

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2022 - 2023

THEME

Thèse N° /

**PROBLEMATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT DES
GROSSESSES NON SUIVIES AU CSREF DE LA
COMMUNE III DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et Soutenue publiquement le.../.../2022 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Aboubacar DEMBELE

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Présidente : Mme. DOUMBIA Diénéba DOUMBIA, Maitre de conférences
Membre : M. Salif DIARRA, Médecin
Co-Directrice : M.THERA Aminata KOUMA, Maitre-Assistant
Directeur : M. Tioukani Augustin THERA, Maitre de Conférences

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DÉDICACES

BISMILLAYLRAHAMANLRAHIMI

Je dédie ce travail :

A Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, pour sa grâce, son amour, pour la santé, la force et le courage qu'il m'a donné pour mener à bien ce travail.

Au messager Mohamed, que la paix et le salut soient sur lui, sa famille, ses compagnons et tous ce qui le suivra jusqu'à la fin du monde.

A mon père Feu Sékou DEMBÉLÉ : Mon cher papa, j'aurai aimé du fond du cœur que tu sois encore en vie pour partager ces moments décisifs de ma vie. Hélas Dieu en a décidé autrement et fervents croyants que nous sommes, nous nous soumettons à Sa volonté. Puisse Allah, le seigneur des cieux et de la terre te pardonne et t'accueillir dans son paradis. Amen.

A mes mères Awa DEMBÉLÉ et Fatoumata DEMBÉLÉ : votre générosité, humanismes resterons pour nous un repère sûr. Puisse ce travail soit un bonheur pour nous tous. Qu'Allah le tout puissant vous garde encore longtemps et en bonne santé parmi nous. Amen.

A Mes Frères et Sœurs : Merci pour vos soutiens moraux, matériels et financiers. Vous avez été toujours présents à mes côtés même dans les moments difficiles. Soyez rassurés que je vous en serai éternellement reconnaissant. Ce travail est le vôtre. Puisse Allah l'omnipotent perdre entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

A tous mes cousins et cousines : Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance. Merci mille fois pour vos soutiens de tous les jours.

A toutes mes belles sœurs : Merci infiniment de m'avoir mis à l'aise dans vos foyers respectifs. Puisse Allah donner à vous-même, à vos enfants et maris respectifs une belle part dans ce monde et une belle part dans l'au-delà.

A mon beau pays le MALI : Dont la générosité m'a permis d'avoir une instruction poussée. Que Dieu me donne la force, le courage, la longévité et surtout une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement. Puisse Allah le très miséricordieux, fasse que tous les fils de notre cher MALI s'entendent sur l'essentiel.

REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres 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 du Csref de la commune III du district de BAMAKO, particulièrement ceux du service de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairais les noms.

La formation que j'ai reçue à vos côtés toute une vie, je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout.

A tous mes collègues en thèse ou déjà docteur, **CISSE Ibrahim, Idrissa DEMBELE, CAMARA Fatoumata, SOW Cheick Hamala, Dr DIABY Mariam, Dr TRAORE Bintou, Dr Idrissa DEMBELE, KACOU Ariane, KONE Kalilou, DIARRA Malick, Hamma I THIENTA, Dr Hamsatou BORE, Dr Boureima GUINDO.** Je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

A tous mes amis d'enfance du village de KIMPARANA, **KOUMARE Moussa alias Motra, COULIBALY Mahamadou, TRAORE Diakaridia, SANOGO Adama, Dr SISSOUMA Souleymane,** de Fana et Kayes, **KEITA Mohamed, DIA Sékou, SANOGO Oumar, OUATTARA Souleymane, Moussa teddy DIAKITE.** Je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de cette longue épreuve, je vous porte dans mon cœur, je vous souhaite plein de succès dans vos entreprises.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Pr DOUMBIA Diéneba DOUMBIA

- **Maitre de conférences en anesthésie réanimation et médecine d'urgence et de catastrophes naturelles à la FMOS,**
- **Chef de services des urgences médico-chirurgicales du CHU point G,**
- **Membre de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR),**
- **Membre fondatrice de la Société d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI),**
- **Membre de la Société d'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF)**
- **Chef de filière des assistants médicaux en anesthésie réanimation à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**

Cher Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que Vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre rigueur, votre amour pour la ponctualité et pour le travail bien fait ont forcé notre admiration. C'est un grand honneur pour nous d'être compté parmi vos élèves. Trouvez ici cher Maitre, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Pr Tioukani Augustin THERA

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon
(France)**
- **Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la stérilité –
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)**
- **Président de la commission médicale au CHU du point G**

Cher maître

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 élevé 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 maître, recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE DE THÈSE

Pr THERA Aminata KOUMA

- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Maitre de conférences de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS**
- **Praticienne gynécologue obstétricienne au service de gynécologie et obstétrique du CHU Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**
- **Secrétaire générale adjointe de la société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. L'étendue de vos connaissances, votre disponibilité constante et assiduité exceptionnelle nous ont permis de nous sentir très à l'aise à vos côtés et d'améliorer nos connaissances scientifiques. Nous vous remercions pour votre dévouement inébranlable à notre formation et nous vous assurons cher maître, que vos conseils et recommandations ne seront pas vains.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Salif DIARRA

- **Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique**
- **Praticien au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako**
- **Charger de recherche**

Cher maître

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Votre sens élevé du travail bien fait, votre souci de la perfection, vos valeurs morales et scientifiques sont pour nous une source d'inspiration et un exemple à suivre. Votre disponibilité et votre soutien ont été précieux dans la réalisation de ce travail.

Recevez cher maître l'expression de nos sincère remerciement. Que le tout-puissant vous accompagne dans la réalisation de vos ambitions professionnelles.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BDCF	: Bruit Du Cœur Foetal
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
CHU	: Centre Hospitalo-universitaire
Cm de Hg	: Centimètre de mercure
CPN	: Consultation Prénatal
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CUD	: Contraction Utérine Dououreuse
CSREF	: Centre de Santé de Référence
DES	: Diplôme d'Etude Spécialisé
EDSM	: Enquête Démographique de Santé du Mali
FCS	: Fausse Couche Spontanée
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
GE	: Goutte Epaisse
GS	: Garçons de Salle
GEU	: Grossesse Extra Utérine
HRP	: Hématome Rétro-Placentaire
HTAG	: Hypertension artérielle gravidique
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
INFSS	: Institut National de Formation en Science de la Santé
IMC	: L'indice de Masse Corporelle

IVG	: L'interruption Volontaire de la grossesse
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
PAS	: Pression Artérielle Systolique
PAD	: Pression Artérielle Diastolique
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SOMAGO	: Société Malienne de Gynécologie -Obstétrique
UNICEF	: United Nations Children's Fund
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine
VIP	: Very Important Personality
MFIU	: Mort Fœtale In Utéro
NFS	: Numération Formule Sanguine
ODD	: Objectif de Développement Durable
RDC	: République Démocratique du Congo
SIDA	: Syndrome Immunodéficience Acquise
SAA	: Soins Après Avortement
THC	: Tétrahydrocannabinol
RAI	: Recherche d'Agglutinines Irrégulières

LISTES DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Affections maternelles et risques potentiels. [17]	17
Tableau II: Risques potentiels des antécédents gynécologiques.[17]	17
Tableau III: Facteurs de risques et complications materno-fœtales	21
Tableau IV : Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel Interprétation de la hauteur utérine.....	26
Tableau V: Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine	28
Tableau VI: Répartition des femmes selon l'âge.....	46
Tableau VII: Répartition des femmes selon la gestité	46
Tableau VIII: Répartition des femmes selon la parité	47
Tableau IX: Répartition des femmes selon la profession	47
Tableau X: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction	48
Tableau XI: Répartition des femmes selon le statut matrimonial.....	48
Tableau XII: Répartition des femmes selon la profession du conjoint.....	49
Tableau XIII: Répartition des femmes selon le mode d'admission.....	49
Tableau XIV: Répartition des femmes selon les antécédents médicaux	50
Tableau XV: Répartition des femmes selon l'âge de la grossesse	50
Tableau XVI: Répartition des femmes selon la température corporelle.....	50
Tableau XVII: Répartition des femmes selon les bruits du cœur fœtal.....	51
Tableau XVIII: Répartition des femmes selon l'état des membranes	51
Tableau XIX: Répartition des femmes selon le délai de rupture de la poche des eaux.....	51
Tableau XX: Répartition des femmes selon la présentation.....	52
Tableau XXI: Répartition des femmes selon les complications retrouvées à l'admission.....	52
Tableau XXII: Répartition des femmes selon les complications au cours du travail	53
Tableau XXIII: Répartition des femmes selon les complications de suites de couche	53

Tableau XXIV: Répartition des femmes selon le poids du nouveau-né.....	54
Tableau XXV: Répartition des femmes selon le Score d'APGAR	54
Tableau XXVI: Répartition des femmes selon le mode d'accouchement	54
Tableau XXVII: Répartition des femmes selon le type de délivrance	55
Tableau XXVIII: Répartition des femmes selon l'indication de la césarienne ...	55
Tableau XXIX: Répartition des femmes selon le la morbidité foétale.....	56
Tableau XXX: Répartition des femmes selon pronostic vital du nouveau-né.....	56
Tableau XXXI: Répartition des femmes selon les traitements reçu en per et pos partum.....	57
Tableau XXXII: Répartition des femmes selon les complications de suites de couche.....	57

LISTE DES FIGURES

LA LISTE DES FIGURES

Figure 1: La table gynécologique	13
Figure 2: Mètre ruban	13
Figure3 : Pèse-personne.....	13
Figure4 : Escabeau.....	13
Figure 5 : Test HIV.....	23
Figure 6: Mesure de la hauteur utérine.....	26
Figure 7:Manœuvre de Budin [43]	29
Figure 8: Le touché vaginal	30

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	5
III. GENERALITES	7
IV. MÉTHODOLOGIE	35
V. RÉSULTATS	46
VI. DISCUSSION	59
CONCLUSION	67
RÉFÉRENCES	71
ANNEXES	75

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La grossesse est un événement naturel et physiologique particulier qui ne se déroule pas toujours normalement. Elle peut être responsable d'une morbidité et d'une mortalité évitable. [1]

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).
- Apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse) ;
- Faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans le monde 21 Millions de femmes contractent une grossesse par année ,830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées aux grossesses à 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 auraient pu être évités. En République Démocratique du Congo (RDC), selon les récentes estimations le ratio de mortalité maternelle s'établit à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes (UNICEF,2018). [3]

Selon l'EDSM IV 2018, le Taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande au moins 4 visites prénatales et 8 contacts au cours d'un suivi. OMS part du principe que chaque pays adaptera le nouveau modèle à son contexte en fonction de l'ensemble de services de soins prénatals essentiel, défini et en s'appuyant sur un consensus les

questions suivantes : quels sont les soins devant être fournis à chaque contact ? Où ces soins seront-ils fournis ? comment ces soins seront-ils fournis et coordonnés au cours des huit contacts prénatals ?[2]

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. [3]

Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en nombre dans les pays en développement. Le taux de grossesses non ou mal suivies retrouvées est très variable, selon l'époque, le pays ou la région. Le taux de grossesses non suivies était de 32% au Kenya. [4]

Selon l'EDS-VI (6) Mali, la proportion de femmes ayant effectué 4 visites prénatales ou plus a augmenté de 30 % en 2001 à 43 % en 2018. De même, la proportion de naissances vivantes ayant eu lieu dans un établissement de santé a augmenté sensiblement de 38 % en 2001 à 67 % en 2018. Il est clairement démontré dans la littérature que les soins prénataux sont associés à une meilleure issue de la grossesse. [5]

En 2015 au District Sanitaire de la Commune V de Bamako, Traoré OS et al ont rapporté une prévalence de 13,8% des grossesses non suivi dans leur étude basée sur le Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies.[6]

Une fréquence de 28,7% a été apporté par Sangala M dans son étude basée sur le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti en 2015.[7]

Notre hypothèse de recherche et justification :

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 périnataux 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 initiée dans le but de contribuer à la détermination du pronostic materno fœtale de l'accouchement des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune III du District de Bamako.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général

Étudier le pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune III du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des grossesses non suivies.
2. Décrire le profil socioéconomique des femmes enceintes non suivies.
3. Préciser la prise en charge de l'accouchement des grossesses non suivies.
4. Déterminer le pronostic maternel et périnatal.

GENERALITES

III. GENERALITES

I.1. Définitions des concepts

➤ Grossesse [8]

C'est l'état d'une femme enceinte, elle constitue une expérience de vie unique. Il s'agit d'un événement naturel, mais lourd de sens, qui amène les futurs parents à réfléchir à leur nouveau statut et leurs nouvelles responsabilités.

➤ Consultation prénatale (CPN) [9]

La consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risques pour la suite de la grossesse et l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue

➤ Le suivi de la grossesse [10]

Le concept de la surveillance prénatale est actuellement admis par tous. Les statistiques mondiales en sont la preuve. En effet la mortalité et la morbidité maternelle, fœtale et néonatale, ainsi que le nombre des handicapés psychomoteurs se trouvent considérablement réduit quand la grossesse est surveillée, et l'accouchement bien pris en charge.

Le rythme des surveillances est fixé par l'OMS à une consultation par trimestre au minimum chez les femmes ne présentant aucune maladie ou antécédent pathologique connu, alors que pour toutes les autres ainsi que pour celles présentant une grossesse à risque connue ou diagnostiquée lors de la surveillance prénatale, le rythme devient plus serré à raison d'une consultation par mois, voire plus.

➤ L'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 elle a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [11]

➤ **La césarienne :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie ou par voie vaginale. [11]

➤ **La mort maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 45 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 motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite. [13]

➤ **La mortalité néonatale :**

Est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré, jusqu'à 28 jours révolus. La mortalité néonatale précoce concerne les décès de la naissance à 7 jours, la mortalité néonatale tardive de 8 à 28 jours. [13]

➤ **Grossesse normale**

Une grossesse est dite « normale » si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant. [14]

➤ **Grossesse pathologique**

Une grossesse est dite « pathologique » lorsqu'au cours de laquelle survient un évènement qui comporte un risque soit pour la mère soit pour l'enfant voire pour les deux. Elle peut concerner toutes les femmes enceintes même si elle est plus fréquente chez celles ayant des antécédents de problèmes de santé ou ayant eu des complications lors des grossesses précédentes. [14]

I.2. Facteurs de risques [15,16].

Une grossesse est dite « à risque » si un ou plusieurs facteurs de risque l'accompagnent et la rendent pathologique. Ces derniers sont nombreux et la liste n'est pas exhaustive. Néanmoins, on peut les classer en trois grandes catégories :

les facteurs de risque selon le terrain, selon les antécédents obstétricaux et enfin selon les antécédents généraux.

I.2.1.1. Facteurs de risque selon le terrain

➤ Age maternel

L'âge maternel constitue un facteur de risque sur lequel on ne peut pas agir. Les jeunes filles âgées de moins de 18 ans et les femmes âgées de plus de 35 ans sont les plus à risque de développer une complication durant la grossesse ou lors de l'accouchement.

➤ Poids maternel

Une femme qui a un poids inférieur à 40 kg a un débit cardiaque faible, ce qui entraîne une mauvaise vascularisation utéro placentaire et donc un risque d'hypotrophie. Tandis que la femme obèse, quant à elle, présente souvent un terrain diabétique et une HTA entraînant ainsi des conséquences maternelles telles que la pré-éclampsie, l'éclampsie, et des conséquences fœtales comme la macrosomie, la mort fœtale in utero (MFIU) et tant d'autres.

➤ Taille maternelle

Elle constitue un risque si la femme mesure moins de 1m 50. La taille maternelle est en corrélation directe avec les dimensions de son bassin. La petite taille est ainsi dans la majorité des cas le reflet d'un petit bassin.

➤ Autres facteurs de risque liés au terrain

Il existe d'autres facteurs de risque liés au terrain, on peut citer :

- Les conditions socio-économiques défavorables,
- L'infertilité, primaire ou secondaire,
- Les maladies génétiques (la trisomie 21, l'hémophilie...)
- L'alcoolisme,
- La toxicomanie.

I.2.1.2. Facteurs de risque selon les antécédents obstétricaux

Il existe un certain nombre de facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :

- La fausse couche spontanée (FCS)
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)
- La prématurité
- La mort fœtale in utéro (MFIU)

I.2.1.3. Facteurs de risque selon les antécédents généraux

Certaines maladies générales augmentent le risque de complications liées à la grossesse. Les plus redoutables sont :

- L'HTA,
- Les troubles neuropsychiatriques,
- Le diabète.

I.3. Consultations prénatales [17,18]

La consultation prénatale est une consultation clinique. Elle permet une prise en charge globale de la femme enceinte et du fœtus par un personnel qualifié.

I.3.1. Objectifs de la CPN [17,18]

I.3.1.1. Objectif général

Accompagner les femmes enceintes, dépister les risques précocement lors des différentes consultations afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale ainsi que le handicap lié à une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement.

I.3.1.2. Objectifs spécifiques

- Accueillir, écouter, informer et conseiller la femme enceinte.
- Confirmer le diagnostic de la grossesse.
- Assurer le suivi de la grossesse.
- Dépister et prendre en charge les pathologies gravidiques et ou associées à la grossesse.

- Sensibiliser les femmes sur l'importance du suivi régulier de la grossesse et de l'accouchement en milieu surveillé.

I.3.2. Avantages

- Surveillance de l'évolution de la grossesse.
- Recherche et traitement des maladies qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement.
- Dépistage des grossesses à risque en vue de les prendre en charge et ou de les orienter vers un centre de référence.
- Prévention :
 - Du tétanos par la vaccination antitétanique ;
 - Du VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
 - Des carences par les apports en fer et en acide folique.
- Education de la femme sur les signes d'alarme et les signes d'entrée en travail
- Promotion de l'accouchement en milieu surveillé.
- Conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le post-partum pour la mère et l'enfant.
- Conseils sur la planification familiale.

I.3.3. Nombre de consultations prénatales [17,18]

Un optimum de quatre consultations et 8 contacts sont recommandés pour la surveillance d'une grossesse :

- La première consultation doit être faite le plus précocement possible avant la fin du 3ème mois de la grossesse (12 -15 Semaine d'Aménorrhées (SA)).
- La deuxième au 6ème mois (24 - 28 SA).
- La troisième au 8ème mois (32 - 34 SA).
- La quatrième au 9ème mois (36- 38 SA).

En cas de pathologie, le nombre de consultations doit être déterminé par le médecin.

Les 8 contacts selon OMS : [3]

- **Au premier trimestre**

- Contact 1 : jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

- **Au deuxième trimestre**

- Contact 2 : 20 semaines d'aménorrhée.

- Contact 3 : 26 semaines d'aménorrhée.

- **Au troisième trimestre**

- Contact 4 : 30 semaines d'aménorrhée.

- Contact 5 : 34 semaines d'aménorrhée.

- Contact 6 : 36 semaines d'aménorrhée.

- Contact 7 : 38 semaines d'aménorrhée.

- Contact 8 : 40 semaines d'aménorrhée.

La femme doit revenir pour l'accouchement à 41 SA si l'enfant n'est pas encore né.

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



Figure 1: La table gynécologique



Figure 2: Mètre ruban



Figure3 : Pèse-personne



Figure4 : Escabeau

b. 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 300 mg 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.

I.3.4. Première consultation prénatale [19]

La consultation prénatale du premier trimestre est fondamentale et déterminante pour le suivi, ses objectifs sont les suivants :

- Confirmer l'état de la grossesse
- Préciser le terme
- Dépister les complications précoces
- Prévoir un plan de surveillance de la grossesse

- Réaliser les examens complémentaires indispensables.
- Prodiguer des conseils.

I.3.4.1. Déroulement

La consultation prénatale doit se dérouler dans un cadre humanisé. L'accueil et l'entretien devront constituer une étape importante de la consultation prénatale. En effet, l'histoire sociale, médicale et obstétricale de la femme aide à définir le contexte de la grossesse et à en établir le pronostic.

a. Anamnèse [13]

• Datation

La date des dernières règles doit être précisée avec certitude afin de dater la grossesse et de situer la date d'accouchement. Toute imprécision concernant cette date devra conduire à la réalisation d'une échographie, celle-ci déterminera l'âge de la grossesse et sera d'autant plus précise que la gestation est jeune.

La connaissance de l'âge gestationnel permet de :

- Fixer le calendrier des consultations prénatales.
- Préciser la période présumée de l'accouchement.

Les signes biologiques de grossesse sont représentés par :

- L'Hormone Chorionique Gonadotrophine (HCG)

La HCG peut être détectée 8 jours seulement après la fécondation (c'est-à-dire, avant même que le retard menstruel soit constaté). La HCG atteint sa valeur maximale entre le 60^e et 70^e jour de la dernière période menstruelle.

- Le signe de certitude : Sous-unité bêta d'HCG

La sous-unité β HCG est détectable avant même la nidation et est exclusivement produite par le syncytiotrophoblaste, ce qui permet d'éviter les réactions croisées avec d'autres hormones. Il s'agit de la méthode de diagnostic de grossesse la plus précoce et la plus sensible.

b. Examen clinique

- **Pesée**

La prise de poids moyenne durant la grossesse est de 12 kg : un kg par mois pour les six premiers mois, puis un kg par 15 jours durant le dernier trimestre.

- **Tension artérielle**

La prise de la tension artérielle est pratiquée dans les mêmes conditions qu'au 1er trimestre : Une systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, est/sont pathologique/s.

- **Evaluer les facteurs de risques [21,32]**

Un interrogatoire minutieux est réalisé, révélant tous antécédents médicaux, familiaux, gynécologiques, chirurgicaux et obstétricaux, afin de détecter une éventuelle pathologie contre-indiquant la grossesse ou la classant dans la rubrique des grossesses à risque nécessitant alors une surveillance et une prise en charge particulière.

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

La présence de pathologies maternelles préexistantes à la grossesse peut entraîner un risque d'aggravation en termes de morbidité et de mortalité périnatale et /ou maternelle : allergies, trouble de l'hémostase, troubles vasculaires, pathologies endocriniennes, cardiopathies, néphropathies, neuropathies...

Tableau I: Affections maternelles et risques potentiels. [17]

Affections maternelles	Risques potentiels
Cardiopathie	Décompensation, RCIU, AP
Insuffisance respiratoire, Asthme	Décompensation, RCIU
Diabète	Décompensations, complications, Malformations, mort fœtale in utero, macrosomie, traumatisme obstétrical.
Syndrome vasculo-rénal et Hypertension Hypertension Artérielle Gravidique (HTAG)	Pré-éclampsie, éclampsie, hématome rétro placentaire
Pathologies des voies urinaires, néphrologiques	Hypertension, RCIU, AP
Lupus	Aggravation, RCIU, AP, mort fœtale in utero
Épilepsie	Aggravation, risque malformatif
Traumatisme du bassin et de la colonne	Dystocie
Hépatite, VIH	Transmission mère-enfant
Anémie	Accouchement à risque, RCIU, AP
Forte myopie	Décollement de rétine si accouchement par Voie Basse

Toutes les maladies préexistantes à la grossesse entraînent un risque d'aggravation de la morbidité périnatale. La surveillance doit être multidisciplinaire car le bon déroulement de la grossesse dépend autant du traitement de la maladie que de la surveillance prénatale.

▪ **Antécédents gynécologiques [17]**

Des interventions gynécologiques ou autres pourraient modifier la voie d'accouchement ou constituer des facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Tableau II: Risques potentiels des antécédents gynécologiques.[17]

Facteurs gynécologiques	Risques potentiels
Antécédents infectieux pelviens, pathologie tubaire connue	Grossesse Extra Utérine (GEU)
Endométriose	Avortement
Malformation utérine	Avortement
Fibromyomatose utérine	AP, avortement, RCIU, hématome rétro placentaire

▪ **Prise de médicaments [13]**

Une consommation de médicaments doit toujours être recherchée : a-t-elle l'habitude de consommer des médicaments ? La patiente doit être informée de l'effet tératogène de certains médicaments d'usage courant entre autres (aspirine, antihistaminique, produits conseillés pour le rhume). Il vaut mieux appeler son médecin pour n'importe quel autre médicament.

▪ **Facteurs individuels et sociaux**

Il faut aussi évaluer les facteurs de risque sociaux et psychologiques. Une charge de travail importante, une profession difficile, un niveau socio-économique bas sont des facteurs de risque de prématurité. Il peut être nécessaire de suivre cette patiente en collaboration avec les services sociaux.

▪ **Habitudes de vie [23]**

Tabac, Alcool

Effets indésirables : Une consommation d'alcool ou des ivresses épisodiques tout au long de la gestation nuisent au développement du cerveau de l'enfant.

La principale complication est le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF), avec les conséquences suivantes :

- Un retard de croissance harmonieux (dans 80 % des cas) qui est le principal critère diagnostique du SAF.
- Une dysmorphie crâniofaciale qui est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero
- Des malformations congénitales (10 à 30 %)
- Des atteintes neuro comportementales de l'enfant.
- La débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée.
- Plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention, la faible efficacité intellectuelle interdisent une scolarité normale et une intégration correcte dans la société.

▪ **Evaluation du risque fœtal [23]**

L'atteinte fœtale est difficile à prévoir mais on connaît plusieurs variables corrélées aux risques d'atteintes fœtales :

- La dose ingérée
- Le terme et la durée d'exposition
- La façon de boire.

Un verre d'alcool, quelle que soit la boisson, contient 10 grammes d'alcool pur. À partir de 30 grammes par jour, et probablement moins, le risque d'atteinte fœtale existe.

La consommation du premier trimestre de la grossesse est corrélée aux risques malformatifs et à la dysmorphie, celle des deuxièmes et troisièmes trimestres aux atteintes neurocomportementales.

- **Infections alimentaires [24]**

- **Listériose**

Elle est une maladie infectieuse provoquée par une bactérie, la *Listeria monocytogènes*. Cette bactérie est loin d'être rare. On la trouve dans l'eau, la terre, les fruits et légumes, mais aussi le lait, la viande crue et les fruits de mer.

En revanche, chez les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les personnes âgées ou malades et les nouveau-nés elle peut avoir de graves conséquences.

- **Toxoplasmose**

- ✓ **Mode de contamination**

La contamination peut se faire aussi en mangeant de la viande insuffisamment cuite contenant des kystes.

Chez la femme enceinte, une primo-infection peut être à l'origine d'une toxoplasmose congénitale. Le risque de transmission materno-fœtale, estimé à 29 %, augmente avec l'âge de la grossesse.

- ✓ **Diagnostic chez la femme enceinte [25]**

Le premier objectif de la sérologie toxoplasmique pratiquée chez la femme en début de grossesse est d'identifier les femmes enceintes non immunisées pour qu'elles bénéficient de conseils de prévention afin d'éviter une contamination lors de la grossesse.

Le second objectif est de surveiller, de façon régulière, la sérologie des femmes non immunes, afin de dépister une séroconversion le plus rapidement possible. Cette surveillance sérologique repose sur la mise en évidence et le dosage des anticorps spécifiques, tous les mois.

Une séroconversion est manifeste lors du passage d'une sérologie négative à une sérologie positive et elle est évoquée lors de l'ascension significative des titres d'IgG, associée à la présence d'IgM, dosés sur deux prélèvements réalisés à 2 - 3 semaines d'intervalle.

Le titrage doit être effectué dans le même laboratoire, selon la même technique et avec la même série de tests. En cas de doute sur la date de la séroconversion, on peut utiliser le test d'avidité.

- **Examen général**

Durant chaque consultation prénatale, un certain nombre d'examen doit être réalisé systématiquement notamment la prise des constantes (tension artérielle, pouls, température), Enfin de surveiller l'état général de la patiente.

En cas de résultats anormaux, des examens complémentaires devront être prescrits.

Un dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisé avant chaque entretien. L'apparition de protéines et de sucre dans les urines doit faire l'objet d'investigations plus approfondies telles que, une protéinurie des 24 heures ou un test selon l'OMS.

Poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) doivent toujours être pris en considération, en pré-gestationnelle ainsi qu'au cours de la grossesse. En effet, certaines complications materno-fœtales telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale sont liées au surpoids et à l'obésité.

Tableau III: Facteurs de risques et complications materno-fœtales.

Facteurs	Risques potentiels
Âge inférieur à 16 ans	Accouchement prématuré.
Âge supérieur à 38 ans	Aberration chromosomique, AP, hypertension, morbidité périnatale
Maigreur	RCIU, Accouchement Prématuré
Obésité	Diabète gestationnel, HTAG, Macrosomie
Taille inférieure à 1,50 m	RCIU, dystocie

- **Examen cardiovasculaire et pleuropulmonaire**

Ces examens permettent de déceler des pathologies cardiaques, pulmonaires ou une éventuelle anémie.

- **Examen des seins**

- Les seins augmentent de volume, surtout au niveau de l'aréole qui s'œdématie et se pigmente.
- Les tubercules de Montgomery (glandes sébacées hypertrophiées) apparaissent.
- Un réseau veineux sous-cutané (réseau de Haller) se développe.
- La surveillance des seins pendant la grossesse fait partie des mesures générales de prévention et s'inscrit, en outre, dans le cadre de la préparation à l'allaitement maternel.
- L'examen des seins (palper) doit être fait systématiquement surtout en début de grossesse, Il doit rechercher :
 - ✓ Une anomalie du mamelon (mamelon ombiliqué, écoulement mamelonnaire)
 - ✓ Un nodule avec ou sans adénopathie au niveau du creux axillaire.

▪ **Examen gynécologique**

Il doit être pratiqué sur table gynécologique, vessie et rectum vides. Un examen gynéco-obstétrical est bien entendu réalisé, il recherchera une anomalie morphologique de l'appareil génital, une lésion ou une infection évolutive pouvant mettre en péril le bon déroulement de la grossesse.

● **Auscultation des bruits du cœur**

Les bruits du cœur fœtal ne sont perçus que vers la 11^{ème} Semaine d'Aménorrhée (SA), à l'aide d'un appareil à effet Doppler.

- Une palpation de l'utérus.
- Une inspection de la vulve à l'œil nu.
- L'examen au spéculum est fait systématiquement :
 - En début de grossesse,
 - En cas de leucorrhées pathologiques, d'un écoulement de liquide ou de métrorragies.

▪ **Diagnostic différentiel d'une grossesse :**

- L'utérus est trop gros : grossesse plus âgée que prévue, grossesse molaire, gémellaire, grossesse accompagnée d'une tumeur (fibrome, kyste ovarien), fibrome ou kyste sans grossesse,

c. Biologiques

● **Groupage ABO et phénotypes Rhésus : [26]**

La détermination des groupes sanguins ABO et phénotypes rhésus complet et kell (deux prélèvements sont nécessaires en l'absence de carte de groupe sanguin complète) ainsi que la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) sont nécessaires chez les femmes enceintes pour déterminer le risque d'avoir une incompatibilité Rhésus entre la mère et le fœtus.

● **VIH [26]**

➤ **Définitions** : Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus infectant l'humain et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes.

➤ **Modes de transmission VIH**

- Des rapports sexuels non protégés par un préservatif s'il y a pénétration vaginale, anale ou buccale
- Un contact important avec du sang contaminé lors de partage de matériel d'injection ou en cas d'accident d'exposition (pour les soignants),
- Il y a un risque de contamination de la mère séropositive à son enfant :
 - Durant la grossesse (contamination par voie sanguine)
 - L'accouchement (par voie sanguine et par les sécrétions vaginales)
 - L'allaitement (par le lait maternel).

Heureusement, aujourd'hui, grâce à un accompagnement médical adapté et la prise d'un traitement, les mères séropositives peuvent donner naissance à un enfant non contaminé.



Figure 5 : Test HIV

● **Hépatite B [27,28]**

La majorité des infections chroniques par le virus de l'hépatite B sont acquises à la naissance par une transmission dite "verticale". Il s'agit de la transmission du virus B par la mère à son enfant au moment de l'accouchement secondaire aux micro-transfusions mère-enfant pendant les contractions et le contact avec les sécrétions vaginales infectées. Le risque est très important car les enfants

contaminés deviennent porteurs chroniques du virus B dans 90% des cas. Il est donc recommandé de rechercher systématiquement la présence de l'antigène Hbs (AgHBs) chez toutes les femmes enceintes au cours du sixième mois.

- **Hépatite virale C [28]**

Une sérologie de l'hépatite C n'est pas systématique car il n'y a pas d'élément en faveur d'un rapport coût-efficacité favorable, sauf chez les populations à risque (personnes toxicomanes ou transfusées).

- **Herpès génital [21]**

Le diagnostic et le traitement de l'herpès génital sont urgents en raison de la gravité du pronostic fœtal. L'interrogatoire doit systématiquement rechercher les antécédents de lésions génitales évocatrices d'herpès chez la femme enceinte et son partenaire.

Les signes cliniques doivent être recherchés systématiquement en particulier au dernier mois de grossesse. Lors des poussées, il est impératif de prouver l'herpès génital par des examens virologiques directs : à tout moment si l'infection n'a jamais été démontrée par un examen virologique antérieur et au cours du dernier mois de grossesse.

- **Anémie, drépanocytose et thalassémie [21]**

Le dépistage de l'anémie peut se faire au début de la grossesse (à la première consultation en cas de facteurs de risque) et est prescrit obligatoirement lors de la consultation du 6^e mois. Une éventuelle anémie est alors à explorer et à traiter sans retard. Une recherche d'hémoglobine anormale est effectuée pour les populations à risque originaires d'Afrique, du bassin méditerranéen, des Antilles et/ou ayant des antécédents familiaux.

- **Diabète gestationnel [29]**

Ce diabète touche 3 à 20 % des femmes enceintes. Il se manifeste par une augmentation de la glycémie vers la fin du 2^e et au 3^e trimestre de la grossesse.

Dans la majorité des cas, il disparaît après l'accouchement, mais la mère devient à risque de développer le diabète de type 2 dans les années qui suivent.

▪ **Les risques et complications possibles [30]**

Les risques sont nombreux lorsque le diabète de grossesse n'est pas bien contrôlé et que le taux de sucre dans le sang demeure élevé :

• **Pour la mère**

- Surplus de liquide amniotique, augmentant le risque d'un accouchement prématuré
- Risque d'un accouchement par césarienne ou d'un accouchement vaginal plus difficile
- Hypertension de grossesse ou pré-éclampsie
- Risque plus élevé de rester diabétique après l'accouchement ou de développer à long terme un diabète de type 2

• **Pour le bébé**

- Bébé plus gros que la normale à la naissance
- Hypoglycémie à la naissance
- Risque de dystocie des épaules
- Risque d'être obèse et de présenter une intolérance au glucose au début de l'âge adulte

I.3.5. Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre [17,32]

La consultation prénatale du deuxième trimestre doit être effectuée vers 24 SA (24-28SA).

I.3.5.1. Déroulement

d. Anamnèse

- Se renseigner sur le déroulement de la grossesse depuis la dernière consultation.

- Demander à la femme si elle perçoit les mouvements fœtaux (normalement présents à partir de la 20 SA).
- Chercher un signe anormal.

e. Examen clinique

● Pesée

La prise de poids moyenne durant la grossesse est de 12 kg : un kg par mois pour les six premiers mois, puis un kg par 15 jours durant le dernier trimestre.

● Tension artérielle

La prise de la tension artérielle est pratiquée dans les mêmes conditions qu'au 1er trimestre : Une systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, est/sont pathologique(s).

● Mesure de la hauteur utérine

Technique de mesure de la hauteur utérine :

La hauteur utérine est la mesure de la distance entre la symphyse pubienne et le fond utérin à l'aide d'un mètre ruban. Elle est pratiquée en décubitus dorsal, vessie préalablement vidée.

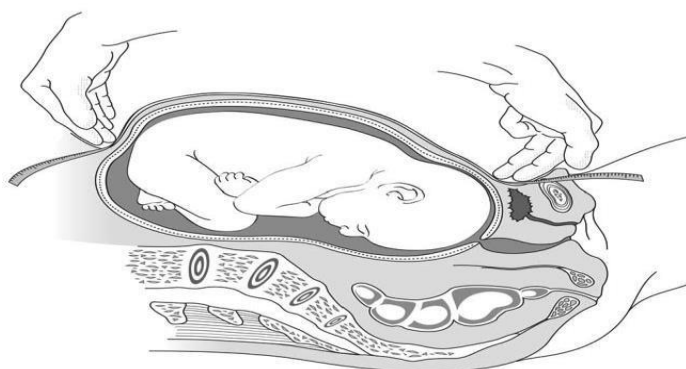


Figure6 : Mesure de la hauteur utérine

Tableau IV : Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel
Interprétation de la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Age probable de la grossesse
16 cm	4 mois
20 cm	5 mois

24 cm	6 mois
28 cm	7 mois

L'interprétation de la hauteur utérine se fait selon l'âge gestationnel (AG) :

Si la hauteur utérine est élevée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une :

- Erreur de datation.
- Macrosomie.
- Grossesse multiple.
- Hydramnios.

Si la hauteur utérine est diminuée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une :

- Erreur de datation.
- Arrêt de grossesse.
- Retard de croissance intra-utérine.

● **Palpation abdominale**

Elle doit se pratiquer avec des mains réchauffées, posées à plat sur l'abdomen pour déprimer sa paroi, la palpation permet de situer le fond utérin normalement au niveau de l'ombilic au 4^{ème} mois et d'évaluer l'augmentation du volume et la souplesse de l'utérus.

● **Auscultation des Bruits Cardiaques Fœtaux (BCF)**

- L'auscultation à l'aide d'un stéthoscope obstétrical (stéthoscope de Pinard) est pratiquée à partir de 20-22 SA.
- Après localisation du foyer des bruits du cœur qui varie avec le terme, la position, la présentation et le côté du dos ou des fœtus.
- L'auscultation fœtale doit associer le comptage de la fréquence des bruits du cœur qui se situe entre 120 et 160 bat /min, l'appréciation du rythme et la tonalité.

● **Toucher vaginal**

Il est essentiel pour dépister et confirmer une menace d'accouchement prématuré (MAP) par la recherche des modifications cervicales.

I.3.6. Troisième consultation prénatale ou consultation du 8ème mois : [17 ,32]

Au 3ème trimestre la femme doit bénéficier de deux visites prénatales. La 3^{ème} visite ou la 3^{ème} CPN doit être réalisée au 8ème mois de grossesse entre 32 et 34 SA.

I.3.6.1. Déroulement

a. Anamnèse

Se renseigner sur le déroulement et l'évolution de la grossesse.

b. Examen clinique

● Examen général

- Rechercher une cicatrice abdominale
- Décrire la forme de l'utérus (longitudinal ou transversal)
- Prendre le poids
- Prendre la TA qui doit rester inférieur à 140/90
- Recherche d'œdème.

● Hauteur utérine

Elle permet d'apprécier le volume utérin. Une hauteur utérine à terme supérieure à 35 cm est une indication de référence.

Tableau V: Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Age probable de la grossesse
28 cm	7 mois
30 cm	8 mois
32-33 cm	9 mois

● Palpation abdominale

La palpation abdominale au 3ème trimestre de la grossesse est un élément de diagnostic et de pronostic qui a pour intérêt :

- D'étudier la consistance, la souplesse ou la tension (relâchement/ contraction) et la sensibilité de l'utérus à la mobilisation.
- De situer le ou les fœtus dans l'utérus (présentation, rapports de celle-ci avec le bassin maternel, position du fœtus, côté du dos et volume).
- D'apprécier le contenu utérin : signe du flot (hydramnios) et le volume fœtal
- La palpation doit être méthodique, indolore. Elle commence par la région sus-pubienne, continue par le fond utérin pour terminer par les parois latérales.
- La meilleure façon de rechercher le dos est d'utiliser la manœuvre de Budin

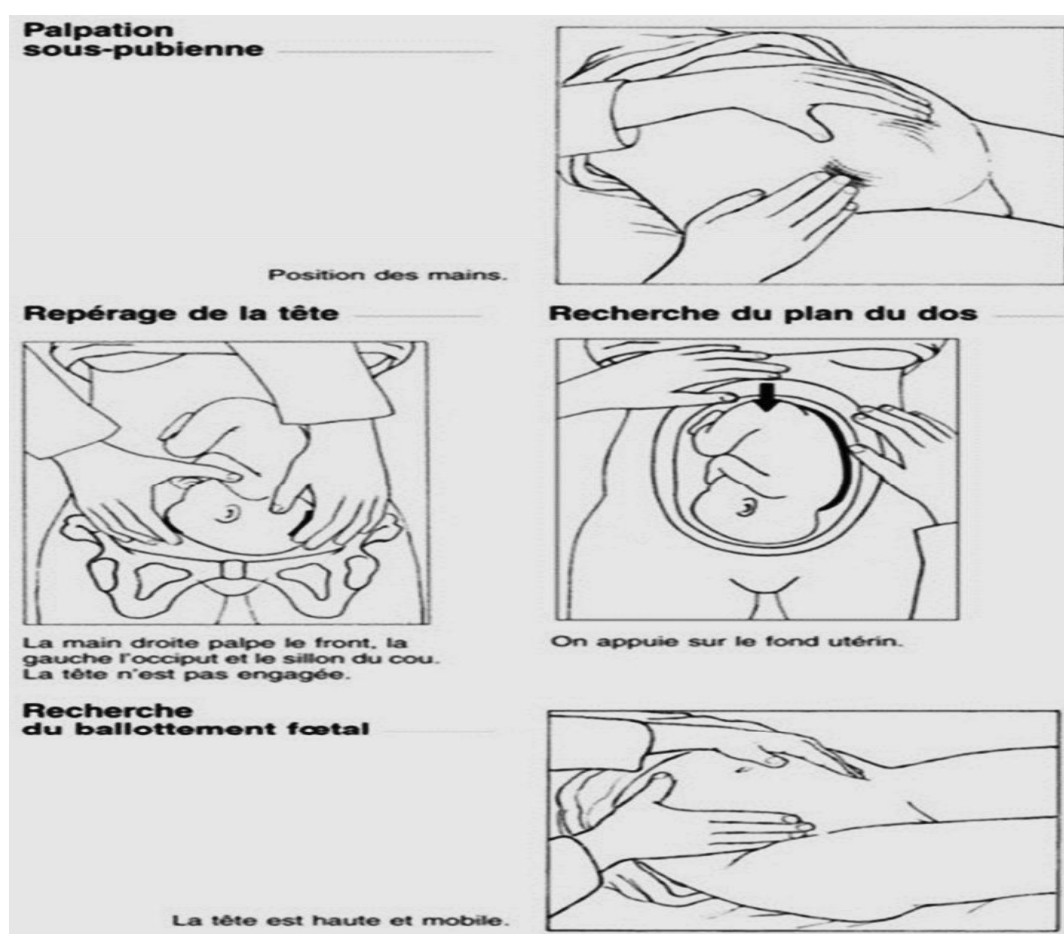


Figure 7 : Manœuvre de Budin [11]

- **Auscultation des bruits du cœur du fœtus**

Les bruits du cœur du fœtus (BCF) sont auscultés à l'aide d'un stéthoscope de Pinard au niveau de la région péri-ombilicale.

- **Toucher vaginal**

Le toucher vaginal (TV) au 3ème trimestre permet d'explorer :

- L'état du col et du segment inférieur : consistance du col (mou, souple ou rigide), sa longueur, sa dilatation et sa position.
- La présentation fœtale : Le TV précise la hauteur de la présentation (présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée).
- Le bassin osseux (normal ou suspect)
- Le périnée (court, cicatriciel)
- L'anomalie vulvovaginale (diaphragme, cloison, varices...)
- Examen clinique du bassin

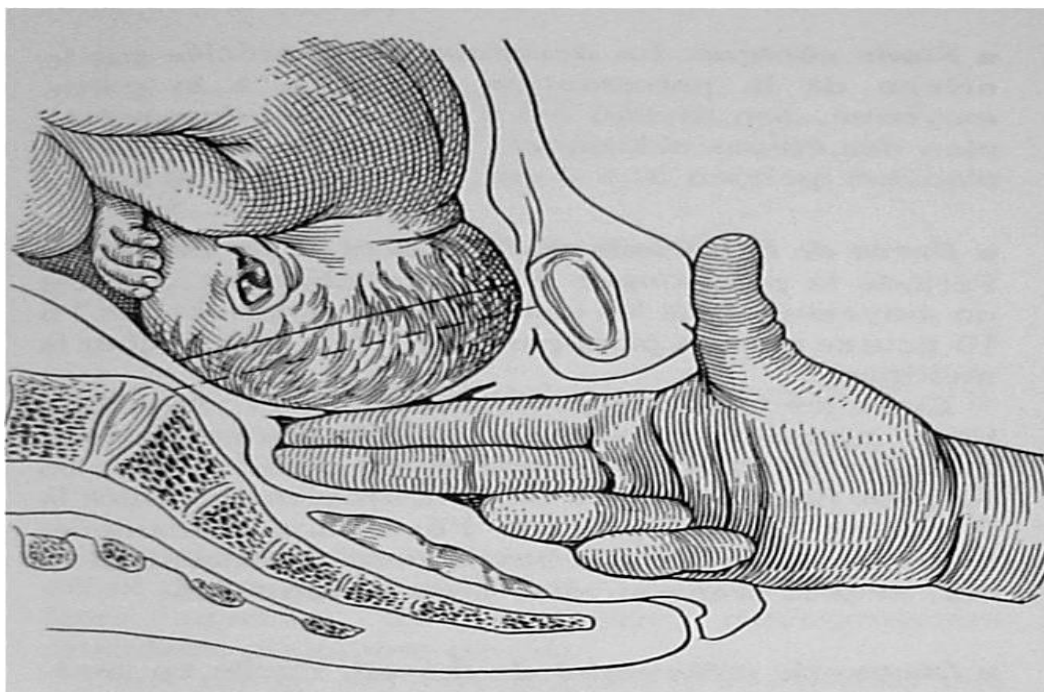


Figure 8 : Le signe de FARABEU

I.3.6.2. Pronostic de l'accouchement

Au terme de l'examen il faut établir le pronostic de l'accouchement qui dépend des éléments suivants :

- Le fœtus (nombre, volume et présentation).
- Le bassin (normal, limite ou chirurgical).
- L'utérus (normal ou cicatriciel, multiparité).
- L'état de la mère (HTA, cardiopathie, ...).

- Les annexes (placenta prævia...).

Au total trois situations se présentent :

a. La voie basse est acceptée en cas de

- Présentation céphalique.
- Bassin normal et volume fœtal normal.
- Absence de pathologie associée maternelle ou annexielle.

L'accouchement doit se dérouler dans un milieu surveillé au niveau de la maison d'accouchement ou de la maternité hospitalière.

b. La voie basse est discutable en cas de

- Bassin limite.
- Disproportion céphalo-pelvienne.
- Utérus cicatriciel
- Présentation de siège
- Pathologies maternelles, fœtales (RCIU) ou annexielles.

c. L'accouchement par césarienne est obligatoire en cas d'un

- Antécédents sévères, MIU avant terme par exemple.
- Une souffrance fœtale chronique qui se décompense.
- Une affection maternelle mal contrôlée.
- Un obstacle prævia ou placenta prævia.
- Bassin chirurgical.
- Utérus cicatriciel défavorable.
- Certaines situations pathologiques d'ordre médico social

I.3.6.3. Conseils

Les messages du troisième trimestre (8ème et 9ème mois) comportent :

- Les signes de danger liés au troisième trimestre.
- L'intérêt de l'accouchement en milieu surveillé et les risques d'accouchement à domicile.

- La préparation à l'accouchement
- La nutrition et l'hygiène de vie.
- La gymnastique de la femme enceinte.
- La préparation à l'allaitement maternel.
- Les soins et toilettes du nouveau-né.
- L'intérêt de la consultation du post partum.
- La visite de la salle d'accouchement.

I.3.7. Quatrième consultation prénatale ou consultation du 9^{ème} mois

I.3.7.1. Déroulement

La 4^{ème} Visite prénatale ou CPN 4 doit être réalisée au 9^{ème} mois de grossesse au-delà de 36 SA.

La 4^{ème} consultation prénatale consiste principalement en l'appréciation de :

- La hauteur utérine : estimation du poids fœtal et de la quantité de liquide amniotique.
- La présentation par le palper abdominal : sommet, siège, transverse.
- Le col et de la présentation par le toucher vaginal.
- L'engagement par le toucher vaginal : signe de Farabœuf.
- L'examen de la filière génitale et du périnée.
- L'exploration du bassin par le toucher vaginal.
- La Scanopelvimétrie en cas de nécessité.
- L'examen échographique.
- Le bilan biologique (NFS + plaquettes).

I.3.7.2. Conseils

En plus des conseils de la 3^{ème} consultation du 8^{ème} il faut informer la femme sur l'importance de l'accouchement dans un établissement de santé.

- **Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé**
 - Les établissements de santé disposent de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, il est doté d'un système d'évacuation.
 - Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement et ne sont pas toujours prévisibles.
- **Lui indiquer quand elle doit se présenter à l'établissement de santé**
 - Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail.
 - Si elle habite loin, lui conseiller à l'approche de l'accouchement de loger à proximité de la structure d'accouchement ou dans la maison d'attente, si elle existe.
 - Être accompagnée par un membre de la famille.
- **Expliquer à la femme ce qu'il faut amener**
 - Le carnet de santé de la femme et de l'enfant qui englobe les renseignements relatifs à la grossesse.
 - Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant et des vêtements pour elle et pour l'enfant.

METHODOLOGIE

IV. MÉTHODOLOGIE

IV.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de gynécologie obstétrique du CSRef de la commune III du district de Bamako.

✓ Description de la communes III

La commune III couvre une superficie de 23 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 km², elle est peuplée de 119287 habitants et contient 19 quartiers.

Elle est limitée :

- Au nord par le cercle de Kati
- A l'Est par le boulevard du peuple qui la sépare de la commune II
- Au sud par la portion du fleuve Niger
- A l'Ouest par la commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed EL Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de hamdallaye pour joindre la zone du fleuve niger.

Elle comporte 19 quartiers : Badialan 1, Badialan 2, Badialan 3, Bamakocoura, Bolibana, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Darsalam, Dravela Bolibana, kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, ouolofobougou-Bolibana, Point-G, Same, sokonafing, koulouninko et sirakoro dounfing ont été rattachés à la commune III dans le cadre de la reorganisation territoriale.

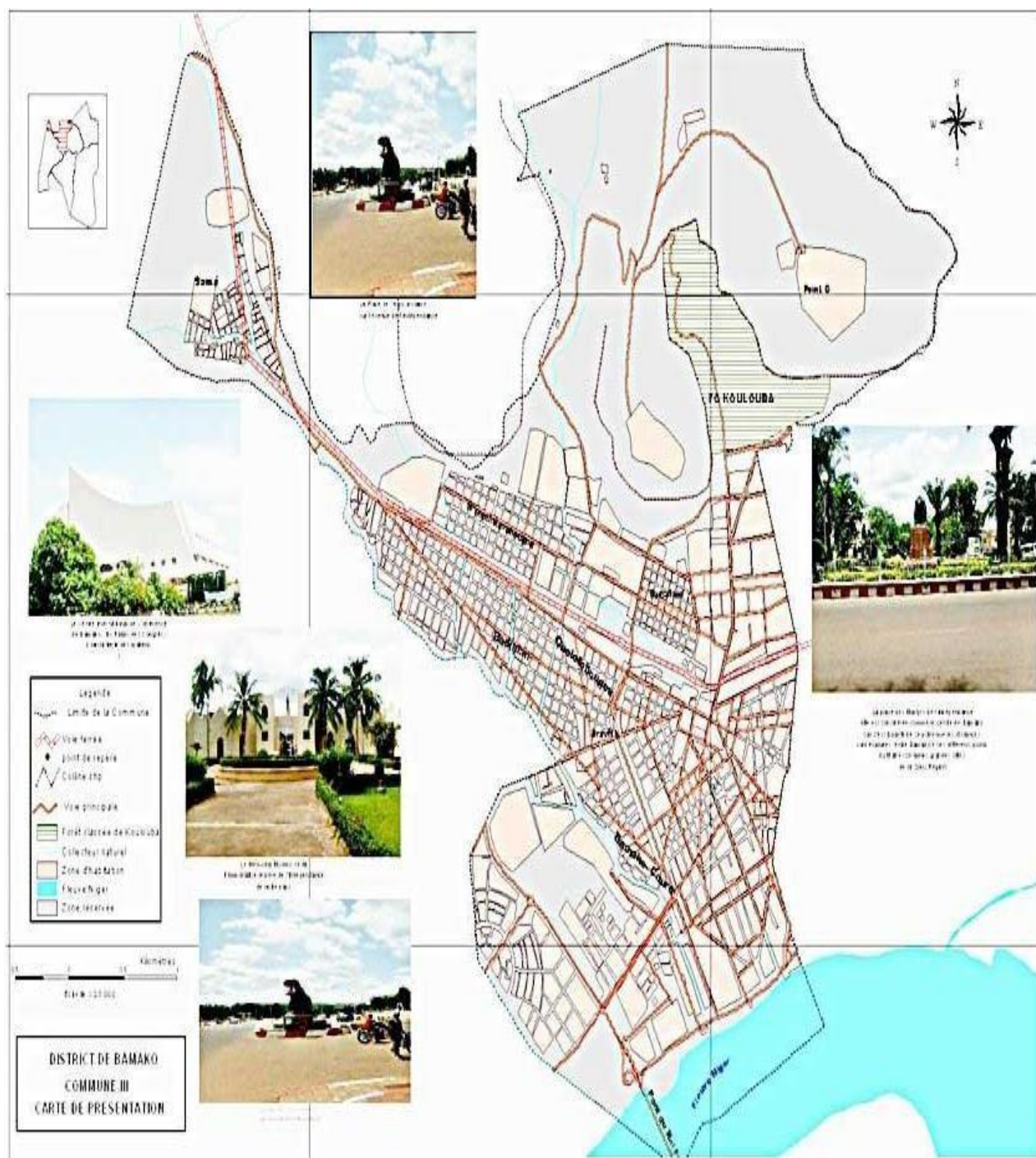


Figure 15 : Carte de la commune III

Dans la commune nous rencontrons tous les échelons de la pyramide sanitaire : le 1^{er} constitué par les Centres de santé communautaires au nombre de huit (8) le Centre de santé de référence (1), les hôpitaux nationaux (2) et les Centres spécialisés comme l'IOTA et CNOS. Ils sont appuyés par le secteur privé, les CMIE et les services de santé de l'armée.

En 2004, 2005 et 2006, il a été enregistré respectivement 46259, 22397 et 27812 cas de maladies dans la commune. Parmi ces cas de maladies, la part due au paludisme représentait respectivement 66% et 49%.

✓ **Problème d'eau potable** : Certains quartiers de la commune notamment les périphériques connaissent des problèmes d'eau potable. Les adductions d'eau, même si elles existent, sont insuffisantes.

Certains quartiers périphériques s'approvisionnent à partir des forages, des adductions d'eau sommaires et même les puits. Cela n'est pas sans conséquence sur la santé en général et celle des enfants en particulier.

Il comporte plusieurs services :

- Le service de gynéco-obstétrique :
 - ❖ L'unité de PEV (programme élargie de vaccination),
 - ❖ Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
 - ❖ Une salle de garde pour les sages-femmes et infirmières ;
 - ❖ Une salle des d'internes ;
 - ❖ Une salle d'urgence ;
 - ❖ Une salle de réanimation du nouveau-né ;
 - ❖ Une salle de pansement ;
 - ❖ Une salle de suites de couches avec une toilette ;
 - ❖ Une salle de travail ;
 - ❖ Un bureau pour la sage-femme maitresse ;
 - ❖ Trois toilettes internes pour le personnel ;
 - ❖ Une unité de dépistage du col
 - ❖ Unité SAA
 - ❖ Une unité de consultation prénatale ;
 - ❖ Une unité de consultation post natal ;
 - ❖ Une unité de planning familiale ;
 - ❖ Une unité de prévention de la transmission mère-enfant ;

- ❖ Deux blocs opératoires,
- ❖ Une unité d'hospitalisation pour les opérées et les pathologies gynécologiques et obstétricales avec des toilettes et un bureau pour le personnel de l'hospitalisation,
- ❖ Une salle de consultation externe ;
- ❖ Cinq salles d'hospitalisations,
 - Une unité d'anesthésie réanimation
 - Une unité de néonatalogie
 - L'administration
 - Le service d'ORL
 - Le service d'ophtalmologie
 - Le service d'odontostomatologie
 - Le service de médecine
 - Le service de chirurgie
 - Le service de pédiatrie
- **Le personnel comprend :**
 - Trois (3) spécialistes en Gynécologie obstétrique ;
 - Deux (2) médecins généralistes ;
 - Des sage-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse (25) ;
 - Des infirmières Obstétriciennes (9) ;
 - Anesthésistes (1) ;
 - Assistants médicaux (3) ;
 - Des étudiants faisant fonction d'interne (18) ;
 - Des manœuvres (garçons de salle) (8) ;

Le CSREF est doté des ambulances assurant la liaison entre le CSREF de la commune III et les CSCOM, les CHU du point et Gabriel Touré.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesse à risque) sont assurées par les trois gynécologues obstétriciens et les DES cinq jours/ semaine, les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes.

Les activités : un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service et ou l'autre gynécologue-obstétricien et ou un DES. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait un compte rendu des activités et des événements survenus au cours de la garde.

Une visite est faite tous les jours dans les salles d'hospitalisations du lundi au vendredi après le staff.

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 h/24 heures composée d'un gynécologue, d'un DES, des internes, une sage-femme, deux infirmières, une aide-soignante, deux manœuvres, un chauffeur d'ambulance.

IV.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique à collecte rétrospective.

IV.3. Période d'étude

Notre étude s'est effectuée sur une période de (12) mois soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

IV.4. Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché à la maternité du CSRef de la commune III au cours de la période d'étude.

IV.5. Critères d'inclusion

Ont été incluses dans notre étude

- **Cas** : les femmes ayant accouché dans le service et n'ayant effectué aucune consultation prénatale.

- **Témoins** : les femmes ayant accouché juste avant ou juste après les cas, ayant réalisé au moins trois consultations prénatales.

Nous avons colligé 1 cas pour 2 témoins.

IV.6. Critères de non inclusion

Pour les cas :

- Femmes ayant effectué au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux,
- Âge gestationnel inférieur à 28SA (6 mois) et /ou poids du fœtus inférieur à 500g.

Pour les témoins :

- Femmes ayant effectué au moins trois consultations prénatales par un personnel qualifié en soins obstétricaux.

IV.7. Collecte des données

➤ Supports des données :

Nous avons utilisé :

- Fiche individuelle servant de questionnaire ;
- Registre d'accouchement ;
- Dossiers d'hospitalisations ;
- Registre de compte rendu opératoire ;

➤ Technique de collecte des données et Déroulement de l'enquête

La technique a consisté en une lecture des dossiers d'accouchements 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.

• Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2016 puis analysées par 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 Test de Khi-deux. 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.

➤ **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 de Décédé

- **Admission**

- Mode d'admission ;
- Motif d'admission Examen général
- État général
- Coloration des conjonctives
- Tension artérielle
- Température
- Œdème
- Taille
- Poids

- **Examen obstétrical**

- Hauteur utérine
- Bruits du cœur fœtal à l'admission
- Âge présumé de la grossesse
- Dilatation du col à l'admission
- Œdème des membres inférieurs ;
- Température corporelle ;
- Coloration des conjonctives ;
- Hauteur utérine (HU) à l'admission ;
- Présentation du fœtus ;
- État du bassin
- Etat des Membranes ;

- **Bilan**

- Taux d'hémoglobine
- Groupage rhésus
- Protéinurie
- Glycosurie Accouchement

- **Mode d'accouchement ;**

- Épisiotomie ;
- 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
- Éclampsie
- HRP
- Toxémie gravidique
- Procidence du cordon
- **Les suites de couche**
- Simples
- Hémorragie du post partum immédiate
- Éclampsie
- Anémie
- Paludisme
- Suppuration pariétale
- Endométrite
- Éviscération
- Pelvipéritonite
- Septicémie
- **Pronostic maternel**
- Vivante
- Décédé

- **Pronostic fœtal**

- Score d'Apgar ;
- Morbidité fœtale ;

IV.8. Définitions opératoires

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

Pronostic maternel et périnatal : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.

Grossesses non suivies : absence de soins liés à la grossesse.

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

Nullipare : zéro accouchement

Primipare : un accouchement

Pauci pare : deux à trois accouchements

Multipare : quatre à cinq accouchements

Grande multipare : supérieur et/ou égal à six accouchements

Apgar : 0 : mort-né ; 1 à 3 : état de mort apparente ; 4 à 7 : état morbide ; > 7 : bon Apgar

Primigeste : première grossesse

Pauci geste : deux à trois grossesses

Multi geste : quatre à cinq grossesses

Grande multigeste : supérieur et /ou égal à six grossesses

RESULTATS

V. RÉSULTATS

3.1 Fréquence des grossesses non suivies :

Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 3600 accouchements dont 80 cas de grossesse non suivis, une fréquence de 2,22%.

Tableau VI: Répartition des Cas et des témoins en fonction de l'âge

Âge	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
14 à 17 ans	10	12,50	15	9,37	1,30 (0,59-3,23)	0,6880
18 à 24 ans	50	62,50	69	43,13	1,71 (0,98 - 3)	0,0008
25 à 35 ans	19	23,75	72	45	0,29 (0,16 – 0,53)	0,0005
> à 35 ans	01	1,25	4	2,50	0,49 (0,05 – 4,46)	0,4416
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux = 11,28 p=0,0008 dl=3

La tranche d'âge de 18 à 24 ans était la plus représentée, soit 62,5% chez les cas et 64,13% chez les témoins(p=0,0008).

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Primigeste	32	40,0	44	27,5	1,76(1 – 3,1)	0,0497
Pauci geste	37	46,2	95	59,4	0,59(0,34 – 1,01)	0,0540
Multi geste	8	10,0	20	12,5	0,78(0,33 – 1,86)	0,5695
Grande multigeste geste	3	3,8	1	0,6	--	0,0746
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux=7,7127 ; P=0,052 dl=3

Les pauci gestes ont représenté (46,2%) chez les cas contre (59,4%) chez les témoins. Il n'existait pas une relation statistiquement significative (p=0,052).

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Cas		Témoïn		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Pauci pare	36	45,0	83	51,8	0,76(0,44 – 1,3)	0,315
Primipare	35	43,7	62	38,8	1,23(0,71 – 2,12)	0,456
Multipare	7	8,8	14	8,8	1 (0,39 – 2,59)	0,290
Grand Multipare	2	2,5	1	1,2	4,08(0,36—45,69)	0,217
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux = 2,3383 *p=0,505* *dl=3*

Les pauci pare ont représenté (45,0%) chez les cas contre (51,8%) parmi les témoins. Il n'existait pas une relation statiquement significative (*p=0,315*).

Tableau IX: Répartition des Cas et des témoins en fonction la profession

Profession	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Ménagère	39	48,7	87	54,37	0,8(0,47 – 1,7)	0,410
Elève/ Etudiante	10	12,5	41	25,6	0,41(0,19-0,87)	0,427
Secrétaire/ employées de bureau	0	0,0	6	3,75	---	-
Commerçante	5	6,25	5	3,12	0,16(0,06-0,41)	0,314
Enseignante	2	2,5	3	1,9	1,34(0,22 -8,19)	0,749
Vendeuse	8	10	8	5,0	2,11(0,76- 5,85)	0,143
Aide-ménagère/ Ouvrière	14	17,5	4	0,6	33,73(4,35-261,75)	0,00003
Militaire	2	2,5	6	1,3	0,66(0,13—3,35)	0,611
TOTAL	80	100	160	100		

Test de Khi-deux =37,98 *p=0,000007* *dl=8*

Les aides ménagères ont représenté (17%) chez les cas contre (0,6%) chez les témoins. Il existait une relation statiquement significative(*p<0,05*).

Tableau X: Répartition des Cas et des témoins en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'étude	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Non scolarisée	39	48,8	34	21,2	3,53(1,98 – 6,3)	10⁻⁵
Primaire	20	25,0	35	21,9	1,19 (0,63 – 2,23)	0,5871
Secondaire	16	20,0	55	34,4	0,48 (0,25 - 0,91)	0,02144
Supérieure	3	3,7	32	20,0	0,16(0,05 - 0,54)	0,00077
Ecole coranique	2	2,5	4	2,5	1 (0,18-5,58)	1
Total	80	100	160	100	-	-

Test de Khi-deux =26,87 **p=0,00002** **dl=4**

Les non scolarisés ont représenté (48,8%) parmi les cas et (21,2%) chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p=0,00002$).

Tableau XI: Répartition Cas et des témoins selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Mariée	50	62,5	136	85,0	0,29(0,15 – 0,54)	0,00008
Célibataire	30	37,5	21	13,1	3,88(2,08 – 7,56)	0,00001
Divorcée	0	0,0	3	1,9	-	0,2178
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux =19,89 **p=0,000047** **dl=2**

Dans notre étude, les célibataires ont représenté (37,75%) chez les cas contre (13,1%) parmi les témoins. Il existait un lien statistiquement significatif ($p<0,05$).

Tableau XII: Répartition Cas et des témoins en fonction de la profession du conjoint

P/conjoint	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	p
	N	(%)	N	(%)		
Ouvrier	20	25,0	14	8,7	3,48(1,65-7,34)	6 10⁻⁴
Commerçant	9	11,3	33	20,6	0,49(0,22-1,08)	0,071
Enseignant	4	5,0	11	6,9	0,71(0,22-2,3)	0,571
Elève/ étudiant	2	2,5	6	3,7	0,66(0,13-3,35)	0,611
Tailleur	12	15,0	8	5	3,79(1,48-9,68)	0,008
Autres	25	31,25	78	48,75	0,48(0,27-0,84)	0,009

Test de Khi-deux = 16,38 *p=0,0004* *dl=6*

Les ouvriers ont représenté (25,0%) chez les cas contre (8,7%) parmi les témoins. Il existait une relation statistiquement significative (**p<0,05**).

Tableau XIII: Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Venue d'elle-même	49	61,25	135	84,4	0,29(0,16 – 0,54)	6 10 ⁻⁵
Référée	2	2,50	6	3,75	0,66(0,13 – 3,35)	0,6111
Évacuée	29	36,50	19	11,85	4,22(2,18 – 8,17)	85 10⁻⁶
Total	80	100	160	100	--	--

Test de Khi-deux = 19,81 *p=4 10⁻⁵* *dl=2*

Les évacuations étaient de 36,5% chez les cas contre 11,85% chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative (**p<0,05**).

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux.

ATCDS médicaux	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
HTA	5	6,3	19	11,9	0,49(0,18-1,36)	0,253
Cardiopathie	0	0,0	0	0,0	----	-
Drépanocytose	0	0,0	4	2,5	----	0,182
Diabète	1	1,2	7	4,4	0,28(0,03-2,32)	0,275
Asthme	0	0,0	4	2,5	----	0,304
SRV positif	1	1,25	3	1,87	0,66(0,07-6,45)	0,721

Parmi les cas (6,3%) avaient une HTA contre (11,9%) des témoins. Il n'existait pas une relation statistiquement significative ($P > 0,05$).

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

Age de la grossesse	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Terme	63	78,7	156	97,5	0,1(0,03 - 0,31)	10^{-6}
Non à terme	17	21,3	4	2,5	10,52(3,41 – 32,50)	10^{-7}
Total	80	100	160	100	-	-

Test de Khi-deux = 23,483 ; $p=0,000001$ $dl=1$

La grossesse était estimée à terme chez (78,7%) parmi les cas contre (97,5%) chez les témoins. Il existait un lien statistiquement significatif ($p=0,000001$).

Tableau XVI: Répartition des parturientes selon la température corporelle

Température Corporelle	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Normale	70	92,5	155	98,75	0,23(0,08 – 0,7)	0,004
Hyperthermie	5	6,25	2	1,25	5,27(1 – 27,79)	0,030
Fièvre	5	6,25	3	1,87	3,49(0,81--14,99)	0,075
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux = 8,134 $p=0,017$ $dl=2$

Nous avons noté plus de cas de fièvre chez les cas (6,25%) que chez les témoins (1,87%). Il n'existait pas de lien statistiquement significatif. ($P=0,075$)

Tableau XVII: Répartition des parturientes selon les bruits du cœur fœtal

Bruits du cœur fœtal	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Absents	8	10	4	2,5	4,33(1,26-14,85)	0,011
Anormaux	10	12,5	4	2,5	5,57(1,69-18,37)	0,001
Normaux	62	77,5	152	95	0,18(0,07-0,44)	3 10 ⁻⁵
TOTAL	80	100	160	100		

Les BCF étaient absents dans (10%) chez les cas contre (2,5%) chez les témoins ($p>0,05$).

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission

Etat Des membranes	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Membranes intactes	62	77,5	130	81,25	0,79(0,41 – 1,53)	0,4936
Membranes rompues	18	22,5	30	18,75	1,26(0,65 -2,43)	0,4935
TOTAL	80	100	160	100		

Test de Khi-deux= 0,4688 p=0,4936 dl=1

Les membranes étaient rompues dans (22,5%) chez les cas et (18,75%) chez les témoins, la différence n'était pas statistiquement significative. ($P >0,05$)

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon le délai de rupture de la poche des eaux

Délai de la rupture de la poche des eaux	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
< 6 heures	10	58,8	21	67,7	0,68 (0,2 – 2,31)	0,536
6 à 12 heures	2	11,8	3	9,6	1,24 (0,19 - 8,26)	0,820
>12 heures	5	29,4	7	22,7	1,43 (0,37 – 5,46)	0,601

Les délais de rupture des membranes supérieur à 12h étaient plus fréquents chez les cas (29,4%) que les témoins (22,7%). La différence n'était pas statistiquement significative. ($P >0,05$)

Tableau XX: Répartition des parturientes selon le type de présentation.

Présentation	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Céphalique	64	80,0	146	91,2	0,38(0,18 – 0,82)	0,012
Siège	15	18,8	14	8,8	2,41(1,111 – 5,28)	0,025
Transversal	1	1,2	0	0,0	--	0,156
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux= 7,1852 p=0,028 dl=2

Dans notre étude, la présentation était céphalique dans (80,0%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (91,2%) chez les témoins. Il existait un lien statistiquement significatif (**P=0,012**).

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon les complications retrouvées à l'admission.

C/ à l'entrée	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
HTA sévère	7	8,7	12	7,5	0,846 (0,319 - 2,238)	0,736
Hémorragie	4	5,0	5	3,1	0,613(0,160 - 2,348)	0,475
Procidence de cordon	2	2,5	1	0,6	0,245(0,222 – 2,707)	0,254

L'hypertension sévère a été notifiée dans (8,7%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (7,5%) chez les témoins. Il n'existait pas un lien statistiquement significatif ($P>0,05$).

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon les complications au cours du travail.

C/obstétricales	Cas		Témoins		P
	N	(%)	N	(%)	
Pré éclampsie	10	47,6	09	69,23	0,398
Placenta prævia	2	10	0	0	0,3152
Rupture utérine	1	5	0	0	0,1564
Éclampsie	2	10	0	0	0,0446
Hématome rétro placentaire	3	15	1	7,15	0,0746
Déchirure du périnée simple	1	0,0	2	21	0,2177
Déchirure du vagin	2	10	1	7,15	0,7214

La pré-éclampsie a été observée chez (47,6%) des complications chez les cas contre (69,23%) pour les témoins. Le lien n'était pas statistiquement significatif. (P>0,05).

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon les complications de suites de couche

Suites couche	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Simple	46	57,5	142	79,4	0,34(0,19 – 0,6)	0,001
Anémie	28	35,0	17	10,6	4,53(2,29 – 8,95)	0,001
Suppuration pariétale	5	6,3	1	0,6	0,094 (0,011 - 0,082)	0,033
Endométrite	0	0,0	2	1,3	-	-
Éclampsie	2	2,5	2	1,3	2,03(0,28- 14,68)	1,000
Paludisme	8	10,0	3	1,9	5,81(1,5-22,55)	0,007
Hémorragie postpartum immédiate	7	8,8	11	6,9	1,23(0,46 – 3,3)	-

Parmi les cas (35,0%) avaient présenté l'anémie contre (10,6%) chez les témoins. Il existait alors une relation statistiquement significative (P<0,05).

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

POIDS DU NNE	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
2500g à 4000g	49	61,2	131	81,9	0,35(0,19 – 0,64)	0 ,0005
500g à 2500g	29	36,3	26	16,2	2,93(1,58-5,45)	0,0005
> 4000g	2	2,5	3	1,9	1,34(0,22-8,19)	0,7492
Total	80	100	160	100	-	-

$P=0,003$

$dl=2$

Les petits poids de naissance ont représenté 36,3% chez les cas contre 16,2% chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative($p=0,0005$).

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon le Score d'APGAR

S/APGAR	N	Cas	Témoins		OR (IC à 95%)	P
		(%)	N	(%)		
0 (mort-né)	10	12,5	3	1,8	7,49 (2– 28,02)	0,0006
4 à 6 (morbide)	10	12,5	8	5	2,71 (1,03– 7,16)	7 10 ⁻⁷
≥7(bon score)	60	75	149	93,2	0,22 (0,1 – 0,49)	0,006
Total	80	100	160	100		

$Test\ de\ Khi-deux = 17,13$

$p=10^{-4}$

$dl=2$

Le score d'APGAR était morbide dans 12,5% chez les cas contre 5% chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p<0,05$).

Tableau XXVI: Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement

M/accouchement	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Voie basse simple	52	65,0	142	88,7	0,24 (0,12 – 0,47)	0,00001
Ventouse	7	8,7	8	5,0	1,82(0,64 - 5,21)	0,257
Césarienne	21	26,3	10	6,3	5,34 (2,37-12,02)	0,00001
Total	80	100	160	100		

$Test\ de\ Khi-deux = 21,437$

$p=0,00002$

$dl=2$

L'accouchement a été effectué par voie basse dans (65,0%) chez les cas contre (88,7%) chez les témoins. La relation était statistiquement significative ($p<0,05$).

Tableau XXVII: Répartition des parturientes selon le type de délivrance

Type de délivrance	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Dirigée (GATPA)	59	72,5	150	91,8	0,19(0,08– 0,43)	10⁻⁵
Artificielle	19	23,75	9	5,62	5,34(2,37 – 12,02)	1,3 10 ⁻⁵
Naturelle	02	2,50	1	0,62	-----	0,2177
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux 18,96 $p= 10^{-5}$ $df=1$

La délivrance dirigée était plus effectuée, chez les cas 72,5% et 91,8% chez les témoins. La relation était statistiquement significative (**p<0,05**).

Tableau XXVIII: Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

L'indication de césarienne	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Dystocias	8	38,1	5	50	0,62(0,14 -2,84)	0,5300
Prééclampsie	2	9,5	1	10	0,95(0,08 -11,9)	0,6999
Hémorragies ante partum	2	9,5	0	0	-----	0,313
Pathologie Annexielle	3	14,4	1	10	1,5(0,14 -16,54)	0,7393
Sauvetage maternel	0	00	1	10	-----	0,1407
Syndrome de pré-rupture utérine	1	4,7	0	0	-----	0,483
Utérus tricatriciel en travail	1	4,7	0	0	-----	0,4830
Asphyxie	3	14,4	0	0	-----	0,2085

L'indication de césarienne la plus fréquente était la dystocie chez les cas (38,1%) et chez les témoins avec (50%), les pathologies avec un OR > 1.

Tableau XXIX: Répartition des parturientes selon le la morbidité périnatale

Morbidité fœtale	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Prématurité	18	22,5	4	2,5	12,7(4,16-39,19)	4 10⁻⁷
SFA	10	12,5	5	3,12	4,43(1,46-13,44)	0,004
Infection néonatale précoce	6	7,5	4	2,5	3,57(0,98 -13,02)	0,067
Macrosomie	2	2,5	3	1,9	1,34(0,22 -8,19)	0,749
Hypotrophie	13	16,25	18	11,25	1,8(0,83 -3,91)	0,276
Malformation	1	1,25	1	0,6	2,69(0,17 -43,7)	0,615
Référence nouveau-né						
Oui	71	88,75	150	93,75	0,53(0,21-1,36)	0,176
Non	9	11,25	10	6,25	1,9(0,74 – 4,88)	0,176

La prématurité était largement plus représentée chez les cas avec (22,5%) que chez les témoins (2,5%), de même l'hypotrophie fœtale était plus représentée chez les cas avec 16,25%.

Les nouveaux nés référés dans 88,75 % chez les cas et 93,75% chez les témoins.

Tableau XXX: Répartition des parturientes selon pronostic vital du nouveau-né.

Devenir du NNE	Cas		Témoins		OR (IC à,95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Vivant	72	90	155	96,87	0,35(0,12 -1,05)	0,026
Mort-né frais	6	7,5	3	1,88	3,16(0,87 – 11,54)	0,030
Mort-né macéré	2	2,5	2	1,25	2,03(0,28 – 14,68)	0,475
Total	80	100	160	100		

Test de Khi-deux=5,267

P=0,071

dl=2

Nous avons noté (90,0%) des nouveau-nés vivants chez les cas à la naissance contre (96,2%) chez les témoins. Il n'existait pas une relation statistiquement significative (p=0,07).

Tableau XXXI: Répartition des parturientes selon les traitements reçus en per et post partum

Traitements médicaux	Cas		Témoins		OR(IC 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Utéro toniques	44	55,0	67	41,8	1,7(0,99-2,92)	0,074
Fer	40	50,0	46	28,7	2,48(1,42-4,32)	0,002
Antibiotique	18	22,5	16	10,0	2,61(1,25-5,45)	0,011
Antipaludéens	8	10,0	4	2,5	4,33(1,26-14,85)	0,023
Antihypertenseurs	11	13,7	22	13,7	1(0,46-2,18)	1,000
Transfusion +macromolécules	7	8,8	2	1,3	7(1,54-37,39)	0,007

Chez les cas, le fer a été donné à (50%) des cas contre (28,7%) chez les témoins.

La relation était statistiquement significative ($P < 0,05$).

Tableau XXXII: Répartition des parturientes selon les complications de suites de couche

Suites couche	Cas		Témoins		OR (IC à 95%)	P
	N	(%)	N	(%)		
Simple	46	57,5	142	79,4	2,845(1,583 - 5,110)	0,001
Anémie	28	35,0	17	10,6	0,221(0,112 - 0,436)	0,001
Suppuration pariétale	5	6,3	1	0,6	0,094 (0,011 - 0,082)	0,033
Endométrite	0	0,0	2	1,3	-	-
Éclampsie	2	2,5	2	1,3	-	1,000
Paludisme	8	10,0	3	1,9	-	0,007
Hémorragie postpartum immédiate	7	8,8	11	6,9	-	-

Parmi les cas (35,0%) avaient présenté l'anémie contre (10,6%) chez les témoins.

Il existait alors une relation statistiquement significative ($P < 0,05$).

Cependant nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel.

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

VI.1. Méthodologie

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique des grossesses non suivies du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 sur 80 cas de grossesses non suivies et 160 témoins parmi les grossesses suivies au centre de santé référence de la commune III du District de Bamako.

VI.2. Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 3600 accouchements dont 80 parturientes n'ayant fait aucune consultation prénatale, soit une fréquence de 2,22%. Notre résultat est inférieur à celui de Dembélé B qui avait trouvé 10,2% en 2014 au Csref CII de Bamako [12]. Mais largement inférieur à ceux de Sangala M [7] et Maleya Aat al [1] qui ont eu respectivement 28,7% et 21,23% dans leur étude. En effet, notre étude montre une augmentation du taux de consultation prénatal au CSref de la commune 3 par rapport aux autres CSref et ainsi dans les régions.

VI.3. Profil socio-démographique

- **Selon l'âge de la mère**

Dans notre étude, l'âge la plus représentée était de 18 à 24 ans soit (56,2%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale et (80,0%) chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p=0,00008$). Ce résultat est différent à celui de Sangala M [7] qui a noté une tranche d'âge de 20-34 ans chez 62% des cas contre 68,4% parmi les témoins. Maleya A et al [1] ont trouvé une proportion d'accouchées âgées de moins de 20 ans dans 5,37% des cas de consultations bien suivies contre 11,97% de consultations prénatales non suivie et 7,59% de consultations mal suivies. Il se dégage que l'absence de suivi prénatal était 2,29 fois plus élevée chez les adolescentes que chez les femmes âgées de 20 à 34 ans (OR=2,29 [1,54-3,41]) [1]. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une part cette tranche d'âge se situe dans la période d'activité obstétricale par

excellence et d'autre part elle constitue un risque élevé de mort fœtale in utérine. La fréquence élevée du non suivie des grossesses chez les parturientes jeunes pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de ces grossesses sont non désirées dont elles s'efforcent de les cacher.

- **Selon le statut matrimonial**

Dans notre étude, les mariées ont été majoritairement représenté, soit (62,5%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (85,0%) parmi les témoins. Il existait un lien statistiquement significatif ($p < 0,05$), et 37,5% de célibataire pour les cas contre 13,1% pour les témoins OR 3,88(2,08 – 7,56). Ce résultat est supérieur à ceux de Maleya A et al [1] qui ont rapporté une proportion de célibataire de 1,5% de consultations bien suivies contre 5,73% de consultations prénatales non suivie et 2,15% de consultations mal suivies avec une analyse statistique montrant une différence significative traduisant que l'absence de suivi prénatal était 4,0 fois plus élevée chez célibataires que chez les mariées (OR=4,00 [2,05-7,79]). Sangala M [7] a trouvé un taux de mariée dans 95,6% chez les cas et 98% parmi les témoins contre 4% de célibataire chez les cas et 2% chez les témoins. De même dans une récente de Traoré O et al [6] basée sur le pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako, un taux de 38,8% de célibataire a été apporté chez les cas contre 21,4% parmi les témoins ou il avait trouvé que l'absence de suivi prénatal était 2,25 fois plus élevé chez les célibataires (OR = 2,58[1,94-3,43]). Cela peut s'expliquer dans notre contexte d'une part par le fait que les célibataires ont plus souvent dissimulé leur grossesse à l'endroit de leurs parents, afin d'éviter les conflits familiaux ; le manque de soutien familial ou social, les remarques désagréables des agents de santé et d'autre par la crainte de dépistage du VIH constitue un facteur déterminant dans le manque de suivi de la grossesse chez les célibataires.

- **Selon le niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction a une influence sur la compréhension facile et l'intérêt des suivis et des consultations prénatales.

Dans notre étude, les non scolarisés ont représenté (48,8%) parmi les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale et (21,2%) chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p=0,00002$) OR=3,53 IC (1,98 – 6,3). Ce résultat est inférieur à celui Sangala M [7] qui a noté 94,0% des cas contre 64,0% des témoins de non scolarisés ($p=10^{-7}$; OR=8,81 ; IC= 5,02-16,47). Traoré O et al [6] ont trouvé un taux de non scolarisé dans 48,6% chez les cas et 46,4% chez les témoins et une relation statistiquement significative entre la non scolarisation et le suivi de la grossesse avait été observé (OR = 1,1[0,9-1,3]). Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par le fait que les femmes instruites sont plus aptes à assimiler des messages sur la santé maternelle et donc davantage susceptibles de consulter pour surveiller leur grossesse et d'autre par des aspects socioculturels comme facteurs les croyances selon lesquelles une grossesse connue tôt par l'entourage peut subir des mauvais sorts ou ne pas aboutir.

- **Selon la profession,**

Elles sont majoritairement ménagères avec 48,7% chez les cas et 48,75% pour les témoins. Ce taux est proche de celui que Dembélé B avait eu 54,3% dans son étude [12]. Mais largement inférieur au résultat trouvé par Sangala M en 2014 avec 96,8% à l'hôpital Somine Dolo [7]. Notre résultat peut être expliqué par son milieu d'étude qui s'est passé à Bamako par rapport à celle de Sangala M dans une région du Mali. 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.

- **Selon la profession du conjoint**

Nous avons remarqué que l'activité ouvrier (25%) et cultivateurs (10%) ont une influence négative sur la qualité de suivi prénatal alors que celle des enseignants (5%) et des étudiants (2,5%) protègerait contre ce phénomène. La majorité des femmes dans notre société sont financièrement dépendantes de leurs conjoints.

- **Mode d'admission :**

Dans notre étude, les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 61,25% des cas contre 84% chez les témoins. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Sangala M [7] qui a trouvé à l'hôpital Somine DOLO de Mopti en 2015 31,2% contre 62,8% chez les témoins. Cette différence s'explique par le lieu de l'étude.

VI.4. Données cliniques :

- **Selon le terme de la grossesse**

Dans notre étude, 8,7% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Selon Camara B [31], la fréquence des grossesses non à terme était de 40%. Cette différence de taux serait liée à notre méthodologie qui exclut les grossesses de moins de 28 SA et ou un poids fœtal inférieur à 500g.

- **Selon le bruit du cœur fœtal**

L'auscultation des BDCF (bruit du cœur fœtal) a été faite au stéthoscope de pinard à l'admission de la parturiente. Les BDCF n'étaient pas perçus chez 10% des cas contre 4% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$), ils étaient normaux chez 77,5% des cas contre 95% pour les témoins ce taux est proche de celui par SY I. [20] avec un taux BDCF non perçus dans 11,5% chez les cas contre 4% pour les témoins.

- **Selon le mode d'accouchement**

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 65% des cas contre 88,7% chez les témoins. Ces taux sont comparables à ceux de SY I. [20] qui rapporte un taux d'accouchement par voie basse de 69,5% chez les cas contre 76,5% chez les témoins, et à ceux de Camara B [31] (78% des cas contre 89,3% des témoins).

- **Complications obstétricales au cours du travail**

La pré éclampsie a été observée chez (10,0%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (6,9%) chez les témoins. Le lien n'était pas statistiquement significatif. ($P > 0,05$). Ce résultat est superposable à celui de Sangala M [7] qui a noté un taux de l'hématome rétro placentaire (16,1%) chez les cas contre (38,3%) chez les témoins et d'éclampsie dans 39,3% chez les cas contre (22,2%) parmi les témoins et Pré-éclampsie (9,6%) chez les cas contre (16,7%) chez les témoins. Traoré O et al [6] ont trouvé la rupture utérine (6,6%) chez les cas contre (1,0%) chez les témoins ; l'hémorragie du post partum immédiat (4,8%) chez les cas contre (1,0%) chez les témoins. Ces taux élevés des complications obstétricales au cours du travail pourraient s'expliquer par la mauvaise gestion de la parturition dans les centres périphériques avec un plateau technique insuffisant et un personnel soignant non qualifié posant des actes inadéquats (usage abusif d'ocytocique, non évaluation du risque en cas d'utérus cicatriciel etc.) dans le but lucratif.

VI.5. Pronostic

VI.5.1 Pronostic maternel

- **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 25% contre 8,75%.

SY I [20] a trouvé trois fois plus de complications obstétricales chez les non suivies que chez les suivies avec des taux respectifs de 25,5% contre 9,5%.

- **Complications de suites de couche**

Parmi les parturientes n'ayant effectué aucune suivie de grossesse 57,5% avaient présenté l'anémie par contre 10,6% chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale. Il existait alors une relation statistiquement significative ($P < 0,05$). Il existait une association entre les complications de suites de couche telles que (l'anémie ; la suppuration pariétale ; l'hémorragie du post partum et le paludisme) et le suivi de la grossesse ($P < 0,05$). Ce résultat est inférieur à celui de Sangala M [7] a apporté l'anémie dans 91,5% pour les cas et 88,2% chez les témoins, alors que l'hémorragie du post partum (11,8%) chez les témoins et 6,8% chez les cas. Maleya et al [1] ont enregistré une proportion d'anémie de 1,25% dans le groupe des cas contre 1,36% dans les groupes témoins et ont montré selon l'analyse statistique une différence significative traduisant que le manque de suivi prénatal exposait à 2,33 fois plus de risque de faire une anémie (**OR=2,33 [1,06-5,13]**). 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 grossesse et dans le postpartum.

- **Décès maternel :**

Le non suivi des grossesses est un facteur de risque important pouvant exposer la femme à de nombreuses complications. **Cependant nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel.**

VI.5.2 Pronostic périnatal

- **Score d'Apgar**

Le score d'APGAR était coté bon dans (78,8%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (91,3%) parmi les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p = 0,021$). Dans 78,7% des cas

contre 91,2% parmi les témoins, les nouveau-nés avaient un score d'APGAR supérieur ou égal à sept (7). Il existait un lien statistiquement significatif entre le score d'APGAR et le suivi de la grossesse ($p < 0,05$). Ce résultat se concorde à celui de Sangala M [7] qui a rapporté un score d'Apgar supérieur ou égale à huit (8) dans respectivement 57,6% chez les cas contre 80% chez les témoins ($p = 10^{-3}$; OR=0,34 ; IC= [0,24-0,48]). Diarra N [22] a rapporté une association entre le faible score d'Apgar et le risque accru de mortalité périnatale.

VI.5. Morbidité périnatale

Parmi les parturientes ayant effectué aucune consultation prénatale (22,5%) des nouveau-nés étaient prématurés contre (2,5%) chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p = 0,001$). Maleya et al [1] ont noté des proportions de faibles poids de naissance et de macrosomes dans respectivement 5,37 et 4,87% dans le groupe témoin, de 11,64 et 4,72% dans le groupe cas et montré que le risque de naître avec un poids faible à la naissance est 2,33 fois plus élevé chez ces nouveau-nés issus des femmes non suivi que chez ceux issus des femmes bien suivies (OR=2,33 [1,56-3,46]).

VI.6. Pronostic vital des nouveaux nés

Nous avons noté (90,0%) des nouveau-nés des parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale étaient vivants à la naissance contre (95,6%) chez les témoins. Il n'existait pas une relation statistiquement significative ($p = 0,116$). Le pronostic fœtal dépend de la détection précoce et de la prise en charge des facteurs de risque materno-fœtal.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent dans notre contexte. L'absence de consultation prénatale entraîne des complications obstétricales graves aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Le renforcement de la politique nationale d'information et d'éducation des populations cibles s'impose pour l'amélioration du pronostic des gestantes.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politico-administratives

- Promouvoir la santé maternelle et néonatale.
- Recruter plus d'agents de santé.
- Organiser les campagnes de sensibilisation et d'éducation sur les avantages de la pratique des CPN ;

Aux personnels socio-sanitaires

- Informer, sensibiliser, éduquer régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance de la CPN et la planification familiale.
- Utiliser les réseaux sociaux comme Facebook pour la sensibilisation des femmes
- Encourager les femmes à utiliser les services de santé de la reproduction (suivi prénatal et planification familiale).

Aux populations

- Permettre une plus grande scolarisation des filles afin qu'elles comprennent l'importance des consultations prénatales.
- Accompagner les gestantes durant toute la 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 (aménorrhée) afin de faire le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficace.
- Suivre régulièrement les consultations prénatales afin de réduire les risques liés à l'absence de celles-ci.

REFERENCES

RÉFÉRENCES

1. **Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, et al.** Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 29 mai 2019 ;33 :66.
2. **Recommandations de L'OMS**, concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2016.
3. **Unicef**, la situation des enfants dans le monde 2009,2018 : la santé maternelle et néonatale
4. **Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W.** Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008; 8: 2.
5. **Zafar A, Shariq K, S. Suha T.** Antenatal care and the occurrence of low-birth-Weight delivery among women in remote mountainous region of Chitral, Pakistan. 2012 ;800-5.
6. **Traoré O Soumana, Sylla C, Samaké A, et al (2015).** Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako. SCIENCE DE LA SANTÉ ET MALADIES,21(8).
7. **Sangala M.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Faculté de médecine, Bamako 2015, N°309 ; 67p.
8. **Bennani D.** « SUIVI DE GROSSESSE, » Newdev Maroc, 2007. [En ligne]. Available : <http://drilhambennani.com>.
9. **GANDZIEN P.C.** Les grossesses non suivies : Pronostic obstétrical et néonatal Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54 (3) : 166-168.
10. **PC Chraïbi,** « Santé : La grossesse doit être surveillée, » Aujourd'hui le Maroc, 16 - 01 - 2004.
11. **Précis d'obstétrique, R.Merger, J.Levy, J.Melchior.** Soins en obstétrique 6ème édition Masson.135p
12. **DM Bakary.** Pronostic maternofœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine ; faculté de médecine, Bamako,2015, Pg69.

13. **M. Flory**, « **Suivez-vous les grossesses ?** » LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE., vol. TOME 20, n°1 N ° 740/741, 12 SEPTEMBRE 2006.
14. **Mouyeaux V.** Parturientes à « bas risque » : quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? Disponible sur le site : http://www.scd.uhpncancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MOUYEAU_X_VIRGINIE.pdf.
15. **Lansac J, Gerger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien. Paris : SIMEP SA, 2ème édition, 1990 : 8.
16. **Fenomanana MS, Randriambololona DMA, Randaoharison PG ET AL :** La mort fœtale in utero au service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en 2009.
17. **Surveillance de la grossesse et du post partum**, Manuela l'usage des professionnels de santé : Royaume du Maroc, 2011.
18. **Guide de consultation prénatale**, Belgique, 2000.
19. **S. Brandin.**, Consultation prénatale du premier trimestre : Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal.
20. **Sy I.** pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CS Réf commune V (Bamako). Faculté de médecine, Bamako, 2012 ; N° 97 ;98
21. **HAS**, Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005.
22. **Diarra N.** Aspects épidémiocliniques et pronostic materno-fœtal de l'éclampsie dans le service de gynécologie-obstétricale du CHU Kati Secteur d'intérêt : gynécologie-obstétricale. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020
23. **CNGOF**, Prévention des risques fœtaux – Alcool et grossesse, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011.
24. **S. Fleury**, « Listériose et grossesse, » Au Féminin Maroc, 2017.
25. **Gras L**, « Duration of the IgM response in women acquiring *Toxoplasma gondii* during pregnancy: implications for clinical practice and cross-sectional incidence studies, » *Epidemiol Infect*, n° 1541-8, p. 132, 2004.
26. **P. Dieusaert**, Guide pratique des analyses médicales, Editions Maloine, avril 2015.

27. **J Hepatol**, Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection : Significance of maternal viral load and strategies for intervention, 2013 Jul.
28. **P. Sogni, Viral hepatitis and pregnancy, Paris** : Hôpital Cochin, Service d'hépatologie, Université Paris Descartes, 2013.
29. **Québec**, Diabète et grossesse, juillet 2018.
30. **Feig D, Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Diabetes and Pregnancy**, Can J Diabetes 2018, S255-S282.
31. **Camara B**. Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf commune II du District de Bamako. Faculté de médecine. Bamako, 2009 ; N°15 ;112p.
32. **L.Mandelbrot**, Surveillance de la grossesse normale, Service de gynécologie-obstétrique, AP-HP, hôpital Louis Mourier, Colombes et Université Paris VII, Paris, France, 2006.
33. **Lansac J, Obstétrique pour le praticien**, 5e édition, Masson, 2006.

ANNEXES

ANNEXES

I. IDENTITE DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée : /__/_/__/__/_/

Q2 Numéro du Dossier : /__/_/___/

Q3 Nom & Prénom

Q4 Age : /__/_/ ans

Q5 Tel :

Q5-1 Suivie de la grossesse / / 1= suivie ; 2= non suivis

II. STATUT SOCIOLOGIQUE

Q6 Etat matrimonial : /__/_/ 1= mariée ; 2= célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve

Q7 Profession de la femme : /__/_/ 1= ménagère ; 2= secrétaire/employée de bureau ; 3= commerçante ; 4= élève/étudiante ; 5= enseignante ; 6= vendeuse ; 7= autres.....

Q8 Niveau d'instruction : /__/_/ 1= non scolarisés ; 2= primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ; 5=école coranique

Q9 Profession du conjoint : /__/_/ 1= cultivateur ; 2=commerçant ; 3= enseignant ; 4=élève/étudiant ; 5= ouvrier ;

6= autres.....

III. ANTÉCÉDENTS

3.1. Antécédents médicaux :

Q10 HTA : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q11 Cardiopathie : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q12 Drépanocytose : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q13 Diabète : /__ / 1= oui ; 2= non

Q14 Asthme : /__ / 1= oui ; 2= non

Q15 Autres : /__ / 1= à préciser; 2= non

3.2. Antécédents chirurgicaux :

Q16 Césarienne : /__ / 1= oui ; 2= non

Q16a Si oui indication : /__ / 1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ; 3= souffrance fœtale aiguë ; 4= pathologie maternelle.

Q17 Myomectomie : /__ / 1= oui ; 2= non

Q18 GEU (salpingectomie) : /__ / 1= oui ; 2= non

Q19 Autres : /__ / 1= oui ; 2= non

Q19a Si oui, à préciser.....

3.3. Antécédents obstétricaux :

Q20 Gestité : /___ / 1 : primigeste ; 2 : pauci geste ; 3 : multigeste ;
4 : grande multigeste.

; Parité : /___ / 0 : nullipare ; 1 : primipare ; 2 : paucipare ; 3 : multipare ;
4 : grande multipare.

; nombre Mort-née : /___ / ; nombre Vivant : /___ / ; nombre Avortement : /___ / ;
nombre Décédé : /___ /

Q23 Intervalle inter génésique : /___ / mois. 1 : 12 à 24 mois ; 2 : 24 à 60 mois ; 3
plus de 60 mois

IV. ADMISSION

Q24 Mode d'admission : /__ / 1= référée ; 2= évacuée, 3= venue d'elle-même

Q25 Si référée, Provenance : /__ / 1= CSCOM ; 2= CS Réf ;

Q26 Motif d'admission.....

V. DÉROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

4.1. Examen Clinique

Q27 Examen général :

Q27.1. Etat général : /__ / 1= bon ; 2= mauvais

Q27.2. Conjonctives : /__ / 1= colorées ; 2= pâles

Q27.3. Tension Artérielle : PAS : /__ / __ / __ / et PAD : /__ / __ / __ / mm hg

Q27.4. Température : /__ / __ / °C

Q27.5. Œdèmes : /__ / 1= oui ; 2= non

Q27.6. Taille : /__ / __ / __ / cm

Q27.7. Poids : /__ / __ / __ / kg

Q28 Examen obstétrical :

Q28.1. HU : /__ / __ / cm

Q28.2. BDCF : /__ / __ / __ / bpm

Q28.3. Age présumé de la grossesse : /__ / 1= à terme, 2= non à terme

Q28.4. Col (dilatation) : /__ / __ / cm

Q28.5. Présentation : /__ / 1= Céphalique ; 2= siège ; 3= transversale.

Q28.6. Bassin : /__ / 1= normal ; 2= limite ; 3= BGR.

Q28.7. Membranes : /__ / 1= intactes ; 2= rompues Si rompues : /__ / 1= < 6 heures
; 2= 6-12 heures ; 3= >12 heures Coloration du liquide amniotique :

.....

4.2. Bilan

Q29 Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl

Q30 Groupage/Rhésus : /_____/

Q31 Protéinurie significative : /__/_/ 1=oui ; 2= non

Q32 Glycosurie : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q33 Autres : /__/_/ 1= non ; 2=oui

Q34 Si oui, préciser.....

4.3. Accouchement :

Q35 Mode d'accouchement : /__/_/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps
; 4= Césarienne

Q35.1. Si césarienne, indication.....

Q35.2. Si ventouse ou forceps, indication.....

Q36 Episiotomie : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q37 Si épisiotomie,

Indication :

Q38 Délivrance : /__/_/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

4.4. Complications

Q39 Complications obstétricale à l'entrée : /__/_/ 1= hémorragie ; 2= HTA sévère
; 3= infection amniotique ; 4= procidence du cordon ;

5= autres.....

Q40 Complications obstétricales au cours du travail : /__/_/ 1= rupture utérine ; 2=
placenta prævia ; 3= éclampsie ; 4= HRP ; 5= toxémie gravidique ;

6= procidence du cordon ; 7= déchirure du périnée simple ; 8= déchirure du périnée compliquée ; 9= déchirure du col ; 10= déchirure du vagin ;

11 = autres.....

Q41 Suites de couche : /___/ 1= simples ; 2= anémie ; 3= suppuration pariétale ;
4= endométrite ; 5= éviscération ; 6= pelvipéritonite ; 7= péritonite ; 8= éclampsie
; 9= septicémie ; 10= paludisme ; 11= hémorragie du post-partum immédiat ;
12=autres.....

4.5. Traitement

Q42 Traitement médicaux : /___/ 1= utéro toniques ; 2= antibiotique ; 3=
antipaludéens ; 4= fer ; 5= antihypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ;
7= autres.....

Q43 Traitement chirurgicaux :

Q43.1. Césarienne : /___/ 1= oui ; 2= non

Q43.2. Si oui, indication :

Q43.3. Laparotomie : /___/ 1= oui ; 2= non

Q43.4. Si oui, indication :

Q43.5. Suture du périnée : /___/ 1= oui ; 2= non

Q43.6. Si oui, indication :

VI. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

6.1. Pronostic maternel :

Q44 Mère : /___/ 1= vivante ; 2= décédée

6.2. Pronostic fœtal :

Q45 Score d'Apgar : /___/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score)

Q46 Morbidité foetale : /___/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie foetale ; 4= hypotrophie foetale ; 5= malformation ;
6= autres.....

Q47 Fœtus : /___/ 1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mort-né macéré

Q47.1. Si mort, cause :

Q47.2. Référé à la néonatalogie / / 1= oui ; 2= non

Si référer : Motif de référence.....

Q47.3 poids de naissance / / 1= sup. à 2500g mais inf. à 4000g :

2= inf. à 2500g : 3= Sup. à 4000g

Fiche signalétique

NOM : DEMBELE

PRENOM : Aboubacar

Titre de thèse :

Problématique de l'accouchement des grossesses non suivies au csref CIII du district de Bamako.

Pays d'origine : République du Mali

Ville d'origine : Bamako

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique et pédiatrie

Résumé de la thèse :

C'est une étude de type cas témoins effectué dans le service de gynécologie-obstétrique du csref CIII du district de Bamako sur une période de 12 mois et portant sur les grossesses non suivies a donné les résultats suivants :

-La fréquence des grossesses non suivie était de 2,22% à la période d'étude.

-les facteurs de risque ont été la profession ménagère qui ont représenté (48,7%) chez les cas contre (54,37%) chez les témoins. Il existait une relation statiquement significative($p<0,5$) et le niveau d'instruction non scolarisés ont représenté (48,8%) parmi les cas et (21,2%) chez les témoins. Il existait une relation statiquement significative ($p=0,00002$).

- Comme complications obstétricales, L'hypertension sévère a été notifiée dans (8,7%) chez les parturientes n'ayant effectué aucune consultation prénatale contre (7,5%) chez les témoins **OR (IC à 95%) 0,846 (0,319 - 2,238)**.

- La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec (22,5%) chez les cas contre (2,5%) chez les témoins, de même l'hypotrophie fœtale était plus représentée chez les cas avec 16,25%.

- Le score d'APGAR était morbide dans 12,5% chez les cas contre 5% chez les témoins. Il existait une relation statistiquement significative ($p < 0,05$).

- Nous n'avons pas observé de décès maternels.

Mots clés : Consultation prénatale, grossesses non suivies, pronostic périnatal, décès maternels

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le jure !