

Ministère de l'Education Nationale

République du Mali

Université de Bamako

Un Peuple - Un But- Une foi

Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie

Année Académique 2005-2006

N° _____

*ASPECTS SOCIOCULTURELS ET
ECONOMIQUES DE L'ABSENCE
DU SUIVI PRENATAL CHEZ LES
PARTURIENTES ADMISES A L'HGT.*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/..... /..... devant la Faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par :

Monsieur YACOUBA KONE

JURY

Président du jury

Pr. Mamadou Marouf KEITA

Membre du jury

Dr. Adama DIAWARA

Co-Directeur de thèse

Dr. Youssouf TRAORE

Directeur de thèse

Pr. Amadou Ingré DOLO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006****ADMINISTRATION****DOYEN:****Anatole TOUNKARA**
Professeur**1^{er} ASSESSEUR:****Drissa DIALLO**
MAITRE DE CONFERENCES AGREGÉ**2^{ème} ASSESSEUR:****Sékou SIDIBE**
MAITRE DE CONFERENCES**SECRETAIRE PRINCIPAL:****Yénimegue Albert DEMBELE**
Professeur**AGENT COMPTABLE:****Mme COULIBALY Fatoumata TALL**
CONTROLEUR DES FINANCES**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE**▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynécologie/ Obstétrique

- **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou Baby	Hématologie
Mr Mahamadou A Théra	Parasitologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y Sacko	Biochimie

- **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar Guinto	Neurologie

- **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum Haidara	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie

5. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE**1. PROFESSEUR**

Mr Sidi Yaya SIMAGA
Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique **Chef de D.E.R**
Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Oumar THIERO

Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Biostatistique

- **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie-Organique

- **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail.....

-A mon Feu Père, in mémorium :

Soukalo KONE : Tu nous as quitté prématurément, mais tu as accompli ton devoir de père exemplaire. Car ton souci majeur a toujours été de cultiver en nous le respect, le sens de l'honneur, de la dignité, et de la grandeur. Ton affection de père nous a toujours guidé dans nos entreprises quotidiennes. Dors en paix cher père et reçois ici l'expression de ma profonde gratitude. Nous prions Dieu pour le repos de ton âme et qu'il t'accueille dans son paradis.

-A ma mère :

Dianaba DIABATE : Ton soutien de mère affective ne nous a jamais fait défaut, tu fait notre fierté, car ton humanisme, ton amour pour tous les enfants, ta largesse, ta sagesse, fait de toi l'une des femmes les plus enviées et respectées. Nous avons eu de toi tous ce dont un enfant peut attendre de sa mère. Nous pouvons t'assurer que toutes nos entreprises seront guidées par tes enseignements. Ce travail n'est que le fruit de ta sagesse, reçois ici notre profonde gratitude.

-A mes grands parents, in mémorium :

Pour l'empire et la grande famille fondée, qui font toute notre fierté aujourd'hui. Trouvez ici toute ma reconnaissance.

-A mes oncles et tantes :

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions et vos soutiens de tout genre. Votre contribution à mon éducation à fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Soyez assurés de mon attachement familiale.

-A mes frères et sœurs :

Votre amour fraternel, vos sages conseils, m'ont souvent facilité le long parcours qui a abouti à ce travail. Trouvez ici tout mon attachement.

-A mes cousins, mes cousines :

Vous n'avez ménagé aucun effort, ni votre temps, pour l'unité de la famille. Je vous remercie sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils. Recevez ici toute ma gratitude.

-A mes neveux, mes nièces, petits fils :

Pour toutes la tendresse. Je vous souhaite du courage, car la vie est un « combat ». Et sachez que seul le travail libère.

-A ma bien aimée et future épouse : Fatoumata TRAORE dite Bébé.

Tu m'as toujours assisté par ton amour, tes conseils, au moment où il le fallait. Trouve ici mon amour, ma profonde gratitude.

-A tous mes amis de groupe d'âge du village :

Pour les bons souvenir de notre enfance, et l'assistance.

-Aux habitants du village de Kébila et à tout le cercle de Kolondièba :

Pour la fraternité et tout l'attachement à mon égard.

-A mes promotionnaires et les enseignants de l'école fondamentale de kébila, du Lycée Kalilou Fofana de Bougouni, de la FMPOS :

Pour les moments passés ensemble et la qualité de l'enseignement.

-A mes collègues co-chambriers (RDC5, RDC7) du campus :

Pour les moments et les durs travaux qu'on a eu à faire ensemble. Recevez ici ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

-A mon frère Maître Salifou COULIBALY et sa femme Adiaratou DOUMBIA :

C'est avec un intérêt que vous avez suivi mon cycle à l'école de Médecine.

Votre soutien matériel et moral, m'a permis la réalisation de ce travail. Merci.

-A mon frère Salia KONE et sa femme Binta TRAORE :

Vos sages conseils et votre soutien, matériel et moral ont permis la réalisation de ce travail. Sincère remerciement à vous.

-A mon neveu Moussa COULIBALY :

Tu as toujours été mon compagnon de tous les temps, nous avons fait de longs parcours et de durs moments ensemble. Trouve ici ma profonde gratitude.

-A Dramane COULIBALY : Tu as été un soutien inoubliable pour moi. Je ne peux pas te remercier par des mots. Retrouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

-A Madame DOUMBIA Kadidia NAMAKRY :

Tu as toujours été soucieuse de mes études et tu m'as toujours prouvé ton affection. Merci pour le soutien.

-A Abdoulaye SAMAKE, Drissa SAMAKE, et tous les travailleurs de la Papeterie Sam : Pour la franche collaboration, le soutien matériel et moral. Votre apport a été énorme dans la rédaction de cette thèse. Soyez-en remerciés.

-A Synali DIAKITE : Tes sages conseils, et tes soutiens matériels m'ont toujours aidé dans mes travaux. Trouve ici toute ma reconnaissance et mon attachement.

-A la famille DEMBELE : Pour l'affection parentale et le soutien moral.

-A mes amis collaborateurs : Hanine, Ousmane, Fantamady, Douh, Papi, Badri, Mamadou dit Bi, Soukané, Niambélé, Dramane, Seydou K, Arché, Action, Bouacar dit Koffi, Diombo : Pour les moments passés ensemble.

-A tous les membres du Grin "Temple du savoir" : Pour les moments de détente et les services rendus.

-Aux Gynécologue-obstétriciens de l'hôpital Gabriel Touré :

Dr : Niani MOUNKORO, Ibrahima TEGUETE, Dramane SAMAKE, Assitan WANE, Amalle DAOU, Almamy DICKO, Salif DIAKITE, Oumar Chérif HAÏDARA.

Pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères pour vos bonheurs et la réussite dans toutes vos entreprises.

-A tous les médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique : Pour la contribution que chacun de vous a apportée à notre formation. Soyez-en remerciés.

-Aux internes du service de gynéco-obstétrique :

Kola SOW, Amadou BOCOUM, Siaka DIARRA, Yssouf KONE, Youssouf K KONE, Daouda DOUMBIA, Kéka DIARRA, Nouhoum CAMARA, Amadou FOMBA, Samuel GANDEBA, Djénéba KOÏTA, Sandrine EYOKO.

Merci pour la franche collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ces stages internés.

-Aux Sages Femmes de l'hôpital Gabriel TOURE : Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

-Aux Aides de Bloc de l'HGT :

La disponibilité, et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

-Aux Infirmiers et Infirmières de l'HGT : Pour la disponibilité et la qualité de la collaboration. Grand merci à vous.

-Aux manœuvres de l'HGT : Merci pour la franche collaboration et la disponibilité.

-Aux familles amies :

Les familles : Moussa COULIBALY, Dramane COULIBALY, Mamy DIARRA, Moïse SAYE, Aldjouma TRAORE, Baba SOUMARE, Zoumana SANGARE, BAGAYOKO, Alou COULIBALY, Yacouba KONE, Daouda DANIOKO. Pour la sympathie, le soutien matériel et moral, et les bénédictions qui ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études universitaires. Merci à vous tous.

-A tout le personnel du cabinet Avicenne : Merci pour le soutien matériel et moral, et la franche collaboration. Je formule pour chacun de vous des vœux de santé et de succès dans toutes vos entreprises.

-Spécial Remerciement

* Au Docteur TRAORE Fatoumata DICKO

Spécialiste en Pédiatrie

Praticienne hospitalière dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré

Chère maître, je ne s'aurais vous remercié assez pour tous vos soutiens apportés. Je vous dis tout simplement que ce travail n'est autre que le vôtre.

Recevez ici, toute ma profonde et sincère reconnaissance.

Que Dieu vous guide sur le droit chemin et vous donne la réussite.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

***A notre Maître et Président du jury**

Monsieur le Professeur Mamadou Marouf KEITA

Professeur Titulaire de pédiatrie à la FMPOS

Chef du service de Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE

Président de l'Association Malienne des Pédiatres

Président du Comité d'éthique de la FMPOS.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce Jury malgré vos multiples occupations. Votre modestie, fait de vous un être d'abord facile.

Cher maître, nous avons été très impressionné par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

***A notre Maître et Directeur de thèse**

Professeur Amadou Ingré DOLO

Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMPOS

**Chef du service de Gynécologie Obstétrique de
l'Hôpital Gabriel
TOURE**

Président fondateur de la SOMAGO

Secrétaire général de la SAGO

Président du réseau national de lutte contre la mortalité maternelle.

Honorable maître : la rigueur scientifique, le souci constant du travail bien fait, la faculté d'écoute, la disponibilité, l'éloquence et le respect de la personne humaine qui vous caractérisent font de vous un des plus beaux fleurons de l'intelligence nationale et internationale.

Cher Maître, nous sommes fier d'avoir été votre élève et de continuer à l'être. Recevez ici, l'expression de nos respectueux hommages.

*** A notre Maître et Juge**

Docteur Adama DIAWARA

Spécialiste en Santé Publique

Maître Assistant de Santé Publique à la FMPOS

**Chef de la Division Assurance Qualité et Economique du
Médicament à la Direction de la Pharmacie et du Médicament
(DPM).**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. La clarté de votre enseignement, votre souci du travail bien accompli, votre efficacité, votre abord facile, et votre modestie ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher maître notre profonde gratitude.

***A notre Maître et Co-directeur de Thèse**

Docteur Youssouf TRAORE

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital

Gabriel TOURE

Secrétaire général de la SOMAGO

Cher Maître, la simplicité, la culture scientifique et l'amour du travail bien fait qui vous caractérisent, nous ont séduit, et ont fait de nous un de vos plus fidèles élèves.

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde admiration. Puisse Dieu vous ouvrir davantage les portes de succès et vous accorder longue vie.

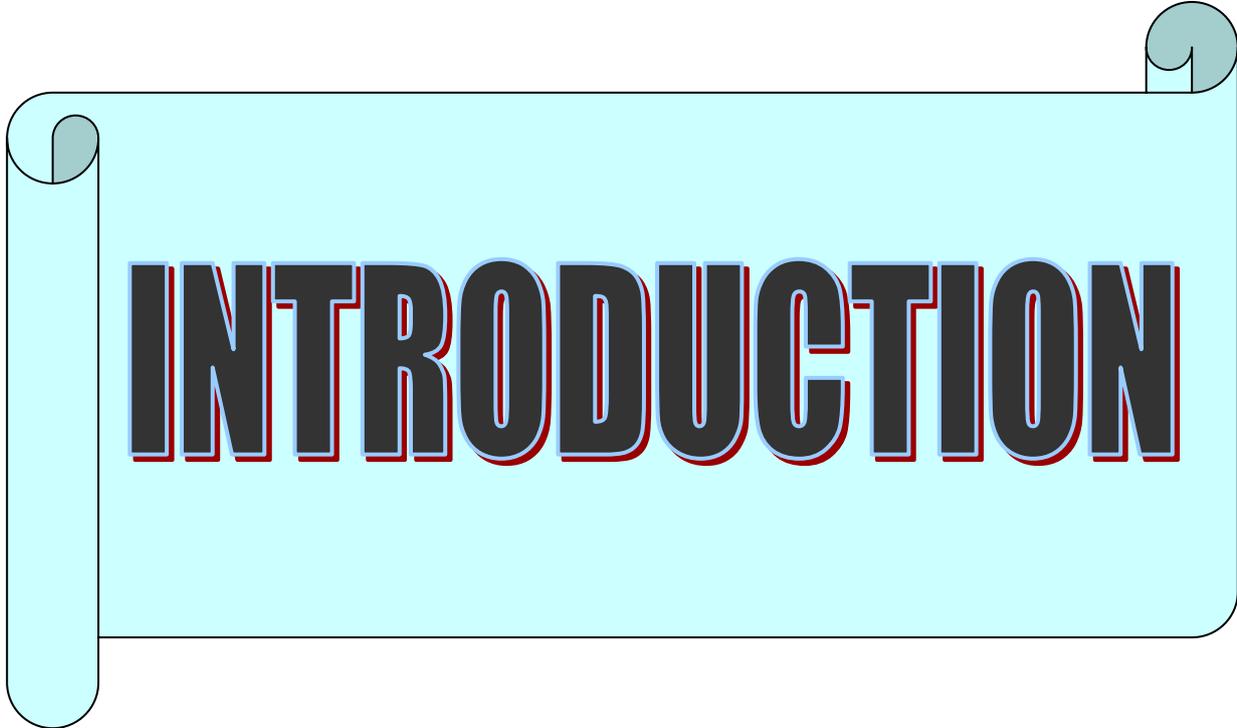


SOMMAIRE

ABREVIATIONS	3
I- INTRODUCTION.....	4
II- GENERALITES.....	7
1. RAPPEL : MODIFICATIONS ANATOMIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE	
1-1 LE CORPS DE L'UTERUS	
1-2 LE SEGMENT INFERIEUR	
1-3 LE COL DE L'UTERUS	
1-4 VASCULARISATION DE L'UTERUS GRAVIDE	
2 SURVEILLANCE PRENATALE	
2-1 DEFINITION	
2-2 INTERETS	
2-3 BUTS DE LA CPN	
2-4 MATERIELS DE CPN	
2-5 CONTENU DES CPN PAR TRIMESTRE ET LEURS OBJECTIFS	
2-6 PRINCIPALES ANOMALIES SUSCEPTIBLES D' ETRE CORRIGER PAR LES CPN	
2-7 ROLE DE LA REFERENCE	
2-8 LES ACTIVITES PREVENTIVES	
III- MATERIELS ET METHODE.....	18
IV- RESULTATS.....	27
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	47
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	54
REFERENCES.....	57
ANNEXES.....	63

LISTES DES ABREVIATIONS

BCF	Bruit du Cœur Fœtal
CHU	Centre Hospitalier et universitaire
Cm	Centimètre
CPN	Consultation Périnatale
CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
DNS	Direction Nationale de la Santé
HGT	Hôpital Gabriel Touré
HU	Hauteur Utérine
HTA	Hypertension Artérielle
Km	Kilomètre
MAF	Mouvements Actifs Fœtaux
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
VAT	Vaccination Antitétanique
VIH	Virus d'Immunodéficiencio Humaine



INTRODUCTION

I- INTRODUCTION :

Dans le monde 211 millions de femmes contractent une grossesse chaque année [27]. Au Mali ce taux est d'environ 590 000 et le risque chez une femme de décéder pour une cause maternelle pendant les âges de procréer est de 1 sur 24 [15]. Ainsi « La grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort » dit un proverbe bambara.

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

- vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains,
- traiter ou orienter le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,
- établir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications.

A l'heure actuelle, dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire, presque toutes les femmes enceintes utilisent les CPN, sauf dans des groupes marginalisés tels que : migrants, minorités ethniques, adolescentes célibataires, personnes très pauvres et communautés rurales isolées [27]. Pendant les années 90, il y a eu une augmentation sensible du recours aux soins prénatals dans les pays en développement. L'augmentation a été très marquée en Asie, aux Caraïbes et Amérique latine bien que dans ces deux derniers les taux étaient déjà élevés. En Afrique subsaharienne cette augmentation n'a été que marginale au cours de la dernière décennie.

Ces progrès ont été chiffrés à une augmentation de plus 20% à travers le monde, plus 17% en Europe, plus 15% en Amérique, plus 34% en Asie,

plus 6% en Afrique [27].

Au Mali, l'accessibilité aux structures sanitaires (CSCOM/CSAR) dans un rayon de moins de 5 km était de 47% en 2004 et de 71% à moins de 15 km la même année et à Bamako l'accessibilité à moins de 5 km était de 97% [2]. Pourtant le taux de couverture en consultation prénatale tel que défini par l'OMS (à savoir le pourcentage des femmes ayant fait au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux) reste toujours estimé à 75% au Mali et à 88% à Bamako [2]. Quelle explication peut-on donner à ce phénomène ? Plusieurs hypothèses ont été émises :

- Manque de moyen financier.
- Ignorance des femmes.
- Négligence des femmes.
- Insuffisance de personnel.
- Mauvais accueil dans les centres de santé.
- Eloignement des structures sanitaires.
- Problème culturel.

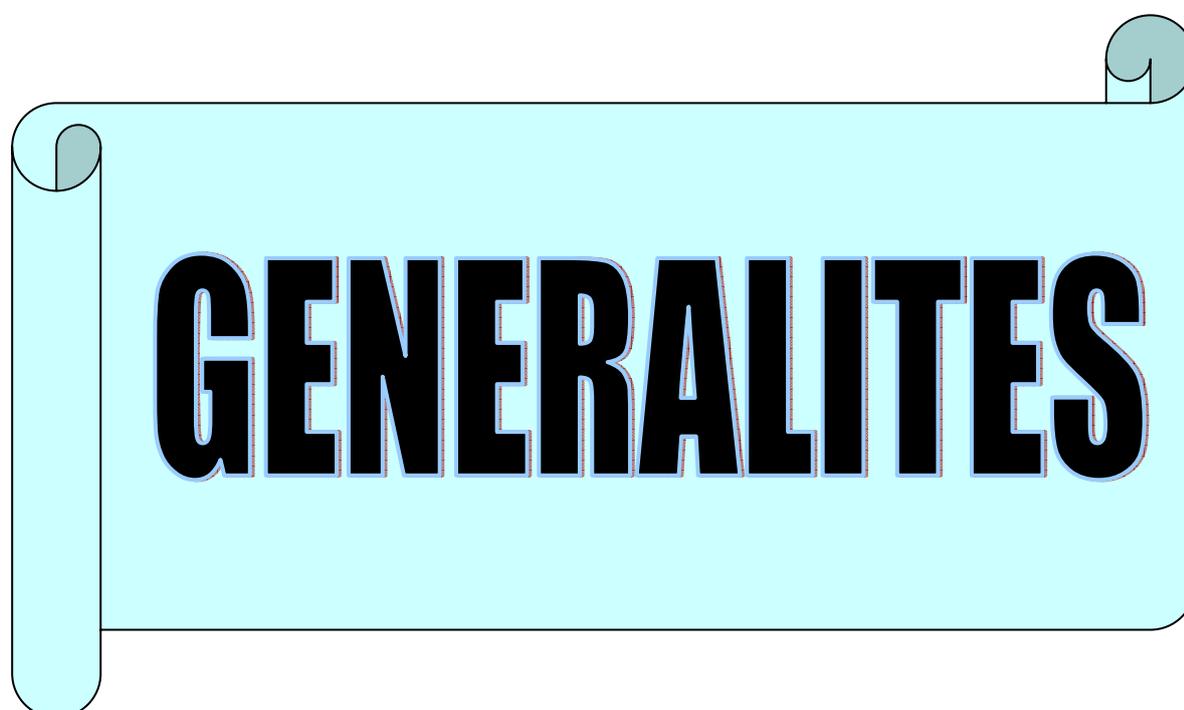
Plusieurs travaux ont été faites sur les CPN, mais pas sur les causes réelles socioculturelles et économiques de l'absence de suivi des grossesses d'où l'intérêt de ce travail dont les objectifs sont les suivants :

* objectif général :

Etudier les facteurs d'absence du suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité de l'HGT.

* objectifs spécifiques :

- Déterminer la prévalence des grossesses non suivies à l'HGT.
- Décrire le profil socio-démographique des femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale au cours de leur grossesse.
- Evaluer la connaissance des femmes sur les CPN.
- Identifier les raisons d'absence du suivi des grossesses.



GENERALITES

1-RAPPELS SUR LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES DE L'UTERUS AU COURS DE LA GROSSESSE

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Au point de vue anatomique, l'utérus gravidé comprend trois parties :

Le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

1-1 Le corps de l'utérus :

Anatomie macroscopique : l'utérus augmente progressivement de volume d'autant plus vite que la grossesse est avancée.

La 1^{ère} phase est celle d'épaississement des parois et la seconde de distension.

Tableau I : Dimensions de l'utérus lors des modifications pendant la grossesse.

L'utérus non gravide	hauteur	largeur
Normale	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22cm

*Le poids : l'utérus non gravide pèse 50g, à terme il fait 900-1200g

*La capacité : non gravide 2-3 millilitres, à terme 4-5 litres

*L'épaisseur : des parois à terme 8-10 mm au fond et 5-7 mm au niveau du corps.

*Consistance : non gravide elle est ferme et se ramollit pendant la grossesse.

*Situation : pelvien au début, devient abdominale à terme.

*Direction : au début conserve ou accentue son antéversion, puis s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale.

Rapports :

-au début : encore pelvien, sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse;

-à terme : abdominal,

*avant : face antérieure répond à la paroi abdominale

*arrière : colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, muscle psoas croisé par les uretères avec une partie des anses grêles.

*En haut le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les côtes.

*Le bord droit regarde en arrière et entre en contact avec le cæcum et le colon ascendant.

*Le bord gauche répond à la masse des grêles refoulées et en arrière au colon descendant.

Structure : elle est composée de 3 tuniques qui sont :

-la séreuse

-la musculuse

-la muqueuse

1-2 Le segment inférieur

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide située entre le corps et le col.

-Forme : c'est une calotte évasée ouverte en haut.

-Caractère : c'est essentiellement sa minceur de 2 à 4 mm qui s'oppose à l'épaisseur du corps.

-Limites : La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col et la limite supérieure qui est marquée par changement d'épaisseur de la paroi, devenant corporéale.

-Origine et formation : se développe au dépens de l'isthme utérin.

-Rapports : Il est en rapport avec les organes suivants :

*En avant avec le péritoine viscéral ;

*Latéralement avec la gaine hypogastrique ;

*En arrière avec le profond cul de sac de Douglas, s'éparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

-Structure : elle est essentiellement formée de fibres conjonctives et élastiques.

1-3 Le col de l'utérus

Contrairement au corps, se modifie peu pendant la grossesse.

Anatomiquement : son volume et sa forme restent la même. Sa situation et sa direction ne changent à la fin de la grossesse que lorsque la présentation s'améliore ou s'engage.

Sa structure : est essentiellement constituée de tissus conjonctifs.

1-4 Vascularisation de l'utérus gravide

-les artères : ce sont les branches de l'utérine qui s'anastomosent entre elles de chaque côté.

-les veines : sont constituées par les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporeales.

-les lymphatiques : sont au nombre de 3 réseaux: un muqueux, un musculaire et un sous-séreux communiquant largement entre eux.

-l'innervation de l'utérus gravide : ce fait par deux systèmes : un intrinsèque, un extrinsèque et les centres (médullaires, supérieurs sous – corticaux, et corticaux).

2 LA SURVEILLANCE PRENATALE

2-1 Définition :

Toute grossesse offre à la femme un risque potentiel de mourir d'où la nécessité de suivi prénatal. La consultation prénatale apparaît alors comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement de la grande majorité des pathologies gravido-puerpérales pouvant causer la morbidité et la mortalité materno-fœtale. Elle se définit comme : l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, de

dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse (qui dure 266 à 270 jours), de dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu [33].

2-2 Intérêts :

La consultation prénatale ou surveillance prénatale est l'un des actes les plus indispensables dans la prévention de la mortalité materno-fœtale. Elle permet de surveiller et de dépister les anomalies au cours de la grossesse, de sélectionner les grossesses à risque, prévenir les complications, et enfin permet l'éducation sanitaire et nutritionnelle, ainsi que la préparation à l'accouchement.

2-3 Buts de la CPN : Ce sont :

- surveiller l'état de santé de la mère et l'évolution de la grossesse.
- Prévenir et prendre en charge les affections pouvant survenir pendant la grossesse.
- préparer l'accouchement.

La consultation prénatale se fait selon un rythme d'une consultation par trimestre au moins et une consultation du 9^{ème} mois dans le but de porter le pronostic de l'accouchement [6].

2-4 Matériels de CPN [12]

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

Les matériels nécessaires sont :

- .une table de consultation gynécologique ;
- .une source lumineuse ;
- .un appareil à tension, un stéthoscope médical ;
- .une toise et un pèse-personne ;
- .un mètre ruban ;
- .un stéthoscope obstétrical de pinard ;

- .des spéculums ;
- .des gants stériles ;
- .des matériels pour réaliser un frottis vaginal: spatules d'Ayre, lames fixateurs;
- .des tubes stériles plus écouvillons pour prélèvement bactériologiques ;
- .des verres à urines plus bandelettes pour la recherche de sucre d'albumine et de nitrites ;
- .une solution antiseptique ;
- .un seau contenant ne solution désinfectante.

2-5 Contenu des CPN par trimestre et leurs objectifs. [25]

1ère consultation : elle comprend :

1-L'interrogatoire pour rechercher : les antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, et le contexte social de la gestante.

2-Le calcul du terme de la grossesse à partir de la date des dernières règles.

3-L'examen clinique : consiste à rechercher une protéinurie si antécédent d'HTA, ou si présence d'éléments cliniques tels que œdème, HTA, etc.

Vaccination antitétanique (VAT) à faire ; Echographie de datation.

Objectifs : ce sont : confirmer la grossesse, dépister les facteurs de risque, calcul de l'âge réel de la grossesse.

2^{ème} Consultation et suivantes : consiste à surveiller tous les paramètres materno-fœtales, à contrôler l'évolution de la hauteur utérine (HU), vérifier l'apparition des BCF, des MAF, l'absence d'œdème chez la mère. Deuxième vaccination antitétanique au moins un mois après la première, au moins un mois avant la date présumée de l'accouchement. Actuellement selon l'OMS il faut 5 doses pour couvrir la mère définitivement : les deux premières doses T1 et T2, puis rappel au moins 6 mois après (T3), T4 au moins un an après, T5 un an après au moins.

Les objectifs sont : surveiller l'évolution normale de la grossesse, et le bien être de la mère et l'enfant.

La dernière consultation avant le terme : consiste à apprécier la présentation fœtale, la HU, les BCF, le bassin et l'état du périnée.

L'objectif : c'est de déterminer les conditions de l'accouchement.

2-6- Principales anomalies susceptibles d'être décelées par les CPN

2-6-1 Les hémorragies :

Elles constituent la première cause de décès maternel dans les pays en voie de développement. Elles peuvent survenir à tout âge de la grossesse. Mais ce sont les hémorragies du 3^{ème} trimestre et de la délivrance qui entraînent le plus des décès maternel [25]. Qu'elles soient anté ou post-partum, ces hémorragies constituent une urgence médicale et/ou chirurgicale qui nécessite une prise en charge rapide et correcte.

Les principales causes d'hémorragie sont :

* Avant et pendant l'accouchement :

-au 1^{er} et 2^{ème} trimestre : la grossesse ectopique, l'avortement, grossesse molaire, décollement prématuré du placenta normalement inséré.

-au 3^{ème} trimestre et pendant le travail d'accouchement : le placenta praevia, l'hématome retro placentaire, rupture utérine.

*En post-partum : la rétention placentaire, l'atonie utérine, les troubles de la coagulation sanguine, les déchirures des parties molles (col, vagin et périnée).

Les facteurs favorisant la survenue des hémorragies du post-partum sont nombreux : ce sont :

-la primarité et la grande multiparité ;

-les grossesses multiples ;

-l'anémie ;

-le travail excessivement long ;

-la mort fœtale in-utéro.

Les hémorragies de la délivrance représentent la principale cause de mort maternelle par hémorragie, soit 56% des hémorragies et ceci par manque de produits sanguin [14].

Au Mali les hémorragies de la délivrance représentent 46,18% des complications de la délivrance avec un taux de décès de 6,47% [35].

2-6-2 Les infections puerpérales:

Surviennent dans les suites de couche et ont pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elles constituent l'une des premières causes de décès maternels. Elles sont encore responsables de 7% de décès aux USA [33]. En Afrique, les taux varient selon les auteurs et les pays : 20,4% de décès au Niger [17, 33] et 20% au Mali [33].

Les facteurs favorisant les infections sont :

- les hémorragies;
- les lésions des voies génitales et leur surinfection éventuelle ;
- le manque d'hygiène et d'asepsie.

L'infection peut être prévenue par les mesures suivantes :

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

2-6-3 Les dystocies et les ruptures utérines :

Sont le plus souvent mécanique donc elles sont permanentes et sont en corrélation étroite avec la petite taille de la femme, ou elles sont dues à une disproportion foeto-pelvienne.

Sans traitement, ces dystocies aboutissent à la rupture utérine qui est une urgence chirurgicale, si non il y a un risque de mort par hémorragie.

Les ruptures utérines sont de deux groupes :

- ruptures survenant au cours de la grossesse.

-ruptures survenant au cours du travail d'accouchement.

En Afrique le taux de décès maternels par rupture utérine est de :

.16, 27% au Togo [1] ;

.9, 5% et 14,63% à Bamako [12,13] ;

.19, 3% a 19,3% au Niger [29].

2-6-4 La toxémie gravidique et l'éclampsie

L'hypertension gravidique est une affection fréquente qui complique 5 à 10% des grossesses [21,23].

Une femme enceinte est considérée comme hypertendue lorsque la pression artérielle systolique (maxima) est supérieure ou égale à 140mmHg et /ou la pression artérielle diastolique (minima) est supérieure ou égale à 90mmHg.

Elle est dite induite par la grossesse quand elle survient après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et qu'elle disparaît vers la 6^{ème} semaine après l'accouchement [23]. La toxémie gravidique serait la cause de 17% des décès maternels [21,32] et se complique dans 10% des cas [23]. La mortalité périnatale liée aux hypertensions gravidiques est de l'ordre de 3 à 5% dans les pays industrialisés. A Bamako selon les résultats de certains travaux, elles représentent entre 6,5 à 30% [19,33] des causes de décès maternels.

Le tribut payé par le fœtus (20 à 30% de mortalité périnatale) et la mère (3 à 10% de mortalité) reste lourd, inscrivant l'hypertension gravidique au 3^{ème} rang des causes de mort maternelle [11,36].

La pré-éclampsie est caractérisée par l'élévation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie et des oedèmes au cours de la deuxième moitié de la grossesse. Les signes cliniques sont caractérisés par des céphalées, des vomissements, des troubles visuels et des douleurs abdominales hautes accompagnées souvent d'une insuffisance rénale. Les femmes très jeunes et celles de plus de 35 ans sont particulièrement les plus touchées.

Les complications sont de deux ordres :

-chez la mère, ce sont : l'éclampsie l'hématome retro placentaire, l'insuffisance rénale, l'hémorragie cérébro-méningée.

-chez le fœtus : la mort in-utero, l'hypotrophie fœtale, la prématurité (dans 30% des cas d'HTA).

La surveillance prénatale augmente les chances de détecter la pré-éclampsie à un stade précoce. Son traitement est basé sur les anti-hypertenseurs.

L'éclampsie est la complication ultime de la toxémie gravidique. Cliniquement on a une poussée hypertensive avec des crises convulsives tonico-cloniques avec parfois morsure de la langue. Sans traitement l'issue est fatale. L'éclampsie reste une cause de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale dans les pays en voie de développement.

Les facteurs favorisants sont : le mariage précoce, l'insuffisance ou le manque de consultations prénatales [18,33].

A Bamako le décès maternel par éclampsie est de 3,77% et à Niamey : 11,5%. D'autres problèmes peuvent être cités tels que : les affections respiratoires, rénales, cardiovasculaires, hépatiques (hépatite virale), l'anémie sévère, le paludisme, les infections urinaires, la drépanocytose, le diabète, etc. [33].

2-7 Rôle de la référence dans la surveillance prénatale

C'est but ultime de la CPN dans les pays disposant de peu de ressource. IL faut mettre à la disposition des parturientes qui en ont le plus besoin, les moyens adaptés existants.

L'amélioration des références nécessite des consignes claires devant être appliqués par le personnel chargé de la CPN, et inclus dans les fiches de CPN, ainsi que les conduites à tenir pour chaque facteur ou groupe de facteurs de risque. Ceci facilitera au maximum la tâche du personnel : référence immédiate, consultation médicale, accouchement à l'hôpital [22]. Ces fiches doivent être simples et efficaces.

Les références sont aussi améliorées par l'éducation dispensée pendant les consultations prénatales. Il faut apprendre aux femmes les signes d'alerte

devant les amener à consulter en urgence : l'hémorragie, la rupture prématurée de la poche des eaux, la fièvre, les céphalées etc.

Les deux facteurs les plus importants qui déterminent le taux de réussite de la référence sont : l'accessibilité géographique et la perception du risque par la parturiente.

2-8 Les activités préventives :

2-8-1 La vaccination antitétanique : elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49 % à Bamako (Mali) alors que l'objectif du Programme Elargi de Vaccination (PEV) était de 80 % en 1995 [33].

2-8-2 Le dépistage du VIH

Vu l'ampleur du VIH dans nos pays aujourd'hui, ce dépistage se faisant en cas de terrain suspect, doit être systématique chez toute femme enceinte.

La transmission mère-enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en voie de développement contre 15 à 25% dans les pays industrialisés [5,33].

2-8-3 La supplémentation en substances nutritionnelles

L'état nutritionnel maternel satisfaisant permet de baisser les taux de mortalité et de morbidité périnatale.

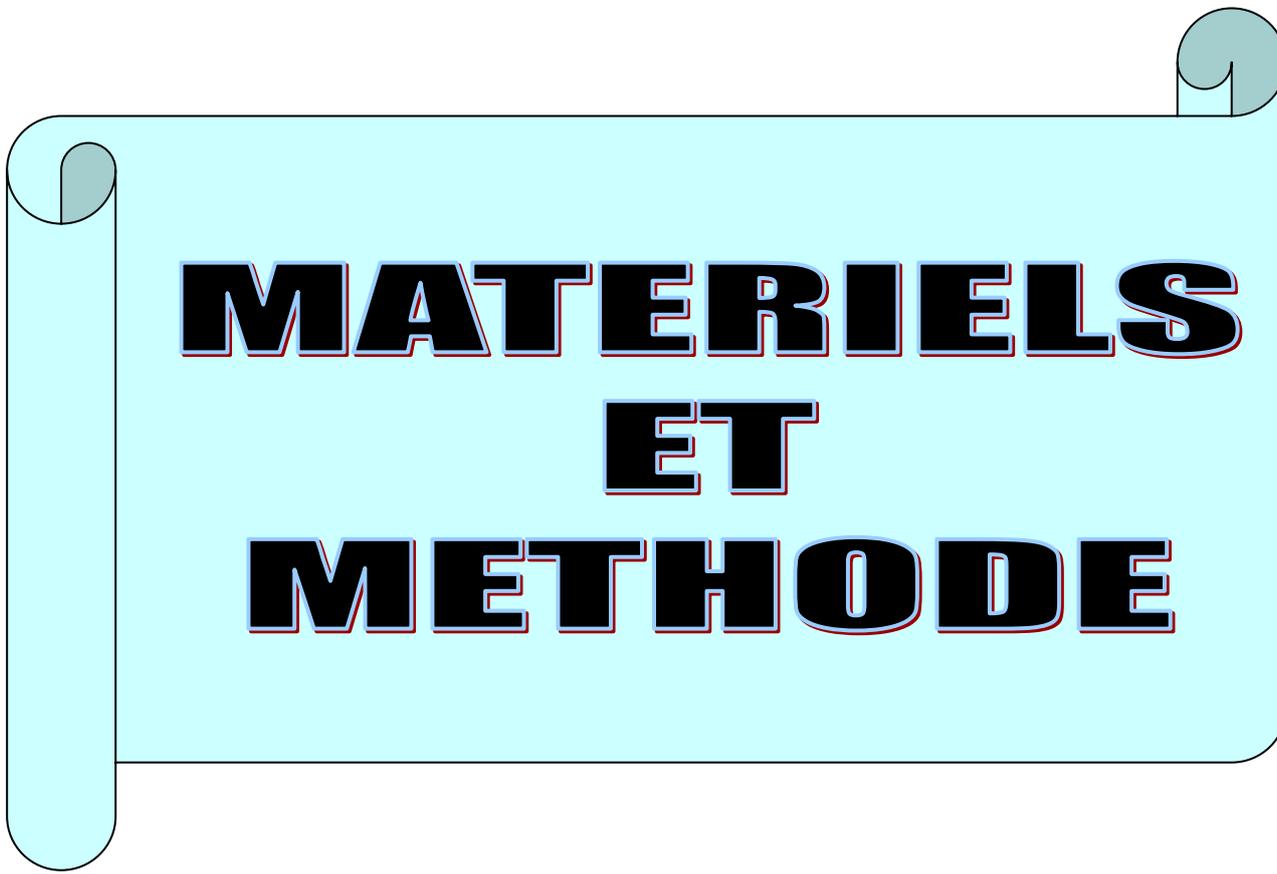
Pendant la grossesse on note une augmentation des besoins en nutriments qui, dans les normes, est de 2000 à 2500 kilocalories par jour.

Le besoin en fer pendant toute la grossesse est estimé à 1200 g.

Le traitement de l'anémie de la femme enceinte est basé sur l'administration de fer et l'acide folique, qui servent également à prévenir les malformations du tube neural chez l'enfant. A cela on ajoute la chimio prophylaxie antipaludéenne, la recherche et le traitement de certaines parasitoses digestives : bilharziose, ankylostomiase..

Au Mali les normes recommandent 120 mg de fer par jour plus 500 mg d'acide folique de la première CPN au 6^{ème} mois après l'accouchement ;

300 mg de chloroquine par semaine de la 1^{ère} CPN jusqu'à deux semaines après l'accouchement [33].



**MATERIELS
ET
METHODE**

1 .Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu pour cadre le **service de gynécologie-obstétrique** de l'**HGT**. Cet établissement, d'abord dispensaire central jusqu'en 1956 fut érigé en hôpital et baptisé Gabriel Touré en hommage à un étudiant de médecine décédé lors d'une épidémie de charbon. C'est un centre hospitalier universitaire (CHU) de niveau 3 situé en plein centre de Bamako. Deuxième hôpital national après celui du point « G », il est composé de plusieurs services d'où un service de Gynécologie-obstétrique.

▪ **Le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré** est un bâtiment à deux niveaux comportant 42 lits répartis entre 13 salles d'hospitalisation.

-Au rez-de-chaussée, on y trouve :

- 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
- 1 salle d'accouchement avec deux tables d'accouchement ;
- 1 salle de prise en charge du nouveau-né ;
- 1 salle d'attente et de suites de couche immédiates avec deux lits ;
- 1 salle de garde des sages femmes ;
- 1 bloc opératoire d'urgence ;
- 1 salle de garde pour l'aide de bloc ;
- 1 toilette externe les sages femmes ;
- 1 bureau pour la sage femme maîtresse ;
- 1 salle de soins infirmiers ;
- 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
- 7 bureaux pour les gynécologues ;
- 1 bureau pour le CES de pédiatrie ;
- 1 bureau pour les déclarations de naissance ;
- 1 salle des internes ;

- 1 toilette pour les internes ;
- 1 toilette pour les infirmières ;
- 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D, et E :
 - *Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,
 - *Les salles C, D, et E contiennent 2 lits chacune.

- **A l'étage**, on y trouve :

- 1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat ;
- 1 salle de garde pour les anesthésistes ;
- 1 bloc opératoire à froid avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;
- 2 grandes salles d'hospitalisations A et B qui contiennent 12 lits chacune ;
- 6 salles uniques dont trois avec toilette interne (H, I, J) et trois sans toilette (C, D, F) ;
- 2 toilettes externes pour les salles uniques C, D et F ;
- 1 salle de garde pour les médecins en spécialisation (CES) de gynécologie et de chirurgie.

- **Le personnel comprend :**

- 1 Professeur titulaire de gynécologie- obstétrique qui est le chef de service ;
- 9 gynécologues obstétriciens dont un assistant chef clinique ;
- 14 médecins en spécialisation de gynécologie et 2 de chirurgie ;
- 26 étudiants faisant fonction d'interne ;
- une secrétaire ;
- les majors de l'hospitalisation, du box de consultation externe et celui du bloc à froid ;
- la sage femme maîtresse ;
- la surveillante du service ;

- 23 sages femmes ;
- 1 infirmier chargé des pansements et 5 infirmières ;
- 4 aides de bloc opératoire ;
- l'anesthésiste de garde ;
- 4 aide-soignantes ;
- 5 manœuvres ;

- Le fonctionnement du service de gynéco-obstétrique :

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne quatre jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues-obstétriciens quatre jours par semaine du lundi au jeudi. Le vendredi est réservé exclusivement au dépistage des dysplasies du col de l'utérus et les grossesses à risques.

Une réunion se tient tous les jours ouvrables sauf le vendredi à huit heures et qui dure 30 minutes environ pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les assistants. La visite générale est effectuée par le professeur une fois par semaine. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt quatre avec un gynécologue-obstétricien comme chef d'équipe.

2.Type d'étude

Nous avons procédé à une étude prospective transversale.

3.Période d'étude

L'étude a été réalisée sur une période de 12 mois, allant de février 2005 à janvier 2006.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes ayant accouché à l'hôpital Gabriel Touré au cours de la période d'étude.

5. Technique d'échantillonnage

La technique a été exhaustive transversale portant sur tous les cas de grossesses non suivies enregistrés dans le service au cours de la période d'étude.

6. Calcul de la taille minimale de l'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à partir du logiciel Epi Info version 6.04fr

Les éléments qui sont entrés en ligne de compte :

-Pourcentage de CPN=0 le plus récent possible qui est de 13,16% [6].

N : Taille minimum

I : Précision (I=2% à 8%) ; nous prendrons I = 3% pour atteindre la taille minimale de l'échantillon.

ϵ : seuil de signification

Selon la loi normale, pour $\alpha = 0,05$; $\epsilon = 1,96$

L'application théorique de ces données pour le calcul de la taille de l'échantillon nous donne un effectif minimal de **243** femmes CPN=0 à enquêter.

7. Critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché à l'hôpital Gabriel Touré et n'ayant effectué aucune consultation prénatale attestée.

8. Critères de non inclusion

-Femme ayant effectué au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux.

-Femmes certifiant leur suivi par un personnel qualifié en soins obstétricaux.

9. La collecte des données

9-1. Support des données :

- *une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- *les dossiers d'accouchement ;
- *les registres de déclaration de naissance ;

9-2. Technique de collecte des données

Consistait en une lecture des dossiers obstétricaux et une interview de chaque femme d'étude conformément au questionnaire.

9-3. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire comprenait 26 questions qui étaient posées point par point à chaque femme ayant accouché et n'ayant effectué aucune consultation prénatale dans notre cadre d'étude au cours de la période d'étude.

9-4. Les variables étudiées :

- L'âge
- La gestité
- La parité
- Nombre d'enfant vivant
- Nombre d'enfant décédé
- Nombre d'avortement
- L'intervalle inter gésésique
- La résidence
- L'ethnie
- Le statut matrimonial
- La profession de la femme
- Le niveau d'étude de la femme
- La profession du conjoint
- L'âge du conjoint
- Le niveau d'étude du conjoint
- Les caractéristiques socio-démographiques

- Connaissances des femmes sur la CPN
- Notion de CPN dans les grossesses antérieures
- Causes de l'absence de suivi des grossesses
- Désir ou non de la grossesse
- Facteurs influençant l'absence de suivi des grossesses
- Personne autorisant les CPN
- Distance résidence-centre de santé
- Connaissance des mères sur une éventuelle relation entre leurs hospitalisations et la non CPN.

10. L'analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur Word 2000 puis analysées par le logiciel Epi-info version 6.04fr

11. Définitions opératoires

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

- La grossesse ou gestation** est la période qui va de la fécondation de l'œuf à l'accouchement. Elle dure en moyenne 266 à 270 jours [21].
- L'accouchement** est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [21].
- Grossesse à risque** est une grossesse dans laquelle le fœtus et /ou la mère court un risque accru de mortalité ou de morbidité, soit avant, soit pendant, soit après la naissance [22, 32].
- La Consultation Périnatale (CPN)** : 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 (qui dure 266 à 270 jours), dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de

l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu [32].

-Mortalité maternelle : L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme : le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de quarante-deux jours (42 jours) après sa terminaison quelle qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite [20].

Les décès maternels sont repartis en deux groupes :

- 1) « décès par cause obstétricale directe » : résultant des complications obstétricales de la grossesse, de l'accouchement et les soins qu'ils ont motivés.
- 2) « décès par cause obstétricale indirecte » : causés par des affections préexistantes aggravées par la grossesse ou l'accouchement.

-Morbidity maternelle : « Ensemble des troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum ou qui sont aggravés par la grossesse, mais n'entraînant pas nécessairement la mort ».

-Facteurs de risque « c'est l'ensemble des caractéristiques ou circonstances attachées à une personne ou à un groupe de personnes et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'exposition spéciale à un tel processus » [25].

-Grossesse non suivie : Il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

-Parité : Nombre d'accouchement chez la femme.

- Nullipare = zéro accouchement.
- Primipare = un accouchement.
- Paucipare = deux à quatre accouchements.
- Multipare = cinq à six accouchements.
- Grande multipare = plus de six accouchements.

-Gestité : Nombre de grossesse chez la femme.

*Primigeste : une grossesse.

*Paucigeste : deux à quatre grossesses.

*Multigeste : cinq à six grossesses.

*Grande multigeste : plus de six grossesse.

-Intervalle inter-génésique : C'est la période écoulée entre la fin de la dernière grossesse et le début de la grossesse actuelle.

-Hypertension artérielle : Lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure.

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

-Transfert : C'est la mutation d'une patiente d'un service à un autre dans le même établissement sanitaire.



RESULTATS

I. Fréquence des grossesses non suivies :(F)

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

N=Nombre de grossesses non suivies.

$$F = N \times 100/P \rightarrow F = 261 \times 100/2732 = \mathbf{9,5\%}$$

II. Epidémiologie

1-Age des femmes

Tableau II : Répartition des femmes selon l'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤20	131	50,2%
21-30	89	34,1%
31-40	38	14,5%
>40	3	1,2%
Total	261	100%

La tranche d'âge de 20 ans au plus a été la plus fréquente avec 50,2% suivie de celle de 21 à 30 ans avec 34,1%.

2. Gestité

Tableau III : Répartition des femmes selon la gestité.

Gestité	Effectif	pourcentage
Primigeste	107	41%
Paucigeste	90	34,5%
Multigeste	64	24,5%
Total	261	100%

4 femmes sur 10 (41%) étaient des primigestes.

3. Parité

Tableau IV : Répartition des femmes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	114	43,7%
Paucipare	94	36,0%
Multipare	21	8,0%
Grande multipare	32	12,0%
Total	261	100%

Environ 4 femmes sur 10 (43,7%) étaient des primipares.

4. L'intervalle inter-génésique

Tableau V : Répartition des femmes selon l'intervalle Inter-génésique (I I G) en mois.

I I G	Effectif	Pourcentage
≤12	19	12,9%
13-24	63	40,8%
25-36	37	25,2%
37-48	16	10,9%
>48	12	8,2%
Total	147	100%

Dans environ 5 cas sur 10 (53,7%) l'intervalle inter génésique était inférieur ou égale à 24 mois.

NB : **n** (147) correspond au nombre de femme ayant fait au moins deux grossesses.

5. Résidence habituelle

Tableau VI: Répartition des femmes selon leur résidence habituelle.

Résidence habituelle	Effectif	pourcentage
Urbaine	148	56,7%
Périurbaine	65	24,9%
Rurale	48	18,4%
Total	261	100%

6. Etat matrimonial

Tableau VII : Répartition des femmes selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	167	64%
Célibataire	94	36%
Total	261	100%

Dans 6 cas sur 10 (64%) les femmes étaient mariées.

7. Régime

Tableau VIII : Répartition des femmes mariées selon le type de régime

Régime	Effectif	Pourcentage
Monogamie	88	61%
Polygamie	57	39%
Total	154	100%

Elles étaient monogames dans 6 cas sur 10 (61%).

8. Rang d'épouse

Tableau IX: Répartition des femmes mariées selon le rang d'épouse 1,2,3, dans les ménages polygames.

Rang	Effectif	Pourcentage
1 ^{er}	20	35,1%
2^{ème}	35	61,4%
3 ^{ème}	2	3,5%
Total	57	100%

6 femmes sur 10 (61,4%) des polygames occupaient le rang de 2^{ème} épouse.

NB : **n (57)** correspond au nombre de femmes qui ont au moins une coépouse .

9. Profession des femmes

Tableau X : Répartition des femmes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	145	55,2%
Aide ménagère	58	22,2%
Vendeuse	25	9,6%
Elève- étudiante	20	7,7%
Sans profession	11	4,2%
Fonctionnaire	2	0,8%
Total	261	100%

Les ménagères ont représenté 55,2% des cas.

10. Type d'alphabétisation des femmes

Tableau XI: Répartition des femmes selon l'aptitude éducative.

Aptitude éducative	Effective	Pourcentage
Analphabète	222	85,1%
Alphabétisée en français	32	12,3%
Alphabétisée en langue nationale	5	2,2%
Alphabétisée en arabe	2	0,8%
Total	261	100%

Les analphabètes ont été majoritaires (85,1%).

11. Notion de CPN dans les grossesses antérieures :

-Parmi nos patientes, 105 femmes avaient effectué des CPN au cours des grossesses antérieures.

Elles ont évoqué les raisons suivantes pour expliquer l'absence de leur suivi prénatal dans la grossesse actuelle :

*Les femmes ont évoqué "***un problème financier***" dans **49,9% (52)**

*Les femmes trouvent qu'elles avaient la " ***paresse d'aller aux CPN***" dans **13,3% (14)**.

*Les femmes disent avoir été "***empêchées***" par une maladie quelconque dans **6,7%(7)**.

*Les femmes avaient refusé les CPN sous prétexte que le "***devenir de l'enfant ne les engageait pas ou qu'elles avaient honte d'être enceinte***" :**6,7% (7)**.

*Les femmes auraient un "***mauvais souvenir d'une grossesse antérieure mal terminée (mort-né, avortement, etc.)***" au cours de laquelle elles avaient fait des CPN :**2,9% (3)**.

*"***La non disponibilité des agents de santé***" a été évoquée par **3,3% (3)** des femmes.

*Les femmes ont évoqué "***l'opposition du conjoint***" d'aller aux CPN :**2,9%**.

*Les femmes disent qu'elle avait été "***soutenue et assistée***" par leur grand mère qui serait une accoucheuse traditionnelle de n'est pas aller aux CPN dans **0,9% (1)**.

-50 femmes parmi nos patientes qui n'ont jamais effectué de CPN (ni dans les grossesses antérieures et non plus pendant la grossesse actuelle) ont été interrogées sur les facteurs de l'absence.

Il ressort de cette analyse les résultats suivants :

*Les femmes ont évoqué un *"problème financier"* :20%(10).

*Les femmes ont posé un *"problème coutumier"* comme quoi *"la CPN n'entraîne pas dans leurs habitudes et que les femmes de chez eux ont toujours accouché sans CPN"* :20% (10).

*Les femmes n'ont pu évoquer *"aucune raison"* :16% (8).

*Les femmes trouvaient que *"la grossesse était interrompue avant le terme et que c'était vers la fin de la grossesse qu'elles devaient commencer les CPN"* :10% (5).

**"La distance résidence-centre de santé longue"* à été évoquée par 10% (5) des femmes.

*Les femmes *"auraient sollicité une implication du mari dans la prise en charge des grossesses "* :10% (5).

*Les femmes *"ignoraient qu'elles devaient faire des CPN"* :6% (3).

**"Voyage et/ou déplacement de la résidence habituelle"* ont été évoqués par 6% (3) des femmes.

* *"Le non paiement des ordonnances par le mari"* serait la cause dans 2% (1) des cas.

12 Profession du conjoint**Tableau XII** : Répartition des femmes selon la profession du conjoint.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Cultivateur	70	26,8%
Ouvrier	63	24,1%
Sans profession	61	23,4%
Commerçant	29	11,1%
Vendeur	23	8,8%
Fonctionnaire	10	3,8%
Autre	5	1,9%
Total	261	100%

Autres : marabout : 2 ; Gardien : 3

Les cultivateurs, les ouvriers et les sans professions étaient les plus nombreux avec respectivement 26,8%, 24,1%, 23,4% ; seulement 3,8% des femmes avaient des conjoints fonctionnaires.

13. Type d'alphabétisation des conjoints

Tableau XIII : Répartition des femmes selon l'aptitude éducative des conjoints.

Aptitude éducative des conjoints	Effectifs	Pourcentage
Analphabète	175	67%
Alphabétisé en français	68	26,1%
Alphabétisé en arabe	13	5%
Alphabétisé en langue nationale	5	1,9%
Total	261	100%

Environ 7 conjoints sur 10 (67%) étaient des analphabètes.

III- Caractéristiques socio-démographiques

1. Désir de grossesse de la femme

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le désir ou non de la grossesse.

Désir de grossesse	Effectifs	Pourcentage
Oui	136	52,1%
Non	125	47,9%
Total	261	100%

52,1% des grossesses étaient désirées contre 47,9% non désirées.

2. Source de revenu

Tableau XV : Répartition des femmes selon les sources de revenu

Source de revenu	Effectifs	Pourcentage
Aucune	160	61,3%
Irrégulière	91	35,9%
Fixe	10	3,8%
Total	261	100%

61,3% des femmes n'avaient aucune source de revenu fixe et seulement 3,8% avaient un revenu personnel fixe (fonctionnaires ou salariées).

3. Contribution économique du conjoint

Tableau XVI : Répartition des femmes selon la contribution économique du conjoint.

Contribution du conjoint	Effectif	Pourcentage
Oui	106	40,6%
Non	155	59,4%
total	261	100%

Dans 6 cas sur 10 les conjoints n'ont pas contribué dans le suivi de la grossesse.

4. Condition d'habitation

- **Tableau XVII** : Répartition des femmes selon les types de maison.

Type de maison	Effectif	Pourcentage
Banco	146	59,9%
Ciment	115	44,1%
Total	261	100%

6 femmes sur 10 vivaient dans une maison en banco.

- **Tableau XVIII** : Répartition selon la source de lumière.

Source de lumière	Effectif	Pourcentage
Aucune	10	3,8%
Lampe à pétrole	101	38,7%
Eclairage électrique	149	57,5%
Total	261	100%

57,5% des femmes avaient un éclairage électrique et 3,8% n'avaient aucune source de lumière.

-Tableau XIX : Répartition selon le type de sources d'eau

Type de source d'eau	Effectifs	Pourcentage
Puits	147	56,3%
Robinet	144	43,7%
Total	261	100%

56,3% s'approvisionnaient par l'eau du puits contre 43,7% des femmes qui avaient accès à l'eau potable (robinet).

5. Personne autorisant les CPN**Tableau XX** : Répartition selon le type de personne autorisant les CPN.

Type de personne	Effectifs	Pourcentage
Elle même	202	77,4%
Conjoint	57	21,8%
Belle mère	2	0,8%
Total	261	100%

77,4% des femmes ont pris elles mêmes la décision de n'est pas se faire suivre. Par contre 21,8% d'entre elles ont suivi la décision de leurs conjoints.

6. Distance résidence centre de santé

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la distance (km) résidence-centre de santé.

Distance en km	Effectifs	Pourcentage
< 5	230	88,1%
5-15	24	9,2%
>15	7	2,7%
Total	261	100%

9 femmes sur 10 vivaient dans un rayon de moins de 5 km du centre de santé le plus proche.

NB : *Le kilométrage est une estimation faite par les patientes.*

IV- Connaissance des femmes

1. Connaissance de la CPN

261 femmes ont été interrogées sur la connaissance qu'elles avaient des CPN.

Cette analyse nous a rapporté les résultats suivants :

- "aucune idée sur la CPN" : 57,5% (150).

- "examen au cours de la grossesse" : 12,3% (32).

- "consulter" : 12,3(32).

- "prévenir les maladies" : 6,9% (18).

- "Surveiller la grossesse" à été évoqué par 5% (13) des femmes.

- "faire les bilans" : 3,8% (10).

- Le fait "d'être pesé" : 1,5% (4).

- "voir la position de l'enfant" : 0,4% (1).

- "examiner et peser" : 0,4 (1).

Plus de la moitié des femmes enquêtées (57,5%) n'avaient aucune connaissance des CPN.

2. Connaissance sur la nécessité ou non du suivi d'une grossesse

Tableau XXII : Répartition selon la connaissance sur la nécessité ou non du suivi d'une grossesse.

CPN nécessaire	Effectif	Pourcentage
Oui	238	91,2%
Non	23	8,8%
Total	261	100%

9 femmes sur 10 savaient que les CPN étaient nécessaires pendant la grossesse.

3. Connaissance sur l'intérêt de la CPN

Cette étude nous donne des renseignements suivants :

- "*aucune idée sur l'intérêt des CPN*" : 44,1% (115).

- "*détecter les maladies survenant au cours de la grossesse*" : 23,8% (62).

- "*détecter les maladies et de préserver le bébé*" 21,5% (56).

- Le fait "*d'avoir un acte de naissance ou de diminuer le coût de l'accouchement*" : 3,1% (8).

- "*préserver le bébé*" : 2,7% (7).

- "*Détecter les maladies et faire le bilan*" ont été évoqués par 1,5% (4) des femmes.

- "*préserver le bébé et faciliter l'accouchement*" : 1,1 (3).

- "*aucun intérêt*" : 1,1% (3).

- "*vaccination*" : 0,4% (1).

- "*faire un bilan de santé*" : 0,4% (1) .

- 0,4% (1) trouvait comme intérêt des CPN l'association de "*détecter les maladies, préserver le bébé et de faire un bilan*".

Près de la moitié des femmes 44,1% n'avaient aucune idée sur l'intérêt des CPN. Cependant 1,1% des femmes trouvaient que les CPN n'avaient aucun intérêt.

4. Idées des femmes enquêtées sur l'existence ou non d'une corrélation entre leurs hospitalisations et le non suivi de la grossesse.

Cette analyse nous a rapporté les résultats suivants :

-Les femmes n'avaient "*aucune idée*" sur l'existence d'une relation quelconque possible entre le manque de CPN et le motif de leur hospitalisation dans **75,9% (198)**.

-Les femmes ont évoqué que "*les CPN pouvaient empêcher les complications survenues au cours de la grossesse*" dans 19,1% (50).

-Les femmes ont attesté que "*l'absence de chimio prophylaxie antipalustre a eu comme effets la survenue de paludisme au cours de leur grossesse ; et que ses effets pourraient être évités avec l'apport des CPN*" dans 2,7%(7).

-Les femmes trouvaient que "*les CPN n'ont aucun intérêt et que tout ce qui arrive est de la volonté divine*" dans 2,3% (6).

L'ignorance des femmes à ce sujet a prédominé avec une proportion de 75,9% des cas ; 19,2% ont révélé l'existence possible d'une relation entre le manque de CPN et les pathologies survenant au cours de la grossesse; 2,3% des femmes trouvaient que les CPN n'ont aucun intérêt.

V- Analyse générale des différents facteurs d'absence de CPN

Cette analyse nous ressort les résultats suivants :

1. Facteurs qui seraient liés à la femme elle même : (63,6%)

- Problème financier : 37,9% (99)
- Ignorance de la femme : 9,6% (25)
- Honte de la grossesse : 5,3% (14)
- Peur d'une tierce personne : 3,1% (8)
- Présence d'une pathologie sous-jacente, non spécifiée : 2,7% (7)
- Aucune importance pour le devenir de l'enfant : 2,3% (6)
- Paresse d'aller aux CPN : 1,5% (4)
- Dégoût des examens médicaux : 1,1% (3)

2. Facteurs qui seraient liés au conjoint :(3,4%)

- Non implication du conjoint : 1,5% (4)
- Conflit avec le conjoint : 1,1% (3)
- Opposition du conjoint : 0,8% (2)

3. Facteurs qui seraient liés au couple (0,8%)

- Problème financier et opposition du conjoint : 0,8% (2).

4. Facteurs qui seraient liés à l'entourage : (4,3%)

- L'absence de conseil et d'encouragement dans la prise en charge de la grossesse : 2,7% (7).
- Conflit parent-conjoint : 0,8% (2)
- Assistance et soutien d'une tierce personne contre les CPN : 0,8% (2)

5. Facteurs qui seraient liés aux structures sanitaires : (9,2 %)

- Eloignement des structures sanitaires : 4,6 % (12)
- Accès difficile : 2,3 % (6)
- La non disponibilité du personnel : 1,5 % (4)
- Incompétence du personnel : 0,4 % (1)
- Mauvais accueil : 0,4 % (1)

6. Facteurs non spécifiées : (19,9 %)

-19,9 %(52) des femmes n'ont pu évoqué aucune cause.

Dans plus de la moitié des cas (63,2 %), l'absence de CPN était imputable à la patiente elle même. Cependant (9,2 %) les structures sanitaires avaient été un facteur favorisant l'absence du suivi prénatal.



COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I- La fréquence :

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré **2732** accouchements dont **261** parturientes qui n'avaient fait aucune consultation prénatale soit une fréquence de **9,5%**. Ce taux est inférieur à ceux rapportés par Thiéro M en 1995 [34] (21,3%) et par l'OMS en 1996 [28] (24%). Cette disparité s'explique par les types d'étude et de méthodologie. Ces dernières études portaient respectivement sur les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'HGT, et la couverture prénatale et dépistage des grossesses à risque à Bamako, par contre la nôtre portait spécifiquement sur les cas d'absence de CPN à la maternité de l'HGT. Il est en revanche proche aux taux de Thiam HD en 2000 [33], de l'EDSM III en 2001 [15], et de Bagayoko N en 2004 [6] respectivement 13% ; 7% ; et 13,6%. En effet tous ces résultats démontrent une faible fréquentation des consultations prénatales dans notre pays.

II- L'épidémiologie

Les parturientes de 20 ans et moins ont représenté la moitié (50,2%) de notre échantillon, contrairement à Bagayoko N [6] et Talibo A [32] qui ont trouvé respectivement 46,5% pour les patientes de 35 ans et plus ; et 64,4% pour la tranche d'âge de 20 à 34 ans. Cette disparité de résultat pourrait s'expliquer par les tranches d'âge retenues dans notre étude qui différaient de celles des autres.

Les primigestes ont été les plus nombreuses (41%), suivies des paucigestes (34,5%), et des multigestes (24,5%). Ces taux nous montrent que les premières grossesses associées au jeune âge de la parturiente constituent un facteur de risque de non recours aux soins prénataux.

Près de la moitié de nos patientes était des primipares (43,7%), contrairement à Bagayoko N [6] et à l'OMS [28] qui avaient respectivement trouvé une prédominance de paucipares (36%) et de multipares (46,57%). Malgré cette disparité, nous pensons tous que la parité en elle seule n'explique pas ce faible taux de CPN.

L'intervalle inter gésique était inférieur ou égal à 24 mois dans 53,7% des cas contrairement à Talibo A [32] et Bagayoko N [6] qui avaient respectivement trouvé 78,2% et 51,4% d'intervalle inter gésique supérieur à 24 mois. Nous n'avons pas d'explication à ces différences de taux.

Plus de la moitié des femmes d'étude résidaient en milieu urbain (56,7%). La même tendance à été observée chez Bagayoko N [6] (83,5%). Cette dominance des femmes urbaines pourrait s'expliquer par le fait que toutes ces études ont été effectuées en milieux urbains. En accord avec l'OMS [28] et Coulibaly F [9] le lieu de résidence des femmes enceintes influe sur la fréquentation des CPN. Ce fait est noté par d'autres auteurs [15,32]. En effet les femmes urbaines bénéficient plus, non seulement de l'effet de la sensibilisation, mais aussi de la multiplication des CSCOM et l'augmentation marquée du niveau de vie des populations.

Les femmes célibataires ont représenté 36%. Ce taux est supérieur au taux de l'OMS [28], (21,9%); et de Talibo A [32], (9,2%). Nous n'avons pas d'explication à ces différences de taux. Cependant nous concluons avec eux, ainsi qu'avec Coulibaly F [9] que le célibat est un facteur de risque de non recourt aux soins prénatals; car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leur famille qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressource pour assurer leurs suivis.

Les femmes mariées dans un régime monogame ont prédominé (52,7%). Nous pensons que la monogamie à elle seule n'influe pas sur la fréquentation des CPN. Par contre le régime polygame ; (47,3%) dans notre série, constitue un facteur de risque de pauvreté, donc pourrait influencer, contrairement à l'OMS [28] qui affirmait que la taille du ménage n'influe pas sur la fréquentation des CPN.

Plus de la moitié de nos patientes étaient des ménagères (55,2%), suivie des aides ménagères (22,2%), et les élèves et étudiantes (7,7%) ; dont les conjoints étaient cultivateurs (26,8%), ouvriers (24,1%), et sans profession (23,1%).

Seulement 2% des parturientes et 3,8% des conjoints étaient des fonctionnaires. Les mêmes tendances ont été observées chez Bagayoko N [6], à la différence des aides ménagères (4,9%), qui était inférieur au taux de notre série. Nous dirons avec lui que certaines professions comme celles d'aide ménagères ; élèves et étudiantes ; avec des conjoints sans profession sont des facteurs de risque d'absence de suivi prénatal. Car les grossesses sont le plus souvent, non souhaitées (47,9%). Les femmes de ménage représentent une couche importante dans notre pays ; elles sont sans source de revenu propre et elles ont besoins dans 89,3% d'aide financière des conjoints [31]. Contrairement à Bagayoko N [6], Thiéro M [34], Talibo A [32] et en accord avec l'OMS en 1996 [28], nous pensons que la profession du conjoint et celle de ménage n'influaient pas sur la fréquentation des CPN.

Tant chez parturientes que chez les conjoints, les analphabètes étaient plus nombreux. En effet nous avons trouvés (85,1%) de parturientes et (67%) de conjoints non instruits.

Seulement 12,3% des parturientes et 26,1% des conjoints étaient alphabétisés en français. Les mêmes tendances ont été observés par d'autres auteurs [6, 32, 34]. Cette faible représentation des alphabétisés s'expliquent par le fait

que les femmes instruites fréquentent plus les CPN et que les conjoints intellectuels encouragent le plus leurs femmes à aller aux CPN ; cette pratique augmente avec le niveau d'instruction selon Thiéro M [34].

III- Les Caractéristiques socio-démographiques et la connaissance

Les grossesses n'étaient pas désirées par les parturientes dans 47,9% des cas, car elles étaient sans source de revenu dans 61,3% des cas, et 59,4% n'avaient bénéficié d'aucun soutien de leur conjoint. Seulement 3,8% des femmes étaient salariées. Comme plusieurs études l'ont affirmé [9, 15, 17, 28, 34], nous dirons que le niveau de vie socio-économique défavorable influe sur la fréquentation des CPN.

Le suivi prénatal était décidé par la parturiente elle-même dans 77,4% des cas et par le mari dans 21,8%. En accord avec l'OMS [28] nous dirons qu'une sensibilisation marquée des femmes pourrait avoir eu un effet important pour une plus grande fréquentation des CPN.

Quoi que la distance entre leur résidence et le centre de santé le plus proche fût jugée inférieure à 5 kilomètres par nos patientes dans 88,1% des cas, elles n'ont pas fait de CPN. Ceci dénonce, la nécessité d'une sensibilisation marquée chez ces femmes.

Bien que les femmes aient compris la nécessité de suivi pour leur grossesse, elles n'avaient dans 9 cas sur 10 (91,2%) effectué aucune CPN. Cependant plus de la moitié d'elles (57,5%) n'avaient aucune idée des CPN et ignoraient l'intérêt de celles-ci dans 44,1% des cas. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ses données : l'absence de CPN antérieure qui aurait pu avoir été bénéfique pour elles et pour leurs enfants, la sous information et l'analphabétisme (85,1%).

Environ 105 femmes sur 261 (40,2%) avaient effectué des CPN au cours de leurs grossesses antérieures. Cependant elles ont cité plusieurs raisons pour expliquer l'absence de leur suivi dans la grossesse actuelle : *"manque de moyens financiers"* (49,5%) ; *"paresse d'aller aux CPN"* (13,3%) ; *"empêchement par une maladie quelconque non spécifiée"* (6,7%) ; *"aucune importance pour le devenir de l'enfant ou honte d'être enceinte"* (6,7%) et 13,3% n'ont pu préciser *"aucune raison"*.

Les mêmes raisons ont été citées par 50 patientes sur 261 (19,1%) n'ayant jamais fait de CPN (ni dans les grossesses antérieures ni dans l'actuelle) à la différence de *"coutume"* (20%) ; *"interruption de la grossesse avant terme"* (10%) ; *"éloignement des structures sanitaires"* (4,6%) ; *"ignorance de la nécessité des CPN"* (6%).

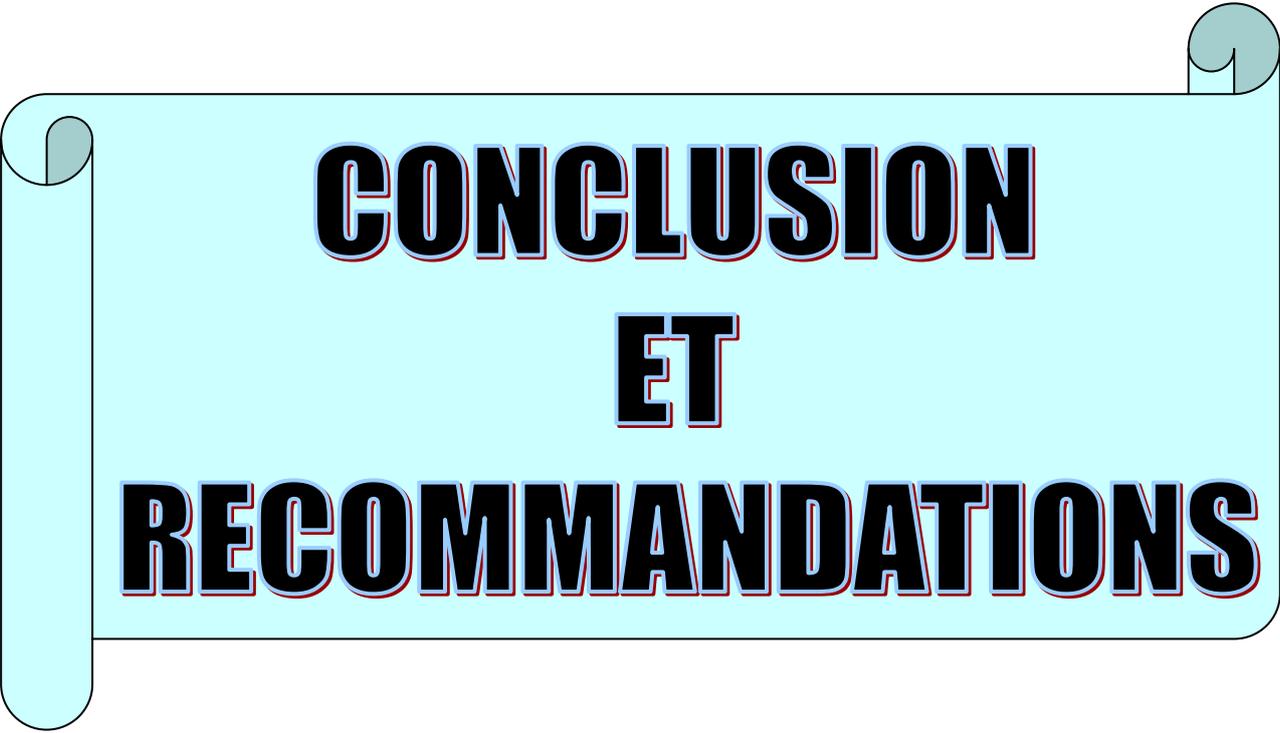
Environ 8 femmes sur 10 (75,9%) de notre série n'avaient *aucune idée* sur l'existence possible d'une relation entre l'absence de CPN et leur hospitalisation ; 2,3% ont pensé que *"les CPN n'ont aucun intérêt"*. Par contre 19,2% ont affirmé *"l'existence possible d'une relation"*, mais sans aucune précision. Seulement 2,7% ont précisé que *"l'absence de chimio prophylaxie et de traitement pour une pathologie pré-existante"* serait à l'origine des complications survenues pendant leurs grossesses. Ce faible taux s'explique par le fait que la plupart des femmes de notre population sont des analphabètes (85,1%). En effet l'information continue et une sensibilisation marquée des femmes sur l'intérêt des CPN auraient eu une très grande importance.

D'une manière générale, l'absence de suivi prénatal était imputable à la parturiente elle-même dans 6 cas sur 10 (63,6%). Les principales raisons évoquées ont été *"le manque de moyen financier"* (37,9%) ; *"la moindre perception de la nécessité de suivi pour une grossesse"* (9,6%). Les mêmes

raisons ont été évoquées en Guinée Conakry en 2005 [16] dans des proportions respectives de 47% et de 8,6%. En effet il faut noter que l'étude de Guinée portait sur tout le pays et la nôtre portait seulement sur les parturientes admises à l'HGT.

Les structures sanitaires auraient été à la base de l'absence de CPN dans environ 1 cas sur 10 (9,2%). Les femmes ont affirmé que "*l'éloignement*" (4,6), "*l'accès difficile*" (2,3%), ou "*la non disponibilité du personnel*" (1,5%), des structures sanitaires les ont "*empêché*" d'aller aux CPN. Ce taux est inférieur à celui de Guinée [16] (32,5%). Nous n'avons pas d'explication à cette différence de taux.

Plusieurs autres raisons ont été citées par nos patientes comme : "*non implication, opposition ou conflit avec le conjoint*" (3,4%) ; "*manque de conseil et d'encouragement de l'entourage*" (2,7%). Cependant dans environ 2 cas sur 10 (19,9%) les raisons d'absence de suivi prénatal restent toujours non spécifiées.



**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

1. CONCLUSION

Au terme de notre étude de type prospective et transversale réalisée dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'HGT sur une période de 12 mois allant de février 2005 à janvier 2006, nous avons enregistré 9,5% de grossesses non suivies.

-Bien qu'elles savaient que la CPN était nécessaire dans 9 cas sur 10 ; les patientes n'avaient pas d'idée pour l'expliquer dans 57,5% des cas, et elles ignoraient l'intérêt de celle-ci dans 44,1% des cas.

-la plupart des facteurs d'absence de suivi prénatal (63,6%) seraient en rapport avec la parturiente elle même ; avec comme risques : la pauvreté des femmes (61,3% sans source de revenu), et l'analphabétisme des femmes (85,1%).

-les facteurs qui seraient liés aux conjoints représentent 3,1% et les risques ont été l'analphabétisme des conjoints (67%) ; et l'absence de profession du conjoint (23,4%).

-L'entourage aurait joué un rôle dans ce manque de suivi prénatal dans 4,3% des cas.

-les structures sanitaires auraient été à la base de ce manque de suivi dans 9,2% des cas.

-Cependant dans 19,9% des cas, l'absence de suivi prénatal restait sans raisons précises.

Tous ces facteurs sus cités ont une étroite relation avec le vécu socioculturel et économique de la parturiente et doivent tous être pris en compte pour assurer une plus grande fréquentation de nos structures sanitaires.

2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités :

- Informer, sensibiliser, éduquer continuellement et régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance de la CPN et les risques inhérents à l'absence de suivi prénatal.
- Elaborer des projets d'appui à la scolarisation des jeunes filles, et à l'alphabétisation des femmes.
- Renforcer les mesures de lutte contre la pauvreté dans nos pays.
- Renforcer la formation et le recyclage des agents de santé.

Aux parents et à l'entourage

- Permettre une plus grande scolarisation des enfants plus particulièrement les jeunes filles.
- Conseiller et encourager les femmes enceintes à aller aux CPN.

Aux conjoints :

- Encourager les femmes à consulter les structures sanitaires au cours des grossesses et une plus grande implication de leur part dans la prise en charge des grossesses.

Aux personnels de santé :

- Développer les bons rapports agents de santé-parturiente.
- Organiser les systèmes de bon accueil dans les structures sanitaires.

Aux femmes :

- Consulter systématiquement en cas d'aménorrhée afin de poser le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficiente.



REFERENCES

REFERENCES

1. Akpadza K, Kotorkt, Baeta S, Hodonou AKS
Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sogodé. Médecine d'Afrique Noire 1994; 41(11) : 604-607.
2. Annuaire : Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) 2004. Direction Nationale de la Santé de la République du Mali ; Juillet 2005, 130p.
3. Anonyme: Mortalité maternelle: Soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986; 40(5) :193-202.
4. Anonyme: La mesure de la mortalité maternelle, Rapport du secrétariat de L'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 1985 :14p.
5. Anonyme : Normes et procédure pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; vol 2,1990.
6. Bagayoko N: Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de gynéco-obstétrique à L'HGT (2003-2004). Thèse médecine (Bamako) 2004, 82p ; 39.
7. Barrat J, Bossart H, Lewin D, Renaud R. La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Masson (Paris) 1985: 808p.
8. CIE. SIDA, Enfant, Famille. Les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille. Synthèses bibliographiques 1993.

9. Coulibaly F. Etude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas clinique. Thèse médecine (Bamako) 1995 (40), 95p.
10. Coulibaly S. Morbidité et mortalité dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré en 1999 - 2000. Thèse médecine (Bamako) 2001 (123) :82p.
11. Dakouo G, Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement (Bilan de dix ans d'observation (1980-1989). Thèse médecine (Bamako) 199(40): 93p.
12. Diakité M, Les ruptures utérines à propos de 41cas observés à Bamako. Thèse médecine (Bamako).1985 (10):122p.
13. Dolo A, Keita B, Diabate FS, Maiga B, Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21cas à l'Hôpital National du Point G. Bamako médecine d'Afrique Noire 1991,38(2):113-134.
14. EDSM-II : Enquête Démographique et de Santé au Mali (1995-1996).
15. EDSM-III : Enquête Démographique et de Santé au Mali (2000-2001).
16. EDSG-III : Enquête Démographique et de Santé en Guinée Conakry (2005-20006).
17. Elhadji H M. Contribution de l'étude de la qualité de la consultation prénatale et du système de référence des grossesses à risque en milieu urbain (Niamey). Thèse médecine 1989 (32) :85p.

18. Faye A, Picaud A, Ogwet I, Nlome NRA, Nicolas Ph. L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville. 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989. Rev. Fr. Gynécol .Obstét 1991; (86) :7, 9,503, 510.
19. Kaunizt A, Hughest, Grimes D et Al. Causes of maternal mortality in United States. Obstét gynécol.1985, (65) :605-612.
20. Magnin P, Nicollet B, Magnin G, Mortalité maternelle, Encycl médecine, chir, Paris Obstet 1981 ; D10 (11) : 5082p.
21. Merger. R, Levy. J, Melchior.J, Précis d'obstétrique. MASSON: Paris 6^{ème} Edition ; 1995 : 597Pp71.
22. Nasah B .T Conférence régionale sur la maternité à risque. La prévention des grossesses à haut risque. Niger 1989 .Pp 27.
23. Nicolose E, D'ercole, Cassel N, Azoulay P, Cravello L, Boubli L, Blan B, Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique. Rev.Fr.Gynécol, Obstét 1994; 89(10): 476-488.
24. Obstétrique en situation d'isolement. Première édition, mai 1992 : 225p ; N° 08876.
25. OMS. Bureau Régional d'Europe. Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposés à un risque élevé, Windsor 1970; Copenhague 1973 (Euro ,4911).

26. OMS : Grossesse et accouchement en Afrique occidentale : « vers une maternité à moindre risque » Dossier santé publique OMS 1999 ; 11(2) :167-185.
27. OMS : Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, avril 2005 ; 261p.
28. OMS : Xème Cours d'Epidémiologie : La couverture prénatale et l'utilisation des critères de dépistage des grossesses à risque dans le district de Bamako ; octobre 1996.
29. Prual A, journée de réflexion sur la contraception, Niamey, du 1^{ER} au 4 Octobre 1991.
30. Rayston E. Lopez A D. L'évaluation de la mortalité maternelle. Rapports Trimestriels des statistiques sanitaires mondiales. OMS .1987, P10.
31. Sissoko M. Approche épidémiologique de la mortalité liée à la gravido-puerpuralité à Bamako.1975-1979. Thèse médecine (Bamako) 1981(27).
32. Talibo A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de mortalité maternelle évitable dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse médecine (Bamako) 1998 (29).
33. Thiam H D. Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse médecine (Bamako) 2000 (62).

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

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

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

FICHE D'ENQUÊTE**I. Identité de la femme :****Q1** Numéro du dossier :.....**Q2** Nom et prénom :.....**Q3** AGE (année) :.....**Q4** Adresse complète à Bamako :

Quartier :..... Rue :..... Porte :.....

Tel :.....

Q5 Résidence habituelle:.....

1-Urbaine 2-Périurbaine 3-Rurale

Q6 Ethnie :

1-Bambara 2-Peuhl 3-Dogon 4-Malinké 5-Sénoufo 6-Sonhaï

7-Sarakolé 8-Somono/Bozo 9-Autre, préciser :.....

Q7 Etat matrimonial :

1-Mariée 2-Célibataire 3-Veuve 4-Divorcée

Q8 1-Monogame 2-Polygame **Q9** Rang d'épouse 1^{ère} 2^e **Q10** Profession de la femme :

1-Ménagère 2-Fonctionnaire 3-Elève / Etudiante 4-Commerçante

5-Aide ménagère 6-Sans profession 7-Vendeuse 8-Maraîchère/Agricultrice

9-Autre, préciser :.....

Q11 Niveau d'étude de la femme

1-Primaire I 2-Primaire II 3-Secondaire 4-Supérieur

Q12 Aptitudes éducatives :

1-Analphabète 2-Sait lire et écrire en langue nationale

3-Sait lire et écrire en arabe 4-Sait lire et écrire en français

Q13 Antécédents obstétricaux :

Gestité :..... Parité :..... Nombre d'enfant (s)

vivant(s) :.....

Nombre d'avortement(s) :..... Nombre d'enfant(s) décédé(s) :.....

Intervalle inter génésique (mois) :.....

Notion de CPN dans les grossesses antérieures :

Si oui, pour quoi pas de CPN dans la grossesse actuelle :.....

.....

Si non, quel (s) en était (ent) les facteurs entravant :.....

.....

II. Identité du conjoint**Q14** Age du conjoint :.....**Q15** Profession du conjoint :

1-Cultivateur 2-Fonctionnaire 3-commerçant 4-Vendeur

5-Ouvrier 6-Sans profession 7-Autre, préciser :.....

Q16 Niveau d'étude du conjoint :

1-Primaire I 2-Primaire II 3-Secondaire 4-Supérieur

Q17 Aptitudes éducatives

1-Analphabète 2-Sait lire et écrire en langue nationale

3-Sait lire et écrire en arabe 4-Sait lire et écrire en français

III. Caractères socio-démographiques**Q18** Grossesse désirée : Oui : Non : **Q19** Source de revenu :

1-Aucun 2-Revenu personnel fixe 3-Montant :.....

4-Revenu personnel irrégulier 5-Contribution économique du mari : Oui Non **Q20** Conditions d'habitation :

- 1-Eclairée 2-Non éclairée 3-En ciment 4-En banco
5-Source de lumière :..... 6-Source d'eau :.....

IV. Facteurs influençant :

Q21 Qui donne l'autorisation de faire les CPN :

- 1-Le mari 2-La femme 3-Le beau frère 4-La belle mère
5-Le beau père 6-La belle sœur 7-Autre, préciser :.....

Q22 Distance résidence-centre de santé :.....

Où s'effectue vos CPN :.....

V. Connaissance :

Q23 Qu'est ce que la CPN ?:.....

Q24 Une grossesse nécessite t-elle un suivi : oui non

- Si oui quel est l'intérêt de la CPN :

- 1-Détecter les maladies 2-Préserver le bébé 3-VAT 4-TA
5-Bilan 6-Aucune idée

-Si non pour quoi ?:.....

Q25 Pour quoi pas de CPN :

- 1-Distance longue 2-Accès difficile 3-Problème d'argent 4-Absence du mari

5-La prise de sang ne me plaie pas 6-Le TV ne me plaie pas

7-J'ai pas de temps 8-Mauvais accueil 9-La non disponibilité du personnel

10-Le personnel n'est pas compétant 11-Je ne veux pas que beaucoup de gens sache que je suis en ceinte

12-Opposition d'une tierce personne 13-Si oui qui :.....

14 -Aucune cause 15-Autre,

préciser :.....

Q26 Pensez-vous qu'il y a une relation entre votre hospitalisation ou l'hospitalisation du bébé et la non CPN ?

Si oui, expliquez-vous ? :.....

.....

- Si non, expliquez

vous ? :.....

Fiche signalétique

Nom : KONE

Prénom : Yacouba

Titre de la thèse : Aspects socioculturels et économiques de l'absence du suivi prénatal chez les parturientes admises à l'hôpital Gabriel TOURE.

Année : 2005-2006

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique, Santé publique.

Résumé : Cette étude anthropologique portait sur les grossesses non suivies ; elle avait pour but de déterminer les facteurs et les raisons d'absence de CPN. 261 femmes enquêtées, sur une période de 12 mois (Février 2005 à Janvier 2006) dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT ; ont fait l'objet d'une étude prospective transversale. Nos résultats ont été les suivants :

-La prévalence des grossesses non suivies au cours de la période d'étude a été de 9,5%.

-Les femmes n'avaient pas de connaissance des CPN dans 57,5%, et ignoraient l'intérêt de celles-ci dans 44,1% des cas.

-Les facteurs d'absence de CPN seraient liés à la femme elle même dans 63,6%, les risques étaient la pauvreté (61,3% sans source de revenu), et l'analphabétisme des femmes (85,1%).

-Ces facteurs seraient liés au conjoint dans 3,4%, les risques ont été l'analphabétisme des conjoints (67%), et l'absence de profession (23,4%).

-L'absence de CPN serait liée aux structures sanitaires dans 9,2% des cas.

-Ces facteurs d'absence de CPN seraient imputable à l'entourage dans 4,3%.

-Cependant dans 19,9% des cas les raisons d'absence de CPN restent toujours non spécifiées.

Mots clés : Grossesses non suivies, CPN, problème financier, non alphabétisé.

SERMENT D' HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.