateurs :

Dr Oumar M. TRAORE, Pr Soumana O. TRAORE, Dr TALL Saoudatou, Dr SYLLA Niagalé, Dr DOUMBIA Saleck, Dr DIAKITE Nouhoum, Dr BERTHE Bâ. Votre rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé mon admiration.

Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait preuve tout au long de l'élaboration de cette thèse.

À mes aînés et anciens internes du service : Dr Bourama Diarra, Dr Binefou Nimaga, Dr Seydou Kanté, Dr Francis Dembélé, Dr Camara Soumaila, Dr Aminata Yomaté, Dr Traoré Moumouni, Dr Coulibaly Barakissa, Dr Assimi Sissoko je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

A tous les DES du service du service de Gynécologie obstétrique : je ne peux que vous dire merci car j'ai beaucoup appris à vos côtés ; Bonne suite de formation à vous

A mon mentor depuis la Médecine interne au point G : **Dr Boa Ange Trevis**, tu restes mon model, le travail bien fait l'assiduité, la discipline, merci cher mentor

Aux anesthésistes et réanimateurs du CS Réf CV du District de Bamako. Merci pour les conseils

Aux aides du bloc, aux manœuvres et aux gardiens du CS Réf. CV du District de Bamako, la disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration.

Sincères remerciements à vous.

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

À tous ceux dont le nom n'est pas cité sachez que l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

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

A NOTRE CHER MAÎTRE

Docteur TRAORE OUMAR MOUSSOKORO

- Gynécologue-Obstétricien Praticien dans le Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V.
- Chef de service de la Gynécologie Obstétrique au CS Réf CV.

CHER MAÎTRE,

Nous n'avons pas assez de mots pour vous remercier.

L'intégrité, l'assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Au-delà du maître, vous êtes un père par vos conseils qui n'ont jamais cessé de nous éclairer. Qu'Allah vous donne une longue vie.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- Gynécologue – Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V ;
- Maitre de conférences de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- Détenteur d'une Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;
- Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;
- Leaders d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique votre caractère sociable, votre simplicité, votre abord facile et la clarté de votre enseignement font de vous un maître exemplaire.

Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRES

Docteur Abdoulaye Sissoko

- Maitre de conférences de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- Chef de service de gynécologie et d'obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI,
- Ancien interne des hôpitaux du Mali
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),
- Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique,
- Commandant des Forces Armées du Mali.

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre. Veuillez recevoir en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRES

M. Souleymane Maiga

- Chef de service de la médecine interne au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.
- Coordinateur du service d'accueil des urgences au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.
- Point focal du paludisme au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.
- Médecin d'appui et superviseur du mentor au dispensaire de l'ONG-MUSO en commune VI du district de Bamako.
- Responsable du programme SEC (Soins Essentiels à la Communauté)
- Chargé de recherche

Cher Maître,

Ces quelques mots ne suffisent certainement pas pour exprimer l'honneur et l'immense plaisir que nous avons eu sous votre encadrement. Pour vous témoigner notre profonde reconnaissance de nous avoir encadré ce travail

Votre dynamisme, votre compétence, votre humilité et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple.

Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grand respect

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Alassane TRAORE

- Gynécologue-Obstétricien,
- Spécialiste en PMA (Procréation Médicalement Assisté)
- Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,
- Maitre de conférences de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali
- Membre de la Société malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)

Cher Maitre,

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos remarques et suggestions ont su conduire ce travail à son terme. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maitre exemplaire. Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde sante, longévité et bonheur Amine.

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

Ag HBs :	Antigène Hépatite B
ASACO :	Association communautaire
ATCD :	Antécédent
BDCF :	Bruit du cœur fœtal
BGR :	Bassin généralement rétréci
BIP :	Diamètre bipariétal
BL :	Bassin limite
Bpm :	Battement par minute
BW :	Bordet de Wassermann
CHU :	Centre Hospitalier et Universitaire
cm :	Centimètre
cmHg :	Centimètre de mercure
CNTS :	Centre national de transfusion sanguine
CPN :	Consultation prénatale
CPNt :	Consultation prénatale tardive
CS Réf :	Centre de Santé de Référence
CSCOM :	Centre de santé communautaire
CV :	Commune V
DES :	Docteur en spécialisation
ECBU :	Examen cytobactériologie des urines
FAPH :	Faculté de pharmacie
FB :	Fréquence de base
FMOS :	Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie
g :	Gramme
H :	Heure
Hb :	Hémoglobine
HPPI :	Hémorragie du post-partum immédiat
HRP :	Hématome retro placentaire
HTA :	Hypertension artérielle
HU :	Hauteur utérine

INF :	Inférieur
Kg :	kilogramme
MAP :	Menace d'accouchement prématuré
mn :	Minute
NFS :	Numération formule sanguine
PEV :	Programme élargie de vaccination
PTME :	Programme de la prévention de la transmission mère-enfant
RPM :	Rupture prématuré des membranes
RU :	Révision utérine
SA :	Semaine d'aménorrhée
SUP :	Supérieur
TA :	Tension artérielle
TAD :	Tension artérielle diastolique
TAS :	Tension artérielle systolique
UI :	Unité internationale
VIH :	Virus immunodéficient humain

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les soins prénatals sont des soins spéciaux dispensés aux femmes pendant la grossesse et sont considérés comme la pierre angulaire de l'amélioration des résultats périnataux [1]. Ils ont pour but de prévenir, dépister précocement et prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de son fœtus et aussi d'accompagner la femme pendant la grossesse [2]. Ils sont aussi le cadre idéal d'éducation et de promotion de la santé pour la future mère [3]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les soins prénatals précoces désignent l'initiation des soins prénatals dès que possible après la confirmation de la grossesse et/ou dans les 12 premières semaines de la gestation, tandis que les soins prénatals tardifs commencent après 16 semaines d'aménorrhée [4].

Cependant, pour assurer un suivi correct de la grossesse, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande quatre (4) visites et au moins huit (8) contacts pendant la grossesse et ce modèle sera adapté dans le contexte du principe de chaque pays [6]. En effet, malgré des efforts fournis, certaines femmes ne sont pas suivies pendant la grossesse ou elles font un recours tardif à la première consultation prénatale (CPN1), celle réalisée après le premier trimestre de la grossesse. D'après des études réalisées, de 2005 à 2011 dans le monde, 55% des femmes ont bénéficié d'un nombre minimum de visites recommandées [7]. Aussi, la couverture d'au moins une consultation prénatale (CPN1) réalisée se répartit comme suit :81% dans le monde, 92% en Amérique et 70% en Afrique [7]. En Afrique subsaharienne, les femmes n'accèdent pas aux services de soins prénatals au cours du premier trimestre de la grossesse, tandis que d'autres n'y assistent qu'une seule fois (CPN1) (8%) et que la plus part de ces femmes de l'ASS ne commencent leurs visites qu'au 2ème trimestre (4ème, 5ème mois) soit 73,6% et 26,4% au 3ème trimestre [8,9]. Selon le rapport de l'enquête sur les indicateurs du paludisme au Mali (EIPM 2021), la proportion de femmes enceintes qui ont eu au moins quatre visites prénatales est de 45%. Ce pourcentage est plus élevé en milieu urbain (70%) qu'en milieu rural (38%). Par ailleurs, seulement 35% des femmes enceintes ont effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de la grossesse. Ce pourcentage varie de 54% en milieu urbain à 30% en milieu rural. Dans 45% des cas, les femmes effectuent tardivement leur première visite, c'est à-dire entre 4 à 6 mois de grossesse et 5 % à 7 mois et plus de grossesse [10].

En 2015, dans les pays à revenu élevé, la quasi-totalité des femmes enceintes avaient bénéficié d'au moins 4 CPN contre seulement 40% dans les pays à faible revenu [11]. Ce résultat peut être dû à des obstacles ou facteurs notamment les pratiques socio-culturelles, socioéconomiques, le niveau d'éducation de la mère, l'organisation des soins, l'accessibilité géographique aux centres de santé [12]. Le pronostic des grossesses non ou mal suivies peut-être marqué par une morbi mortalité maternelle, néonatale et périnatale importantes [2,13]. Certaines de ces situations pourraient être évitées ou minimisées lorsqu'elles sont dépistées et prises en charge précocement, au cours d'une consultation ou d'un suivi prénatal régulier et de qualité.

Vu les nombreuses complications dont les avortements précoces, la survenue des malformations dont l'un des facteurs pourrait être le début tardif des CPN, nous nous sommes proposés d'étudier la consultation prénatale tardive (CPNt) chez les parturientes admises en salle d'accouchement du CS Réf CV du District de Bamako dans le but de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité materno-fœtale au Mali en général et au CS Réf CV du District de Bamako en particulier.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif Général

Etudier la consultation prénatale tardive chez les gestantes au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des parturientes qui font leur consultation prénatale tardive au centre de santé de référence de la commune V
- Décrire le profil sociodémographique des gestantes ayant effectuées leurs CPN au CS Réf CV
- Rapporter les complications maternelles au cours des grossesses suivies tardivement au CS Réf CV
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal des grossesses suivies tardivement au CS Réf CV

III. Généralités

Généralités

1. Définition

Une grossesse est dite à risque lorsque le fœtus et /ou la mère courent un risque accru de mortalité ou de morbidité, avant, pendant ou après la naissance.

Le danger se concrétise pour la mère par : l'aggravation d'une pathologie préexistante, l'apparition d'une pathologie nouvelle.

Pour le fœtus, ce danger est triple à savoir : la prématurité, la souffrance fœtale chronique plus le retard de croissance intra utérin, la mort in utero. Les progrès réalisés ces dernières années en matière de mortalité néonatale sont essentiellement le fruit de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses particulièrement celles qui sont à risque. La surveillance des grossesses à risque est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire (Obstétricien, néonatologiste, diabétologue, cardiologue etc.). En réalité la notion de grossesses « à haut risque », ou « à risque élevé » a pris beaucoup d'importance. Elle couvre sans nul doute la quasi-totalité de la pathologie obstétricale et ses limites sont floues. Sous peine de répétition on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes, pour s'attacher à sa signification et à ses conséquences pratiques.

2. Principales étiologies des morts fœtales, néonatales et maternelles

2.1 Principales étiologies des morts fœtales et néonatales

- La prématurité : constitue aujourd'hui la cause essentielle de mortalité au cours du travail et surtout après l'accouchement (Les complications respiratoires expliquant plus de la moitié de ces morts). La prématurité est responsable de 60% des morts fœtales et néonatales.
- La toxémie gravidique et les autres syndromes vasculo rénaux sont des pathologies responsables de 25% des morts fœtales.

  Les autres causes de mort fœtale sont :
- Le diabète : dont la fréquence augmente régulièrement ;
- Les incompatibilités rhésus foeto- maternelles.
- La mort fœtale peut aussi être due aux causes suivantes (le placenta prævia ; l'hématome rétro placentaire ; les pathologies du cordon ; le dépassement du terme). Ces étiologies exposent particulièrement à une mort fœtale au cours du travail.

- Les malformations congénitales, qu'elles soient génétiques, infectieuses (surtout virales) entrainant aussi fréquemment des morts fœtales et néonatales.

2.2 Les principales causes de mortalité maternelle

2.2.1 Les principales causes de décès maternel pendant la grossesse et l'accouchement sont :

- Les syndromes hémorragiques et les états de choc. Ils représentent la première cause de mort maternelle :
  - Le placenta prævia ;
  - Les ruptures utérines ;
  - Les accidents d'anesthésie pendant le travail sont de plus en plus rares.
  - Les syndromes vasculo rénaux, Ils sont responsables de 23% des morts maternelles : essentiellement au cours des crises d'éclampsie et de l'hématome retro placentaire.

2.2.2 Les causes de mortalité maternelle dans les suites de couches sont principalement :

- Les hémorragies du post-partum, Elles représentent la première cause de décès maternels quel que soit le contexte dans le monde ;
- L'infection puerpérale (8% des décès maternels) ;
- Les accidents thromboemboliques (10% des décès maternels).

2.2.3 Enfin, les maladies maternelles antérieures à la grossesse sont responsables de 27% des décès, les cardiopathies sont responsables de 10% des décès.

2.3 Le dépistage des grossesses a risque :

Il est réalisé grâce aux consultations prénatales obligatoires.

Les consultations prénatales (CPN) apparaissent ainsi comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies gravido-puerpérales pouvant être causes de morbidité et/ou de mortalité materno-fœtales.

3. La consultation prénatale

3.1 Objectifs des CPN

Les CPN ont pour objectifs de :

- 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 ;
- Eduquer et informer les mères.

3.2 Calendrier de CPN

Les normes et procédures pour la surveillance prénatale du Ministre de santé du Mali recommande au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :

- **1er trimestre** une visite et un contact (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risque) ;
- **2ème trimestre** une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;
- **3ème trimestre** deux visites dont une au 9ème mois et cinq contacts (30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA) pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante, prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l'accouchement).

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals [16]

L'objectif du modèle OMS 2018 de soins prénatals est d'assurer aux femmes enceintes des soins respectueux, individualisés, centrés sur la personne à chaque contact, en mettant en œuvre des pratiques cliniques intégrées efficaces (interventions et tests), avec des praticiens possédant de bonnes compétences cliniques et relationnelles pour leur fournir des informations pertinentes et en temps utile ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, dans un système de santé qui fonctionne bien. Au vu des données montrant une augmentation de la mortalité périnatale lorsque la femme ne bénéficie que de quatre visites prénatales et qu'une augmentation du nombre de contacts prénatals, indépendamment du pays, est associée à une amélioration de la satisfaction maternelle, l'OMS recommande un minimum de huit contacts : cinq au troisième trimestre, un au premier trimestre et deux au deuxième trimestre (voir Tableau 1).

Tableau I : Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals Janvier 2018 [16]

Premier trimestre
Contact 1 : jusqu'à 12 semaines

Deuxième trimestre
Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
Troisième trimestre
Contact 4 : 30 semaines Contact 5 : 34 semaines Contact 6 : 36 semaines Contact 7 : 38 semaines Contact 8 : 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né. Remarque : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 semaines.

3.3 Matériel de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant les droits de la gestante.

Les matériels nécessaires sont [17] :

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une ne pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Un matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques

- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante

Figure 1 : Table gynécologique

Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope

Figure 3 : Mètre ruban

Figure 4 : Stéthoscope de PINARD

Figure 5 : Spéculum

Figure 6 : Appareil à tension + Stéthoscope

Figure 7 : Gants stériles

Figure 8 : Thermomètre électronique

Figure 9 : Escabeau

Les activités préventives

- La vaccination anti tétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;
- La prophylaxie anti-paludisme ;
- Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action.

3.4 Le bilan prénatal Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

✓ Les examens complémentaires obligatoires constitués par :

- Le groupe sanguin –rhésus standard ;
- Le taux d'hémoglobine ;
- Le test d'Emmel ;
- L'Albuminurie-glucosurie ;
- La sérologie syphilitique.

✓ Les examens complémentaires facultatifs

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer :

- La numération de la formule sanguine (NFS) ;
- La sérologie rubéole ;
- La sérologie toxoplasmose ;
- La goutte épaisse + frottis mince ;

- L'examen cytobactériologique des urines (ECBU) ;
- Le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme ;
- La protéinurie de 24heures ;
- La glycémie à jeun ;
- Le test de Coombs indirect ;
- L'échographie. Il est recommandé de faire au moins trois échographies

- Une première échographie, dite de datation (avant la douzième semaine d'aménorrhée) ;
- Une seconde échographie, qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations (entre la 19ème et la 22ème semaines) ;
- Une échographie de troisième trimestre (entre les 30ème et 32ème semaines) 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.
- L'échographie Doppler ombilicale et cérébrale ;
- La radiopelvimétrie…

La précocité de ce dépistage prévient souvent :

- Une mort fœtale in utero ;
- Une souffrance aiguë au cours du travail d'un fœtus fragile ;
- Des complications maternelles.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité [15].

4. La consultation prénatale recentrée [15]

4.1 Concept

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur le nombre de visites. Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

4.2 Principes de la CPN recentrée

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.
- La préparation à l'accouchement.

4.3 Les étapes de la CPN recentrée

4.3.1 Préparer la CPN Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

- Accueillir la femme avec respect et amabilité :
- Saluer chaleureusement la femme ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter à la femme ;
- Demander son nom ;
- Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

NB : Les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

4.3.2 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (Avec un ton aimable) ;
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante ;
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Demandé l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

4.3.3 Procéder à l'examen :

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin ;

4.3.4 Demande des examens complémentaires.

A la première consultation :

- Demander le groupe sanguin rhésus
- Demander le test d'Emmel,
- Le taux d'hémoglobine le BW (titrage) Albumine / sucre dans les urines Demander le test de VIH après counseling

Les autres consultations : Demander Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orienté par l'examen de la gestante.

4.3.5 Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la sulfadoxine Pyriméthamine (SP) la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse, la 1ère prise après la 13ème semaine d'aménorrhée ou à un mois d'intervalle après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.
- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes …) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;

4.3.6 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits

4.3.7 Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

- Préciser un prestataire compétent
- Préciser le lieu d'accouchement
- Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.
- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.
- Identifier les articles nécessaires. Pour l'accouchement (mère et nouveau-né)

- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions régulières et douloureuses
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux)

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile
- Fièvre
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vison trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Perte de conscience
- Douleurs de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantées
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

4.3.8 Donner le prochain rendez-vous :

- Expliquer à la femme que la fréquence est de 4 visites et 8 contacts
- Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

4.3.9 Raccompagner la gestante après l'avoir remerciée

4.3.10 Consultation Prénatale de suivi :

En plus des gestes de la CPN initiale, rechercher les signes de danger

- Symptômes et signes de maladies ;
- Identifier une Présentation vicieuse ;
- Problèmes / changement depuis la dernière consultation ;
- Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives ;
- Sensibiliser la gestante sur la planification familiale ;
- Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchent ;
- Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

4.4 Prise en charges des pathologies et des complications.

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

5. Aspects cliniques de la CPN [15]

5.1 L'examen clinique obstétrical en début de grossesse

Il est nécessaire avant 14 SA ; ayant comme objectifs :

- Confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable ;
- Evaluer les facteurs de risque et connaître la gestante : environnement social, familial et professionnel.
- A l'issue de cette première consultation, il convient de :
- Déclarer légalement la grossesse selon un formulaire remis à la gestante avec la prescription d'examens biologiques obligatoires ;
- Etablir un plan de surveillance avec notamment les rendez- vous des
- Prochaines consultations et des examens échographiques ;
- Formuler des conseils.

5.1.1 Diagnostic de la grossesse

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile. La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de Conséquences :

- L'ovulation et la menstruation sont supprimées. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique ;
- ″ La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel ;
- ″ Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

5.1.1.1 Interrogatoire

L'aménorrhée

Est le signe le plus constant, surtout chez une femme en période d'activité génitale généralement bien réglée. La gestante a souvent fait elle-même le diagnostic de grossesse, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée, et leur aspect.

Les signes sympathiques de la grossesse :

Inconstants et variables, non spécifiques à type de : nausées, vomissements, hyper sialorrhée, tension mammaire, pollakiurie, des troubles du caractère (émotivité, irritabilité), troubles du sommeil, vertiges, malaises, une sensation de gonflement général.

5.1.1.2 Examen clinique

5.1.1.2.1 Inspection

Les modifications mammaires :

- Les seins augmentés de volume, tendus, sensibles ; les aréoles s'œdématient et se pigmentent ;
- Les veines sous- cutanées dilatées forment le réseau de Haller ;
- Les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent.

Autres :

- Pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, ligne brune abdominale ;
- Le gonflement général atteint les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;
- Des varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare ;
- La vulve parfois se pigmente, se gonfle.

5.1.1.2.2 Palpation abdominale

L'augmentation du volume de l'utérus n'est perçue que vers la 9ème 10ème SA, si la paroi est mince et souple.

En fait, le diagnostic est fait par l'examen pelvien réalisé, vessie et rectum vides sur table gynécologique.

5.1.1.2.3 Examen au spéculum

Il précède le toucher vaginal. Il visualise l'aspect du col qui est violacé, avec une glaire coagulée. Il n'y a pas de glaire cervicale filante dont l'observation doit faire douter du diagnostic de grossesse. Les prélèvements à visée cytologique ou infectieuse seront pratiqués à ce moment-là si nécessaire

5.1.1.2.4 Le toucher combiner au palper [14] (figure 10)

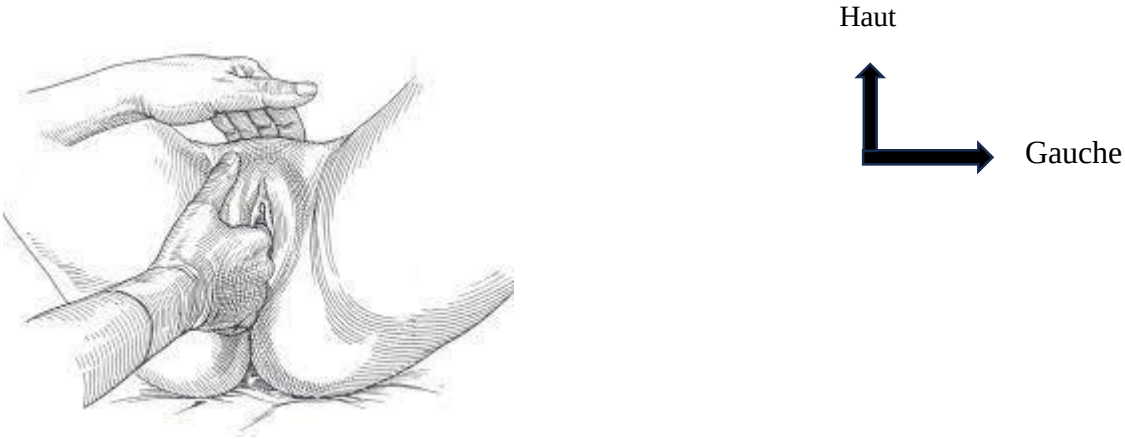

Figure 10 : Toucher combiner au palper abdominal. R. Merger, J. Levy, J. Melchior [14].

C'est le mode d'exploration essentiel ; il permet de recueillir les signes les plus sûrs. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, le toucher explore :

Le col :

Le toucher vaginal objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur. Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier. Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (Tarnier).

Le corps :

Là est la clé du diagnostic. Les changements portent sur :

Le volume : il est augmenté, c'est le 2ème signe cardinal, mais il ne peut guère être affirmé au plus tôt avant un mois de grossesse (6SA). La main abdominale perçoit le fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne. A trois mois, le fond utérin est à égale distance de la symphyse et de l'ombilic ; il atteint l'ombilic à quatre mois et demi.

La forme : l'utérus gravide change de forme. Avant la grossesse, il est piriforme, aux angles arrondis, moins épais qu'il n'est large. Gravide, il devient globuleux. Le doigt qui suit le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, butte contre le pourtour évasé de l'utérus **(signe de Noble)**.

La consistance : l'utérus gravide est classiquement ramolli. Le ramollissement commence au niveau de l'isthme vers la fin de la 8ème SA ; les doigts vaginaux placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps parait au-dessus de cette charnière, comme détaché du col, et pourrait même être pris pour une masse indépendante [14]. **(Signe de Hégar : voir figure 11).** Ce signe n'est facilement observé que [illegible]s minces et doit être recherché sans brutalité.

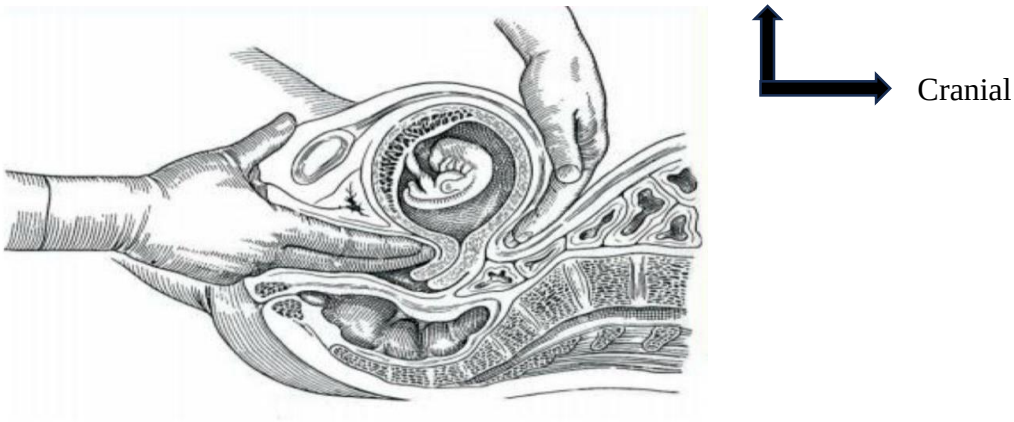

Figure 11 : Signe de Hégar, R. Merger, J. Levy, J. Melchior [14].

La position : en raison du ramollissement de l'isthme, l'antéflexion du corps sur le col s'exagère. Beaucoup plus rarement, pour la même raison, le corps peut tomber en rétro version. Ainsi, le toucher vaginal combiné au palper abdominal permettra d'observer un utérus augmenté de volume, mou et globuleux.

En somme, l'arrêt des règles chez une jeune femme doit éveiller immédiatement l'idée de grossesse. La confirmation en est donnée par la perception au toucher vaginal d'un gros utérus mou et globuleux.

5.1.2 Détermination du terme :

Elle se fait initialement à l'interrogatoire dans les cas simples. Dans les autres cas, elle nécessite une échographie de datation.

5.1.3 Evaluation du terrain et des facteurs de risques :

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit donc être faite au cours du premier trimestre.

Ainsi, le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

Recherche d'antécédents obstétricaux :

Leur étude est capitale chez la femme enceinte non primigeste. Ils doivent être recherchés pour déceler une cause qui peut être source de récidive pour la grossesse actuelle. C'est ainsi que certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels : [19].

- Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à 12 SA expose aux récidives.
- Avortement spontané d'âge gestationnel supérieur à 16 SA expose aux récidives, et à l'accouchement prématuré.
- Avortements à répétition exposent aux récidives (30%), au retard de croissance intra utérin, et à l'accouchement prématuré.
- L'accouchement prématuré expose aux récidives (risque doublé ou triplé).
- L'allo - immunisation Rhésus expose aux récidives, et à la mort fœtale in utero.
- La macrosomie expose au risque de récidives, et au diabète gestationnel.
- Anomalies chromosomiques exposent aux récidives, et à la trisomie21.
- Le retard de croissance intra utérin expose au risque de récidives.
- Pour chaque grossesse, il faudra faire préciser :

- Le nombre de grossesses antérieures ;
- Le déroulement des grossesses antérieures ;
- Le terme de l'accouchement prématuré et grossesse prolongée ;
- Terme et mode d'accouchement des précédentes grossesses, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète…) ;
- La durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
- L'indication si l'accouchement a eu lieu par césarienne ;
- L'état et le poids de l'enfant à la naissance ;
- Les suites néonatales précoces ou tardives ;
- Le mode d'allaitement.

Recherche d'antécédents gynécologiques :

- Caractères du cycle menstruel avant la grossesse actuelle ;
- Date du dernier frottis vaginal et son résultat ;
- Notion de stérilité, de contraception ;
- Antécédents infectieux pelviens ;
- Pathologie tubaire connue ;
- Endométriose ;

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut faire des examens particuliers pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements [14].

Recherche d'anomalies à caractères héréditaires :

- HTA ;
- Malformations ;
- Diabète ;
- Anomalies génétiques ou chromosomiques

Recherche d'antécédents pathologiques :

Une étude de la pathologie médico-chirurgicale est nécessaire afin de prendre les mesures préventives ou thérapeutiques que demande l'état gravidique.

Autres facteurs de risque de grossesse pathologique :

Le médecin précisera :

- L'âge ;
- La situation familiale (statut matrimonial) ;
- La profession exercée par la mère et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail ; distance parcourue et moyen de transport utilisé pour s'y rendre) ;
- Les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire) ;
- Les conditions socio - économiques ;

- Et les facteurs psychologiques.

Tous ces renseignements lui permettent de se faire une idée très précise des conditions dans lesquelles se déroulera la grossesse. Au terme d'un interrogatoire bien conduit, de nombreux facteurs de risques peuvent être identifiés.

5.1.4 Examen physique

5.1.4.1 Examen général

- **La mesure de la taille :** selon la littérature, une petite taille inférieure à 1,50m est un risque de dystocie [14]. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20 à 30% des cas de césariennes [17].
- **La mesure du poids** : dont la courbe devra être suivie régulièrement jusqu'au terme. La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de1kg par mois, allant de 5 à 12kg selon le poids de départ.
- **Etude du squelette** par l'examen de la femme debout, puis de la femme marchante, à la recherche d'une éventuelle boiterie.
- **La prise de la tension artérielle** : elle sera minutieuse, par méthode auscultatoire, en position couchée puis assise, aux deux bras. Elle doit toujours rester inférieure à 140- 90mm Hg.
- **Auscultation cardio-pulmonaire systématique :** étude de la fréquence cardiaque, détection des anomalies (souffles…).
- **Examen de l'abdomen** à la recherche d'une cicatrice
- **Examen systématique des membres inférieurs** à la recherche notamment des varices ; vérification de l'état des veines afin de prévenir tout risque de phlébite.

5.1.4.2 Examen obstétrical

- **Examen des seins** : la palpation doit être systématique à la recherche d'une tumeur, d'adénopathies au niveau du creux axillaire.
- **La palpation de l'hypogastre** est souvent non informative jusqu'à 12 SA. Après, elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus pubien ferme, régulier et indolore.
- **La recherche des battements cardiaques fœtaux** : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de 10 -11 SA.

- **L'examen au spéculum :** il visualise l'aspect du col normalement violacé, avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primipare et allongé transversalement chez la multipare.
- **Le toucher vaginal permet :**

- De percevoir le col utérin, normalement sous la forme d'un col de - 3cm de longueur, de consistance ferme chez la primipare, et parfois déhiscent chez la multipare et dont l'orifice interne doit toujours être Fermé ;
- D'apprécier la taille de l'utérus ;
- De palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire…).

5.1.4.3 Examens complémentaires

5.1.4.3.1 Examens obligatoires : On doit prescrire :

- **Groupage sanguin avec phénotype (ABO Rhésus complet et Kell) ;** Pour toute patiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire.
- Si la femme est rhésus positif (D), recherche d'anticorps irréguliers au 3ème mois, et entre 32 et 34 SA.
- **La sérologie de la rubéole**, doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.
- **La sérologie de la toxoplasmose** si elle était négative avant, à répéter dans ce cas toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à l'accouchement.
- **La sérologie de la syphilis** (TPHA, VDRL).
- **L'examen des urines**, recherchant une protéinurie et une glycosurie

5.1.4.3.2 Examens conseillés et utiles :

- **Le frottis cervico-vaginal :** il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier afin de dépister un éventuel cancer du col.
- **La numération formule sanguine (NFS) :** elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique.
- **La sérologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :** n'est pas obligatoire aujourd'hui, mais doit être conseillée notamment chez les patientes appartenant à un groupe à risque.

- **L'échographie :** elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, l'âge gestationnel et de déterminer précocement certaines malformations fœtales. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

5.1.5 Organiser la suite de la surveillance

La fréquence des consultations est mensuelle à partir du quatrième mois de grossesse. Cette fréquence peut être augmentée en fonction des pathologies ou des facteurs de risque.

5.1.6 Conseils

C'est un des temps les plus importants et parfois le plus long de la consultation ;

Nutrition :

Une alimentation équilibrée, riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée.

L'eau est la seule boisson vraiment utile ; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau du robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable. En cas de non immunisation contre la toxoplasmose, il est conseillé :

- D'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments,
- De bien laver les fruits et légumes,
- De bien cuire la viande.

La suppression de l'alcool et surtout du tabac est impérative.

La suppression de fromage à pâte molle au lait cru, afin de prévenir le risque de listériose.

Activité physique, sport :

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente.

Sont recommandés : la marche, la natation, la gymnastique, le vélo dans les six premiers mois.

Sont déconseillés : le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket Ball et autres sports collectifs (foot Ball, hand Ball etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après 12 SA.

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

Le travail :

C'est la pénibilité des trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui-même qui sont dangereux pour la grossesse. Le repos est vivement conseillé notamment par des siestes l'après-midi.

Voyage :

Ils créent un risque d'accouchement prématuré du fait du déplacement lui-même, de l'environnement et de la fatigue induite. Les déplacements supérieurs à 300km, ou à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés.

Il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemple).

Le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé, y compris pour les petits trajets et même à l'arrière.

L'avion n'est pas contre indiqué si le voyage est inférieur à 2 heures, sauf au-delà de 32 SA.

Les médicaments :

Toute médication qui n'est pas formellement justifiée est à prohiber, notamment au premier trimestre de la grossesse.

L'automédication doit être formellement interdite.

Système dentaire et digestif :

La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires ; il faut contrôler l'état dentaire au début de la grossesse.

Le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles.

Tout traitement dentaire doit être fait. Il faut se méfier des anesthésies locales ; ne pas employer d'adrénaline en raison du risque de poussée hypertensive.

La constipation est fréquente. Une consommation quotidienne de 300 à 400grammes de légumes et fruits crus suffit à assurer un transit régulier chez la majorité des femmes.

Hygiène corporelle :

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorisant l'apparition des mycoses), pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum [14]. « Le savon de Marseille » est bien toléré.

Les soins : Il est classique de « préparer » les bouts des seins pour l'allaitement (Solution alcool-glycérine à part égale après la toilette).

5.2 La surveillance pendant la grossesse :

À ce stade de la grossesse, le médecin et la sage-femme ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

Objectifs :

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques ;
- Confirmer que « tout se passe bien », que le couple vit bien la grossesse ;
- Prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

5.2.1 L'interrogatoire :

À chaque examen prénatal, il est indispensable de s'enquérir d'éventuels phénomènes pathologiques survenus depuis la précédente consultation, qu'ils aient ou non motivés un examen médical ou thérapeutique.

Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptyalisme, le pyrosis.

- Vers 22 SA (4 mois et demi) lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les BDCF.

Mesure de la pression artérielle :

L'association HTA et grossesse est toujours potentiellement grave : les troubles lésionnels de la grossesse sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [21].

La hauteur utérine et le périmètre ombilical :

Ils seront mesurés avec précision avec un mètre ruban. La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus. Elle augmente de 4cm par mois, sauf les 8e et 9e mois où elle augmente de 2cm par mois.

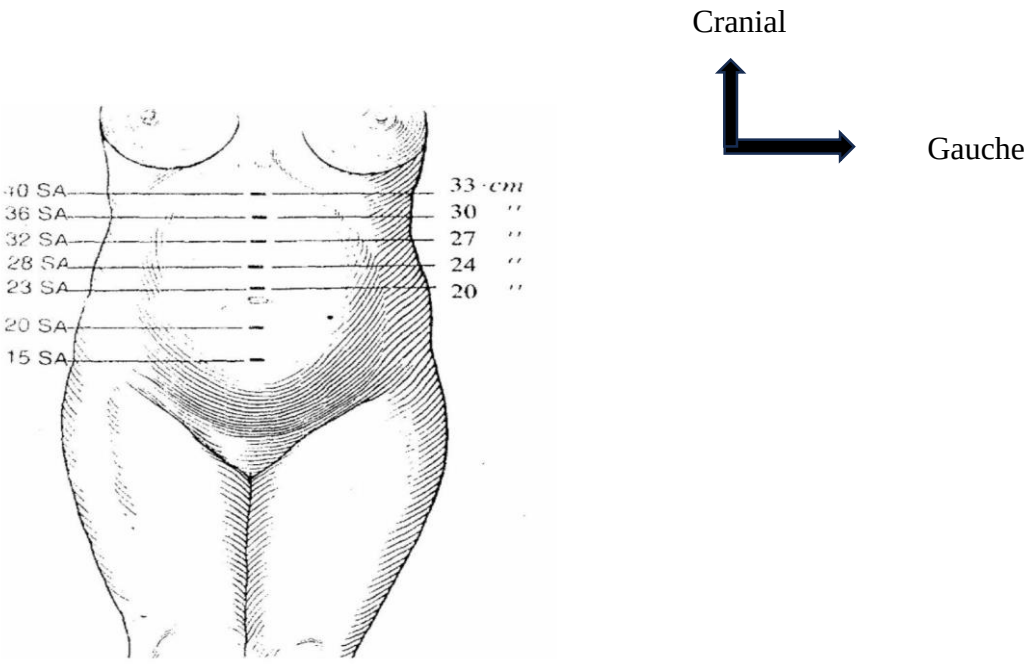

Figure 12 : Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel. R. Merger, J. Levy, J. Melchior [14].

La palpation abdominale :

Elle repère la présentation, sommet ou siège. Elle permet aussi de repérer le moignon de l'épaule et le lieu de l'auscultation. Elle s'assure du relâchement de l'utérus.

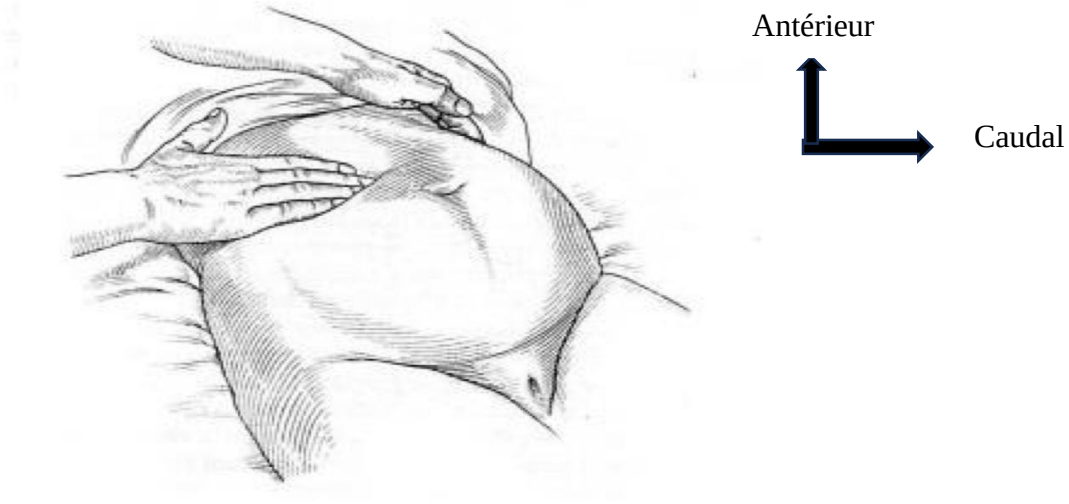

Figure 13 : palpation du fond utérin, R. Merger, J. Levy, J. Melchior [14].

Figure 14 : palpation des faces latérales de l'utérus Dramé.D [17].

Auscultation des bruits du cœur fœtal :

Elle se fait à l'aide d'un stéthoscope obstétrical. Les bruits du cœur fœtal seront chronométrés ; leur fréquence normale se situe entre 120 et 160 battements par minute.

Le toucher vaginal :

C'est un temps essentiel ; c'est en effet au deuxième trimestre que peuvent déjà survenir des menaces d'interruption de grossesse par béance du col. Le toucher vaginal étudie le col utérin avec minutie et précision.

On notera :

- La topographie du col, sa longueur, le degré d'ouverture de ses deux orifices, et sa consistance ;
- La hauteur de la présentation, sollicitant ou non le col ;
- L'existence d'un segment inférieur tôt formé, mince.

5.2.2 L'examen clinique obstétrical en fin de grossesse :

Cette consultation doit être réalisée par l'équipe obstétricale qui effectuera l'accouchement.

Elle a pour but :

- **De déterminer le mode d'accouchement et le pronostic obstétrical :** poids maternel, présentation du fœtus, examen clinique du bassin, recherche d'une disproportion fœto-pelvienne, d'un obstacle prævia ;
- **De poser l'indication éventuelle d'un accouchement programmé** avant terme, d'une césarienne, ou d'accepter la voie basse ;
- **De prévoir une consultation anesthésique**, si on envisage une césarienne, une anesthésie péridurale.

IV. METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Présentation du centre :

La commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41 km².

Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée au Nord-ouest par le fleuve Niger, à l'Est par la commune VI et au Sud-ouest par le quartier Kalaban-Coro (cercle de Kati).

La commune V est constituée de huit (8) quartiers :

Badalabougou, SEMA, Quartier-Mali, Torokorobougou, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalaban coura, Daoudabougou.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans chaque commune du District de Bamako.

C'est ainsi que le Centre de Santé de la Commune V fût créé en 1982. (Service Socio sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (PDSC) la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM) sur les 14 aires de santé, 9 CSCOM sont fonctionnels et le Centre de Santé de la Commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, en 1993, le Centre de Santé de la Commune V fût désigné comme premier Centre de Santé de Référence du District de Bamako. C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres Communes. De par ses performances, en termes de résultats et grâce à la compétence de son personnel, le centre fût nommé centre pilote du District.

En 1997, le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de << CIWARA D'EXCELLENCE >> décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

Le centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique ou les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structure de santé qui s'y réfère, il s'agit des références/évacuations en provenance des 10 CSCOM de la commune, de la PMI de Badalabougou et des structures sanitaires privées.

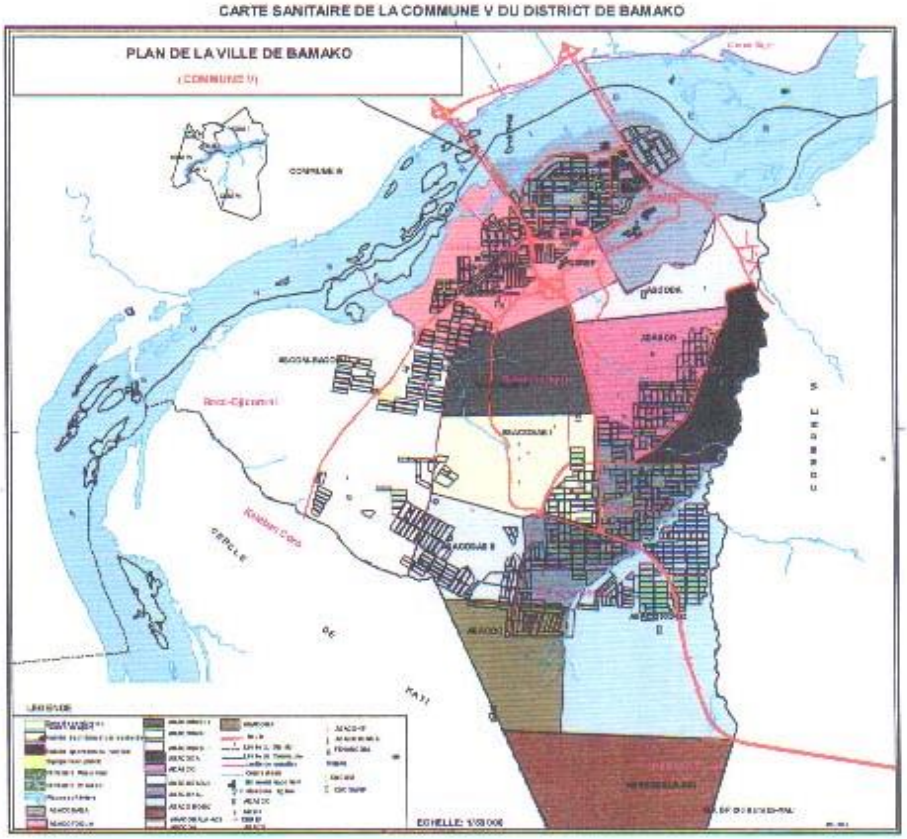

Figure 15 : Carte sanitaire de la commune V du district de Bamako

Le tableau suivant résume les unités et bâtiments du CS Réf de la CV.

Tableau II : Unités et bâtiments du CS Réf de la CV.

BATIMENTS	**NOMS DU SERVICE**
B1 (Bureau des Entées)	- Comptabilité - Guichet - Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	- Unité PTME - Unité Prénatale 1 - Unité prénatale 2

	- Unité Planning Familiale - Unité suite de couche - Unité Grossesse Pathologie - Salle des Chauffeurs - Maternité Salle de garde 1 - Maternité Salle de garde 2 - Salle D'attente - Salle d'Accouchement - Salle des Urgences - Salle VIP 1 - Salle VIP 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Bureau Sages-femmes Maitresse - Salle des Internes - Soins Apres Avortement - Bureau du chef de service - Bureau du gynécologue obstétricien 1 - Bureau du gynécologue obstétricien 2 - Bureau du gynécologue obstétricien 3 - Unité Poste Natale - Salle des D.E.S - Dépistage du Cancer de col de l'utérus - Unité SIS
B2 (One Stop Center)	- Bureau Assistance Psycho-sociale - Assistance de Sécurité - Assistance Juridique - Bureau de Consultation - Salle de Récupération - Salle des Enfants - Toilettes du Personnel
B3 (Bloc Opératoire)	- Bureau Major - Salle de Pansement - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Réveille

	- Salle de Séchage - Bureau du chirurgien - Bureau du chef de la chirurgie - Bureau du gynécologue obstétricien 4 - Hospitalisation Césarienne 1 - Hospitalisation Césarienne 2 - Hospitalisation Césarienne 3 - Hospitalisation Césarienne 4 - Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	- Bureau du chef d'unité - Bureau de CPA - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde
B5 (Médecine Générale)	- Bureau Médecin Chef - Secrétariat du Médecin Chef - Salle de Consultation 1 - Salle de Consultation 2 - Salle de Consultation 3 - Salle de Consultation Gynécologie Externe - Pharmacie du Jour - Pharmacie de Nuit - Salle de Pansement - Imagerie Médicale - Odontostomatologie - Laboratoire d'Analyse - Toilettes du Personnel Hagard de Vaccination
B6 (Médecine Interne)	- Bureau Major - Salle de Consultation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Perfusion - Salle d'Hospitalisation 1

	- Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle d'Hospitalisation 4 - Bureau Dermatologue - Bureau Rhumatologie - Toilettes du Personnel
B7 (Ressources Humaines)	- Bureau Chef de Personnel - Salle Informatique - Salle de Staff - Brigade Hygiène - Unité PEV - Ophtalmologie - Bureau Pharmacien - Dépôt Pharmacie - Bureau Médecin-chef Adjoint - Toilettes du Personnel
B8 C130	- Service ORL - Unité lèpre - Labo Annexe - Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)	- Bureau du Chef de la pediatrie - Salle d'Attente - Salle de Consultation Chef d'unité - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Soins - Salle des Internes - Salle de Consultation 1 - Salle de Consultation 2 - Salle de Consultation 3 - Bureau Surveillant General - Bureau du pédiatre - Néonatologie Consultation - Salle d'Hospitalisation Néonatologie - Salle Kangourou
B10 (Ureni)	- Salle de Consultation - Salle de Garde - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle de Lait

	- Magasin URENI
B11 (Morgue)	- Salle de Lavage 1 - Salle de Lavage 2 - Chambre Froide
B 12	- Mosquée
B13	- Magasin 1
B 14	- Magasin 2
B15	- Logement du Médecin -chef
B16	- Espace CANAM
B17	- Cantine
A1	- Toilette Médecine
A2	- Toilettes Maternité

- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte **:**

- Six (6) médecins spécialisés en gynécologie obstétrique,
- Deux médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin spécialisé en anesthésie réanimation,
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Trente-cinq sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Seize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Trois aides-soignantes,
- Cinq chauffeurs d'ambulances,
- Quarante manœuvres,
- Sept gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spécialisée (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers.

- Fonctionnement :

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

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables par les gynécologues obstétriciens.

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

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

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

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

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

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les autres structures sanitaires selon les critères de liaison sanitaires.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

*Un gynécologue obstétricien ;

* Deux DES de gynécologie obstétrique ;

*cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;

*Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et leurs aides-soignantes ;

*un infirmier anesthésiste ;

*un technicien de laboratoire ;

*un instrumentiste ;

*un chauffeur d'ambulance ;

*deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales. Ce kit de médicaments a été constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes. Un staff quotidien a lieux tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff,

l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées du lundi au vendredi, 4 jours pour le programme opératoire du lundi au jeudi. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Mercredi après le staff.

2. Matériels et Méthodes

2.1 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude de cas témoins qui s'est déroulée au CSréf CV du district de Bamako, du 1er janvier au 31 décembre 2025.

2.2 Population d'étude :

Elle a été représentée par l'ensemble des parturientes ayant consulté dans nos sites d'études pour leur première consultation prénatale.

3. Echantillonnage :

L'échantillon était exhaustif et constitué de toutes les parturientes ayant effectué leurs CPN au CS Réf CV durant notre période d'étude.

La taille de l'échantillon a été calculée à partir Statcalc d'EPI INFO version 7.2.2.6, après avoir pris en compte les facteurs suivants : 1 cas pour 2 témoins, pour un niveau de confiance bilatérale de 95%, une puissance de 80%, proportion des témoins exposés 40,2% et grossesse planifiée (variable d'exposition principale a OR =1,87)(Tariku, Melkamu, et Kebede 2010). La taille de l'échantillon ainsi calculée était de 384, et après avoir ajouté un taux de non-réponse de 10 %, la taille de l'échantillon final a été de 429 (143 cas et 286 témoins).

3.1 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude,

- **Cas :** Les gestantes ayant effectué leur première consultation prénatale après 16 SA (c'est-à-dire recours tardif) au CS Réf CV durant notre période d'étude
- **Témoin :** Les gestantes ayant effectué leur première consultation prénatale avant 16 SA et à 16 SA (recours précoce) au CS Réf CV durant notre période d'étude

3.2 Critères de non inclusion : N'ont pas été inclus dans cette étude

- Les parturientes n'ayant pas effectuée de consultation prénatale

3.3 Critère d'appariement :

Nous avons pris un cas de consultation prénatale après 16 SA et deux témoins de consultation prénatale avant 16 SA ayant :

- Toute reçu du fer ;
- Toute reçu de la sulfadoxine-pyriméthamine

4. Collecte des données :

4.1 Supports :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de :

- Femmes venues en salle de naissance pour travail d'accouchement et ayant effectué leur CPN1 au CS Réf CV durant notre période d'étude ;
- Registres de CPN ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registres d'admission en salle de naissance ;
- Registres d'accouchements ;
- Registres de césariennes ;
- Registres de référence de nouveau-né ;
- Registres de décès maternels ;
- Registres de décès périnatals ;

4.2 Technique de collecte des données

La collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités, par consignation des informations sur la fiche d'enquête.

5. Variables d'étude : Les variables étudiées sont

5.1 Variables qualitatives

- La profession de la parturiente ;
- Le niveau d'instruction ;
- L'état matrimonial
- Situation socio-familiale
- Les caractéristiques obstétricales ;
- Les antécédents médicaux ;
- Les Antécédents chirurgicaux

- Auteurs des CPN ;
- Connaissance du début de la 1ere CPN
- La voie d'accouchement ;
- Complications obstétricales ;
- Complications dans les suites de couches ;
- Pronostic périnatal ;

5.2 Variables quantitatives

- L'âge maternel ;
- L'âge gestationnel lors de la première consultation prénatale ;
- Nombre de CPN réalisée ;
- Le poids de naissance ;

6. Analyse des données :

- La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 26.
- Les tests statistiques utilisés étaient :
  - Le test de Chi 2 a été utilisé avec un seuil de significativité $p \leq 0,05$
- L'importance du risque a été évaluée selon la valeur de l'OR (odds ratio) :

Odds Ratio (OR) = O_exp / O_non exp = (A/B) / (C/D)

Interprétation de l'Odds Ratio pour une variable qualitative

- Odds ratio = 1 absence d'effet.
- Odds ratio > 1 signifie une augmentation de la Probabilité de succès pour la variable indépendante Concernée. En d'autres termes Il y aurait w fois plus de Chance ou risque de succès.
- Odds ratio < 1 signifie une diminution de la probabilité de succès pour la variable indépendante concernée. En d'autres termes Il y aurait moins de chance de succès
- Odds ratio proche de 0 : Le facteur est beaucoup moins fréquent chez les exposés.

7. Aspect éthique :

Les résultats ont été collectés sur l'anonymat, alors personne ne pourra connaitre exactement l'identité des parturientes.

8. Définitions opérationnelles :

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

- **La grossesse** : Est un phénomène continu qui débute à la fécondation et prend fin à l'expulsion ou l'extraction du produit de conception (16).
- **Gestante :** Toute femme se trouvant dans la période qui s'étend de la conception a l'accouchement
- **Consultation prénatale tardive** : Les gestantes ayant effectué leur première consultation prénatale après 16 SA (c'est-à-dire recours tardif)
- **Consultation prénatale précoce :** Les gestantes ayant effectué leur première consultation prénatale avant 16 SA et à 16 SA (recours précoce)
- **Accouchement :** C'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 un âge théorique de 28 SA.
- **Accouchement normal à terme :** naissance entre 37-42 SA d'un enfant immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal.
- **Accouchement prématuré :** est ceux lui qui survient entre la 28ème SA (=20ème semaine de gestation) et la 36ème SA et 6 jours (=34ème semaine de gestation et 6 jours).
- **Accouchement post-terme :** l'accouchement qui se produit après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire après la fin de la 42èmeSA révolue (=après la fin de la 40èmesemaine révolue de gestation) ; donc c'est un accouchement qui se produit à partir du début de la 43ème SA (=début de la 41èmesemaine de gestation).
- **Facteurs de risque au cours de la grossesse** : Un facteur de risque pendant la grossesse est une caractéristique qui, lorsqu'elle est présente, indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée (40).
- **Grossesse à risque** : C'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraine un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement (39)
- **Pronostic materno-foetal** : Issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.

- **La mortalité maternelle** : C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite (39).
- **Mortalité périnatale :** Elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : Elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6ème jour de vie.
- **Anémie :** est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inferieur à 11gramme par décilitres
- **L'évacuation :** C'est le transfert d'une urgence vers une structure spécialisée d'une patiente qui présente une complication au cours du travail d'accouchement (17).
- **Référence** : C'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence (17).
- **Parturiente :** femme en travail d'accouchement
- **Primigeste** : Une grossesse
- **Pauci geste** : 2 à 3 grossesses
- **Multi geste** : 4 à 5 grossesses
- **Grande multi geste** : ≥ 6 grossesses
- **Primipare** : Un accouchement
- **Pauci pare** : 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 6 accouchements
- **Etat de mort apparent :** Score d'Apgar allant de 1 à 3.
- **Apgar morbide :** Nouveau-né ayant un score d'Apgar à la 1ère minute entre 4 et 7.

V. RESULTATS

5.1. Fréquence :

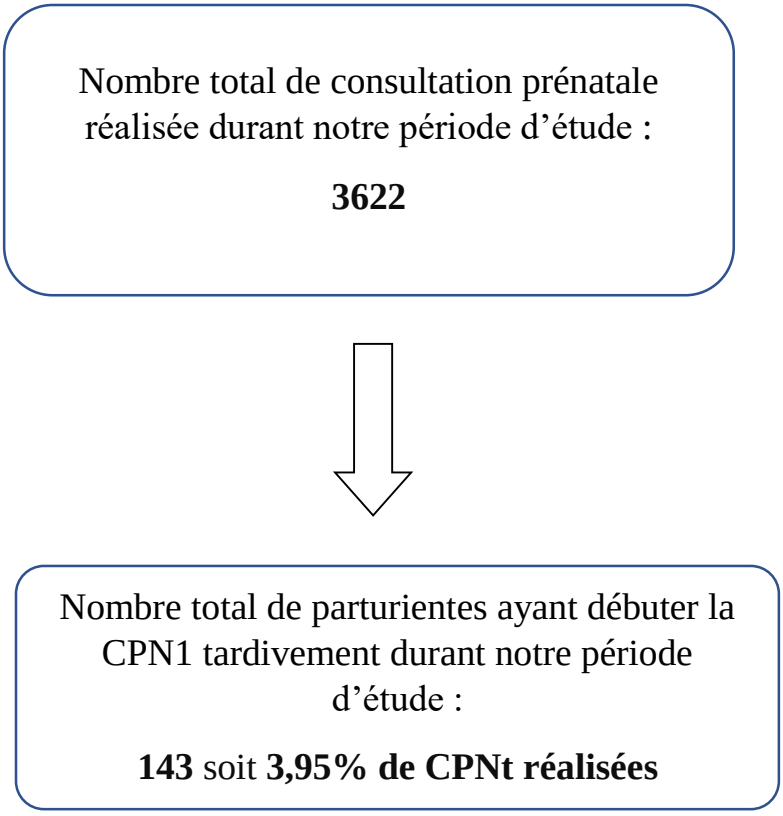

Figure 16 : Fréquence de consultations prénatales tardives chez les parturientes au Cs réf CV durant notre période d'étude

5.2. Description Caractéristiques sociodémographiques des parturientes

Tableau III : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge

Age	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Inf à 20	20	13,99	34	11,89	0,14[0,62-2,10]	0,67
20 à 30	87	60,84	169	59,10	1,17[0,72-1,90]	0,53
30 à 40	33	23,07	75	26,22	0,85[0,53-1,39]	0,64
Sup à 40	3	2,10	8	2,80	0,73[0,19-2,82]	0,64
Total	143	100	286	100		

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était majoritaire avec 60,84% chez les cas et 59,10% chez les témoins ; Nous avons trouvé un âge moyen de 26,73 ans et des extrêmes de 16 et 44 ans

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Mariée	139	97,2	283	98,95	0,37[0,08-1,67]	0,18
Célibataire	4	2,80	3	1,05	2,72[0,60-12,3]	0,18
Total	143	100	286	100		

Les mariées étaient majoritaires avec 97,2% chez les cas et 98,95 chez les témoins, cependant nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative

Tableau V : Répartition des parturientes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Ecole coranique	7	4,89	8	2,80	2,72 [0,86-8,63]	0,08
Non instruite	69	48,25	91	31,81	2,36 [1,26-4,44]	0,006
Primaire	39	27,28	89	31,12	1,36 [0,70-2,65]	0,355
Secondaire	17	11,89	53	18,53	1,32 [0,56-3,09]	0,533
Supérieur	11	7,69	45	15,74	0,76 [0,32-1,79]	0,533
Total	143	100	286	100		

La majorité de nos parturientes étaient non instruites soit 48,25% chez les cas et 31,81% chez les témoins

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Ménagère	91	63,63	171	59,79	1,064 [0,572-1,979]	0,84
Commerçante	18	12,58	36	12,58	0,94 [0,50-1,75]	0,84
Fonctionnaire	13	9,10	32	11,19	0,81 [0,344-1,916]	0,63
Etudiante/Elève	7	4,89	35	12,24	0,4 [0,148-1,076]	0,06
Autres	14	9,80	12	4,20	2,33 [0,89-6,07]	0,07
Total	143	100	286	100		

La plupart des parturientes était des ménagères soit 63,63% pour les cas et 59,79% pour les témoins

Tableau VII : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Commerçant	63	44,06	85	29,72
Ouvrier	46	32,17	64	22,38
Fonctionnaire	14	9,79	93	32,51
Chauffeur	11	7,69	21	7,34
Couturier	5	3,50	13	4,55
Agriculteur/Eleveur	4	2,79	10	3,50
Total	143	100	286	100

La plupart des conjoints étaient des commerçants avec 44,06% chez les cas et 29,72% chez les témoins

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon la provenance

Provenance	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Commune V	86	60,14	196	68,53	0,81[0,52-1,26]	0,34
Hors Commune V	44	30,77	81	28,32	1,23[0,79-1,93]	0,34
Hors Bamako	13	9,09	9	3,15	3,29[1,35-7,99]	0,005
Total	143	100	286	100		

60,14% des cas et 68,53% des témoins provenaient de la commune V

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Primigeste	19	13,29	74	25,87	0,45[0,24-0,82]	0,009
Pauci geste	54	37,76	95	33,22	2,21[1,21-4,05]	0,009
Multigeste	47	32,87	85	29,72	0,97[0,59-1,58]	0,9
Grande multigeste	23	16,08	32	11,19	1,26[0,67-2,37]	0,46
Total	143	100	286	100		

Les Pauci gestes étaient les plus représentés avec 37,76% chez les cas et 33,22% chez les témoins

Tableau X : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Primipare	17	11,89	72	25,17
Pauci pare	59	41,26	98	34,27
Multipare	48	33,57	85	29,72
Grande multipare	19	13,28	31	10,84
Total	143	100	286	100

Les pauci pares étaient majoritaires avec 41,26% chez les cas

5.3. Antécédents :

Tableau XI : Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
HTA	9	50	16	53,33	0,9[0,22-3,59]	0,88
Diabète	5	27,78	8	26,67	1,11[0,28-4,43]	0,88
Drépanocytose	2	11,11	2	6,67	1,78[0,21-14,86]	0,59
Asthme	2	11,11	4	13,33	0,89[0,13-5,85]	0,90

L'HTA était l'antécédent médical le plus représenté avec 50% chez les cas et 53,33% chez les témoins

Tableau XII : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Césarienne	32	86,49	44	86,27
Autres	5	13,51	7	13,73

La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus représenté avec 86% chez les deux groupes

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les antécédents d'avortement

Antécédent d'avortement	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	19	13,29	49	17,13	0,74[0,41-1,31]	0,3
Non	124	86,71	237	82,87	1,35[0,76-2,39]	0,3
Total	143	100	286	100		

Nous avons trouvé un antécédent d'avortement chez 13,29% des cas contre 17,13 des témoins

5.4. Qualité de la consultation prénatale

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la connaissance du début de la 1ère CPN

Connaissance de la date de la 1ère CPN	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	42	29,37	235	82,17	0,09[0,06-0,14]	<0,0000001
Non	101	70,63	51	17,83	11,08[6,92-17,73]	<0,0000001
Total	143	100	286	100		

70,63% des cas ne connaissaient pas la date de début de la 1ère CPN contre 17,83% chez les témoins

Tableau XV : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisé

Nombre de CPN	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
1	19	13,29	13	4,55
2	24	16,78	44	15,38
3	30	20,98	47	16,43
≥ 4	70	48,95	182	63,64
Total	143	100	286	100

48,95% des cas ont réalisé au moins 4 CPN contre 63,64% chez les témoins

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse à la 1ère CPN

Age de la grossesse lors de la 1ère CPN	Effectifs	Pourcentage
1er trimestre	0	0,0
2eme trimestre	63	44,06
3ème trimestre	80	55,94
Total	143	100,0

55,94% des cas ont réalisé la 1ère CPN au 3ème trimestre de la grossesse

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel à la 1ère CPN

Age de la grossesse lors de la 1ère CPN	Effectifs	Pourcentage
16SA – 19SA	18	12,59
20SA – 24SA	19	13,29
25SA – 28SA	26	18,18
29SA – 32SA	39	27,27
33SA – 36SA	32	22,38
37SA – 41SA	9	6,29
Total	143	100,0

27,27% des parturientes ont commencé leur suivi après 7 mois de grossesse

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon l'agent responsable du suivi

Responsable de la CPN	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Médecin	59	41,26	101	35,32	1,27[0,83-1,94]	0,25
Sage-femme	75	52,45	164	57,34	0,78[0,51-1,19]	0,25
Infirmière Obstétricienne	9	6,29	21	7,34	0,93[0,41-2,14]	0,87
Total	143	100	286	100		

52,45% des cas étaient suivis par des sages-femmes, 57,34% chez les témoins

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les bilans biologiques systématiques réalisés

Bilans biologiques	Cas				Témoins			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Taux d'Hb	132	92,31	11	7,69	276	96,50	10	3,50
Gr/Rh	134	93,71	9	6,29	279	97,55	7	2,45
VIH	99	69,23	44	30,77	208	72,73	78	27,27
Ag HBs	63	44,06	80	55,94	147	51,40	139	48,60
Glycémie	84	58,74	59	41,26	188	65,73	98	34,27
Albumine sucre	72	50,35	71	49,65	148	51,75	138	48,25
Test d'Emmel	67	46,85	76	53,15	139	48,60	147	51,40
BW (TPHA/VDRL)	61	43,66	82	57,34	150	52,45	136	47,55

Le groupage rhésus est l'examen le plus réalisé avec 92,31% chez les cas et 96,50% chez les témoins

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les soins préventifs

Soins préventifs	Cas				Témoins			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Supplémentation en acide folique	84	58,74	59	41,26	236	82,52	50	17,48
Supplémentation en fer	**143**	**100**	**00**	**00**	**286**	**100**	**00**	**00**
Prévention antitétanique	46	32,17	97	67,83	179	62,59	107	37,41
Sulfadoxine-periméthamine (SP)	**143**	**100**	**00**	**00**	**286**	**100**	**00**	**00**

La Supplémentation en fer et en Sulfadoxine-periméthamine était assuré chez toutes les gestantes

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon le nombre d'échographies obstétricales réalisées

Nombre d'échographie	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
0	9	6,29	7	2,45	2,91[1,05-8,04]	0,03
1-2	104	72,73	236	82,52	0,63[0,38-1,06]	0,08
3 et plus	30	20,98	43	15,03	1,58[0,94-2,66]	0,08
Total	143	100	286	100		

Seulement 6,29% des cas n'avaient pas réalisé d'échographie obstétricale contre seulement 2,45% chez les témoins

5.5.Données cliniques :

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse

Age présumé de la grossesse	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Non en terme	23	16,08	13	4,54	4,06[1,98-8,29]	0,00004
Terme	115	80,42	264	92,31	0,31[0,08-1,17]	0,07
Post terme	5	3,50	9	3,15	1,27[0,41-3,88]	0,66
Total	143	100	286	100		

La grossesse était à terme en majorité chez les cas 80,42% comme chez les témoins

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon la présence de facteur de risque de la grossesse

Facteur de risque de la grossesse	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	119	83,22	135	47,20	4,43[2,70-7,28]	<0,0000001
Non	24	16,78	151	52,80	0,18[0,11-0,30]	<0,0000001
Total	143	100	286	100		

Nous avons trouvé un facteur de risque de la grossesse dans 83,22% chez les cas contre 47,20% chez les témoins

NB : Les facteurs de risque étaient dominés par l'antécédent de césarienne suivi par l'âge adolescente puis la multiparité

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse

Terme de la grossesse	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
<28 SA	3	2,10	1	0,35	6,88[1,37-34,63]	0,007
Entre 28 et 36 SA+ 6jours	14	9,79	9	3,15	3,54[1,61-7,81]	0,0009
Entre 37 SA et 41SA +06jours	122	85,31	269	94,06	0,78[0,26-2,39]	0,67
> 42 SA	4	2,80	7	2,44	1,27[0,41-3,88]	0,66
Total	143	100	286	100		

Près de 15% des cas n'étaient pas à terme, seulement environs 3% des témoins ne l'étaient pas

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Voie basse	92	64,34	212	74,13	0,63[0,41-0,97]	0,03
Césarienne	51	35,66	74	25,87	1,59[1,03-2,45]	0,03
Total	143	100	286	100		

La voie basse était la plus représentée avec 64,34% chez les cas contre 74,13% chez les témoins

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon le type de présentation

Type de présentation	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Céphalique	130	90,91	256	89,51	1,30[0,58-2,89]	0,52
Siège	9	6,29	23	8,04	0,77[0,34-1,71]	0,52
Vicieuse	4	2,80	7	2,45	1,12[0,32-3,91]	0,85
Total	143	100	286	100		

La majorité des présentations était céphaliques avec 90,91% chez les cas

5.6. Pronostic :

5.6.1. Maternel :

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

Complications obstétricales	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	50	34,97	38	13,29	3,51[2,16-5,69]	0,0000001
Non	93	65,03	248	86,71	0,29[0,18-0,46]	0,0000002
Total	143	100	286	100		

34,97% des cas avaient une complication obstétricale contre seulement 13,29% chez les témoins

Tableau XXVIII : Répartition des parturientes selon le type de complications obstétricales

Type de complications obstétricales	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
HRP	7	14	4	10,53	3,15[0,61-16,31]	0,0076
Éclampsie	1	2	0	0		
Prééclampsie	19	38	8	21,05	4,28[1,09-16,83]	0,03
Placenta prævia	3	6	4	10,53	1,35[0,21-8,62]	0,04
RPM	11	22	8	21,05	2,48[0,60-10,27]	0,036
Rupture utérine	2	4	2	5,26	1,8[0,19-16,98]	0,07
Hémorragie du post partum immédiat	5	10	9	23,69	0,83[0,10-6,78]	0,86
Procidence du cordon	2	4	3	7,89	1,2[0,15-9,76]	0,0742

La complication la plus observée étaient la pré éclampsie avec 38% chez les cas et 21,05% chez les témoins

Tableau XXIX : Répartition des patientes les complications dans les suites de couches

Suites de couches	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Simples	82	57,34	243	84,97	0,24[0,15-0,38]	0,0000001
Compliquées	61	42,66	43	15,03	4,20[2,64-6,68]	0,0000002
Total	143	100	286	100		

42,66% des cas avaient une complication obstétricale contre seulement 15,03% chez les témoins

Tableau XXX : Répartition des parturientes selon le type de complications dans les suites de couches

Type de complication dans les suites de couches	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Anémie	24	39,34	17	39,53	2,28[1,18-6,41]	0,05
HTA	22	36,07	9	20,93	4,26[1,19-15,2]	0,02
Hyperglycémie	5	8,20	10	23,26	1,56[0,69-4,22]	0,49
Infection urinaire	10	16,39	7	16,28	1,81[0,50-6,50]	0,36
Total	61	100	43	100		

L'anémie était la complication la plus retrouvée dans les suites de couches avec 39,34% chez les cas et 39,53% chez les témoins

5.6.2. Pronostic Fœtal :

Tableau XXXI : Répartition des accouchements selon le type d'accouchement.

Type d'accouchement	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Mono fœtal	140	97,90	279	97,55
Gémellaire	3	2,10	7	2,45
Total	143	100	286	100

Tableau XXXII : Répartition des parturientes selon la morbidité fœtale

Morbidité fœtale	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Prématurité	17	31,48	10	21,28	2,47[1,03-5,94]	0,04
Hypotrophie	16	29,63	11	23,40	2,45[1,01-6,15]	0,05
Asphyxie fœtale	13	24,07	21	44,68	0,47[0,16-1,39]	0,16
Macrosomie	6	11,11	5	10,64	2,15[0,71-6,42]	0,16
Malformation	2	3,70	0	0		
Total	54	100	47	100		

La prématurité était la plus retrouvé avec 31,48% chez les cas contre 21,28% chez les témoins

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

Pronostic vital du fœtus	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Vivant	134	91,78	288	98,29	0,19[0,07-0,56]	0,0008
Mort-né	12	8,22	5	1,71	5,16[1,78-14,94]	0,0008
Total	146	100	293	100		

Parmi les cas 8,22% était des morts nés contre seulement 1,71% chez les témoins

Tableau XXXIV : Répartition des parturientes selon la perception des bruits du cœur fœtal à l'entrée

Bruits du cœur fœtal à l'entrée	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	136	93,15	289	98,63	0,19[0,06-0,61]	0,002
Non	10	6,85	4	1,37	5,31[1,64-17,24]	0,002
Total	146	100	293	100		

6,85% des BDCF n'étaient pas perçus à l'entrée chez les cas contre 1,37% chez les témoins

Tableau XXXV : Répartition des parturientes selon la durée de travail d'accouchement

Durée de travail	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 06H	90	62,94	175	61,19
06 – 12 H	41	28,67	84	29,37
Plus 12 H	12	8,39	27	9,44
Total	143	100	286	100

62,94% des cas et 61,19% avaient une durée de travail à moins de 06h

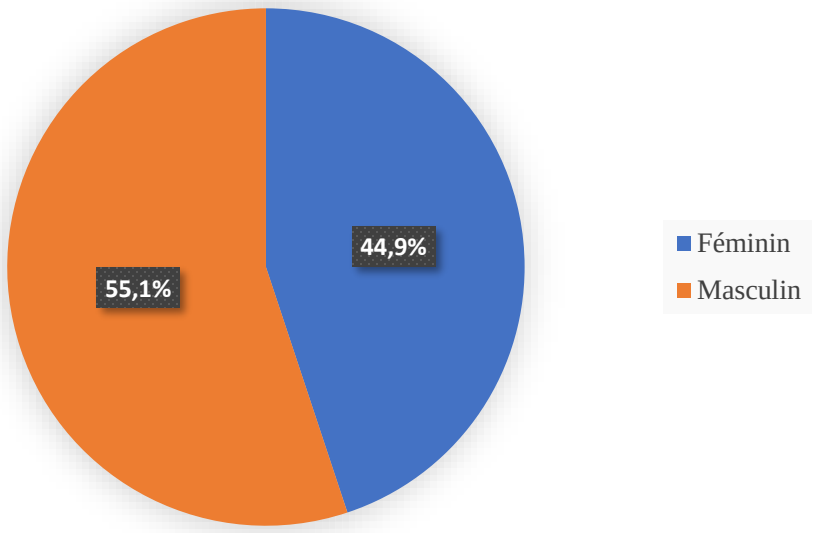

Figure 17 : Répartition des parturientes selon le sexe du nouveau-né

Les nouveau-nés étaient de sexe masculin dans 55,1%

Tableau XXXVI : Répartition des parturientes selon le poids du nouveau-né

Poids du nouveau-né	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Inf 2500	33	22,60	22	07,51	3,64[2,03-6,58]	0,000006
2500 à 3999	108	73,97	262	89,42	0,74[0,24-2,27]	0,66
4000 et plus	5	3,43	9	3,07	1,35[0,44-4,11]	0,66
Total	146	100	293	100		

Les nouveau-nés avaient un poids inférieur à 2500g dans 22,60% contre 07,51% chez les témoins

Tableau XXXVII : Répartition des nouveau-nés selon leur Apgar aux 1ère et 5ème minutes.

Score d'Apgar	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	1ère minute	5ème minute	1ère minute	5ème minute		
0	12	13	5	6	2,06[1,01-4,65]	0,04
1 à 3	2	1	1	0	4,47[0,40-49,78]	0,18
4 à 7	13	4	21	4	1,38[0,67-2,86]	0,3
≥ 8	119	27	266	283	0,89[0,44-1,80]	0,3
Total	146	100	293	100		

La majorité des nouveaux-nés dans notre série avaient un score d'Apgar ≥ 8 à la première minute

Tableau XXXVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur référence à la néonatologie

Référence nouveau-né	Cas		Témoins		OR [IC]	P
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	57	39,86	47	16,43	3,37[2,13-5,33]	<0,0000001
Non	86	60,14	239	83,57	0,29[0,19 -0,47]	<0,0000001
Total	146	100	293	100		

Parmi les cas 39,86% ont été adressé à la néonatologie contre seulement 16,43% chez les témoins

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

Causes de référence des nouveaux nés	**Cas**		**Témoins**		**OR [IC]**	**P**
	Effectif	**%**	**Effectif**	**%**		
SFA	13	20,64	21	37,50	0,95[0,29-3,07]	0,93
Prématurité	17	26,98	10	17,86	2,47[1,03-5,94]	0,04
Macrosomie	6	9,52	5	8,93	2,15[0,71-6,42]	0,16
Hypotrophie	16	25,40	11	19,64	2,45[1,01-6,15]	0,05
Malformation	3	4,76	0	0		
Risque infectieux	4	6,35	2	3,57	3,23[0,52-20,2]	0,19
Dépassement de terme	4	6,35	7	12,5	0,92[0,22-3,78]	0,91
Total	63	100	56	100		

La majeure partie des causes de références des nouveaux nés était la prématurité avec 26,98% chez les cas et 17,86% chez les témoins

VI. DISCUSSION

1. Fréquence

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 3622 cas de CPN réalisée dont 143 parturientes qui avaient débuté leur consultation prénatale tardivement soit une fréquence de 3,95%. Ce résultat est inférieur à celui de Nimaga I. [22] qui était de 10,47% et à celui de Keita D. qui était de 10,34% [27]. Cette différence s'explique par le fait que ces auteurs ont eu à travailler dans des structures de premier niveau sur une période plus longue que la nôtre.

2. Caractéristiques sociodémographiques

- Age

Dans notre étude les adolescentes ont représenté 13,99% chez les cas et 11,89% chez les témoins. Dans la littérature, les âges inferieurs à 18 ans et supérieur à 35 ans constituent un facteur de risque pour la grossesse. Les parturientes de 20 à 30 ans ont représenté 60,84% chez les cas et 59,10% chez les témoins. Nous n'avons pas trouvé une différence statistiquement significative entre l'âge et le suivi prénatal tardive. Ce résultat est proche de celui de Tikanou K. [25] qui a trouvé en 2021 dans le district de Bamako avec une tranche d'âge 20-34 ans, un taux de 62,2% mais inférieur à celui de SY I. [15] qui a trouvé en 2012 un taux de 77%. Ces différences de taux avec notre série s'expliquent par la spécificité de ces études (consultations prénatales, mortalité maternelle) d'une part et d'autre part les tranches d'âge retenues dans notre étude étaient différentes de celle de ces auteurs, même si dans tous les cas il s'agit globalement de parturientes en âge de procréer.

- Statut matrimonial

Les patientes célibataires avaient 2,72 fois plus de risque de recourir tardivement à la CPN. Le célibat est un facteur de risque de recourir tardivement voir de non recours aux soins prénatals car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. [25]

Une autre explication à cette situation est l'inacceptation de la grossesse hors mariage dans notre pays créant du coup un conflit familial ; de ce fait il y a tendance à cacher la grossesse d'où un mauvais suivi et la menace d'interruption criminelle intempestive avec toute la cohorte de complication qui pourrais s'en suivre. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressources financières pour assurer un suivi prénatal correct. [26]. Koné T. a trouvé 4% de célibataires qui était légèrement supérieur au nôtre.

Profession :

La profession dominante des parturientes était celle des ménagères avec respectivement 63,63% chez les cas et 59,79% pour les témoins. Les élèves et étudiantes représentaient 4,89% chez les cas et 12,24% chez les témoins. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la proportion de celles qui avaient commencé leurs suivies tôt et de celles qui l'avaient commencé tardivement (p=0,4). Les commerçantes représentaient 12,58% aussi bien chez les cas comme chez les témoins. En effet, les femmes n'ayant pas d'activité génératrice de revenue ne sont pas autonomes, elles restent dépendantes des hommes pour tout ce qui est dépense sanitaire, elles ne peuvent pas prendre leur propre décision concernant leur santé et sont susceptibles de se rendre tardivement à la consultation prénatale. KEITA D. [27] observe des taux de 68,5% pour les ménagères. Maguiraga M. [28] : observe des taux de 82,6 % pour les ménagères, 9,2 % de commerçantes et 3,1 % d'élèves ou étudiantes. Talibo A. [28] rapportait des taux respectifs de 82,7% chez les ménagères 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.

- **Niveau d'étude**

Comme la profession le niveau d'étude a influencé négativement sur le suivi prénatal. Dans notre étude 48,25% des cas contre 31,81% des témoins étaient non scolarisées avec une différence statistiquement significative (P=0,006 ; OR=2,36 ; IC=1,26-4,43). Seulement 11,89% des cas contre 18,53% des témoins avaient un niveau supérieur. Notre étude montre que le bas niveau d'instruction, constitue un facteur de risque aux recours tardifs des suivis prénatals.

Nimaga I. [22] avait trouvé 70% pour les analphabètes et seulement 7,2% pour le niveau secondaire. DOUMBO.M [29] a trouvé 33% de non scolarisées. Talibo A. [24] : a rapporté dans son étude (51,6 % d'analphabètes, 32 % de niveau primaire et 16,4 % de niveau secondaire)

3. Antécédents :

- **ATCD Médical :**

  L'HTA était l'antécédent médical le plus représenté avec 50% chez les cas et 53,33% chez les témoins

- **ATCD gynéco obstétriques :**
  - ✓ **ATCD de césarienne :**

Dans notre série la fréquence des parturientes ayant au moins un ATCD de césarienne est de 22,38% chez les cas et 15,48% chez les témoins. Selon LEUNG et COLL [30] (l'antécédent de césarienne augmente le risque de rupture en cas d'excès d'ocytocine et lorsque l'antécédent est supérieur ou égal à 2). Coulibaly B. [31] et Dembélé O. [26] ont eu des taux inférieurs au notre soient respectivement 14,07% et 15,46%.

- ✓ **ATCD d'avortement :**

Les antécédents de complications obstétricales comme l'avortement, de mort-né ou autres poussent les femmes enceintes à se rendre tôt à la CPN. Dans notre étude nous avons eu 13,29% chez les cas et 17,13% chez les témoins. Ce résultat est largement inférieur à celui de Dembélé O. [26] où 56% des parturientes avaient un ATCD d'avortement

4. Qualité de la consultation prénatale

48,95% des cas avaient fait au moins 4 CPN contre 63,64% chez les témoins

Dans notre étude toutes les gestantes avaient fait au moins une CPN comme celles de Dembélé O. [26] et Coulibaly B. [31] où 94,61% avaient fait au moins une CPN. Notre fréquence s'explique par le fait que les parturientes qui n'avaient pas fait de CPN étaient exclu de notre étude.

Les CPN doivent être de qualité mais aussi de quantité, car certains risques ne sont décelés qu'au cours de la grossesse. L'OMS recommande huit contacts prénatals durant la grossesse. Cependant ces recommandations sont diversement appliquées en tenant compte du niveau de la structure des soins et surtout du niveau des prestataires. Cela s'expliquerait par le manque des mises à jour du niveau de connaissance des prestataires sur les nouvelles recommandations de l'OMS en matière du suivi de la grossesse. Ainsi dans notre étude 34,27% des parturientes avaient fait leur 1ère CPN au cours du 2ème trimestre de la grossesse, 65,73% au 3ème trimestre et 48,95% ont fait plus de 03 CPN. Dembélé O. [26] dans son étude 80,91% des parturientes avaient fait leur 1ère CPN au cours du 2ème trimestre de la grossesse, 04,54% au 03ème trimestre et 20,9% ont fait plus de 03 CPN. Au 10ème cours d'épidémiologie [21] 36,50% ont commencé à consulter au 1er trimestre, 39,50% au 2ème trimestre, 15,13% au 3ème trimestre et 08,40% n'ont pas pu répondre à la question.

- **Connaissance des parturientes sur la date de début de la 1ere CPN**

  Dans notre étude 70,63% des cas ne connaissaient pas la date du début de la CPN1 contre seulement 17,83% des témoins. Ces résultats montrent que les femmes qui ne connaissaient pas la période de début de la CPN1 avait 11,08 fois [6,92-17,73] plus de risque de recourir tardivement à la consultation prénatale que celle qui connaissait cette période. Les femmes qui sont bien informées de la date de début de CPN ont tendance à mieux se préparer et à prendre les mesures nécessaires pour respecter cette date. Nos résultats sont similaires à Ceux de Telly N. qui avait trouvé 61,37% des cas ne connaissaient pas la date du début de la CPN1 contre seulement 27,52% des témoins [32]

- **Auteur de CPN :**

  52,45% des cas et 57,34% des témoins étaient suivies par des sages-femmes, 41,26% des cas par des médecins contre 35,32% chez les témoins ; Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative (P=0,25 ; OR=1,27 ; IC= 0,83-1,94)

- **Bilans biologique**s

  Le groupage sanguin est l'examen le plus réalisé durant notre étude soit 93,71% chez les cas et 97,55% chez les témoins. Ce taux pourrait s'expliquer d'une part par le fait que le groupe sanguin rhésus est l'un des examens obligatoires au cours de la CPN et d'autre part par le fait que la connaissance du groupe sanguin permettra de faire face à une éventuelle hémorragie maternelle nécessitant une transfusion. Notre taux est proche de ceux retrouvés par Zoua [33] et Zaisonou et al. [34] en 2014 à Cotonou au Bénin qui sont respectivement de 88% et de 88,9%.

  Les taux de réalisation des autres bilans étaient de 92,31% chez les cas et 96,50% chez les témoins, 69,29% des cas contre 72,73% des témoins, et 58,74% chez les cas et 65,73% des témoins respectivement pour le taux d'hémoglobine, le dépistage du VIH, et la glycémie. Ces taux montrent le désir de réduire la propagation du VIH dans le monde. En effet la grossesse et l'allaitement sont des moments de contamination du fœtus ou du bébé.

- **Echographies réalisées**

  Seulement 6,29% des cas n'avaient pas d'échographie obstétricale contre seulement 2,45% chez les témoins avec une différence statistiquement significative (P=0,03 ; OR=2,91 ; IC=1,05-8,04). Ces résultats montrent que le recours tardif aux suivies prénatales influence la

qualité du suivi car l'absence de réalisation d'échographie obstétricale est un facteur de risque d'accouchement dystocique donc de complications obstétricales

5. Données cliniques :

- **Terme de la grossesse :**

A l'examen obstétrical 16,08% des cas contre 4,55% des témoins ont été admises avec une grossesse non à terme avec une différence statistiquement significative (P=0,0009 ; OR=4,62 ; IC=1,99-8,30). Ce résultat montre que le risque de prématurité était multiplié par 4,62 chez les parturientes ayant débuté leurs suivis prénatals tardivement. Nimaga I. [22], a trouvé dans son étude 20% de pré-terme pour les cas contre 4% chez les témoins (p=10-7 ; OR=7,14 ; IC95%=3,35-16,16). Selon Tikanou K [25], la fréquence des grossesses non à terme était de 11,6% qui étaient légèrement inférieur au notre

- **Perception des bruits du cœur fœtal à l'entrée :**

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Nous avons ainsi noté une perception des BDCF dans 93,15% des cas contre 98,63% chez les témoins. Nous n'avons pas entendu de BDCF chez 10 parturientes ayant débuté tardivement leur suivi prénatal soit 6,85% contre seulement 1,37% chez les témoins. L'absence de BDCF serait significativement associée aux recours tardifs aux soins prénatals (P= 0,02 ; OR=5,31 ; IC95%= 1,64-17,24) avec une différence statistiquement significative.

Nimaga I. [22] a trouvé 4,28% de BDCF absents qui est inferieur a notre pourcentage.

- **Présentation du fœtus :**

La présentation céphalique a été la plus fréquente suivi du siège avec respectivement 90,91% et 6,29% des cas contre 89,51% et 8,04% chez les témoins. Les présentations dystociques telles que : transversales et front ont représenté 2,80% chez les parturientes ayant débuté tardivement leur suivi prénatal contre 2,45% chez les témoins. Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative

Les différents taux obtenus dans notre série sont proches de ceux retrouvés dans la littérature de Merger R, Levy J, Melchior J. [14] qui a rapporté respectivement 96% de présentation céphalique 3,9% de présentation du siège et 0,25% de présentations transversale et oblique.

- **Voie d'accouchement**

Durant l'étude, la voie haute a été pratiquée chez 35,66% des cas contre 25,87% des témoins avec une différence statistiquement significative. (P=0,03 ; OR=1,59 ; IC=1,03-2,45). Ce

résultat montre que le recours tardif aux soins prénatals augmenterait les risques d'accouchement par césarienne. Ces taux sont proches de celui obtenu par Nimaga I. [22] la voie basse avec 72,8% des cas contre 82,5% chez les témoins différence statistiquement significative entre ces deux groupes

- **Facteurs de risque de la grossesse :**

Dans notre étude nous avons trouvé un facteur de risque de la grossesse dans 83,22% chez les cas contre 47,20% chez les témoins avec une différence statistiquement significative. (P<0,0000001 ; OR=4,43 ; IC=2,70-7,28). Ces facteurs de risque étaient dominés par l'antécédent de césarienne suivi par l'âge adolescente puis la multiparité. Ces résultats montrent que les gestantes présentant un facteur de risque de la grossesse avaient de plus en plus tendance à recourir tardivement a la consultation prénatale

L'étude de Dramé D. [17] a montré que 50,33% des patientes avaient un facteur de risque. Fomba D D [40] a rapporté que 70% des patientes avaient un facteur de risque et 62% de ces facteurs de risque étaient dominés par l'utérus cicatriciel.

6. Pronostic

Pronostic maternel :

- Les complications obstétricales ont été près de deux fois plus fréquentes chez les parturientes ayant débuté tardivement leur suivi prénatal par rapport aux témoins soit respectivement 34,97% contre 13,29% avec une différence statistique hautement significative (P = 0,0000001 ; OR = 3,51 ; IC%=2,16-5,69). Les complications obstétricales ont été dominées chez les cas par la pré éclampsie 38% suivies par la RPM 22% ; l'HRP 14% ; Hémorragie du post partum immédiat 10% contre respectivement 21,05% de pré éclampsie ; 21,05% de RPM ; 10,53% d'HRP et 23,69% d'hémorragie du post partum immédiat chez les témoins

Nous n'avons pas enregistré de décès maternels au sein des 2 groupes

Nimaga I. [22] a rapporté les taux de complications obstétricales suivants : la pré éclampsie a représenté 15,6% ; l'HRP 21,8% et 6,2% de rupture utérine. 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 57,34% des parturientes ayant débuté leurs CPN tardivement contre 84,97% chez les témoins avec une différence statistique hautement significative (P = 0,0000001 ; OR = 0,24 ; IC% =

0,15-0,38). Les suites de couches ont été compliquées chez 61 parturientes ayant débuté leurs suivis prénatals tardivement soit 42,66% contre 15,03% chez les témoins avec une différence statistiquement significative en faveur de l'association complication des suites de couches et suivi prénatal tardif (P = 0,0000001 ; OR = 4,20 ; IC% = 2,64-6,68).

En effet en cas de suivi prénatal tardif, les facteurs de risque de la grossesse ne seront pas mis en évidence à temps. Ceci expose la patiente à des risques potentiels de complications au cours de la parturition et dans le post partum.

Nimaga I. [22] : a rapporté 75,7% de parturientes ayant présentées des suites de couches simples contre 24,3% de suites de couches compliquées. Il n'y avait pas une grande différence de taux par rapport à notre série

- **Type de complications dans les suites de couches**

Les principales complications observées dans les suites de couches ont été dominées par l'anémie puis l'HTA avec respectivement 24 cas et 22 cas chez les patientes ayant commencé leur suivi tardivement contre respectivement 17 cas et 9 cas chez les témoins, avec une différence statistiquement significative respectivement ; p= 0,05 ; p= 0,02.

Nimaga I. [22] : a rapporté respectivement 30% d'anémie et 40% d'HTA. Nous n'avons trouvé aucune explication à ces différences de taux par rapport à notre série.

Pronostic fœtal :

- **Répartition des accouchements selon le nombre de naissance :**

L'accouchement mono-fœtal a représenté 97,9% chez les parturientes ayant débuté tardivement leur suivi prénatal contre 97,55 % chez les témoins. La gémellité a été retrouvée dans 2,1% des cas contre 2,45 % 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. Nimaga I. [22] : a rapporté 98,5 % d'accouchement mono-fœtal contre 1,5 % d'accouchement gémellaire. Ces taux sont proches de ceux observés dans notre série.

- **Répartition des nouveau-nées 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 69,86% des cas contre 80,20% chez les témoins avec une différence statistique significative en faveur de l'association poids de naissance normal et suivi prénatal tardif (P = 0,001 ; OR = 0,54 ; IC%= 0,34-0,88). Le poids de naissance inférieur à 2500

grammes a représenté 26,71 % des cas contre 16,72 % chez les témoins avec une différence statistique significative (P = 0,001 ; OR = 1,83 ; IC%= 1,13-2,96) en faveur de l'association petit poids de naissance et suivi prénatal tardif. Nimaga I. [22] : a donné 64,5 % de nouveau-nés ayant un poids de naissance normal contre 31,6 % de poids de naissance inférieur à 2500 grammes. Ces résultats sont proches des nôtres.

- **Score d'Apgar :**

  La majorité des nouveaux-nés dans notre série avaient un score d'Apgar ≥ 8 à la première minute ; Ils ont constitué respectivement 81,51% chez les cas contre 90,78% chez les témoins (P = 0,3 ; OR= 0,89 ; IC% = 0,44-1,80) sans différence statistique significative en faveur de l'association grossesses suivies tardivement et bon Apgar. Les mort-nés et les nouveau-nés en état de mort apparent ont représenté respectivement : 8,22% chez les cas contre 1,71 % chez les témoins (P = 0,04 ; OR = 2,06 ; IC%=1,01-4,65) ; 1,37 % 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 suivies tardivement. Thiéro M. [Thiéro, 1995] a rapporté respectivement 25,6 % de nouveau-nés ayant un Apgar ≥ 8 ; 37,5 % de nouveau-nés avec Apgar < 8 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 fœtale par un retard dans la prise en charge des urgences obstétricales.

- **La morbidité fœtale :**

  La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 32,86% chez les cas contre 25,35% chez les témoins (P =0,04 ; OR = 2,47 ; IC%=1,03-5,94) avec une différence statistique significative en faveur de l'association prématurité et suivi prénatal tardif. Nimaga I. [22] a rapporté dans son étude 26 % de prématurés chez les cas contre 3,3 % chez les témoins

- **Le pronostic vital fœtal :**

  Nouveau-nés vivants : Chez la majorité de nos parturientes les nouveau-nés étaient vivants soit 91,78% chez les cas contre 98,29 % chez les témoins (P = 0,0008 ; OR=0,19 ; IC%=0,07-0,56) avec une différence statistique en faveur de l'association nouveau-nés vivants et suivi prénatal précoce. Un suivi prénatal tardif constitue un facteur de risque pour la grossesse. Ce risque est fœtal et maternel. En effet lorsque le suivi est tardif, cela ne permet pas de mettre en évidence assez tôt les situations morbides pouvant altérer le pronostic fœtal. Nimaga I. [22] et

Thiam H D. [35] ont rapporté respectivement 86% et 86,66% de nouveaux nés vivants dans leur étude. Ces taux sont légèrement inférieurs du nôtre.

Mort nés :

Les mort-nés représentaient 8,22% chez les parturientes ayant débuté tardivement leur suivi prénatal contre 1,3% chez celle qui l'avaient débuté avant 16SA avec une différence statistiquement significative en faveur de l'association taux élevé de mort-né et suivi prénatal tardif (P=0,0008 ; OR =5,16 ; IC%=1,78-14,94).

Nimaga I. [22] ce taux était de 11,2 % chez les cas et 1,3 % chez les témoins

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

Nous avons référé 39,86 % des nouveau-nés issus des grossesses suivies tardivement, à la néonatologie, contre 16,43 % chez les témoins avec une différence statistique significative (P<0,0000001 ; OR = 3,37 ; IC% = 2,13-5,33). Ce résultat montre que le suivi prénatal tardif augmente la morbidité néonatale donc de risque de référence nouveau-nés à la néonatologie.

Les causes de référence des nouveau-nés à la néonatologie chez les cas, ont été dominées par la prématurité, l'hypotrophie et la souffrance fœtale aiguë avec respectivement : 26,98%, 25,40% et 20,64%. Par contre chez les témoins elles ont été dominées par la souffrance fœtale aiguë, l'hypotrophie et la prématurité avec respectivement 37,50%, 19,64% et 17,86%.

Nimaga I. [22] : a rapporté 25,2 % de nouveau-nés référés à la néonatologie. La prématurité et la souffrance fœtale aiguë ont été les causes de référence avec respectivement 29,4 % chez les cas contre 25 % chez les témoins et 17,6 % chez les cas contre 12,4 % chez les témoins.

VII. CONCLUSION

Conclusion

Cette étude a permis d'analyser les facteurs associés aux consultations prénatales tardives d'une part et leurs conséquences sur la santé maternelle et néonatale d'autre part. Les résultats montrent que le retard dans le début du suivi prénatal demeure un problème de santé publique, influencé par une combinaison de facteurs sociodémographiques, économiques, culturels et liés au système de santé. Parmi les principaux déterminants figurent notamment le faible niveau d'instruction, les difficultés financières, le manque d'information sur l'importance des consultations prénatales précoces, ainsi que certaines croyances et pratiques socioculturelles.

L'étude met également en évidence que les consultations prénatales tardives limitent les possibilités de dépistage précoce des complications de la grossesse, réduisent l'efficacité des interventions préventives et curatives, et peuvent contribuer à une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles et périnatales.

VIII. RECOMMADANTIONS

RECOMMADANTIONS

Au terme de cette étude nos recommandations sont proposées et s'adressent :

Aux autorités politico-administratives :

- Promouvoir une action rigoureuse de sensibilisation des populations par le personnel qualifié, les médias et les élus locaux pour une meilleure adhésion aux CPN.
- Scolarisation systématique des filles

Aux prestataires socio-sanitaire :

- Renforcer l'éducation pour la santé en insistant sur :
  - Les avantages des CPN précoces et du bilan pré natal.
  - Les risques des accouchements à domicile sans assistance médicale.
- Évaluer correctement tous les facteurs de risque au cours de la grossesse et l'accouchement en les notifiant dans les supports.

La population : aux femmes enceintes

- Suivre régulièrement et précocement les CPN
- Faire les examens complémentaires biologiques et radiologiques demandés lors des CPN.
- Eviter les accouchements à domicile, en faisant recours au centre de santé

REFERENCES

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE :

THEME : La consultation prénatale tardive chez les parturientes admises dans la salle d'accouchement du centre de sante de référence de la commune V de Bamako

I. Identification :

N° fiche :

ID de l'enquêteur : /……

Date de l'interview /……/……/……/

1. **Nom et Prénom** : …….
2. **Âge :** /……/ ans

3. **Provenance :**
   a. Commune V /……/ b. Hors commune V /……/
   c. Hors commune V /……/
4. **N° Téléphone :** /……../
5. **Nom et Prénom du conjoint** : /……/
6. **Age du conjoint** : /……/ ans
7. **Provenance du conjoint** : /……../

II. Caractéristiques sociodémographiques :

8. **Profession :**
   a) Ménagère/……/ b) Etudiante/Elève/……/ c) Fonctionnaire/……/
   d) Commerçante/vendeuse/……./ e) Autre à préciser : /……/
9. **Statut matrimonial :**
   a) Mariée /……/ b) Célibataire /……/ c) Divorcée /……/ d) Veuve /……/
10. **Niveau d'instruction de la gestante :**
    a) Non instruite /…../ b) Primaire /……/ c) Secondaire /……/ d) Supérieur /……/
    e) Ecole coranique /……/
11. **Ethnie de la gestante :**
    a) Bambara /……/ b) Malinké /……/ c)Peulh /……/ d) Sarakolé /……/
    e) Sonrhaï /……/ f) Dogon /……/ g) Senoufo /……/ h) Bozo /……/
    i) Bowa /……/ j) Autre Préciser :/……../
12. **Niveau d'instruction du partenaire :**
    a) Non instruit /……/ b) Primaire /……/ c) Secondaire /……/ d) Supérieur /……/
    e) Ecole coranique /……/
13. **Profession du partenaire :**
    a) Fonctionnaire /……/ b) Commerçant /……/ c) Ouvrier /……/
    d) Agriculteur/Eleveur /……/ e) Chauffeur /……/ f) Autres à préciser /……/
14. **Situation socio familiale** :
    a) Bas niveau /……/ b) Moyen /……/ c) Favorable /……/
15. **Couverture médicale de base :**
    a) Assurée /……/ b) Non assurée /……/
16. **Croyances religieuses :**
    a) Musulmane /……/ b) Chrétienne /……/ c) Animiste /……/ d) Refuse de répondre /……/
17. **Distance à parcourir entre le domicile et la structure sanitaire de CPN (en Km) :**
    a) ≤ 5Km /……/ b) >5Km /……/
18. **Nombre de coépouse :** /……/

III. Antécédents

19. **Gynéco-Obstétricaux :**
    a) Gestité /……/ b) Parité /……/ d) Vivant /……/ d) Décédé /……/
    e) Avortement /……/ f) Mort-né /……/ g) Accouchement prématuré /……/
    h) Intervalle inter génésique /……/
20. **Médicaux :**

a) HTA : /……/ b) Diabète : /……/ c) Drépanocytose : /……/
d) Asthme : /……/

21. Chirurgicaux :

a) Césarienne : /……/ b) Autre à préciser : /……/

IV. Evaluation de la connaissance des gestantes sur la CPN

22. Connaissez-vous le début de la 1ère CPN ?

a) Oui /……/ b) Non /……/

23. Connaissez-vous l'importance d'une CPN précoce ?

a) Oui /……/ b) Non /……/

24. Avez-vous visité la CPN (au centre de santé) lors de votre dernière grossesse ?

a) Oui /……/ b) Non /……/

25. Si non, pourquoi n'avez-vous pas visité la CPN ?

a) grossesse reconnue trop tard /……/ b) grossesse non désirée /……/
c) l'expérience antérieure à la CPN était négative /……/
d) j'ai déjà assez d'expérience de la procréation pour me débrouiller seule /……/
e) coûtent trop cher /……/ f) installation trop loin /……/
g) Famille n'a pas permis /……/ h) Autre à Préciser : /……../

26. De combien de mois étiez-vous enceinte lorsque vous avez visité la CPN pour la première fois ?

a) Avant 3 mois /……/ b) Apres 3 mois /……/ c) Ne sait pas /……/

27. Qu'est-ce qui vous a encouragé à visiter la CPN à ce stade de la grossesse ?

a) Première grossesse /……/ b) Trop vieille pour être enceinte /……/
c) Complications /……/ d) La famille m'a dit que je devais y aller /……/
e) Inquiète pour la santé du bébé /……/ f) Inquiète pour sa propre santé /……/
g) Avoir l'expérience de la visite de CPN /……/ h) Autre à préciser /……/
i) Ne sais pas /……/

28. Combien de fois avez-vous visité la CPN (au CS Réf CV) ? /…… ……/

29. Comment vous vous êtes rendue à la CPN (au CS Réf CV) ?

a) à pied /……/ b) Moto /……/ c) Voiture personnelle /……/
d) Autobus/taxi motorisé /……/ e) Autre à préciser /……/

30. Combien de temps avez-vous passé à la CPN lors de votre dernière visite (je veux dire au total, y compris le temps que vous avez attendu et le temps que vous avez passé à la consultation) ? /……..…/

V. Evaluation de la qualité de la CPN par le personnel soignant

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les tests ou les services que vous avez reçus à la CPN.

31. Agent responsable de votre suivi

a) Sage-femme /……/ b) Médecin /……/ c) Infirmière obstétricienne /……/

32. Le personnel de la CPN vous a-t-il pesé ?

a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

33. Le personnel de la CPN a-t-il pris votre tension artérielle ?

a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

34. Le personnel de la CPN a-t-il prélevé un échantillon d'urine ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

35. Le personnel de la CPN a-t-il prélevé/testé votre sang ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

36. Le personnel de la CPN a-t-il fourni des conseils et de l'éducation en matière de santé ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

37. Le personnel de la CPN vous a-t-il proposé des tests de dépistage du VIH ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

38. Le personnel de la CPN vous a-t-il parlé des risques de paludisme pendant la grossesse ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les médicaments, les injections ou les services de traitement que vous avez reçus à la CPN.

39. Avez-vous reçu un antipaludéen ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

40. Avez-vous reçu la vaccination contre le tétanos ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

41. Avez-vous reçu des comprimés de fer ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

42. Avez-vous reçu des comprimés d'acide folique ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

43. Avez-vous reçu un traitement contre les vers ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

44. Avez-vous reçu du co-trimoxazole ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

45. Vous a-t-on offert une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/ **Maintenant, j'aimerais vous interroger sur votre expérience avec le personnel pendant les soins de CPN.**

46. Vous avez l'impression d'avoir reçu des soins de mauvaise qualité ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

47. Vous avez l'impression que le personnel manquait de compétences ou de connaissances ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

48. Vous les sentiez irrespectueux ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

49. Vous avez l'impression d'avoir reçu des soins de bonne qualité ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

50. Vous avez l'impression que le personnel était bien qualifié / compétent ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

51. Vous vous sentez respecté ?
a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/ **Maintenant, j'aimerais**

vous poser quelques questions sur les moustiquaires utilisées lorsque vous étiez enceinte.

52. Avez-vous dormi sous moustiquaire imprégnée d'insecticide lors de votre dernière grossesse ?

a) Oui /……/ b) Non /……/ c) Ne sais pas /……/

53. Si non, pourquoi n'avez-vous pas dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide pendant votre grossesse ?

a) Je n'avais pas assez d'argent /……/ b) Je ne sais pas où les trouver /……/

c) Les moustiquaire imprégnée d'insecticide n'étaient pas disponibles au CS Réf CV /……/ d) Le personnel du CS Réf CV a refusé de m'en donner /……/

e) Je ne les aime pas /……/ f) Je ne savais pas que c'était nécessaire /……/

g) Autre à Préciser /……/ h) Ne sais pas /……/

VI. Vérification de la carte de CPN

54. Carte CPN disponible :

a) oui /……/ b) Non /……/

(**Notez les détails suivants tels qu'ils sont écrits sur la carte. Ne posez pas de questions au répondant.)**

55. Âge /……/

56. Date de naissance /……/……/……/

57. Type d'enregistrement :

a) Carte CPN /……/ b) Carnet/papier non officiel /……/

58. Mois de grossesse (âge gestationnel) à la 1ère visite de CPN

a) /……/ mois b) Non mentionné /……/

59. Hauteur utérine à la 1ère visite de CPN

a) /……/ cm b) Non mentionné /……/

60. Nombre de visites de CPN avant l'accouchement

a) /……/ visite(s) b) Non mentionné /……/

61. Nombre de doses SP à ce jour

a) /……/ dose(s) b) Non mentionné /……/

62. Quel est l'âge gestationnel à la première dose de TPIg-SP ?

a) /……/ mois b) Non mentionné /……/

63. Quel est l'âge gestationnel à la dernière dose de TPIg-SP ?

a) /……/ mois b) Non mentionné /……/

64. Sérologie syphilitique

a) Positif /……/ b) Négatif /……/ c) Non mentionné /……/

65. Sérologie toxoplasmique

a) Positif /……/ b) Négatif /……/ c) Non mentionné /……/

66. Test d'emmel

a) Positif /……/ b) Négatif /……/ c) Non mentionné /……/

67. Glycémie à jeun > 0,92g/l

a) Oui /……/ b) Non c) Non mentionné /……/

68. Taux d'hémoglobine < 10g/dl

a) Oui /……/ b) Non c) Non mentionné /……/

69. Présence de sucre dans les urines
a) Oui /……/ b) Non c) Non mentionné /……/
70. A-t-elle reçu/pris des comprimés de fer ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
71. A-t-elle reçu/pris des comprimés d'acide folique ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
72. A-t-elle reçu/pris du cotrimoxazole ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
73. A-t-elle reçu une moustiquaire imprégnée d'insecticide ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
74. Traitement ou test de laboratoire pour le paludisme ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
75. Quel a été le résultat du test de dépistage du paludisme (dernier test) ?
a) Positif /……/ b) Négatif /……/ c) Non mentionné /……/
76. A-t-elle reçu le VAT ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
77. A-t-elle subi un test de dépistage du VIH ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
78. Quel a été le résultat du test de dépistage du VIH ?
a) Positif /……/ b) Négatif /……/ c) Non mentionné /……/
79. A-t-elle reçu des services de la PTME ?
a) Oui /……/ b) Non mentionné /……/
80. Type d'accouchement
a) voie basse /……/ b) césarienne /……/ (indication) /……./
81. Grossesse à risque :
a) Oui /……/ Nature /……../ b) Non /……/
82. Pathologie(s) découverte(s) au cours des CPN et/ou en salle d'accouchement
a) Prééclampsie /……/ b) Placenta prævia /……/
c) Hématome retro placentaire /……/ d) Rupture utérine /……/
e) Asphyxie fœtale aigue /……/ f) Macrosomie /……/
g) Rupture prématurée des membranes /……/
83. Nombre d'échographies réalisées
a) ≤ 3 /……/ b) > 3 /……/
84. Résultat de l'échographie
a) Normal /……/ b) Pathologique /……/ préciser /……/

VII. Examen clinique et obstétrical dans la salle d'accouchement :

85. Grossesse désirée :
a) Oui /……/ b) Non /……/
86. Date des dernières règles :
a) Connue /……/ (date) /……/ b) Inconnue /……/
87. Date probable d'accouchement :
a) Connue /……/ (date) /……/ b) Inconnue /……/

88. Age présumé de la grossesse :

a) à terme /……/ b) non en terme /……/ c) post terme /……/

89. Pression artérielle :

a) < 14/9 mm hg /……/ b) ≥ 14/9 mm hg /……/

90. Température /……/ °C

91. Hauteur utérine /……/ cm

92. Bruits du cœur fœtal /……/bpm

93. Présentation /……/

94. Nature /……/

95. Dilatation cervicale /……/ cm

Paramètres du/des nouveau-né(s)

1er Nouveau-né

96. Sexe a) Masculin /……/ b) Féminin /……/

97. Poids /……/ g

98. Taille /……/ cm

99. Périmètre crânien /……/ cm

100. Périmètre thoracique /……/ cm

101. Score d'APGAR 1ère min /……/ 10 et 5ème min /……/ 10

2ème Nouveau-né

102. Sexe a) Masculin /……/ b) Féminin /……/

103. Poids /……/ g

104. Taille /……/ cm

105. Périmètre crânien /……/ cm

106. Périmètre thoracique /……/ cm

107. Score d'APGAR 1ère min /……/ 10 et 5ème min /……/ 10

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : AMADOU GAGNI

Titre de la thèse : La consultation prénatale tardive chez les gestantes au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako.

Année universitaire : 2024-2025.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : MALI.

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

Secteurs d'intérêt : Gynéco Obstétrique, Santé publique.

Résumé :

Notre étude s'est déroulée du 01 janvier 2025 au 31 décembre 2025.

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 3622 cas de CPN réalisée dont 143 parturientes qui avaient débuté leur consultation prénatale tardivement soit une fréquence de 3,95%.

La plupart de nos gestantes étaient des femmes au foyers avec 63,63%

Dans notre étude 70,63% de gestantes ne connaissaient pas la date du début de la CPN et 48,95% des gestantes avaient fait au moins 4 CPN

34,97% des cas avaient une complication obstétricale contre seulement 13,29% chez les témoins

Les complications obstétricales étaient deux fois plus fréquentes chez les cas par rapport aux témoins (P = 0,0000001 et OR =3,51). Elles ont été dominées chez les cas par la prééclampsie avec 38% suivies par la rupture prématurée des membranes avec 22% puis l'hématome retro-placentaire avec 21,8%

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 31,48% (P=0,04 et OR = 2,47).

L'accouchement a été réalisé par voie haute chez 29% des parturientes.

Aucun cas de décès maternel n'a été enregistré durant l'étude.

39,86% de nos nouveau-nés ont été adressé à la néonatologie pour prise en charge.

La mortalité néonatale a été de 8,22%.

MOTS CLES : consultation prénatale tardive, complication, facteur de risque, gestante, pronostic

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre 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