

REFERENCE COMMUNE VDU DISTRICT DE

République du MALI

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T.B

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



Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

THESE

N° ____ /

**PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL DES
GROSSESSES NON SUIVIES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT
DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 29 / 12/2021

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Tikanou KONE

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

JURY

PRESIDENT : Pr Cheik B TRAORE

MEMBRE : Dr Joseph KONE

CO-DIRECTEUR : Dr Soumana Oumar TRAORE

DIRECTEUR : Pr. Tioukani Augustin THERA

DEDICACE

DEDICACE :

Nous rendons grâce à Dieu le Père Tout Puissant, le Dieu de miséricorde, qui nous a permis de réaliser ce travail et voir ce jour que nous attendons tant. A JESUS Christ son fils unique notre seigneur en qui nous avons mis notre confiance et notre espérance,

A la sainte vierge Marie mère de Dieu, a qui nous avons confié notre étude de médecine, maman Marie tu n'as cesse d'intercéder pour nous même au moment de nos engagements. Nous nous confions à votre protection.

Ce résultat de notre travail est votre grâce ! Gloire soit rendue à Dieu.

Je dédie cette thèse

A ma grande mère Cobaye Koné pour son amour et le sacrifice consentie pour notre éducation.

Grand-mère : ce travail est le vôtre, la somme de votre amour de vos sacrifices, de votre bénédiction, vos conseils, de vos suggestions, vos critiques et vos prières. Vous avez été mas réelle motivation. Votre rigueur pour les études est sans précédente.

Grand-mère je t'aime et je t'adore que ce travail soit le témoignage de notre profonde admiration et de notre grand amour. Puisse Dieu procure Sante et longévité. (Amen).

REMERCIEMENTS :

REMERCIEMENTS :

A ma chère patrie le MALI

Que la paix et la prospérité puissent te couvrir.

A vous tous mes maitres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation, nos hommages respectueux.

A tout le personnel de l'hôpital du Centre de Sante de Référence Commune V du district de Bamako, particulièrement ceux du service de gynécologie obstétrique pour la formation que J'ai reçue a vos cotes toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance : **Dr Traore Oumar M, Dr Traore OUMAR Soumana , DR SAOUDATOU TALL, DR FA ISSOUF KOUYATE , DR NOUHOUM DIAKITE , DR SYLLA NIAGALE ET DR SALECK DOUMBIA . Merci pour tout.**

A tous mes collègues en thèse ou déjà docteur, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident davantage et demeurent pour toujours.

A mes parents

Mon Papa feu Hiromi KONE et vous Mère worowe THERA :si je suis c'est grâce à vous !

Puisse dieu vous prête sante et longue vie.

A vous MES FRERES ET SŒURS :

SOUMANA KONE, MARIE Madeline kone, Georgette Koné , Badina kone ANOUZO KONE et Angeline Koné, merci ne suffira pas pour la reconnaissance que je vous dois. Cette thèse est la vôtre, et je prie dieu tout puissant de maintenir cette fraternité qui nous lie, de réaliser nos rêves et de nous gratifier de son paradis.

A mon tuteur,

Oncle DABE ET Madame Koné hiromi Maimouna: avoir une bonne famille d'accueil est déterminant pour la réussite à Bamako. Vous avez été une famille

d'accueil pour moi ou je n'ai manqué de rien. Vous m'avez adopté comme votre propre enfant, et moi j'ai trouvé dans cette famille un père <papa>, mère <MA>..

Tonton Tamou Emmanuel, Malcky , KALIFA KONE, MOUTIAN KONE, SEKOU KONE SAMOU KONE , TANTI ROSINE OUHAN KONE et Kalifa KAMATE .je ne saurais vous remercier pour ce bienfait ; que Dieu vous le rende au centuple et vous gratifie de son paradis.

A mes parents paternels et maternels ; merci pour votre amour et votre assistance.

A La famille Koné a benna et la famille thera torola.

Aux docteurs :

Oumar Konaté, Wally Camara, Charles samba Koné, Mamadou Traore et cheik Fanta koita

A mes amis :

Issa Koné, Ali Guindo, Moussa Telly

A la communauté catholique du point G.

A toutes les femmes qui ont perdues leur vie en donnant naissance

A toutes les femmes qui ont perdu leurs produits de conception en voulant donner la vie.

A toutes les femmes victimes des accidents de la grossesse et de l'accouchement.

A ceux que je n'ai pas cités, je ne saurai être parfait dans cet exercice de remerciement. Cela est loin d'être une volonté délibérée de ma part, veuillez donc m'en excuser.



HOMMAGES AUX MEMBRES JURY

**HOMMAGES AUX MEMBRES JURY
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

Pr CHEICK BOUGADARI TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie Cytologie Pédagogique à la FMOS**
- **CHEF du département d'enseignement et de la recherche des sciences fondamentales à la FMOS**
- **Professeur Agrégé de Anatomie pathologie a la FMOS**
- **Maitre de conférences a la FMOS,**
- **Chercheur et praticien hospitalière au CHU du Point G.**
- **Président de la société Malienne de pathologie.**

Cher maitre

Modeste et toujours disponible pour vos apprenant, vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre ardeur dans le travail, et votre souci constant du travail bien fait, votre recherche perpétuelle de l'excellence et vos qualités pédagogique à transmettre vos connaissances, font de vous un maitre distingué.

Nous vous prions de trouver ici cher maitre, le témoignage de notre profond respect et de notre grande admiration.

Puisse Dieu vous prêter santé et longévité. Nos sincères remerciements

A NORE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr. JOSEPH KONE

- **Spécialiste en Anesthésie Réanimation ;**
- **Diplôme en Pédagogie universitaire et médicale**
- **Diplôme en bio-statistique et Méthodologie de recherche clinique.**
- **Certifié en Ethique de recherche médicale par le national institutes of health(NIH) USA**
- **Charge de Pédagogie et simulation médicale a la FMOS**
- **Membre de la société Française d'Anesthésie-Réanimation SFAR.**
- **Membre fondatrice de la société de télé-médecine du Mali**
- **Membre fondatrice de la société d'Anesthésie –Réanimation et de médecine d'Urgence du Mali**

Cher Maitre

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail.

Votre courtoisie, votre rigueur, pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de Vous un exemple à suivre.

Cher maitre trouvez ici cet instant solennel l ; expression de notre profonde reconnaissance.

Que DIEU vous protège durant votre carrière !

A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTEUR

Docteur SOUMANA OUMAR TRAORE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Maitre-assistant de gynécologie obstétrique de la faculté de médecine et d'odonto stomatologie**
- **Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du csref cv**
- **Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO)**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décerner par le gouverneur du district de Bamako.**
- **Certifier en programme gesta internationale de la société des gynécologues obstétriciennes du Canada.**

Cher maitre

Nous sommes reconnaissant pour la spontanéité et amabilité avec lesquelles vous avez accepté de Co diriger ce travail .homme de principe, de rigueur, et d'action, votre maitrise de l'art gynéco-obstétrique restera pour moi un modèle et un repère. Travailler à votre cote a été une expérience enrichissante pour nous. Veuillez trouver ici cher maitre l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon dieu vous fortifier dans votre carrière universitaire.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Professeur TIOUKANI AUGUSTIN THERA

- **Maitre de conférences Agrégée de gynécologie obstétrique**
- **Attestation de formation spécialisée en gynécologie obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France)**
- **Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité –U université Paris IX(France)**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France)**
- **Diplôme Interuniversitaire d'Endoscopie obstétricale et Gynécologique : université Paris Descartes France)**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G**
- **Président de la commission médicale d'établissement du CHU du point G**

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations

Votre courage, votre compréhension, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre sens élève pour le respect de la dignité humaine sont entre autres des qualités enviées de tous .vous resterez pour nous un exemple à suivre .les mots nous manquent pour vous remercier.

Cher maitre recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.



LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFA : Asphyxie fœtale aiguë

AFC : Asphyxie fœtale chronique

AMP : Assistance médicale à la procréation

BGR : Bassin généralement rétréci

BGR : Bassin généralement rétréci

CHU : centre hospitalier universitaire

Cm Hg : Centimètre de mercure

CSP : Code de la santé publique

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

CPN : Consultation prénatale

DCI : Dénomination commune internationale

DFP : Disposition fœto pelvique

FMOS : Faculté de médecine odontostomatologie

GATPA : Gestion active de la troisième période de l'accouchement

GE : Goutte épaisse

HU : Hauteur utérine

HRP : Hématome rétro-placentaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Pression artérielle

PAS : Pression artérielle systolique

PAD : Pression artérielle diastolique

PP : Placenta prævia

PNLP : programme nationale de lutte contre le paludisme

SA : Semaine d'aménorrhée

SOMAGO : Société malienne de gynécologie obstétrique

OR : odds ratio

VIH : Virus d'immunodéficiences humaines

LISTE DES FIGURES

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Répartitions des patients selon l'âge	24
Figures 2 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction	26
Figure 3 : Répartition des patientes selon la mort fœtale in utero.....	29
Figures 4 : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.....	31
Figures 5 : Répartitions des patientes le type de complication obstétricale.....	32
Figures 6 : Répartition des nouveau ne se le pronostic vital	37

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes selon la parité	56
Tableau II : Répartition des patientes selon leurs professions.....	57
Tableau III : Répartition des femmes selon leur situation matrimoniale.....	58
Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du conjoint.....	59
Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	59
Tableau VI : Répartition des patientes selon les termes de la grossesse.....	60
Tableau VII : Répartition des patientes selon la température corporelle.....	60
Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes a l'admission.....	61
Tableau IX : Répartition des patientes selon le délai de rupture de la poche des eaux.....	62
Tableau X : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	62
Tableau XI : Répartition des patientes selon les types de délivrance.....	63
Tableau XII : Répartition des patientes selon l'existence des complications obstétricales au cours de l'accouchement.....	63
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les suites découchent.....	64
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le type de complication dans les suites de couches...	65
Tableau XV : Répartition des patientes selon le pronostic vital maternel.....	65
TABLEAU XVI : Répartition du nouveau-né selon le score d'Apgar.....	66
Tableau XVII : Répartition du nouveau-né selon le type de morbidité.....	66
Tableau XVIII : Répartition selon la référence du nouveau-né en pédiatrie.....	67
Tableau XIX : Répartition du nouveau-né selon le motif de référence en néonatalogie.....	68
Tableau XX : Répartition du nouveau-né selon le pronostic vital.....	68

SOMMAIRE

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION.....	19
2 OBJECTIFS.....	22
3 GENERALITES.....	24
4 METHODOLOGIE.....	39
5 RESULTATS	55
6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	69
7 CONCLUSION.....	76
8 RECOMMANDATIONS	78
9 REFERENCES.....	81
10 ANNEXES.....	84

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La grossesse si elle est bien suivie aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un des critères de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse, mais de plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale [1]

Ainsi selon un proverbe bambara >la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort. Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'éviter les incertitudes de cette "aventure".

IL permet :

De dépister les grossesses à risque (le premier trimestre de la grossesse).

D'apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse) ;

De faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans le monde 21Millions de femmes contractent une grossesse par année ,830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées aux grossesses a l'accouchement. En 2015 ,303000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou au cours de l'accouchement. La majeure partie de ces décès sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart aurait pu être évité .En République Démocratique du Congo (RDC),selon les récentes estimations le ratio de mortalité maternelle s'est établi à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 28% .selon l'EDMS VI 2018, le Taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes .

Selon l'UNICEF en 2009, le taux des grossesses en Afrique subsaharienne n'ayant pas fait l'objet de consultation prénatale (CPN) s'élevait à 53%, ce taux était de 56% en Afrique de l'ouest et centrale [2].

Au Mali les grossesses non suivies représentaient 26%, elles s'observaient surtout chez les paucipares, les célibataires et chez les femmes de bas niveau socio-économique[3].

L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématuré. Avec un mauvais score d'Apgar [4].

La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest est une des plus élevées de par le monde avec respectivement 700 pour 100 000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances [5,6].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale 34 pour 1000 naissances vivantes [3].

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique. C'est dans ce contexte que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a été érigée au rang de priorité dans la politique nationale de sante. Elle s'intègre dans la stratégie de l'OMS vers une maternité à moindre risque à laquelle le Mali a adhéré.

CPN constituent l'un des actes pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [7].

Notre hypothèse de recherche :

La fréquence des grossesses non suivies serait fortement associée à un faible niveau socioéconomique des parturientes (la pauvreté ; analphabétisme).

Les taux de décès maternels et périnatals sont plus élevés dans le cas des grossesses non suivies que celui des grossesses suivies.

La fréquence des complications obstétricales serait d'autant plus élevée que les femmes seraient porteuses de grossesse non suivies.

Notre étude a été réalisé pour contribuer à l'étude de grossesse non suivi au centre de sante de références de la Commune V du District de Bamako.

Ce qui justifie cette présente étude.

OBJECTIFS

II OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier le pronostic des grossesses non suivies au Centre de Sante de Références de la Commune V du District de Bamako.

Objectifs spécifiques

1-Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynéco-obstétrique dans le CSREFCV du district de Bamako.

2- Décrire le profil sociodémographique des femmes porteuses de grossesses non suivies.

3- Rapporte les complications maternelles au cours des grossesses non suivies

4- Déterminer le pronostic materno- fœtal dans les grossesses non suivies.

GENERALITES

III GENERALITES

Définitions de la consultation Périnatale (selon l’OMS 2016) .

Les CPN sont des conduites destinées aux femmes enceintes afin de prévenir les complications de la grossesse et de diminuer la mortalité maternelle et périnatale par « personnel de santé qualifié ou accoucheuse qualifié » on attend un ou des personnels de santé tels qu’une sage –femme, un Médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et des compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et au besoin dispenser des soins d’urgence et / ou adresser le cas à un niveau supérieur de soin de santé [8].

2. Historique de la consultation périnatale : selon L’OMS

C’est après la seconde guerre mondiale que les programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants ont véritablement commencé.

A la lumière des événements mondiaux, on s’est vite rendu compte qu’il était dans l’intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l’homme proclamée par l’organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l’obligation d’assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avance durable par rapport à la préoccupation d’ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. On s’est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu’un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l’appel pour une action en faveur d’une maternité sans risque l’a explicitement qualifié «de profondément enraciner dans l’environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société ». Au cours XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l’homme sont entrés en vigueur, rendant

ainsi les pays signataires comptables des droits de leur citoyen. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [9]. Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 1980. Elles ont montré que 500.000 femmes mourraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite de la conférence mondiale pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [11].

3. La consultation prénatale(CPN)

3.1. Les objectifs de la CPN :

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ;
- Surveiller le développement et du fœtus ;
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic du travail ;
- Faire le pronostic de l'accouchement ;

Eduquer et informer les mères.

3.2. Principes de la C.P.N recentrée

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

3.3. Les étapes de la C.P.N recentrée selon L'OMS

❖ Préparer la C.P.N

- 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 clients seront pris par ordre d'arrivée, excepté les cas d'urgence qui sont prioritaires.

❖ 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 chirurgicaux
- Rechercher les antécédents obstétricaux
- Demander 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.

❖ **Procéder à l'examen :**

- A la première consultation :

- . Demande le groupe sanguin rhésus
- . Demande le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (tirage)
- . Demande de faire le test VIH après counseling

- Les autres consultations :

- . Demande Albumine/sucre dans les urines et

Les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestant.

❖ **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 de 3 comprimés soit 300mg en prise unique :

- Prescrire au moins trois doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) à la femme enceinte à partir du quatrième mois (ou hauteur utérine à 16 cm plus sensation de mouvement fœtal) jusqu'à l'accouchement.

- **Prescrire le fer acide folique**

L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalités et de morbidités périnatales.

Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme estimée de 2000 à 2500 kilocalories par jour.

La supplémentation au cours de la grossesse améliore en outre le poids de naissance et la qualité du lait maternel. Le développement du fœtus et de l'utérus au cours de la gestante entraîne un accroissement des besoins en (A, B, C) qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces éléments ne sont pas couverts, il s'en suit

une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé d'accouchements prématurés ou de morts fœtales in utero.

Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration du fer et de l'acide folique, exceptionnellement la transfusion sanguine dans les formes sévères et décompensées.

Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses anémiantes, comme la bilharziose et l'ankylostomiase.

Au Mali, les normes et procédures recommandent que les femmes doivent recevoir une supplémentation quotidienne de 60 mg de fer et 400 ug d'acide folique pendant toute la grossesse et les trois premiers mois du postpartum ; en commençant le plus tôt possible au cours du second trimestre, le TPIp-SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes lors de chaque consultation prénatale programmée jusqu'au moment de l'accouchement, à condition que les doses soient administrées lors du premier trimestre de grossesse. Toutefois, la dernière dose de Sulfadoxine pyriméthamine peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement.

- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuilles vertes ...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants et la planification familiale ;

❖ **Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

- ✓ Identifier un prestataire compétent
- ✓ Identifier le lieu d'accouchement
- ✓ Clarifier les conditions de transport 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 utérines 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/vision troubles ; vertige ; les bourdonnements d'oreille
- ✓ Convulsion/pertes de conscience
- ✓ Douleur de l'accouchement avant 37^{ème} semaines d'aménorrhée
- ✓ Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus, pertes ensanglantées
- ✓ Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes)

❖ Donner le prochain rendez-vous :

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

- Une au 1^{er} trimestre
- Une au 2^e trimestre
- +Deux au 3^e trimestre
- Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

❖ Accompagner la gestante après l'avoir remercié

❖ Consultation prénatale de suivi :

- En plus des gestes de la CPN initiale,
- Recherche 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'accouchement
- Raccompagner la femme après l'avoir remercié.

4.4. Prise en charge des pathologies et des complications.

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

Aspects cliniques de la CPN

4.5. L'examen clinique obstétrical en début de grossesse

Il est nécessaire avant 14 SA ; ayant comme objectifs :

- ✓ Confirmer l'État de grossesse et préciser son début, donc le terme probable
- ✓ Evaluer les facteurs de risques 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 obligatoire ;
- ✓ Établir un plan de surveillance avec notamment les rendez-vous des prochaines consultations et des examens échographiques ;
- ✓ Formuler des conseils

4.2. Calendrier de CPN : Modèle de l'OMS En 2016 Pour Les CONSULTATIONS PRENATALES

Les normes et procédure recommandent au moins 8 Contactes

Modèle de L'OMS pour les soins prénatals 2016	
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	

4.3. Calendrier de CPN RECENTRE SELON L'OMS EN 2017

Recommandent au moins 4 contactes

1^{ère} CPN avant le 3^e mois (pour diagnostiquer la grossesse et identifier les facteurs de risque) ;

❖ 2^e CPN vers le 6^e mois ;

❖ 3^e CPN vers le 8^e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;

❖ 4^e CPN vers le 9^e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).

❖ Une Echographie par grossesse

4.4. Matériels de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé en respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

❖ Une table de consultation gynécologique

❖ Une source lumineuse

❖ Un appareil à tension, un stéthoscope médial

- ❖ Une toise et une ne pèse personne
- ❖ Un mètre ruban
- ❖ Un Sceau contenant une solution désinfectante



Figure 1 : Table gynécologique



Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope



Figure 3 : Table d'accouchement



Figure 4 : Thermomètre électronique



Figure 5 : Mètre ruban



Figure 6 : Pèse-personne



Figure 7 : Escabeau



Figure 8 : Lampe d'éclairage



Figure 9 : Stéthoscope de Pinard



Figure 10 : Spéculum

3.3 Etapes de la CPN recentre :

. Préparer la CPN

.Accueillir la femme avec respect et amabilité

.Procéder a l'interrogation et a l'enregistrement

Procéder a l'examen.

Interrogatoire :

Demander la date de ses dernières règles (DDR).

Notion de maladies

Examen physique :

Apprécier l'état général de la femme

Rechercher des signes de grossesse

La température, la tension artérielle, toise et pèse

Examen gynécologie : il commence par l'examen au speculum et ensuite au toucher vaginal.

Manière de tenir le speculum :

.Rotation intra vaginale du speculum.

.Mise en place du speculum :

Ecarter les lèvres

Eviter la zone urétrale

Appuyer sur la fourchette

Viser en bas en arrière.



Figure 10 examens au speculum

Le toucher vaginal (TV) : est l'introduction de deux doigts dans le vagin : il permet, couple au palper abdominal, d'explorer la pelvienne.

3.4. Le bilan prénatal :

- **Les examens complémentaires indispensables sont :**
 - ❖ Le groupe sanguin rhésus
 - ❖ Le test d'Emmel et/ou électrophorèse de l'Hémoglobine
 - ❖ Albuminurie, glycosurie
 - ❖ Le Bordet Wassermann (BW)
 - ❖ Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)
 - ❖ L'échographie obstétricale.

Il est recommandé de faire trois échographies :

- ❖ **Une première échographie** dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;
- ❖ **Une deuxième échographie** qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestres) ;
- ❖ **Une échographie du troisième trimestre** qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètre) ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement. Figure 12 La présentation fœtale.

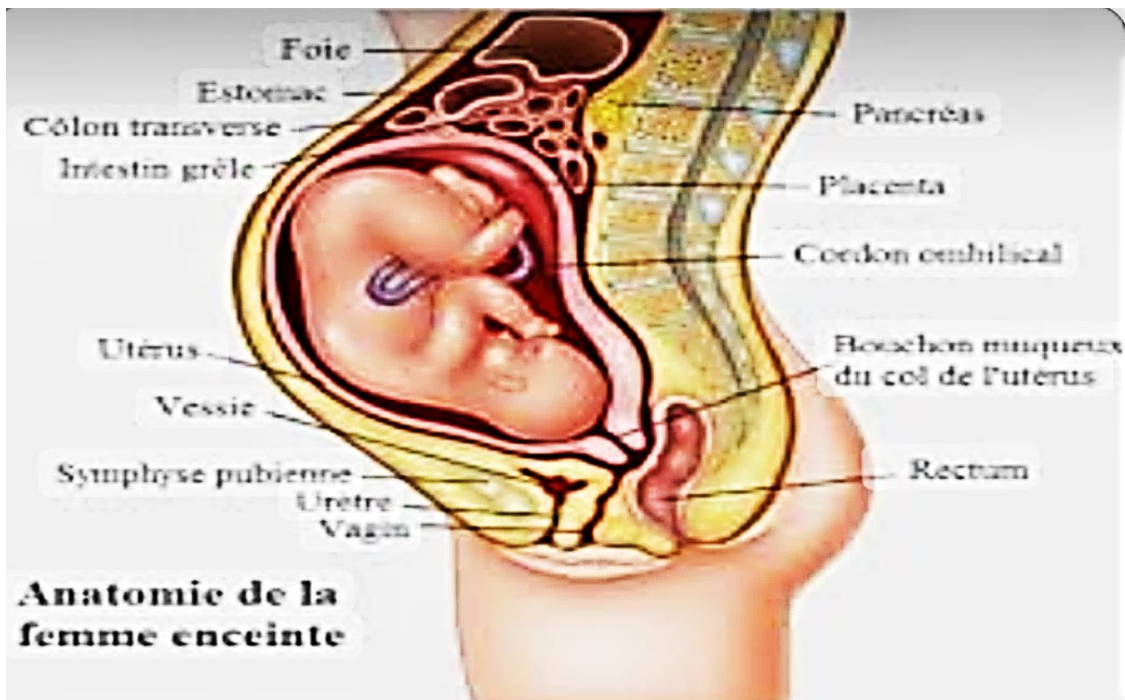


Figure 11 : Pronostic d'accouchement

➤ **Les examens complémentaires non indispensables :**

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc. La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la consultation prénatale recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

4. La consultation prénatale recentrée

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 développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune Vde Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

- UN hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.
- Douze (12) centres de santé communautaire (CScom).
- Un centre confessionnel à kalaban-coura (ASACORAK : Association de Santé Confessionnelle Rama de Kalaban-coura).
- Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.
- De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.
- **Présentation de la Commune V**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km². Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalaban-coura (Kati), à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalaban-coura et Daoudabougou. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

Il fut créé aussi dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC).

C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 12 CSCom (Centre de Santé Communautaire) et 1 Centre de Santé Confessionnel. Sur les 13 Aires de Santé, 12 CSCom sont fonctionnels. A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Il faut noter que 2 CSCom sont en voie d'ouverture.

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

Les unités

- Gynéco-Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Laboratoire / Pharmacie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) ;
- Rhumatologie ;
- Cardiologie ;
- Gastroentérologie ;
- Chirurgie ;
- Endocrinologie ;
- Dermatologie.
- Dépistage du cancer de col de l'utérus
- Urgences Gynécologiques et Obstétricales

Sections :

- Bloc Opérateur /Anesthésie ;
- Hospitalisation (Bloc Opérateur) ;
- Imagerie Médicale ;
- Médecine Générale ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Ressources Humaines ;
- Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Brigade d'Hygiène ;
- Néonatalogie ;
- Pédiatrie Générale ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;
- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Consultation Prénatale(CPN) ;
- Nutrition ;
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Gynécologie ;
- Soins Après Avortement (SAA) ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Planification Familiale (PF) ;
- One Stop Center.
- Laboratoire de compétence

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500 travailleurs dont plus de 200 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastro-entérologue) ;
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Filles de Salle
- Administration:(Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels sur les Ressources PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;

- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques.

En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion

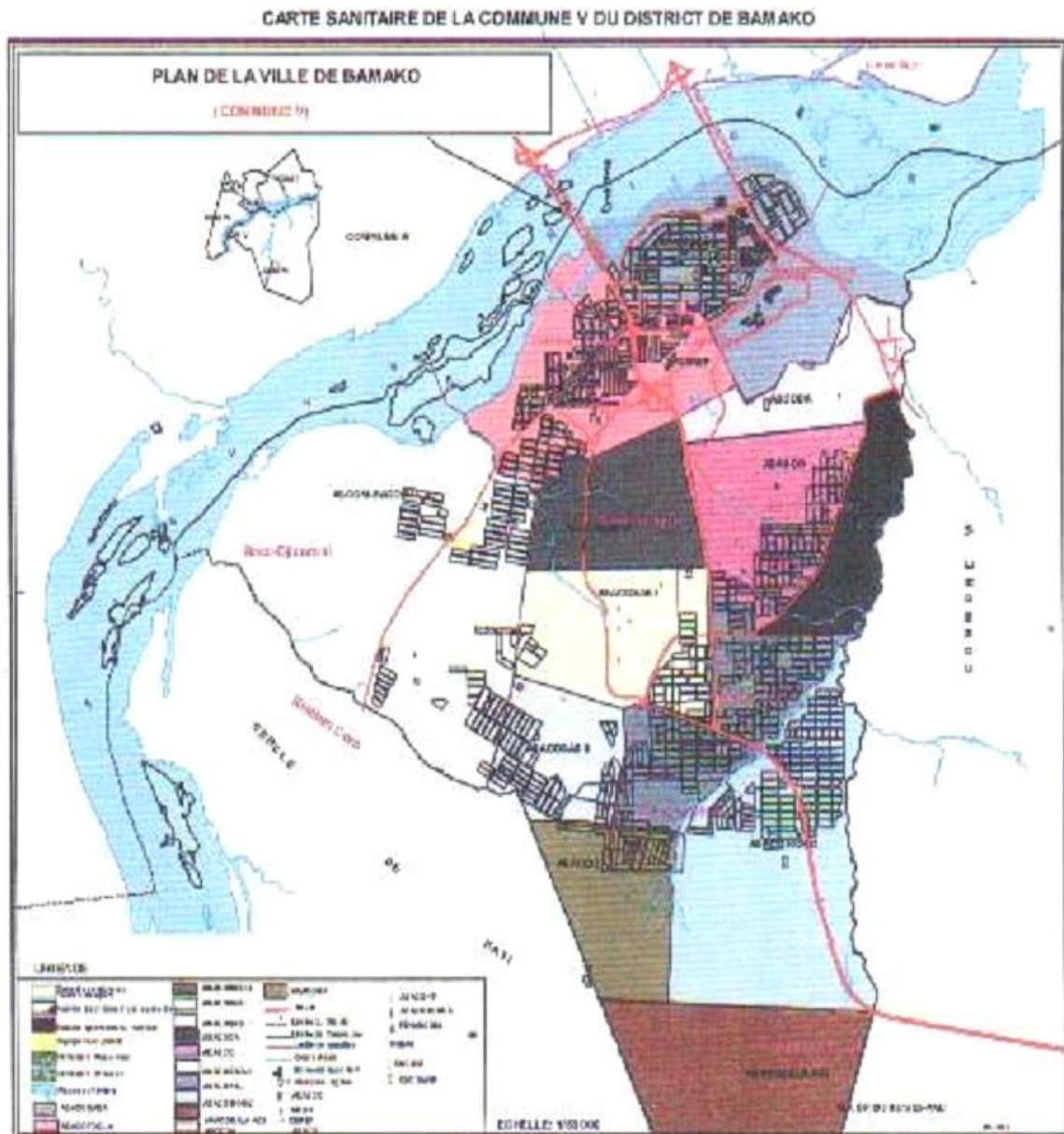


Figure 7 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako.

Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale(CPN),
- Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,

- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important person) ou salle unique d'un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center
- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte : Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique :
- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,

- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les Ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

1.5. 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 et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

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 y compris les cas de violences basées sur le Genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

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

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un Médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CScom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

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

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

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;

- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une Infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en Astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui 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.

4.2. Matériels et méthodes :

4.2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude analytique prospective cas-témoins.

4.2.2. Période d'étude :

L'étude a été réalisée sur douze (12) mois allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 Décembre 2019.

4.2.3. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché à la maternité du centre de sante de référence de la commune v pendant de la période d'étude.

4.2.4. Critères d'inclusion :

- Pour le cas :

- Ont été incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché dans le service et n'ayant effectué aucune consultation prénatale pendant la période d'étude

- Pour les témoins :

- Il s'agit de femmes ayant accouché juste avant ou juste après les cas ; ayant réalisé au moins trois CPN et ayant le même âge et la même parité.

4.2.5. Critère de non inclusion :

Il s'agit de :

Femmes ayant effectué au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux,

- Femmes ayant accouché dans une autre structure sanitaire,
- Femmes ayant accouché a domicile

- Pour les témoins :

Il s'agit de :

- Femme ayant effectué au moins trois consultations prénatales et qui ont refusé de participer à l'étude.

4.2.6. Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas n'ayant fait aucune consultation prénatale (CPN=0) et qui ont été enregistrés dans le service au cours de la période d'étude. Les cas et les témoins ont été choisis par appariement. Les critères d'appariement ont été : l'âge et la parité.

- Taille de l'échantillon :

Nous avons enregistré 988 accouchements au cours de notre enquête mais notre étude s'est porté sur 750 cas dont 250 cas de grossesses non suivies et 500 témoins parmi la grossesse suivie ; soit un cas pour deux témoins.

4.2.7. La collecte des données :

❖ Supports des données :

Nous avons utilisé :

- Une fiche individuelle servait de questionnaire ;
- Registre d'accouchement ;
- Dossiers d'hospitalisations ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Carnet de CPN.

❖ **Technique de collecte des données :**

La technique a consisté en une lecture des dossiers d'hospitalisations et leur consignation sur une fiche préétablie.

Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers d'hospitalisations.

❖ **Déroulement de l'enquête :**

Le questionnaire de 31 questions pour les cas et témoins.

L'enquête a duré 12 mois. Un pré-test du questionnaire a été réalisé à partir de plusieurs dossiers avant la saisie des données.

❖ **Les variables étudiées :**

• **Statut socio démographique**

- Le statut matrimonial ;
- La profession de la femme ;
- Le niveau d'étude de la femme ;
- La profession du conjoint ;

• **Antécédents Médicaux**

- HTA
- Cardiopathie
- Drépanocytose
- Diabète
- Asthme

• **Antécédents chirurgicaux**

- Césarienne
- Myomectomie
- Salpingectomie

• **Antécédents obstétricaux**

- Gestité
- Parité

- Nombre mort-né
- Nombre vivant
- Nombre avortement
- Nombre décédé
- Intervalle inter-génésique ;
- **Admission**
 - Le mode d'admission ;
 - Motif d'admission
- **Examen général**
 - Etat général
 - Coloration des conjonctives
 - Tension artérielle
 - Température
 - Œdème
 - Taille
 - Poids
- **Examen obstétrical**
 - Hauteur utérine
 - Bruit du cœur fœtal
 - Age présumé de la grossesse
 - Dilatation du col à l'admission
 - L'œdème des membres inférieurs
 - Le poids de la femme l'admission
 - La température corporelle
 - La coloration des conjonctives
 - La hauteur utérine (HU) à l'admission
 - Les bruits du cœur fœtal à l'admission
 - La présentation du fœtus
 - L'état du bassin

➤ Les membranes

• **Bilan**

➤ Taux d'hémoglobine

➤ Groupage rhésus

➤ Protéinurie

➤ Glycosurie

• **Accouchement**

➤ Le mode d'accouchement

➤ L'épisiotomie

➤ Le mode de délivrance

• **Les complications obstétricales à l'entrée**

➤ Hémorragie

➤ HTA sévère

➤ Infection amniotique

➤ Procidence du cordon

• **Les complications obstétricales au cours du travail**

➤ Rupture utérine

➤ Placenta prævia

➤ Eclampsie

➤ HRP

➤ Toxémie gravidique

➤ Procidence du cordon

• **Les suites de couche**

➤ Simple

➤ Anémie

➤ Suppuration pariétale

➤ Endométrite

➤ Eviscération

➤ Pelvis-péritonite

- Paludisme
- Hémorragie du post partum immédiat
- **Pronostique maternel**
 - Vivante
 - Décédé
- **Pronostic foetal**
 - Le score d'Apgar ;
 - La morbidité foétale ;
 - Fœtus

4.2.8. Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur, Microsoft Word et Excel 2007 puis analysées par le logiciel EPI –DATA ,SPSS VERSION 21.1. Le test statistique utilisé était l'odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance (IC) pour étudier les associations entre les variables. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Un OR ; 1 était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un OR, 2 était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

4.2.9-Définitions opératoires :

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

-Pronostic materno-foetal : nous entendons par pronostic materno-foetal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en terme de mortalité et de morbidité.

-Grossesse non suivies : absence de soins liés à la grossesse par le personnel qualifier.

- Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.

-Primiparité : Femmes ayant accouché

-Pauciparité : Femmes ayant accouché deux à trois fois

-Multiparité : Femmes ayant accouché quatre à cinq fois

-Grande multiparité : Femmes ayant accouché plus de six fois

-Apgar :

0 : mort-né

1 à 3 : état de mort apparente

4 à 7 : état morbide

; \geq 8 : bon Apgar

-Gestité :

-Prmigeste : première grossesse

-Pauci geste : deux à trois grossesses

-Multi geste : quatre à cinq grossesses

-Grande multi geste : supérieure et /ou égal à six grossesse

Les hémorragies du post partum : Se définissent comme des pertes de sang supérieures à 500 millilitres survenant au cours de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement, et entraînant une altération de l'état de la parturiente.

Anémie : est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inférieur à 11 gramme par décilitres.

Hypertension gestationnelle : lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètre de mercure et /ou la diastolique supérieure ou égale 90 millimètre.

Référence : c'est l'orientation d'une patiente vers un service spécialisé en absence de toute situation d'urgence.

Evacuation : c'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

Transfert : c'est la mutation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Fréquence des grossesses non suivies :

Nous avons enregistré 750 accouchements dont 250 parturientes n'ayant fait aucune consultation prénatale, soit une fréquence de 28,7% nous avons également enregistré 500 témoins avec les critères d'appartenance sur l'âge et la parité

5.2 Description du profil sociodémographique des femmes

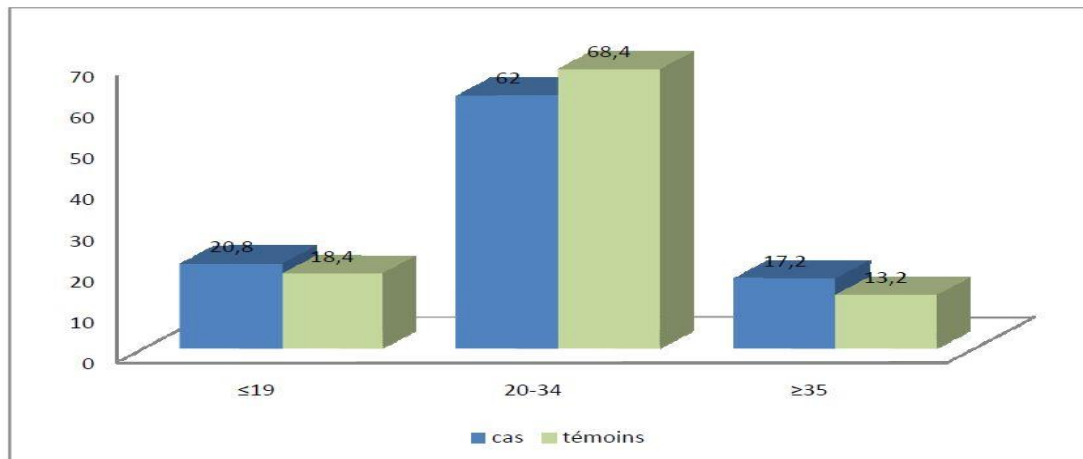


Figure1 : Répartitions des patients selon l'âge

La tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée, soit 62 % chez les cas et 68,4 % chez les témoins ($p=0,05$).

Tableau 1 : Répartition des patientes selon la parité

	Cas		Témoins			
	N	%	N	%		
Parite						
Nullipare	76	30,4	158	30,2	0,9108	0,98[0,69-1,38]
Primipare	29	11,6	72	14,4	0,2896	0,78[0,47-1,26]
Paucipare	53	21,2	122	24,4	0,3286	0,83[0,57-1,22]
Multipare	45	18,0	82	16,4	0,5818	1,12[0,73-1,70]
Grande Multipare	47	18,8	70	14,0	0,0876	1,42[0,93-2,17]

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession

	Cas		Témoins			
	N	%	N	%		
Profession						
Ménagère	242	96,8	376	75,2	10^{-7}	9,98[4,78-24,00]
Secrétaire /						
Employé	4	1,6	28	5,6	0,0106	0,27[0,07-0,80]
de bureau						
Commerçante	0	0,0	4	0,8	0,1561	0,00[0,00-3,03]
Elèves/Étudiantes	3	1,2	42	8,4	0,00009	0,13[0,03-0,42]
Enseignante	0	0,0	24	4,8	0,0043	0,00[0,00-0,32]
Vendeuse	1	0,4	0	0,00	0,1570	-
Autres	0	0,0	26	5,2	-	-

NB : le Profil professionnel ménager constitue un facteur de risque avec une différence de 21%

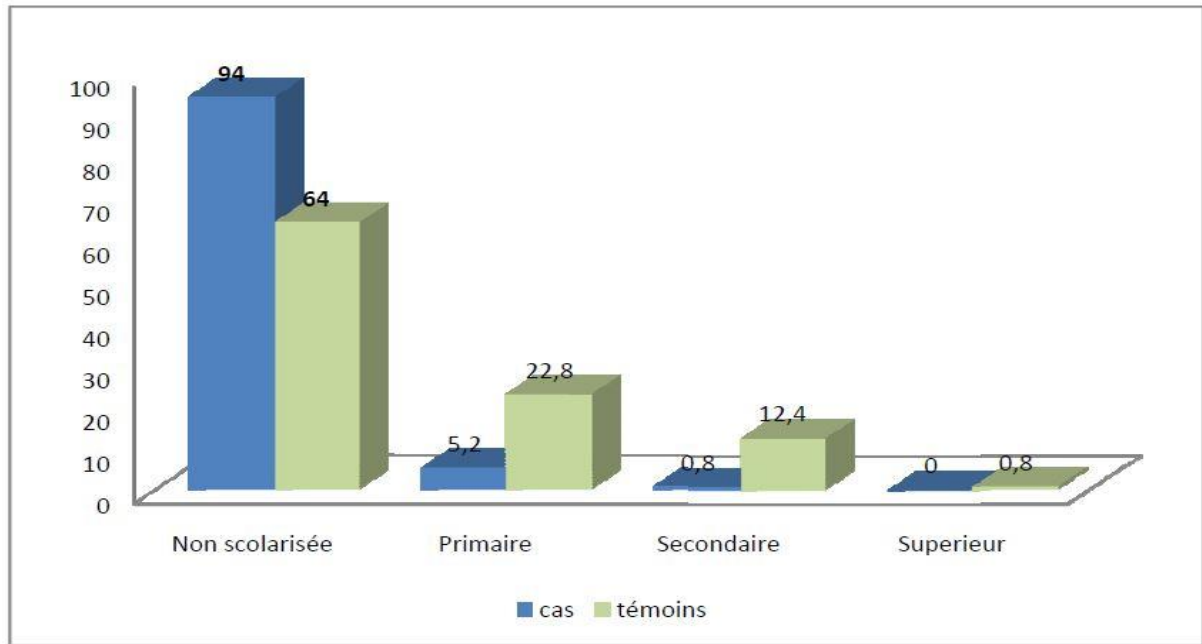


Figure 2 : Répartition des femmes selon les niveaux d'instruction

Dans les deux groupes, la majorité des femmes n'étaient pas instruites soit (94,0%) pour les cas contre (64,0) pour les témoins ($p < 0,05$).

Tableau III : Répartition des femmes selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Cas		Témoins		P	OR-IC
	N	%	N	%		
Mariée	239	95,6	490	98,0	0,0603	0,44[0,17-1,17]
Célibataire	10	4,0	10	2,0	0,1090	2,04 [0,75-5,54]
Divorcée	1	0,4	0	00		

Les mariées étaient les plus représentées dans notre échantillon soit (95,6%) chez les cas et 98% chez les témoins ($p > 0,05$).

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Cas		Témoins		P	OR-IC
	N	%	N	%		
Cultivateur	122	48,8	146	29,2	0,00001	2,31 [1,67-3,20]
Commerçant	27	10,8	116	23,2	0,00004	0,40 [0,25-0,64]
Enseignant	4	1,6	46	9,2	0,00008	0,16 [0,04-0,45]
Elève ou étudiant	1	0,4	4	0,8	0,5257	0,50 [0,01-5,07]
Ouvrier	2	0,8	2	0,4	0,4783	2,01 [0,14-27-83]
Autres	94	37,6	186	37,2	-	

Les patientes dont leur conjoint étaient cultivateurs étaient statistiquement dominateur dans les cas par contre les enseignants dominaient les témoins.

Tableaux V : Répartition des patientes selon le monde d'admission

Monde d'admission	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Référée	163	65,2	184	36,8	10^{-7}	3,22[2,31-4,38]
Evacuée	9	3,6	2	0,4	0,00035	9,30[1,90-18,83]
Venue d'elle-même	78	31,2	314	62,8	10^{-7}	0,27[0,19-0,38]

La grossesse non suivie était statistiquement significative dans les cas évacués et avec un risque plus élevé de 3,2 %

5.3. Données cliniques

Tableau VI : Répartition des patientes selon les termes de la grossesse

Termes de la grossesse	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
A terme	221	88,4	480	96,0	0,00071	0,32[0,17-0,60]
Non à terme	29	11,6	20	4,0	0,00071	3,15[1,9068-6]

Le risque des grossesses non à terme était statistiquement plus élevé dans le groupe de cas par rapport aux témoins ($P < 0,05$).

Tableau VII : Répartition des patientes selon la température corporelle

Température corporelle	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Normale	191	76,4	452	90,4	0,0002	0,37[0,22-0,53]
Hyperthermie	15	6	24	4,8	0,1594	1,61[0,77-3,27]
Fièvre	44	17,6	24	4,8	10^{-7}	4,24[2,44-7,47]

Nous avons noté plus de cas de fièvre chez le cas (17,6%) que chez les témoins (4,8%) avec une différence statistiquement significative.

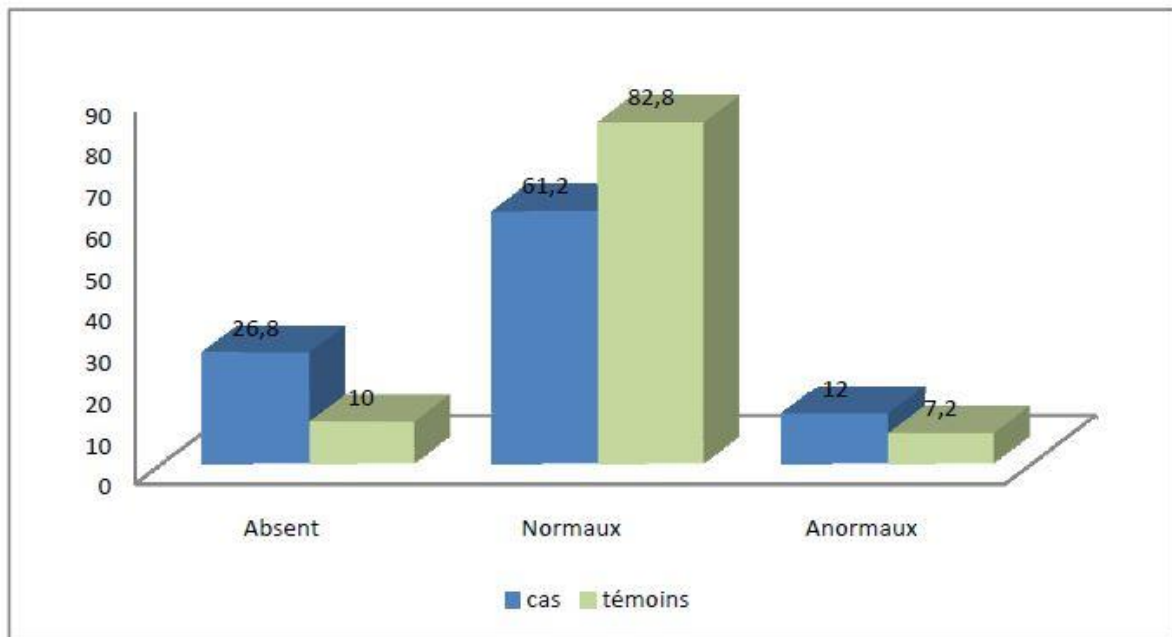


Figure3 : répartition des patientes selon la mort fœtale in utero

Les BCF (bruit du cœur fœtale) était absent dans (26,8%) chez le cas contre (10%) chez les témoins ($P < 0,05$).

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes a l'admission.

Etat des membranes	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Membranes intactes	128	51,2	294	58,8	0,0479	0,74[0,54-1,01]
Membranes rompues	122	48,8	206	41,2	0,0474	1,36 [0,99-1,87]

Les membranes étaient rompues dans (48,8%) chez les cas et 41,2% chez les témoins, la différence n'était pas statistiquement significative

Tableaux IX : Répartition des patientes selon le délai de rupture de la poche des eaux

Délai de rupture de la poche des eaux	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
<6heures	9	7,4	46	22,3	0,00050	0,28[0,12-0,61]
6 et 12heures	43	35,5	70	34,0	0,7750	1,7[0,65-1,76]
>12heures	69	57,1	90	43,7	0,0198	1,76[1,06-2,76]

Les délais de rupture de membranes supérieure à 12h étaient plus fréquents chez le cas (57,1%) que chez les témoins (43,7%) ($p < 0,05$)

5.4 Accouchement :

Tableaux X : Répartition de Patiente selon la voie d'accouchement

Mode d'accouchement	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Voie base simple	134	50,8	290	58	0,0613	0,75[0,5-1,03]
Vois base opératoire	41	16,4	46	9,2	0,036	1,94[1,2-3,12]
Césarienne	75	30	160	32,4	0,5051	0,89[0,6-1,3]

Le mode d'accouchement le plus fréquent à été la voie basse simple avec (50,8%) des cas contre (58%) des témoins, nous avons eu recours à la césarienne chez (30%) des cas contre (32,4%) des témoins différence statistiquement significative.

Tableau XI: Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.

Indication de la césarienne	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Pré-eclampsie	15	12,1	8	7,8	0,41	1,61 [0,50-5,1]
Dystocie	52	42	20	39,3	1,55	2,44 [0,9-7,37]
Hémorragie antepartum	14	11,2	4	7,8	0,49	1,49[0,46-4,7]
Pathologie Annexielle	18	14,5	6	11,8	0,63	1,27[0,4-3,41]
Asphyxie	25	20,2	17	33,3	0,06	0,50 [0,24-1,04]

foetaleL'indication de césarienne au cours du travail étaient : la pré éclampsie, la dystocie, l'hémorragie antepartum , la pathologie annexielle avec OR>1 pour chacune des indications.

Tableau XII : Répartition des patientes selon le type de délivrance voie basse et césarienne

Type délivrance	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Extemporannée (sésarienne)	80	32,0	162	32,4	0,9120	0,98 [0,7-1,3]
GATPA	170	68,0	338	67,6	0,9120	1,02 [1,4-4,7]

La délivrance active dirigée était plus effectuée mais sans différence significative.

5.5 : Pronostic

5.5.1 : Pronostic maternelle :

Tableaux XIII : Répartition des patientes selon l'existence des complications obstétricales au cours de l'accouchement.

Complication obstétricales	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Oui	109	43,6	120	24,0	10-7	2,45[1,75-3,43]
Non	141	56,4	380	76,0	10-7	0,41[0,29-0,57]

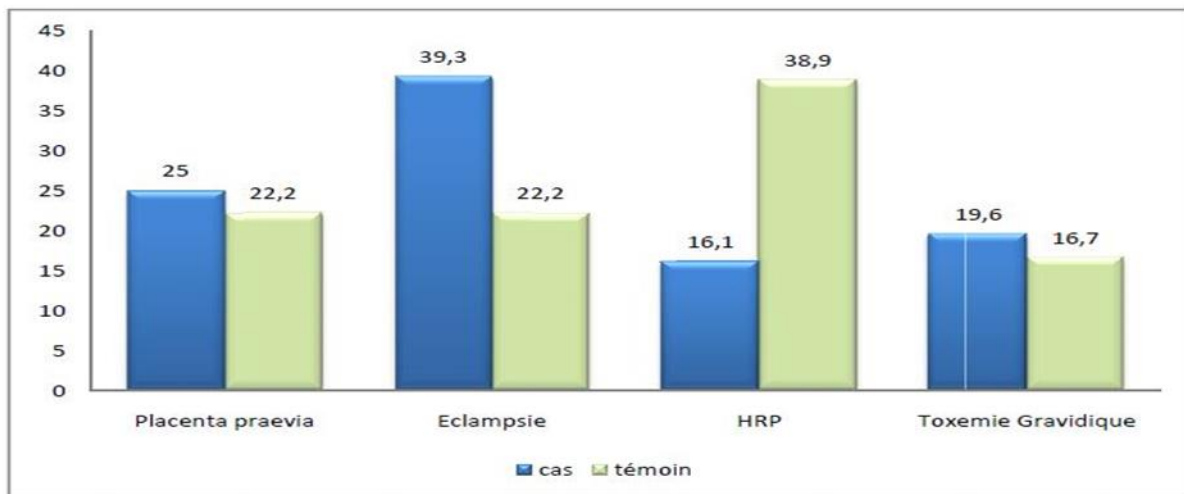


Figure 5 : Répartition de patiente selon le type des complications obstétricale. Le risque était plus retrouvé chez les cas dans HRP et Eclampsie (différence statistiquement significative)

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les suites de couches

Suites de couches	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Simple	201	80,4	432	86,4	0,0014	0,54 [0, 36-0,81]
Complicées	59	23,6	68	13,6	0,0014	1,86 [1,24-2,79]

Les suites de couches compliquées étaient plus retrouvées dans les cas (23,6%) chez les témoins (13,6%) avec une différence statistiquement significative.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le type de complications dans les suites de couches

Type complications	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Anémies	54	91,5	60	88,2	0,5418	1,44 [0,39-5,9]
Hémorragie du post partum	4	6,8	8	11,8	0,3381	0,55 [0,1-2,18]
Paludisme	1	1,7	0	00,0		
Thrombophlébite	1	1,7	0	00,0		

Anémies était la plus rencontrée (91,5%) pour les cas et (88,2%) chez les témoins, alors que l'hémorragie était plus représentée chez les témoins que chez le cas avec respectivement (11,8% et 6,8%) différence significative observée

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic vital maternel	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Vivante	241	96,4	500	100	0,0019	0,00[0,00-0,25]
Décédée	9	3,6	0	0,0	0,0019	

Les décès maternels étaient retrouvés chez les cas avec (3,6%)

NB : Décès cas : Hémorragie du post partum =5, thrombophlébite=1, éclampsie=1
Paludisme=2

Décès Témoins=0000

L'hémorragie du post partum domine avec OR>1 pour chaque décès.

5.5.2 : Pronostic fœtale

Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés selon le Score d'Apgar

Score d'Apgar	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
0	62	24,8	50	10	0,001	2,97 [1,93-4,5]
1-3	4	1,6	6	1,2	0,648	01,34 [0,28-5,73]
4-7	40	16,0	44	8,8	0,0032	1,97 [1,21-3,20]
≥8	144	57,6	400	80,0	10-7	0,34[0,24-48]

Le Score d'Apgar était à 0 dans 24,8% chez les cas contre (10%) chez les témoins la différence est significative.

Tableau XVIII : Répartition des nouveau-nés selon leur état

Etat nouveau nés	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Types de morbidité						
Prématurité	24	60,0	40	58,8	0,9043	1,05 [0,44-2,53]
Infection néonatale	1	2,5	4	5,9	0,4191	0,41 [0,1,-4,37]
Macrosomie fœtale	2	5,0	8	11,8	0,2415	0,39[0,40-2,14]
Hypotrophie fœtale	13	32,5	14	20,6	0,1674	1,86 [0,69-4,92]
Malformation	00	0,00	2	2,9	0,2735	0,00[0,00-9,07]
Référence nouveau né						
Oui	74	29,6	110	22,0	0,225	1,49[1,04-2,13]
Non	176	70,4	390	78,0	0,0225	0,67[0,47-0,96]

La prématurité était légèrement plus représentée chez les cas avec (60,0%) que chez les témoins, de même l'hypotrophie fœtale était plus représenter chez les cas avec 32,5%.

Les nouveau-nés référés étaient plus représentatifs dans le cas avec une différence .de 7,6%

Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie

Motif de référence des nouveau nés	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Souffrance néo-natale	29	40,3	34	31,1	0,2254	1,47 [0,75-86,3]
Macrosomie fœtale	2	2,8	10	9,3	0,0876	0,28 [0,03-1,38]
Prématurité	22	30,6	40	37,0	0,3699	0,75 [0,37-1,48]
Hypotrophie fœtale	10	13,9	10	9,3	0,3329	1,58 [0,55-4,49]
Dépassement de Terme	0	0,0	2	1,9	0,2455	0,00 [0,00-7,99]
Détresse Respiratoire	9	12,5	12	11,0	0,7761	1,14 [0,40-315]

La souffrance néonatale était la cause de référence la plus fréquente chez les cas 40,3% contre 31,0% chez les témoins, sans différence statistiquement significative.

Tableau XXI Répartition des nouveau-nés selon pronostic vital

Etat de fœtus à l'admission	Cas		Témoins		P	RO-IC
	N	%	N	%		
Vivant ou mort	220	88	481	96,2	0,11	0,62 [0,34-1,11]
Mort	30	4,3	19	2,7	0,11	1,60 [0,89-2,87]

Les taux de Mort-nés était statistiquement significatif chez les cas avec 33,9% contre (13,3%) chez le témoin (**p<0,05**)



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

6.1 Fréquences ;

Dans notre étude la fréquence des grossesses non suivies a été de 28,7%. Cette fréquence retrouvée par nos études supérieures à celle rapportée respectivement par Thiero.M [12] (21,3) en 1995, de Thiam. D.H[13] (33,3) en 2000 et celle de Rakotomamalala H.P [14] (9,76) au centre de soavinandriana en 2012. Cette différence pourrait être expliquée par le type et la période d'étude.

6.2. Caractéristiques sociodémographique ;

Age ;

Dans notre étude les adolescentes ont représenté 19,6%.

Dans la littérature, les âges inférieurs à 15 ans et supérieur à 35 ans constituent un facteur de risque. En effet la procréation à un âge précoce expose à plusieurs risques dont le syndrome vasculo –rénal cause semble-t-il de l'immaturation des vaisseaux utérins [15].

Après 35 ans, la grossesse peut s'associer à certaines complications maternelles comme le placenta prævia, les ruptures utérines et les hémorragies du post partum immédiates. Quant aux risques fœtaux on peut énumérer le retard de croissance, la prématurité et certaines malformations [15].

Les parturientes de 20 à 34 ans ont représenté 62,2%. Ce résultat est inférieur à celui de SY I. [15] qui trouve en 2012 dans le district de Bamako la même tranche d'âge avec un taux de 77%. Par contre en 1998 Talibo A [16] trouve à Bamako une tranche d'âge de 20 -25 ans soit une prévalence de 64,4 %. 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 :

L'accès aux soins prénatals est directement lié au statut matrimonial de la patiente.

Ainsi les deux groupes (cas et témoins) nous n'avons pas une différence statistiquement significative ($p > 0,05$) ; les patientes célibataires avaient 2,04 fois de risque de ne pas faire la CPN.

Le célibat est facteur de risque 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. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressource pour assurer le suivi prénatal.

> Profession de la femme :

Elles sont majoritairement ménagères avec 96,8% chez les cas et 75,2% pour les témoins. Notre taux de gestante ménagère est supérieur à celui de Camara [17] (43%) et à celui observé par Bakayoko N [18] 67,8% des cas contre 67,5% pour les témoins. Cette prédominance des ménagères s'explique par leurs faibles revenus d'une part, les occupations domiciliaires importantes d'autre part, laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal.

➤ Niveau d'étude :

Dans notre étude 94,0% des cas contre 64,0% des témoins étaient non scolarisés ($P = 10^{-7}$; $OR = 8,81$; $IC = 5,02-16,47$). Nous n'avons par ailleurs observé aucun cas de grossesse non suivie chez des femmes de niveau supérieur, résultat supérieur à celui de SY I [15] 89,5% des cas contre 60,5% des témoins et également supérieur à celui de Bakayoko N [18] (62,9% des non scolarisés). Cette différence peut s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction constitue un facteur de risque d'exposition aux grossesses non suivies, mais dans tous les cas les non scolarisées sont majoritaires.

➤ Profession du conjoint :

Dans une société où la plus part des femmes sont financièrement dépendantes de leurs maris, il est tout à fait compréhensible que l'occupation du conjoint ait une influence sur la qualité de suivi prénatal. Ainsi avons-nous remarqué que l'activité des conjoints cultivateurs a une influence négative sur la qualité de suivi prénatal, alors que celles des enseignants et des commerçants protégeraient contre ce phénomène.

➤ **Mode d'admission :**

Dans notre études les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 31,2% des cas contre 62,8% chez les témoins. CAMARA BEN 2009 [17], a aussi obtenu une proposition plus élevée des patientes venues d'elles-mêmes soit 58,7% pour les cas contre 73,3% chez les témoins .la similarité de ces taux serait liée aux méthodes d'études adoptées.

6.3. Données cliniques :

➤ **Terme de la grossesse :**

A l'examen obstétrical .11, 6% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Selon Camara B [17], la fréquence des grossesses non à terme était de 40%. Ces de taux par rapport au notre seraient liées a notre méthodologie qui excluait les grossesses de moins 28SAet/ou de poids fœtal inferieur a 500grammes.

➤ **Mort fœtal in utero a l'admission :**

L'auscultation des BDCF(bruit du cœur fœtal) a été faite au stéthoscope de pinard a l'admission de la parturiente .les BDCF n'étaient pas perçu chez 26,8% des cas contre 10% chez les témoins avec une différences statistiquement significative ,ils étaient supérieurs a160 battement par munit chez 12% des cas contre 7,2% pour les témoins .l'étude menée par sy I.[15] trouve un taux BDCF non perçu dans 11,5% chez les cas contre 4% pour les témoins qui sont tous inferieurs aux taux de notre études pour des raisons des effets de l'insécurité depuis une dizaine d'année qui a un effet direct sur les femmes en ceinte.

➤ **Mode d'accouchement :**

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie base avec 50,8% des cas contre 58% chez les témoins. Ces taux sont comparables à ceux de SY I. [15] qui rapporte un taux d'accouchement par voie base de 69,5% chez les cas contre 76,5% chez les témoins, et a ceux de Camara B [17] (78% des cas contre 89,3% des témoins).

6.4 Pronostic

6.4.1 Pronostic matériel :

> Les complications obstétricales au cours du travail :

Les complications obstétricales ont été deux fois plus fréquentes chez les patientes non suivies par rapport aux témoins, soit respectivement 43,6% contre 24% ($p=0,000001$; $OR=2,45$; $IC= [1,75-3,43]$). SY I [15] trouve trois fois plus de complications obstétricales chez les non suivies que chez les suivies avec des taux respectifs de 25,5% contre 9,5%.

➤ Suites de couches et ses complications :

Les suites de couches étaient simples chez 80,4% des patientes non suivies contre 86,4% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,0014$; $OR=0,54$; $IC=[0,36-0,81]$). En effet, en l'absence de suivi prénatal, les facteurs de risque de la grossesse ne seront pas mis en œuvre. Ceci expose la patiente à des risques potentiels de complications au cours de la parturition et/ou dans le post partum. Notre taux est inférieur à celui de Talibo A [16] qui trouve 99,3% des patientes ayant présenté des suites de couches simples contre 0,7% de suites de couches compliquées. La principale complication observée dans les suites de couche a été l'anémie 91,5% chez les cas contre 88,2% chez les témoins.

➤ Décès maternel :

Dans notre série nous avons enregistré 9 décès maternels parmi les parturientes non suivies soit 3,6% ($p=0,000019$).

L'étiologie la plus incriminée dans les décès maternels a été le choc hémorragique des suites d'HRP et l'éclampsie.

L'HRP est un accident paroxystique du dernier trimestre de la grossesse. Cependant certains facteurs tels que l'HTA et l'anémie pourraient l'amorcer.

Les CPN bien faite pourraient dans certains cas permettre d'identifier les grossesses à risque d'HRP.

Qu'elles soient ante ou post partum, les hémorragies constituent des urgences médicales majeures.

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

L'un des facteurs favorisant de ces décès maternels dans notre étude était l'évacuation tardive des patientes.

6.4.2 Pronostic fœtal :

> SCORE d'APGAR :

La majorité des nouveau nés dans notre série avaient un score d'Apgar > 8 il constitue respectivement 57,6% chez les cas contre 80% chez les témoins ($p=0,000001$; $OR=0,34$; $IC=[1,93-4,57]$). Les mort nés et les nouveau nés en état de mort apparent ont représenté respectivement : 24,8% chez les cas contre 10% chez les témoins ($p=0,000001$; $OR=2,97$; $IC=[1,93-4,57]$). 1,6% Chez les cas contre 1,2% chez les témoins ($p=0,6480$; $OR=1,34$; $IC=[0,28-5,73]$).

L'étude de SY I [15] Rapporte respectivement 73% des nouveaux nés ayant un score d'Apgar > 8 chez les cas contre 85,1% chez les témoins. Les morts nées ont représenté respectivement (11,2% et 3,2%) ($p=0,0000005$; $OR=3,14$; $IC=[1,92-3,18]$).

Morbidité fœtale :

La morbidité a été dominée par la prématurité avec 60% chez les cas contre 58,8% chez les témoins ($p=0,9043$; $OR=1,05$; $IC=[0,44-2,53]$). SY I [1] rapporte 13,1% de prématurité chez les cas contre 7,1% chez les témoins. Selon notre étude la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais score Apgar.

➤ Pronostic vital fœtal :

Chez la majorité de nos parturientes les nouveau nés étaient vivant soit 64,4 % chez les cas contre 86,66% chez les témoins ($p=0,0000001$; $OR=0,31$; $IC=[0,20-$

0,49]). Les morts nées représentaient 33,9% chez les cas contre 13,3% chez nos témoins ($P=0,0000001$; $OR=3,35$; $IC= [2, 24-5,25]$).

➤ Causes de références des nouveau- nées :

Nous avons référé 29,6% des nouveau- nés issu de grossesse non suivies en néonatalogie contre 12% chez les témoins ($P=0,225$; $OR=1,49$; $IC= [1,04-2,13]$). Les causes de références de nouveau-nés en néonatalogie ont été dominé par la souffrance fœtale et la prématurité

CONCLUSION

VI CONCLUSION :

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. L'absence de consultation prénatale entraîne des complications obstétricales majeures aussi bien pour la mère que pour le fœtus. le retour a la paix et le renforcement de la politique nationale d'information et d'éducation des populations ciblent s'impose pour l'amélioration du pronostic des gestantes.

RECOMMANDATIONS

VIII RECOMMANDATIONS :

Aux termes de nos études nous formulons des recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

Proposer des mesures initiatives pour amener les femmes à consulter, les structures de santé pour tout problème obstétrical.

Aux parents et à l'entourage :

Permettre une plus grande scolarisation des filles afin qu'elles comprennent l'importance des consultations prénatales.

Accompagner les gestantes pendant toute grossesse en les encourageant à aller vers les structures de santé pour faire la CPN et pour accoucher dans les structures de santé.

Aux femmes :

Faire systématiquement une consultation devant tout retard de règle (AMENORRHEE)

Suivre régulièrement les consultations prénatales afin de réduire les risques liés à l'absence de celle-ci.

Aux conjoints :

Encourager et aider vos femmes à utiliser les structures de reproduction (suivi prénatal et la reproduction familiale).

Aux personnels de santé :

Informez, sensibilisez, éduquez régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance de la consultation et les risques inhérents à l'absence de suivi prénatal et l'importance de l'espacement des naissances (CPN)

Aux plus hautes autorités du pays :

Rechercher les voies et moyens pour le retour de la paix car l'insécurité constitue aujourd'hui un facteur socioéconomique majeur qui déstabilise beaucoup de foyers

REFERENCES

IX : REFERENCES :

- 1-Enquête démographique de la santé Mali III (EDSM III Mali 2000-2001) :
ministère de la sante.
- 2- **Unicef** la situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et
néonatale
- 3-Enquete démographique de la santé Mali V (EDSM V Mali 2012-
2013):**ministère de la sante**
- 4-Enqête de la santé Mali démographique EDSM VI Mali 2018 :
ministère de la sante
- 5-**OMS** Rapport sur la sante dans le monde : donnons chance a chaque mère et
enfant. Genève –avril 2005 ;
- 6-**OMS**. Mortalité maternelle 16 février 2018, accense February 24 2019
- 7-**Ministère de Plan et suivi de la mise en œuvre de la Révolution de la
Modernité (MPSMRM), Ministère de la sante publique (MSP) et ICF
International**, 2014 Enquête Démographique et de sante en République
démographique du congo 2013-2014.
- 8-**DNSI-CPS/MSSPA** : Enquête démographique et Sante du Mali, EDSM VI Mali
2018 ; Rapport de synthèse. septembre 2018
- 9-**B. Breton A, Peres. E, Barranger.** Grossesse non suivies : historique issue
materno-foetales et devenir .Gynécologie obstétrique & Fertilité .2013 ; 41, 173-
178 Google Scholar.
- 10-**T Yooussouf, T Ibrahim, T Tioukani , JK Mulbah , M Niani, D Isa** et al,
Aspect sociodemographique et pronostic des grossesses non suivies chez des
patientes admises dans le service de gynecologie –obstetrique de l’Hôpital de
Gabriel Toure .Mali medical,2007 ;22(2) 39-43 PubMed[Googles scholar .
- 11-**K Yaya.**Apesct socioculturelle et économique de l’absence du suivi prenatale
gyneco-obst au CHU Gabriel toure [these de médecine] Bamako; université –
FMOS de Bamako ; 2006P (22-24)

- 12-**Bagayogo N** : Pronostic maternofoetal des grossesses non suivies à propos d'une étude Cas –Témoin dans le service de gyneco –obst de l'hôpital Gabriel Toure.These de médecines (Bamako) 2004 82 p39.
- 13-: Enquête démographique et de sante au Mali (**EDSM II** 1995-1996)
- 14-**A Traore F** Etude sur les complications obstétricales et mortalité maternelle a l'Hôpital Gabriel Toure.de médecine (BAMAKO) 1998
- 15- Normes et procédure pour la surveillance prénatale .Ministère de la sante et des affaires sociales de la **République du Mali vol 2.**
- 16-**R-Merger , jLevy ,J Melchoir, Precis d'obstétrique .MASSON** :Paris 6eme Edition ;1995 :59p71.
- 17-**A Talibo** Contribution de la consultation prénatale pour l'identification de la mortalité maternelle evtale dans le centre de santwe de référence de la commune V du District de Bamako .These de Medecine (Bamako) 1998(29)
- 18-**MD Bakary** .Pronostic materno-foetal des grossesse non suinies au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako .These de Médecine FMOS-Bamako : 2015.
- 19-**M Amani M M Roger N B R Joseph, NI Hugues M Olivier , K, Xavier** et al. Issues materno foetales des grossesses non suivies a Lubumbaashi, République Democratique du congo. Pan African Médical journal.2019 ;33 ;66.doi10.11604/panj.2019.33.66.18528.
- 20-**M TELLY**, Les raison de l'absence de suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité du Csref CV. Thèse de Médecine FMOS Bamako
- 21-**S Moise** .Pronostic Maternofoetal des grossesses non suivies
- 22-Gandzien OC les grossesses non suivies pronostic obstetrical et néonatales .Med. AfrNoire .2007 ;54 ;166 -168
- 23-**M Bauman D** Deschamps 'Maternité et extrême pauvreté ; modalité de surveillance de la grossesse et de l'accouchement 'Rev FrGynecolobst.1988 ;83 ;183 ;183-19123—P ROTH,RMAILLET,N,Ruat,C Colette

les grossesse non suivie médicalement: Pronostic obstétrical et neonal, étude rétrospective de 888cas .Rev Fr obstetrical et néonatale 1993 ;88 ;55055.

24 –**Diane H** : L'accouchement chez les adolescent au centre de sante de référence commune V de Bamako (Mali) .These Medecine 2011,n'265 26-49p.

25- **Diaouga H Yacouba M, Abdou M ,Rahamatou M, Idi et Nayama M**
Pronostic de la grossesse chez les mineurs marie encourra de scolarisation à Niamey République de Niger, Journal médical Panafricain .2020 ; 37(274) :4-11p

26- **Adama Drago** grossesse et l'accouchement chez l'adolescente au csref CII du District de Bamako : thèse de médecine Bamako 2015 N° 85.13-64p

27- **Théra T, Kouma A, Tégueté I, Traoré Y, Kanté I, Traoré Z O, Coulibaly A**, Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement chez l'adolescente dans le District de Bamako. Congrès conjoints

FIGO/SAGO/SOGOBA 2016. Communication N°14, P132-252

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Pronostic maternel et périnatal chez les grossesse non suivies en consultation prénatale.

IDENTIFICATION DE LA FEMME :

Numéro Dossier / _____ / _____ /

Entrée : Date : Heure : / ____ / ____ / ____ / / ____ / ____ /

Q1. Nom et prénom : / _____ /

Q2. Age (en année) = 13 ans ou 20 à 30ans 35 ans

Q3. Provenance : / _____ /

Q4. Distance (en km) / ____ /

Q6. Ethnie : / _____ /

1. Bambara, 2. Malinké, 3. Peulh, 4. Sénoufo, 5. Dogon, 6. Sonrhäi, 7. Bobo, 8.
Maure, 9. Soninké, 10. Autre (précisé).

Q7. Etat matrimonial : / ____ / :

1. Mariée,
2. Célibataire.

Q8. Religions : / _____ /

1. Musulmane, 2. Chrétienne 3. Autre :

Q9. Profession / _

Q10. Notion d'instruction : --- instruite

---non instruite

Niveau d'études : 1primaire 2 secondaire 3 SUPERIEUR alphabétisée
en langue nationale, 6. Alphabétisée en coran, 7. Autres).

Q11. Antécédents obstétricaux : / ____ /

- Gestions : / _____ /
- Parité : / _____ /

- Enfant vivant : /____/
- Avortement : /____/
- Accouchement antérieur non assisté : /___/
5.1. Oui, 5.2. Non
- Intervalle inter génésique : /____/
- Mort née : / ___/

Q12. Antécédents chirurgicaux : /_____/

1. Utérus cicatriciel, 2. Laparotomie, 3. Cure de prolapsus, 4. Autres.

Q13. Profession du procréateur : /_____/.

1. Cultivateur, 2. Chauffeur 3. Fonctionnaire d'état, 4. Fonctionnaire privé,
5. Commerçant, 6. Elevé, 7. Etudiant, 8. Chômeur, 9. Mécanicien, 10. Gardien,
11. Ouvrier, 12. Autres à préciser.

Q14. Motif d'admission : /_____/

1. Désir personnel, 2. Survenue d'une complication, 3. Nécessite
d'obtenir l'acte de naissance, 4. Obliger par les parents ou les
proches.

Q15. Adressée par : /___/ :

1. Famille, 2. Voisins du quartier, 3. Police, 4. Gendarmerie, 4. Venue
d'elle-même.

HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

Q16. Consultation prénatale /___/

1= OUI 2= NON

- Nombre : _____
- Auteur /___/
(1. Sagefemme, 2. Médecin, 3. Matrone, 4. Aide-soignante, 5. Stagiaire
école infirmière).
- Lieu /___/
1. CSCOM, 2. CS Réf, 3. HOPITAUX, 4. Clinique privée.

- Bilan prénatal /___/ 1. Oui, 2. Non
- Echographie /___/ 1. Oui ,2. Non
 - Nombre :/___/
- Prophylaxie : SP /___/, Chloroquine /___/
- Supplémentions en fer /___/
 - 1. Oui ,2. Non
- Connaissance du plan d'accouchement : /___/ oui ou non
- VAT1. Oui, 2. Non
- VAT2 oui ou non

EXAMEN A L'ENTREE :

Q17. Examen physique :

Tension artérielle/ ___ / ___ / mm hg

Température / ___°C /

Pouls maternel/___/pl/m

Q18. Etat général de la patiente/ ___/

(1. Bon, 2. Passable, 3. Altéré)

Q19. Conscience de la patiente /___/

(1. Conservée, 2. Obnubilée, 3. Coma : score de Glasgow à.....).

Q20. Accouchement /___/

Domicile Date : Heure :

En cours de route : Taxi/___/, Voiture personnelle /___/, charrette/ ___/.

Structure de santé /___/ Date Heure /___/___/___/___/

Autres à préciser

Q21. Qualification de l'accoucheur : /___/ :1. Sans aucune aide, 2. Parent (belle-mère, grande- mère, tante, sœur), 2. Une assistante domestique, 3. Un chauffeur de taxi, 4. Sagefemme 5. Interne 6. Autres : à préciser.

Q22. Délivrance /___/ Date : Heure :

Domicile : spontanée /___/ artificielle/___/ Active /___/

En cours de route :

Structure de santé :

Q23. Section du cordon /___/

Domicile Date : Heure :

Auteur/___/ 1.1. Elle-même, 1.2. Parents, 1.3. Autres

Structure de santé

Q24. Placenta et membranes /___/ 1. Complet

2. Incomplet

3. Non vu

Q25. Mode d'accouchement /___/

1. Voix basse /___/

2. Ventouse /___/

3. Césarienne/___/

Q26. Type d'accouchement /___/

Eutocique

Dystocique

EVOLUTION DE L'ETAT GENERAL DE LA MERE :

Q27. Suites simples : /___/ 1. OUI, 2. NON

Si non cause :

Q28. Rétention placentaire : /___/ 1. OUI, 2. NON

* Si oui 1.1 Totale 1.2 Partielle

Q29. Périnée /___/ 1. Intact

2. Déchirure périnéale : 2.1. Simple

2.2 Complète

2.3 Compliquée

Q30. Autres lésions des parties /___/

(1. Col, 2. Vagin, 3. Vésicale, 4. Urétrale, 5. FVV 6. FRV).

Q31. Hémorragie de la délivrance / ___/ 1. Oui ,2. Non

Si oui Quantité : ml

Q32. Traitement et soins/___/

*Hospitalisation /___/ 1. Oui, 2. Non

Si oui cause :

Q33.Révision utérine : /___/ 1. OUI, 2.NON

Si oui résultat : 1.1. Cavité utérine régulière,

- Solution de continuité,

1.3 Lésion vésicale.

Q34. Surveillance après l'accouchement /___/ 1. Oui, 2. Non

-Tension Artériel : /___/___/

- Globe de sécurité formé : /___/ 1=OUI 2=NON

Q35. Transfusion sanguine : /___/ 1.OUI, 2. NON

Q36.Réfection périnéale, du col, du vagin : /___/ 1. Oui, 2. Non

Q37. Autres traitements : à préciser : /.....

Q38. Résultat de la mère/___/

- Vivante

Lieu : / _____ /

Cause:/___

Décédée : /___/ 1. Oui, 2. Non

Lieu : / _____ /

Cause:/___

Date et Heure

EXAMEN DU NOUVEAU-NE :

Q39. Nombre d'enfant : /___/

Q40. Etat du nouveau-né J1/___/ J2/___/ N1 =normal,

N2 =anormal

Q41. Score D'APGAR à l'arrivée : J1 /___/ 1=0-6, 2= 7-10

J2 /___/

Q42. Poids (en gramme) J1/___/ g

J2/_____/ g

Q43. Taille (en centimètre) J1 / ____/ cm

J2 /_____/ cm

Q44. Sexe J1/____/ 1=M 2= F

J2 /____/

Q45. Réanimation : / ____/ 1. Oui, 2. Non

Si oui cause :

Q46. Malformations / ____/ 1. Oui, 2. Non

Si oui préciser

Q47. Autres lésions /____/ : 1. Traumatisme, 2. Fracture, 3. Bosse séro-sanguine, 4. Ecchymoses, 5. Aucune.

Q48. Résultat du nouveau-né J1 /____/ J2/____/

Vivant : /_____/

Mort-né : /_____/

Décédé

Q49. Référé/____/ 1. Oui, 2. Non

Q50. Raison des accouchements hors maternité : /_____/

- Surprise par le travail d'accouchement,
- Manque de moyens financiers
- Manque de moyenne de transport
- But abortif ou infanticide
- Accouchement à domicile habituel
- Négligence et ignorance
- Absence du mari ou des parents,
- Autres : /_____/ :

8.1 Refus de venir à l'hôpital, 8.2 Intention d'arrivée à dilatation cervicale complète, 8.3. Peur, 8.4. Grossesse non à terme, 8.5. Grossesse non à terme, 8.6. Se faire consulter par un homme

- Antécédent :(précisé)

Q51. Sentiments après l'accouchement : /_____/ (1. Satisfaction,
Anxiété, 3. Regret, 4. Déception, 5. Indifférence).

Q52. Inconvénients de l'accouchement à domicile : /_____/ 1. OUI
2. NON.

Q53. Risques encourus connus par la patiente /_____/ 1 Décès maternel, 2.
Hémorragie, 3. anémie du post partum, etc....

Q54. Conseil à donner /___/ 1= message reçu
2= Sentiment favorable

Q55. Comportement du personnel /_____/ 1. Favorable/_____/
2. Défavorable.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ;

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 devoir et mon patient.

Je garderai le secret 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 donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu 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