

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

SCIENTIFIQUE (MESRS)



REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année: 2014-2015

Thèse N° _____/191

Thèse

PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES GROSSESSES NON SUIVIES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 10/ 07/ 2015
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M.BAKARY DIANKO DEMBELE

Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Samba DIOP
Membre : Dr. KEITA Haoua DEMBELE
Codirecteur : Dr. Boureyma BELEM
Directeur : Pr. Hamadoun SANGHO

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu, le tout puissant, le clément et le miséricordieux. Gloire à lui et à son prophète Mahomet que la paix et le salut éternel soit sur lui et ses disciples.

Merci, de m'avoir donné la vie, la santé, et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

A mes parents :

A mon père Dianko,

Quelle fierté pour moi d'être ton enfant. Un homme cultivé, qui estime que le savoir est la plus grande richesse de ce monde. Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Papa, j'espère que tu seras fier de ton fils. Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés. Amen !

A ma très chère maman Niamoye TOURE,

C'est un immense bonheur pour moi d'être né de toi. Femme non scolarisée et pourtant n'ignorant point la valeur des études. Tu pousses sans cesse ton enfant vers la gloire. Tu te fais toujours des soucis pour tes enfants car tu es une vraie mère. Je t'aime et je te souhaite de vieillir dans tout le bonheur.

A mes tantes et oncles :

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier.

Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

REMERCIEMENTS

Au Mali :

Les Grecs disent : « nous sommes nés pour notre pays et devons mourir pour lui ». Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le Bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté. Tu nous rappelles dans l'hymne national : « ...Nous sommes résolus de mourir... pour l'Afrique et pour toi Mali... »

Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie :

Monsieur le Doyen, recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement qui m'a été dispensé par les éminents enseignants de votre faculté. Je prie Dieu afin que vous et vos collègues voient en moi le digne élève. Merci chers maîtres.

A Monsieur le Professeur Hamadoun Sangho

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Votre patience et votre disponibilité m'ont beaucoup apporté. Je suis fière d'être votre élève et j'espère savoir transmettre tout ce que vous m'avez appris. Merci de m'accorder votre confiance en m'accueillant dans votre service.

A Monsieur le Docteur Boureyma Belem

Merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Votre disponibilité et votre attention durant ce travail m'ont beaucoup touché et apporté. Je garde pour l'excellent chercheur que vous êtes une très profonde admiration.

A mes Maîtres formateurs du CSRéf de la commune II : Dr Mamadou Désiré Keita, Dr Bakary Abou Traoré, Dr Sakoba Konaté, Dr Kadiatou Bah, Dr Daouda Doumbia.

Merci pour votre encadrement.

A toute la Famille Ousmane Diakitè à Sébenicoro: Sira Diakitè, Mamadou, Fatoumata Founè , Nènè.

Vous m'avez accepté comme faisant partie des vôtres. Vous n'avez ménagés aucun effort pour que je puisse mener à terme mes études de médecine et je vous serais éternellement reconnaissant.

A mon cher ami Soumana Diarra

Aucun mot ne pourra exprimer l'étendue de notre longue amitié. J'espère que l'avenir te rendra fière de m'avoir choisi comme ami.

A Assimi Koné

Cher cousin je pense à tous les moments formidables que tu m'as fait vivre. Ton courage, ta sympathie et ta sagesse furent une expérience pour moi. Merci!

A mes frères : Mamadou et Moussa

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à vos regards. Que Dieu vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A Aboubacar Zerbo

Pour m'avoir permis de sortir de la médecine durant les moments passés à tes côtés ! Merci pour ton soutien et ton amitié sans faille.

A mes aînés de la Faculté : Dr Youssouf Dabo, Dr Lassina Marico, Dr Emmanuel Berthé, Tièman Traoré

Je vous remercie pour tous les conseils que vous n'avez jamais cessé de me prodiguer.

A tous mes aînés médecins du CSRéf de la Commune II qui m'ont offert du temps pour l'enseignement et qui m'ont fait profité de leur expérience, en particulier : **Dr Adama Drabo, Dr Daouda Traoré, Dr Guediouma Samaké, Dr Yacouba Bagayoko, Dr Mohamed Korenzo, Dr Yacouba Kouyaté, Dr Mamed Sacko, Dr Ibrahim Sacko.**

A mon équipe de garde : Kadiatou Djimika, Thomas Togo, Adam Diarra, Fatim Koné, Samson

Merci pour toutes ces gardes passées ensemble que vous avez su rendre agréables.

A toutes les sages-femmes, infirmières et Anesthésistes du CSRéf de la Commune II

Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

A tous les internes CSRéf de la Commune II :

Flacoro Niaré, Cédric Seumo, Moussa Tangara, Sina Diarra, El Cheick Traoré, Cheick Hamala Komé, Kalilou Koné.

A tous les internes du CREDOS

A tous le personnel de la clinique DARCHIFA » de Sébénicoro

A tous le personnel du cabinet médical SILOE » de Kalaban coura

A mes collègues,

Mme Dicko Aminata Dicko

Pour avoir été là à tous les moments pénibles de mes études...Mais surtout pour être devenue une amie aussi attentionnée et dynamique dont la présence est indispensable à mon équilibre.

Moussa Diallo

Pour m'avoir soutenu dans tous mes moments de doute. J'ai eu énormément de chance de t'avoir à mes côtés. Merci pour ta gentillesse et ton attention.

A vous mes amis, avec lesquels j'ai noué des relations de courtoisie et de complicité. Chaque jour passé auprès de vous était un jour d'apprentissage. J'apprenais avec vous le savoir être. Vous êtes si nombreux à me soutenir. Je dirais merci à : **Dr Sidi Diabaté, Aminata Yah Traoré, Youssouf Coulibaly, Bah Sidibé, Boubou Gakou, Abdoulaye Tamega, Dr Mohamed Sidibé, Kalilou Mallé, Dr Harouna Fomba, Bakary Togola, Djènèba Konaté, Moye Touré, Baye Diawara.**

Aux Familles :

-Koné à l'ex base aérienne

-Diabaté, Togo et Zerbo du village du Point G

Recevez mes sincères remerciements qui sont sans fin.

Aux Associations : AESACD, COERCD.

**HOMMAGES AUX
HONORABLES
MEMBRES DU JURY**

A Notre Maître et Président du Jury :
Professeur Samba DIOP

- ✚ Maître de conférences en Anthropologie médicale,
- ✚ Enseignant-chercheur en Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique en santé au DER de Santé publique de la FMOS,
- ✚ Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO /VIH/SIDA/FMOS,
- ✚ Membre des Comité d'Ethique institutionnel et national du Mali.

Honorable maître, merci pour ce que vous avez fait et ce que vous continuez à faire pour nous étudiants.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité dans le travail, votre enseignement remarquable de qualité, votre esprit de justice, de paix et de vérité font de vous un maître de référence.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre admiration, de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge :

Docteur KEITA Haoua DEMBELE

- ✚ Détenteur d'un Master en santé publique,
- ✚ Chef du département de recherche du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Cher maître,

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre spontanéité, votre disponibilité, votre générosité, et votre engagement pour la formation des jeunes font de vous un maître sûr et très sollicité.

Recevez, notre gratitude pour votre contribution à la réussite de ce travail.

A notre Maître et Co-directeur de thèse :

Docteur BELEM Boureyma

- ✚ Détenteur d'un Master en Santé publique option épidémiologie
- ✚ Attaché de recherche au centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS).

Les mots nous manquent pour exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez inspiré, suivi et guidé dans l'élaboration de ce travail. Votre simplicité, votre rigueur, et votre dévouement sans limite dans le travail sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher.

La spontanéité avec laquelle vous nous avez acceptés nous a profondément touchés.

Veillez, accepter cher maître, l'expression de notre profonde considération.

A notre Maître et Directeur de Thèse:

Professeur Hamadoun SANGHO

- ✚ Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie (FMOS).
- ✚ Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS),
- ✚ Chef du D.E.R. Santé Publique et Spécialités

Honorable maître, nous vous remercions de nous avoir confié ce sujet et de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre amabilité, votre disponibilité, votre rigueur dans la démarche scientifique, votre sens élevé de la perfection associé à vos qualités pédagogiques et humaines nous ont marqués.

Trouvez ici, Honorable maître notre reconnaissance, notre admiration et notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CPN : Consultation Prénatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CMIE : Centre Médical Inter Entreprise

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EDS : Enquête Démographique de Santé

FCS: Fausse Couche Spontanée

FAF: Fer Acide Folique

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

MFIU: Mort Fœtale In Utéro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

SA : Semaine d'Aménorrhée

SP: Sulfadoxine Pyriméthamine

VIH : Virus d'Immuno Déficience Humaine

VAT: Vaccin Anti Tétanique

% : Pourcent

N: Nombre

g : Grammes

Cm : Centimètres

P : Probabilité

Hts : hectares

Km² : kilomètre carré

SOMMAIRE

	Pages
I-INTRODUCTION.....	1
II-ENONCE DU PROBLEME.....	3
III-OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	6
IV-GENERALITES.....	7
A/ Définitions des concepts.....	7
B/ Rappels sur la grossesse et l'accouchement.....	7
1- La grossesse.....	7
1.1. La grossesse normale.....	8
1.2. La grossesse pathologique.....	8
1.2.2. Les facteurs de risque.....	8
1.2.2.1. Les facteurs de risque selon le terrain.....	8
1.2.2.2. Les facteurs de risque selon les antécédents obstétricaux.....	9
1.2.2.3. Les facteurs de risque selon les antécédents généraux.....	10
1.3. La surveillance de la grossesse.....	10
1.3.1. Historique.....	10
1.3.2. La surveillance de la grossesse normale.....	11
1.3.3. La surveillance de la grossesse pathologique.....	12
2. L'accouchement.....	12
2.1. L'accouchement normal	13
2.1.1. Les différents éléments de l'accouchement.....	13
2.1.1.1. Le bassin osseux maternel.....	13
2.1.1.2. Les parties molles.....	15
2.1.1.3. Le mobile fœtal.....	15
2.1.1.4. Les éléments dynamiques.....	16
2.1.2. Les différentes phases de l'accouchement.....	16

2.1.2.1. La période d’effacement et de dilatation.....	16
2.1.2.2. La période d’expulsion.....	16
2.1.2.3. La période de la délivrance.....	16
2.2. Les accouchements dystociques.....	17
2.2.1. Les dystocies d’origine maternelle.....	17
2.2.1.1. Les dystocies mécaniques.....	17
2.2.1.2. Les dystocies dynamiques.....	17
2.2.1.3. Les dystocies des parties molles.....	17
2.2.2. Les dystocies d’origine fœtale.....	18
2.2.2.1. Les dystocies de présentation.....	18
2.2.2.2. Les autres dystocies.....	18
V-METHODOLOGIE.....	20
1. Cadre d’étude.....	20
1.1. Présentation de la commune II.....	20
1.2. Infrastructure socio-sanitaire.....	21
1.3. Historique du centre de santé.....	23
1.4. Différentes unités du centre de santé.....	23
1.4.1. Description du service de gynécologie obstétrique.....	23
1.4.2. Le personnel du service de gynécologie obstétrique.....	23
1.5. Fonctionnement du service.....	24
2. Type et période d’étude	25
3. Population d’étude.....	25
4. Les critères d’inclusion et d’exclusion.....	26
5. Echantillonnage.....	26
6. Taille de l’échantillon.....	26
7. Collecte de données.....	27
7-1. Technique.....	27

7-2.Outil de collecte.....	27
8. Les variables étudiées.....	27
9. Analyse et traitement de données	28
10. Aspects éthiques	28
11. Définitions opératoires.....	29
VI- RESULTATS.....	31
Première partie	
A / Résultats descriptifs.....	31
B / Résultats analytiques.....	50
Deuxième partie	
VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	56
VIII-CONCLUSION.....	64
IX-RECOMMANDATIONS.....	65
X-REFERENCES	67
XI-ANNEXES.....	73

I-INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent un événement heureux. Ils assurent la pérennité de la famille. Ils se déroulent majoritairement sans incident. Malheureusement, ces deux moments cruciaux présentent toujours des risques pour les femmes enceintes car dans environ 15 % des cas, ils sont compliqués [1].

Ces deux événements sont greffés d'un important taux de morbidité voire de mortalité materno-fœtale, plus particulièrement dans les pays en voie de développement. Quatre-vingt-dix-neuf pourcent des femmes qui sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement proviennent de ces pays [2].

La santé materno-infantile est au cœur des objectifs du millénaire pour le développement. L'OMS envisage de réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle et de 2/3 celui des enfants moins de cinq ans de 1990 à 2015 [3].

La consultation prénatale (CPN) est un des meilleurs moyens pour atteindre ces objectifs. En effet, elle permet d'éviter plusieurs complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Les consultations prénatales (CPN) constituent un maillon important des programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale sur le continent africain, où l'on estime qu'un décès maternel sur quatre survient avant le terme, c'est-à-dire lors des 37 premières semaines de la grossesse. De plus, près de la moitié des décès maternels serait directement liée à des soins insuffisants pendant la grossesse [4].

La consultation prénatale a pour objectif d'effectuer un bilan simple de la santé de la mère et de dépister, de remédier ou de prendre en charge les trois types de problèmes de santé survenant pendant la grossesse et qui affectent la mère ou l'enfant : les complications liées à la grossesse elle-même, les conditions médicales acquises avant ou pendant la grossesse et susceptibles de s'aggraver pendant la grossesse et les conséquences de styles de vie inappropriés ou présentant des dangers pour la mère ou l'enfant [4].

En plus de l'effet direct de la CPN sur la santé, plusieurs avantages indirects associés à la CPN ont été démontrés. En effet, la CPN est souvent le premier point d'entrée d'une femme dans le système de santé, permettant à la mère de

se familiariser avec ce dernier. Cette familiarisation est un facteur important de réduction de la sous-utilisation chronique des structures de santé permettant la réduction de la mortalité maternelle. En plus, la CPN est un important déterminant pour les accouchements sans risque. Les femmes ayant eu recours à la CPN sont plus susceptibles d'accoucher avec l'assistance de personnel de soins qualifié ou de rechercher plus rapidement et efficacement des soins [3].

Au Mali, selon les normes en matière de suivi prénatal pour rendre effective la CPN il faut au moins quatre CPN, deux doses de VAT, trois doses de SP et le FAF (CPN4, VAT2+, FAF, SP3) [5].

II- ENONCE DU PROBLEME

Dans les pays en développement, la mortalité maternelle et néonatale constitue un problème majeur de santé publique.

Selon l'OMS, environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement. En 2010, 287 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [6].

L'amélioration de la santé maternelle est l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par la communauté internationale en 2000. Dans le cadre de ces objectifs, les pays se sont engagés à réduire de trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Toutefois, entre 1990 et 2010, le ratio mondial de mortalité maternelle (c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 3,1% par an. On est encore bien loin de la baisse annuelle de 5,5% qui serait nécessaire pour atteindre le cinquième des objectifs du Millénaire pour le développement [6].

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là. Les principales complications, qui représentent 80% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes:

- hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement);
- infections (habituellement après l'accouchement);
- hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie);
- avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse [6].

Grâce aux soins prénatals, il est possible de détecter et de gérer des affections telles que l'hypertension, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/sida et le paludisme, tout en encourageant l'immunisation et l'usage de

suppléments nutritionnels, la prévention de la transmission mère-enfant liée au VIH/sida et la préparation à l'accouchement. La période prénatale offre également aux femmes la possibilité de s'informer sur les moyens d'espacer ou de limiter les naissances à l'avenir. Ces moyens constituant des facteurs importants pour l'amélioration des chances de survie de la mère et de son enfant [4].

Selon les recommandations de l'OMS, les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale doivent reposer sur quatre principaux piliers formant un continuum de soins obstétricaux: les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement, les soins aux nouveaux nés et les soins postnataux [4].

En Europe, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services prénatals est de 100% dans les pays comme la France, l'Italie, la Suède, la Finlande, l'Irlande, l'Allemagne et le Portugal. Ces services sont également utilisés par la totalité des femmes enceintes dans la région des Amériques notamment au Canada et à Cuba [7].

En Afrique par contre, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services prénatals est de 46% pour le Niger, 85 % pour la Côte d'Ivoire, 86% au Congo, 93% au Sénégal, 84% dans les pays comme le Bénin et 87% au Togo montrant ainsi les disparités de cet indicateur de la santé maternelle en Afrique [7].

La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées. La Région africaine a également le plus fort taux de mortalité néonatale dans le monde, estimé à 45/1 000 naissances vivantes. Cela se compare à 34/1 000 en Asie, 17/1 000 en Amérique latine et 5/ 1000 dans les pays développés. Chaque année un million de bébés en Afrique sub-saharienne sont mort-nés, dont au moins 300 000 meurent pendant l'accouchement. Après la naissance, 1,2 millions de bébés meurent dans leur premier mois de vie dont presque la moitié de ces décès survenant le premier jour [8]. Les principales causes de mortalité néonatale sont les suivantes: naissances prématurées (29%), infections (28%), asphyxie et traumatisme (27%), tétanos néonatal (2%), anomalies congénitales (7%), maladies diarrhéiques (2%), autres causes néonatales (5%) [8].

Au Mali la situation socio-sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale avec respectivement 464 pour 100 000 naissances vivantes et 46 pour 1 000 naissances vivantes [9]. La mortalité infanto juvénile enregistré aujourd'hui au Mali se situe parmi les plus élevés au monde, la mortalité infantile est de 96 ‰, la mortalité juvénile est de 105 ‰ à l'EDSM-IV. Un tel niveau de mortalité atteste de la condition encore précaire de la femme dans le pays. Ceci est dû notamment à un manque de contrôle de sa fécondité, mais aussi au manque de soins apportés à la femme enceinte [9]. Malgré les actions entreprises par le gouvernement à savoir : l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel sur la CPN recentrée, la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur la CPN, le don de moustiquaires au cours des CPN. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 70% par contre 29% n'ont effectué aucune consultation prénatale. Seulement un peu plus de trois femmes sur dix (35 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 28 % des cas, elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite. Ces résultats montrent que le manque de soins prénatals pose un problème, ce qui n'est pas étrange du taux de mortalité élevé [9].

Au regard de ces résultats, dans le cadre des points 4 et 5 des Objectifs pour le Développement du Millénium (OMD) et sachant l'importance de la consultation prénatale dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale nous avons jugé nécessaire de mener une étude sur le pronostic materno- fœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune II du District de Bamako à la fin de laquelle nous allons répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la fréquence des grossesses non suivies ?
2. Quelles sont les complications maternelles et fœtales au cours des grossesses non suivies ?
3. Quel est le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies ?

III- OBJECTIFS:

1. Objectif général :

Etudier le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune II.

2. Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II, en 2014

-Décrire le profil clinique des femmes enceintes non suivies au CSRéf de la commune II, en 2014.

-Déterminer les complications maternelles et fœtales au cours des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II, en 2014.

-Déterminer le pronostic maternel et fœtal des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II, en 2014.

- Identifier les raisons de non réalisation des CPN au CSRéf de la commune II, en 2014.

IV-GENERALITES

A /Définitions des concepts

- ❑ **La consultation prénatale (CPN)** : la consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la sante 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 [27]
- ❑ **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 il a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [31].
- ❑ **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 [31].
- ❑ **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[31].
- ❑ **La mortalité néonatale** : est celle qui frappe les des 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 [32].
- ❑ **La morbidité maternelle** : La morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum ou qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort [31].

B/ Rappels sur la grossesse et l'accouchement

1. Grossesse

La grossesse se définit par l'état d'une femme enceinte. Elle commence par la fécondation et se termine par l'accouchement. Repartie en trois trimestres, elle dure en moyenne 9 mois ou 273 jours à partir de la date de la fécondation.

C'est un état physiologique qui comporte deux périodes bien distinctes au cours desquelles le développement de l'œuf se fait de façon continue.

- La période embryonnaire : elle couvre les soixante premiers jours de la vie intra-utérine. Elle constitue l'individualisation et la mise en place des différents organes ou l'embryogénèse,
- La période fœtale : elle s'étend du début du troisième mois de la grossesse jusqu'à la naissance. La croissance et la maturation progressive des différents organes fœtaux marquent cette deuxième partie de la vie intra-utérine [10].

1.1- Grossesse normale

Une grossesse est dite « normale » si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant [11].

1.2- Grossesse pathologique

Une grossesse est dite « pathologique » lorsqu'au cours de laquelle survient un événement 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 problème de santé ou ayant eu des complications lors des grossesses précédentes.

1.2.1- Facteurs de risques [10, 12, 13, 14,15].

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.

1.2.1.1- 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 utéro (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.

1.2.1.2- 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)

La mortalité prénatale est multipliée par cinq chez les femmes qui ont déjà présenté plus de trois FCS [10].

- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)

Elle peut être responsable d'incompétence cervico-isthmique et de synéchie utérine. De ce fait, le risque de prématurité et le nombre d'IVG sont proportionnels [10].

- La prématurité

C'est une naissance située entre 22 SA révolue et 37 SA. Plus il s'agit de grande prématurité, plus les complications sont importantes et les conséquences sont plus lourdes. Une femme qui a accouché d'un prématuré a plus de risque d'accoucher prématurément à la prochaine grossesse que celle qui n'en a pas eu.

- La mort fœtale in utéro (MFIU)

C'est le décès fœtal avant le travail. Il survient après 22 SA ou un poids de naissance de plus de 500g qui est la limite de la viabilité fœtale définie par l'OMS.

- Les autres antécédents obstétricaux

Il y a aussi des antécédents tels que :

- ✓ Le retard de croissance intra-utérine (RCIU),
- ✓ L'hypertension artérielle (HTA) gravidique),
- ✓ L'hématome retro-placentaire (HRP),
- ✓ L'éclampsie dont les conséquences sont très redoutables.
- ✓ On note aussi les malformations congénitales (utérus bicorne, cloison vaginale,...).

1.2.1.3. 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.

D'autres maladies peuvent rarement interférer avec la grossesse la rendant ainsi pathologique. On cite :

- ✓ Les pathologies pulmonaires,
- ✓ Les pathologies vasculaires,
- ✓ Les maladies auto-immunes.

1.3- Surveillance de la grossesse

1.3.1- Historique [16, 17]

L'histoire de la CPN moderne remonte au début du XXème siècle en Occident.

Pour les Britanniques, son concepteur n'est autre que John William Ballantyne en 1901, tandis que pour les Australiens et les Américains, il s'agit respectivement de Wilson en 1910, et d'Instructive District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901.

Cette pratique consiste à donner des soins de qualité aux femmes enceintes.

Actuellement, elle reste une bonne méthode pour une meilleure surveillance de la grossesse car selon de nombreuses études, elle permet d'éviter un certain nombre de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Ainsi, elle favorise la réduction du taux de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale.

1.3.2- Surveillance de la grossesse normale [10, 12, 13,18]

Selon l'OMS, au moins quatre consultations prénatales doivent être faites pendant une grossesse. C'est la recommandation pour une grossesse à priori normale.

- La première consultation prénatale

Elle doit se faire avant la 15^{ème} SA.

Elle a pour but de :

- ✓ Confirmer la grossesse et d'en préciser le terme,
- ✓ Evaluer les facteurs de risque,
- ✓ Prévoir le plan de surveillance adéquat,
- ✓ Prodiguer un certain nombre de conseils,
- ✓ Etablir la déclaration de la grossesse,
- ✓ Réaliser les examens para cliniques indispensables soit à caractère

« systématique », soit adaptés à une pathologie reconnue.

- Les consultations intermédiaires

Elles sont réalisées entre la 15^{ème} et la 37^{ème} SA. Dans cette période, deux consultations sont obligatoires : la deuxième qui se déroule entre la 25^{ème} et la 28^{ème} SA et la troisième qui doit se faire entre la 33^{ème} et la 34^{ème} SA.

Les buts de ces visites intermédiaires sont:

- ✓ De vérifier la bonne évolution de la grossesse et l'absence de pathologie intercurrente,
- ✓ De vérifier les premiers signes d'une ouverture du col,
- ✓ De vérifier les sérologies et les urines,
- ✓ En cas de pathologie, de juger des bilans à entreprendre et des thérapeutiques à modifier ou d'une hospitalisation à prévoir.

- La consultation du 9ème mois

C'est la quatrième consultation prénatale obligatoire. Elle est effectuée entre la 37^{ème} et la 39^{ème} SA. Elle a pour but de :

- ✓ De vérifier la possibilité d'accouchement par la détermination de la présentation, l'examen du bassin, et par la recherche d'une disproportion foeto-pelvienne ou d'un obstacle prævia éventuels,
- ✓ De discuter de l'indication éventuelle d'un accouchement programmé avant terme, d'un accouchement par voie basse ou d'une césarienne,
- ✓ De prévoir une consultation anesthésique en cas d'indication d'une césarienne ou d'une analgésie péridurale,
- ✓ De contrôler une dernière fois les sérologies et les urines.

Vu ses objectifs, cette quatrième consultation doit être effectuée par la personne ou l'équipe qui sera en charge d'effectuer l'accouchement.

En outre, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (Généraliste ou Gynécologue médical ou Gynécologue-Obstétricien) selon le choix de la femme.

1.3.3- Surveillance de la grossesse pathologique [12]

Les grossesses pathologiques nécessitent une surveillance plus rapprochée selon le risque ou la pathologie existante. En effet, lorsque la grossesse a été évaluée « à risque élevé », le suivi doit être assuré par un Gynécologue-Obstétricien. Par la suite, si la grossesse est maintenue avec un pronostic favorable, la suite de la surveillance peut être effectuée par une sage-femme ou le médecin traitant. Dans le cas contraire, elle doit être assurée par un ou

plusieurs spécialistes selon la pathologie évoquée (hématologue, nutritionniste, cardiologue...).

2. Accouchement

L'accouchement se définit par l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

Si dans la plupart du temps il se déroule sans incident, dans 10 à 20% des cas, ils sont dystociques. De nombreuses situations peuvent les rendre compliqués. Chaque élément anatomique du bassin maternel et du mobile fœtal peut entraîner des dystocies au cours des différentes phases de l'accouchement.

2.1. L'accouchement normal [19, 20]

L'accouchement est dit « normal » si aucune complication autant pour la mère que pour l'enfant n'est décelée durant son déroulement.

2.1.1- Différents éléments de l'accouchement

2.1.1.1. Bassin osseux maternel

Il est constitué de trois éléments différents : le détroit supérieur, le détroit moyen et le détroit inférieur.

- Le détroit supérieur

C'est une structure très indispensable pour le bon déroulement de l'accouchement. Elle est fixe et ne se transforme pas lors du travail. Il constitue le plan d'engagement de la présentation fœtale.

Il est limité en avant par la partie postéro-supérieure de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées, et en arrière par le promontoire.

Les dimensions utiles sont représentées par le diamètre promonto-retropubien et le diamètre transverse médian qui sont respectivement de 10,50cm et de 12,5cm en moyenne.

La somme de ces deux diamètres définit l'indice de Magnin, elle est normale si elle est supérieure ou égale à 23cm.

- Le détroit moyen

Il est situé au niveau des épines sciatiques, limité en arrière par le corps du quatrième vertèbre sacré (S4) et reliant vers l'avant la jonction 1/3 sup 2/3 inférieur de la symphyse

- Le détroit inférieur

Il passe par la ligne coccyco-sous-pubienne qui se trouve au niveau de la jonction sacro-coccygienne. Il est donc plus grand que le détroit anatomique.

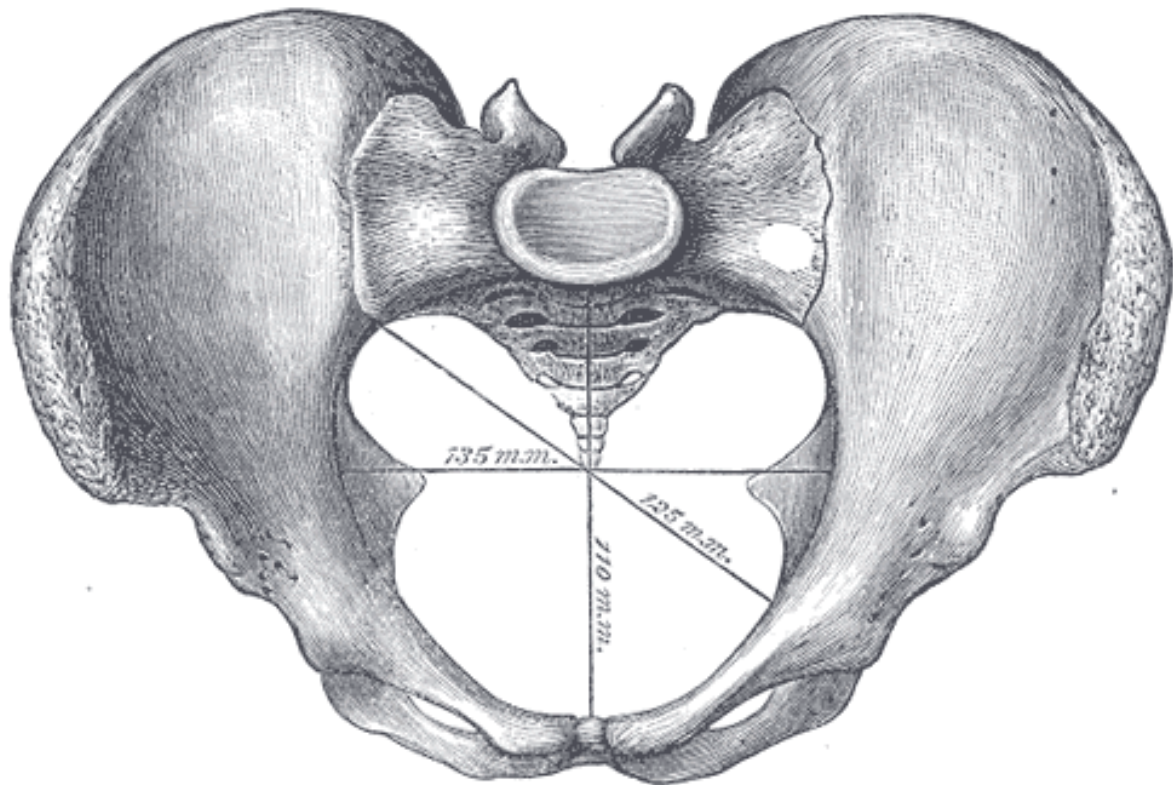


Figure 1 : Le détroit supérieur

(Source : Magnus M. 22 septembre 2003. Disponible sur le site : <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gray238.png>)

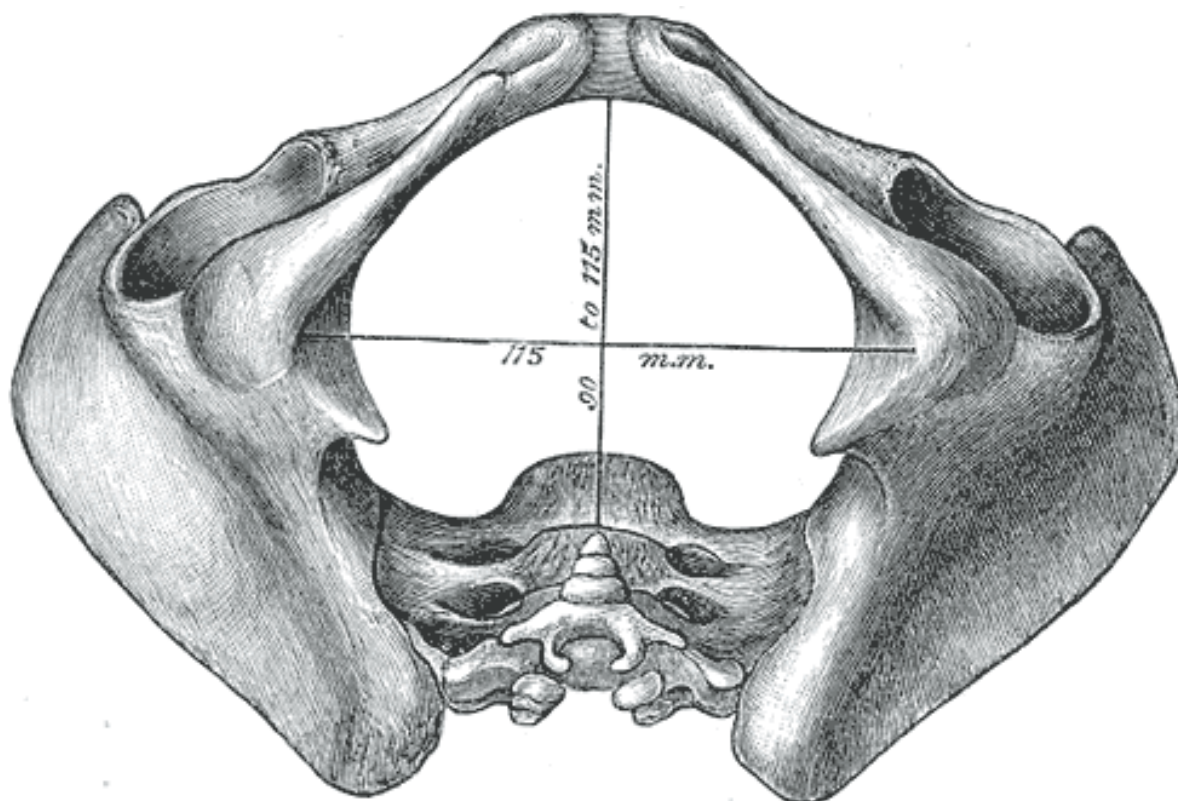


Figure 2 : Le détroit moyen et le détroit inférieur

(Source : Magnus M. 22 septembre 2003. Disponible sur le site : <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gray239.png>).

2.1.1.2- Parties molles

Elles sont définies par le diaphragme musculo-membraneux périnéal situé à l'orifice inférieur de la cavité.

2.1.1.3- Mobile fœtal

Le mobile fœtal est constitué par trois éléments : le crâne, le thorax et la hanche. Le plus essentiel, c'est le crane fœtal car il doit être nécessairement adapté au bassin maternel notamment en cas de présentation céphalique qui est la plus fréquente.

Les diamètres importants sont le diamètre bipariétal mesurant environ 9,5cm et le diamètre sous occipito-bregmatique qui est de 9,5cm environ. Ils représentent respectivement le diamètre transversal de la présentation et le diamètre antéropostérieur d'une tête bien fléchie. C'est pourquoi la déflexion de la tête rend le pronostic de l'accouchement moins bon voire franchement mauvais.

Le thorax et la hanche présentent deux autres segments moins importants du mobile fœtal car leurs diamètres sont souvent inférieurs à ceux de la tête et sont réductibles.

2.1.1.4- Éléments dynamiques

Ce sont la contraction utérine et la dilatation cervicale.

- La contraction utérine

C'est le moteur de la réussite de l'accouchement par les voies naturelles. C'est grâce à elle que la descente et l'engagement de la tête fœtale peuvent s'effectuer. Aidée par l'effort de la poussée maternelle, elle favorise l'expulsion fœtale ainsi que celle des annexes. Elle est involontaire, régulière, douloureuse et devient de plus en plus fréquente et intense du début à la fin du travail.

- La dilatation cervicale

Le col de l'utérus représente la partie inférieure de celui-ci. La dilatation constitue également un élément important pour un accouchement par voie basse. Sa dilatation complète (10cm) est de règle pour permettre le passage du mobile fœtal en cas de possibilité d'accouchement par voie basse.

2.1.2- Différentes phases de l'accouchement

L'accouchement comprend trois périodes successives : la période d'effacement et de dilatation, puis la période d'expulsion et enfin la période de délivrance.

2.1.2.1- Période d'effacement et de dilatation

C'est le premier temps de l'accouchement. Elle commence avec les premières contractions utérines et se termine à l'ouverture complète du col de l'utérus (10cm). Sa durée est variable, mais elle est en moyenne de 6h à 8h, au maximum 20h chez les nullipares, et de 5h à 6h, au maximum 14h chez les multipares.

2.1.2.2- Période d'expulsion

C'est la sortie du fœtus hors de la cavité utérine. Elle commence au moment de l'ouverture complète de l'orifice externe du col utérin et s'achève à la

naissance de l'enfant. Sa réussite est surtout assurée par la force contractile de l'utérus.

2.1.2.3- Période de la délivrance

Encore appelée troisième phase du travail, la délivrance s'étend de la naissance à l'expulsion du placenta et des membranes. C'est la dernière étape de l'accouchement. Elle dure 5 à 30mn environ.

2.2- Accouchements dystociques

La dystocie définit un accouchement présentant une ou des difficultés voire une impossibilité à la voie basse.

Plusieurs facteurs de risque peuvent être détectés avant le travail (petit bassin maternel, gros bébé...). C'est pour cette raison que la CPN du 9^{ème} mois est obligatoire pour détecter une éventuelle complication de l'accouchement et d'en poser à l'avance la meilleure prise en charge.

2.2.1- Dystocies d'origine maternelle

2.2.1.1- Dystocies mécaniques

Elles représentent les différentes anomalies au niveau du bassin maternel telles que :

- ✓ le bassin chirurgical,
- ✓ le bassin rétréci,
- ✓ le bassin malformé.

Ils constituent une indication de césarienne.

2.2.1.2- Dystocies dynamiques

Ce sont les anomalies de la contraction utérine et de la dilatation cervicale.

Les contractions peuvent être insuffisantes en intensité et en durée (trop espacées et brèves) : c'est l'hypocinésie. Elle ralentit voire bloque la progression du mobile fœtal donc celle du travail.

L' hypercinésie se définit par des contractions utérines trop intenses et/ou trop fréquentes. Elles peuvent entrainer des complications majeures telles que la souffrance fœtale aigue ou la rupture utérine.

2.2.1.3- Dystocies des parties molles

On peut citer :

- ✓ L'obstacle prævia : soit une anomalie d'insertion du placenta qui s'insère trop bas sur le segment inférieur de l'utérus, soit la présence d'un fibrome ou d'un kyste.
- ✓ Les malformations utérines telles que l'utérus bicorne, l'utérus cloisonné, l'utérus unicorne...
- ✓ Les malpositions utérines telles que les antérodéviation utérines (hyper-antéversions et/ou hyper ante-flexion utérines), les rétrodéviation utérines (hyper-rétroversion et/ou hyper-rétroflexion utérines), l'antéposition de l'utérus qui est le déplacement en totalité de l'utérus qui se trouve porté en avant et enfin les latérodéviation utérines droites ou gauches.

2.2.2- Dystocies d'origine fœtale

2.2.2.1- Dystocies de présentation

Ce sont les présentations suivantes :

- ✓ Le bregma : les diamètres d'engagement sont le diamètre bipariétal et le diamètre occipito-frontal. Le repère définissant la variété de présentation est le bregma ;
- ✓ Le front : les diamètres d'engagement sont le diamètre bipariétal et le diamètre syncipito-mentonnier, le repère définissant la variété de présentation est la racine du nez ;
- ✓ La face : les diamètres d'engagement sont le diamètre bipariétal et le diamètre sous-mento-bregmatique. Le repère définissant la variété de présentation est le menton ;
- ✓ Le siège : le diamètre d'engagement est le diamètre bi-trochantérien. le repère définissant la variété de présentation est le sacrum. C'est l'accouchement de la tête dernière qui est à l'origine de la dystocie ;

- ✓ L'épaule : c'est une présentation dans laquelle le fœtus, en position oblique, présente un de ses moignons de l'épaule au détroit supérieur.

2.2.2.2- Autres dystocies d'origine fœtale

D'autres anomalies du mobile fœtal peuvent être à l'origine de difficulté lors de l'accouchement, comme :

- ✓ La macrosomie fœtale : elle augmente le risque d'accouchement instrumental et la déchirure périnéale ainsi que l'hémorragie de la délivrance,
- ✓ L'hydramnios,
- ✓ La procidence du cordon, la procidence de membre, les tumeurs fœtales.

Ces différentes anomalies augmentent le risque d'un accouchement par césarienne.

Par ailleurs, un accouchement difficile accroît toujours le risque de la morbidité materno-fœtale, quel que soit le type de dystocie.

V- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II.

1.1. Présentation de la commune II :

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit ≈ 7% de la superficie totale du district de Bamako 267 Km² avec une population de 184971 habitants soit une densité d'environ 10881 hts/km² répartie entre 12 quartiers, les premiers étaient Niaréla, bagadadji et Bozola ensuite ont suivis Médina-coura, Missira, Hippodrome anciennement appelé N'datékoumana, Quinzambougou, Bakaribougou et enfin Bougouba .

C'est la 2^{ème} commune du District de Bamako et est limitée au Nord par la colline du « Point G », à l'Est par la commune I, à l'Ouest par la commune III et au Sud par le fleuve Niger. Elle est une collectivité administrative décentralisée.

Elle abrite les vieux quartiers de Bamako, le centre-ville avec des grands marchés et grandes gares avec des caniveaux à ciel ouvert et une production excessives des déchets ordinaires avec comme corollaire l'hygiène précaire et importante population flottante.

La population est cosmopolite et engorge toute la composante socio-économique et culturelle du Mali avec : des Bambaras (autochtones), les Malinkés, les peulhs, les Dogons, les Bobos, les Sarakolés, les Maures, les Mossis, les Khassonkés, les Sonrhais, les Ouolofs, les Sénoufos. Le dialecte majoritaire est le Bambara.

Le climat est tropical avec trois saisons qui durent 4 mois chacune :

- la saison des pluies avec une hauteur moyenne de pluie qui oscille entre 600-800 mm/an ;
- la saison froide novembre – décembre – janvier – février ;
- la saison chaude mars – avril – mai – juin.

La commune n'est traversée par aucun cours d'eau mais est limitée au Sud par le fleuve Niger et à l'Est par le marigot de Korofina.

La végétation est de type soudano-sahélien dominée par des grands arbres comme le caïcédrot, le karité et les manguiers.

1.2. Infrastructure socio-sanitaire :

La couverture sanitaire de la commune II est assurée par un Centre de Santé de Référence, 06 CSCOM, 02 CMIE (Centre Médical Inter Entreprise), un dispensaire confessionnel et un centre de santé mutuelliste tous tenus par des médecins . La commune enregistre le nombre le plus élevé en structures privées de santé au nombre de 56 et 30 officines de pharmacie.

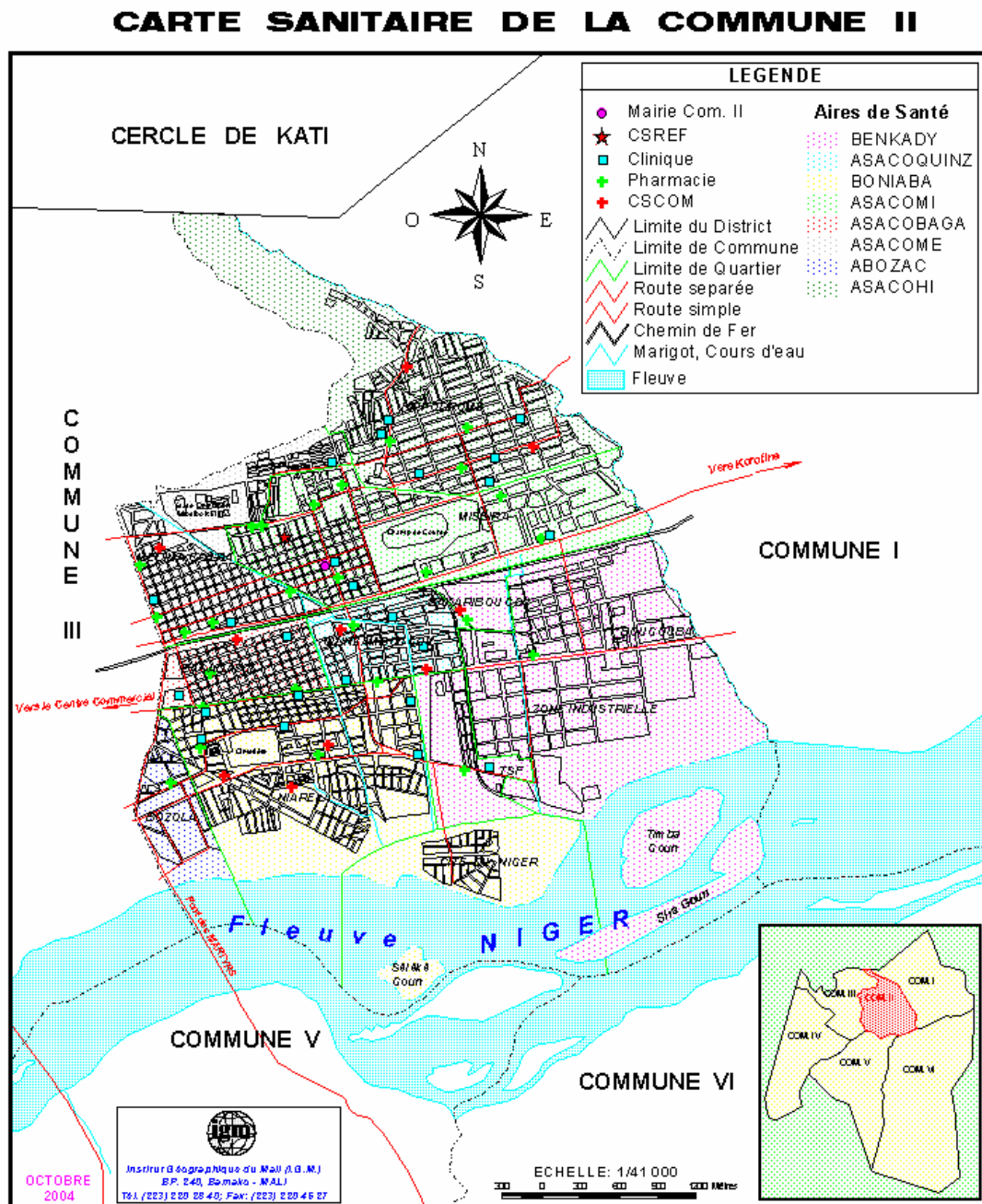


Figure 3 : Carte sanitaire de la commune II du District de Bamako [32]

1.3. Historique du centre de santé :

Ce centre d'abord dispensaire puis PMI (Protection maternelle et infantile) jusqu'en 1998 fut érigé en centre de santé de référence deuxième niveau de la pyramide sanitaire en République du Mali.

Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population de la commune II en particulier et de l'ensemble du district de Bamako en général, le centre a bénéficié d'un bloc opératoire (le 29 décembre 2006) permettant ainsi la réalisation d'interventions chirurgicales.

1.4. Différentes unités du centre de santé :

Le centre de santé de référence de la commune II est situé au quartier Missira rue 283 porte 1015 ; il comprend :

- l'administration ;
- la pharmacie ;
- le service de gynéco obstétrique ;
- le service de médecine ;
- le service d'odontostomatologie ;
- le service d'ophtalmologie ;
- le service d'oto-rhino-laryngologie ;
- le service de Pédiatrie ;
- le service de Programme Elargi de Vaccination(PEV) ;
- le service des affaires sociales ;
- le service de chirurgie générale.

1.4.1. Description du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique occupe le rez-de-chaussée du bâtiment situé à gauche de l'entrée principale.il comprend :

- un bloc opératoire ;
- un bureau de la sage-femme maitresse ;
- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- une salle d'échographie ;
- trois salles d'hospitalisation ;
- une salle de médecins en cours d'études spécialisées gynécologie obstétrique (DES) ;

- une salle des anesthésistes ;
- une unité de gynécologie et de grossesse à haut risque ;
- une unité de planning familial ;
- une unité prénatale ;
- une unité post-natale ;
- une unité de prévention de la transmission mère enfant (PTME) ;
- une toilette externe pour le personnel.

1.4.2. Le personnel du service de gynécologie obstétrique :

Il comprend :

- trois gynécologues
- trois anesthésistes
- trente une sages-femmes dont la sage-femme maitresse
- quatre infirmières obstétriciennes
- des infirmières
- trois aides du bloc
- des aides-soignantes
- sept manœuvres
- quatre chauffeurs.

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'étudiants en médecine de différents niveaux d'étude dont des thésards qui participent au bon fonctionnement du centre.

1.5. Fonctionnement du service :

Le service de gynécologie obstétrique assure des fonctions de soins, formation et d'encadrement de médecins en cours d'études spécialisées en gynécologie obstétrique. Le service dispose d'un bloc opératoire, d'une salle d'accouchement qui fonctionnent 24heures/24. L'activité des soins englobe la gynécologie et l'obstétrique (prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal, l'accouchement).

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées tous les jours par les médecins gynécologiques aidés par les médecins à compétence gynécologique, les thésards et les sages-femmes.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'aide des infirmières et des aides-soignantes.

Une équipe de garde composée de médecins en spécialisation, des thésards, des externes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante et d'un manoeuvre supervisée par trois gynécologues assure le travail quotidiennement 24H/24H.

Régulièrement un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente ou l'équipe de garde effectue le compte rendu de leurs prestations. Le staff est dirigé par les gynécologues.

Une fois toutes les deux semaines (mercredi) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment observées dans le service

2. Type et Période d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale avec deux méthodes de collecte:

- une collecte rétrospective s'étalant sur une période de 12 mois (allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013);
- une collecte transversale par interview des femmes n'ayant effectuées aucune consultation prénatale, sur les raisons de non utilisation des services de CPN pendant la période de collecte (d'Aout à Novembre 2014).

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes enceintes non suivies ayant accouché au CSRéf de la commune II au cours de la période d'étude à travers leurs dossiers :

- les dossiers médico-chirurgicaux ;
- le registre d'hospitalisation du jour ;
- le registre d'accouchement ;
- le registre du bloc opératoire ;
- le registre de la salle de réanimation.

d'une part et d'autre part par interview pour les raisons de non suivie de leur grossesse.

La population totale des parturientes admises au CS Réf de la Commune II pendant la même période d'étude sera utilisée pour des besoins de dénominateur.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été recrutées les femmes :

- ✓ qui ont accouché dans le Service de Gynéco-Obstétrique du CSRéf au cours de la période d'étude ;
- ✓ qui n'ont effectué aucune CPN ;
- ✓ dont les dossiers ont été assez suffisamment remplis.

N'ont pas été incluses :

- ✓ les femmes ayant effectuée au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux ;
- ✓ les femmes dont les dossiers médicaux sont incomplets ;
- ✓ les accouchements qui se sont passés à domicile, dans un autre Centre de santé ou encore en cours de route ;
- ✓ les expulsions d'un fœtus avant 28 SA (Semaine d'Aménorrhée)

5. Echantillonnage :

L'échantillonnage a porté sur tous les cas de CPN=0 ayant accouché au CSRéf au cours de la période d'étude pour la collecte rétrospective. Pour l'interview, nous avons choisi un nombre de femmes dont les grossesses n'ont pas été suivies équivalant à 30% des dossiers exploités.

6. Taille de l'échantillon

- Pour la collecte rétrospective

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$\text{La taille minimale de l'échantillon } n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{i^2}$$

Avec :

Z: écart réduit = 1,96 correspondant au risque α de 5%

Une précision : $i = 5\%$

$p = 70\%$, Selon EDSM IV, on relève que 70 % des femmes enceintes se sont rendues en consultation prénatale.

$$q = 1 - p = 30\%$$

$$0,70 \times 0,30$$

$$\text{La taille de l'échantillon } n = \frac{(1,96)^2 \times 0,70 \times 0,30}{(0,05)^2} = 226,05 = 226$$

En prenant 10% de cette taille comme taux de non réponse possible soit 23, nous aurons taille minimale de l'échantillon $n = 226 + 23 = 249$.

-Pour les interviews, nous avons pris comme taille minimale 30% de la taille de l'échantillon des dossiers exploités.

7. La collecte des données :

7-1. Technique

- Pour la collecte rétrospective

La technique a consisté en une exploitation des dossiers obstétricaux et la consignation des informations qui y figurent sur la fiche de dépouillement. Les autres supports de données seront exploités chaque fois que cela a été nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers obstétricaux. Les dossiers manquant beaucoup d'informations importantes ne seront pas utilisés.

- Pour la collecte prospective

Nous avons procédé à l'interview des mamans n'ayant effectué aucune consultation prénatale dans le post partum immédiat.

7-2. Outil de collecte

La fiche de dépouillement sera l'outil utilisée

8. Les variables étudiées

a. Identification de la femme :

- l'âge ;
- la résidence ;
- l'ethnie ;
- le mode d'admission.

b. Caractéristiques sociodémographiques :

- le statut matrimonial ;
- le régime matrimonial ;
- la profession de la femme ;
- le niveau d'instruction de la femme.

c. Antécédents :

- la gestité ;
- la parité ;

- l'intervalle inter-génésique ;
- le nombre d'enfants vivants ;
- le nombre d'avortements effectués ;
- le nombre d'enfants décédés ;
- les antécédents médicaux ;
- les antécédents chirurgicaux.

d. Déroulement de l'accouchement et des suites de couches

- le terme de la grossesse ;
- la température ;
- la tension artérielle ;
- la hauteur utérine (HU) à l'admission ;
- les BDCF à l'admission ;
- la dilatation du col à l'admission ;
- l'état des membranes à l'admission ;
- la couleur du liquide amniotique ;
- la présentation du fœtus ;
- l'état du bassin ;
- la durée totale du travail ;
- le syndrome de pré-rupture utérine ;
- la souffrance fœtale aiguë ;
- la voie d'accouchement ;
- l'épisiotomie ;
- le mode de délivrance ;
- les complications obstétricales ;
- les complications des suites de couches ;
- la morbidité maternelle des suites de couches ;
- la mortalité maternelle ;
- l'Apgar ;
- la morbidité fœtale et la mortalité fœtale.

9. Analyse et traitement de données

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel EPI-200 version 6.04. Les proportions ont été comparées par un test de chi-carré de Pearson. Un seuil de signification de $p \leq 0,05$ a été fixé pour toute l'étude.

10. Aspects éthiques

Une correspondance a été adressée aux autorités sanitaires pour les informer et obtenir leur consentement avant le début de l'étude. L'accord des gestantes sera sollicité avant le démarrage effectif de l'étude.

Cette étude apportera des renseignements nouveaux ; utiles et bénéfiques. Elle permettra de mieux connaître le pronostic maternel et foetal des grossesses non suivies. Au cours de l'enquête, des séances de communication ont été organisées à l'attention des mères non suivies pour les encourager à fréquenter les services qui offrent des soins prénatals. L'anonymat a été gardé lors de l'analyse et il n'a pas été fait mention des identités lors de la présentation des résultats.

Les suggestions qui découleront de cette étude seront mises à la disposition de toutes les autorités sanitaires pour une amélioration des services de santé.

11. Limites de l'étude

Cette étude comporte les limites classiques des études rétrospectives et notamment celles liées à la qualité du dossier. Le paramètre concernant l'existence ou non de mortalité néonatale dans le service néonatal qui est directement rattaché au service de pédiatrie n'a pas pu être bien étudié en raison de l'absence d'unité d'hospitalisation en pédiatrie.

12. Définitions opératoires

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

- **Pronostic materno-foetal** : nous entendons par pronostic materno-foetal l'issue de la grossesse pour la mère et le foetus en terme de mortalité et de morbidité.
- **Grossesses non suivies** : il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.
- **Gestité** : nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Pauci geste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multi geste**: c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

- **Grande multi geste:** il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.
- **Accouchement :** terminaison de la grossesse après 6 mois révolus.
- **Parité :** nombre total d'accouchements d'une femme.
- **Nullipare:** il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare:** c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Pauci pare:** c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare:** c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare:** il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus
- **Intervalle inter-génésique :** c'est la période écoulée entre la fin de la dernière grossesse c'est-à-dire l'accouchement et le début de la grossesse actuelle.
- **Infections :** nous avons regroupé sous la désignation tous les états infectieux patents ou latents allant de la chorio- amniotite probable jusqu'à la septicémie.
- **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 [24].
- **Anémie :** est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 10 Grammes par 100 millilitres [24].
- **Référence :** c'est l'orientation d'une patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence [25].
- **Evacuation :** c'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence [25].

VI- RESULTATS

Les résultats comporteront deux volets. Le premier fait référence aux résultats de la collecte des dossiers tandis que le second présente les informations collectées au cours des interviews.

Première partie :

Au total nous avons reçu pour accouchement entre Janvier et Décembre 2013 304 femmes dont les grossesses n'ont pas été suivies.

A / Résultats descriptifs

1. Fréquence des grossesses non suivies

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 2981 femmes venues pour accouchements au CSRéf de la Commune II du District de Bamako, parmi lesquelles 304 n'ont pas fait de suivi au cours de leur grossesse.

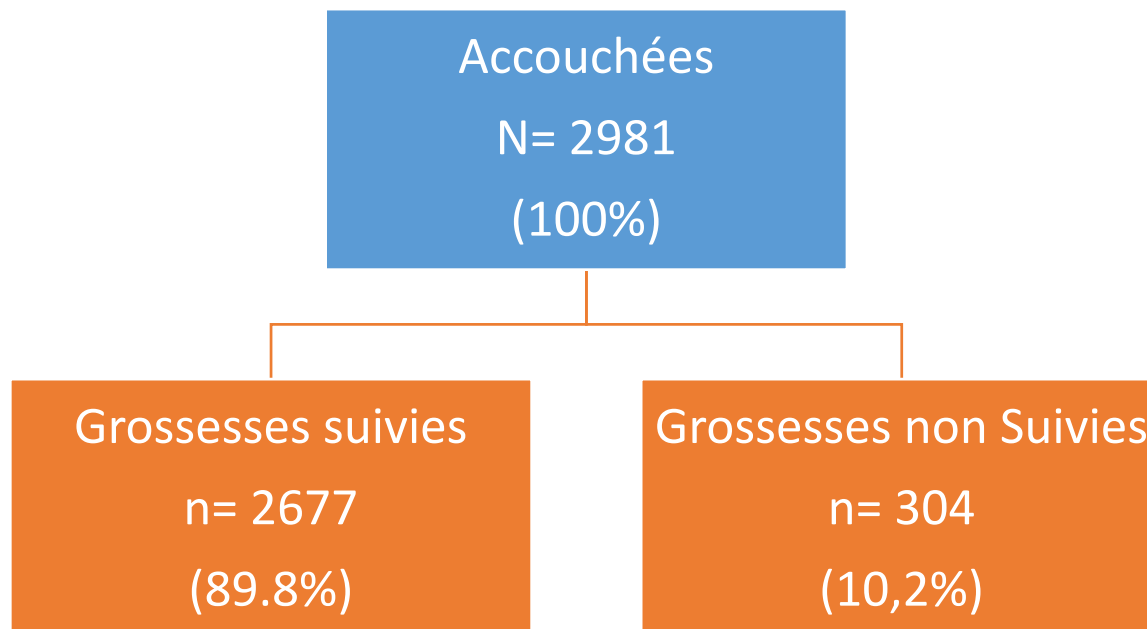


FIGURE 1 : Répartition des accouchées selon le suivi de leur grossesse au CSRéf de la commune II, en 2013

La fréquence des grossesses non suivies est de 10,2% dans notre étude.

2. Description du profil socio-démographique des femmes non suivies

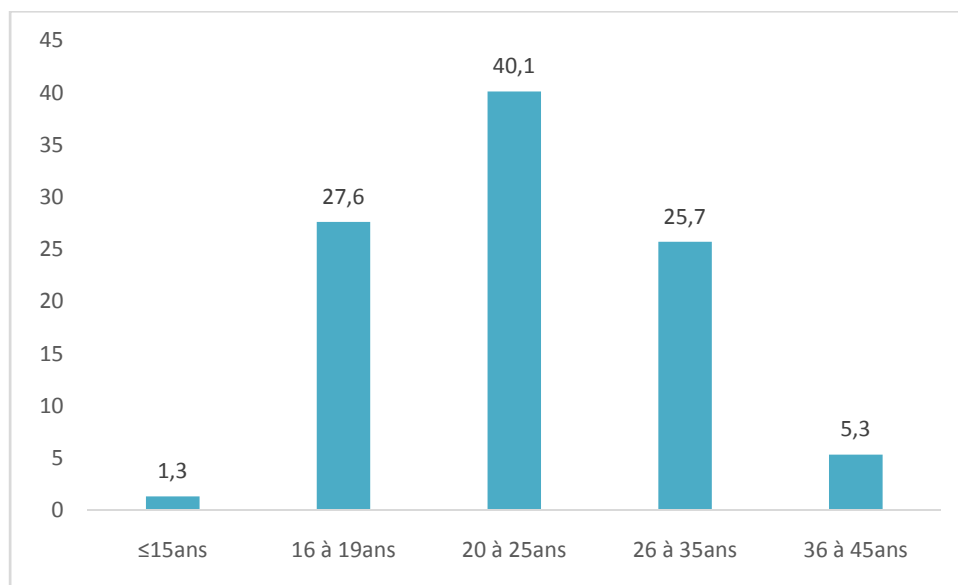


Figure 2 : Répartition des femmes selon les tranches d'âge au CSRéf de la commune II, en 2013

La tranche d'âge de 20 à 25 ans représentait 40,1 %. Les extrêmes étaient 15 ans et 35 ans. L'âge moyen est de 25 ans \pm 4,9.

Tableau I : Répartition des femmes selon la résidence au CSRéf de la commune II, en 2013

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Urbaine	261	86,1
Périurbaine	18	5,9
Rurale	24	7,9
Total	304	100

Les femmes résidaient en milieu urbain dans 86,1 % des cas.

Tableau II : Répartition des femmes selon l'éthnie au CSRéf de la commune II, en 2013

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	114	37,6
Dogon	73	24,1
Peulh	40	13,2
Soninké	19	6,3
Malinké	18	5,9
Bozo	15	5
Senoufo	8	2,6
Bobo	9	3
Minianka	5	1,6
Sonrhäï	3	1
Total	304	100

Les bambara et les dogons ont représentés respectivement 37,6% et 24,1 %.

Tableau III : Répartition des femmes selon le statut matrimonial au CSRéf de la commune II, en 2013

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	104	34,2
Mariée	200	65,8
Total	304	100

Dans notre échantillon les célibataires représentaient 34,2%.

Tableau IV : Répartition des femmes selon leur profession au CSRéf de la commune II, en 2013

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	165	54,3
Fonctionnaire	4	1,3
Commerçante/Vendeuse	37	12,2
Elève-Etudiante	16	6,6
Aide-Ménagère	73	24
Autres	5	1,6
Total	304	100

Les femmes au foyer et les aides ménagères représentaient respectivement 54,3 % et 24 %.

*Autres : teinturière, coiffeuse, couturière

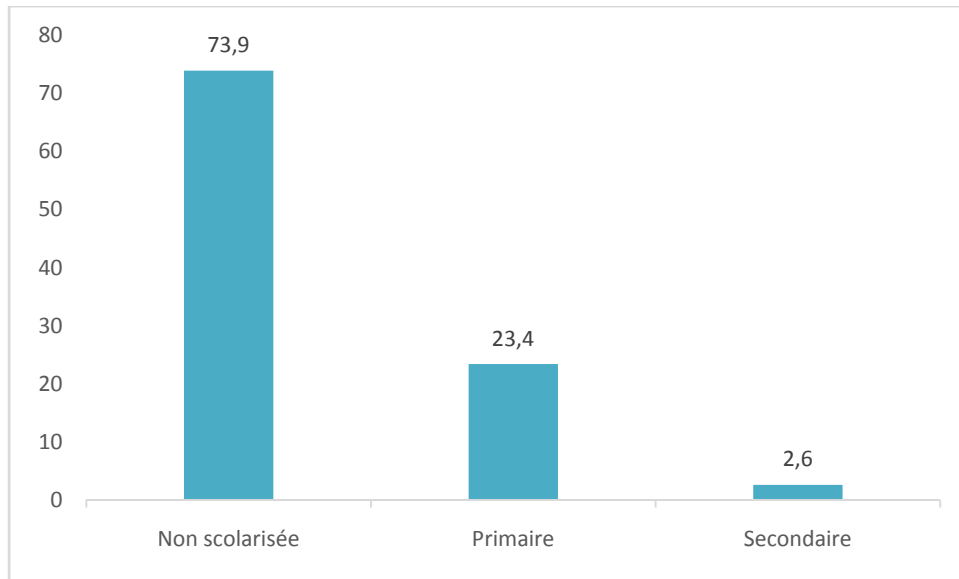


Figure III : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction au CSRéf de la commune II, en 2013

Les femmes non scolarisées représentaient 73,9%. Nous n'avons observé aucun cas de grossesse non suivie chez les femmes de niveau supérieur.

Tableau V: Répartition des femmes selon la profession du procréateur

Profession du Procréateur	Fréquence	Pourcentage
Cultivateur	4	1,3
Fonctionnaire	19	6,25
Commerçant/vendeur	61	20,1
Ouvrier	119	39,1
Autres	48	15,8
Sans Profession	16	5,3
Total	304	100

Les ouvriers représentaient 39,1 % des cas.

3 .Profil Clinique des femmes

Tableau VI : Répartition des femmes selon la gestité au CSRéf de la commune II, en 2013

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	95	31,2
Pauci geste	87	28,6
Multi geste	71	23,4
Grande Multi geste	51	16,8
Total	304	100

Dans notre série, les primigestes représentaient 31,2%.

Tableau VII : Répartition des femmes selon la parité au CSRéf de la commune II, en 2013

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	100	32,9
Pauci pare	97	31,9
Multipare	74	24,3
Grande Multipare	33	10,9
Total	304	100

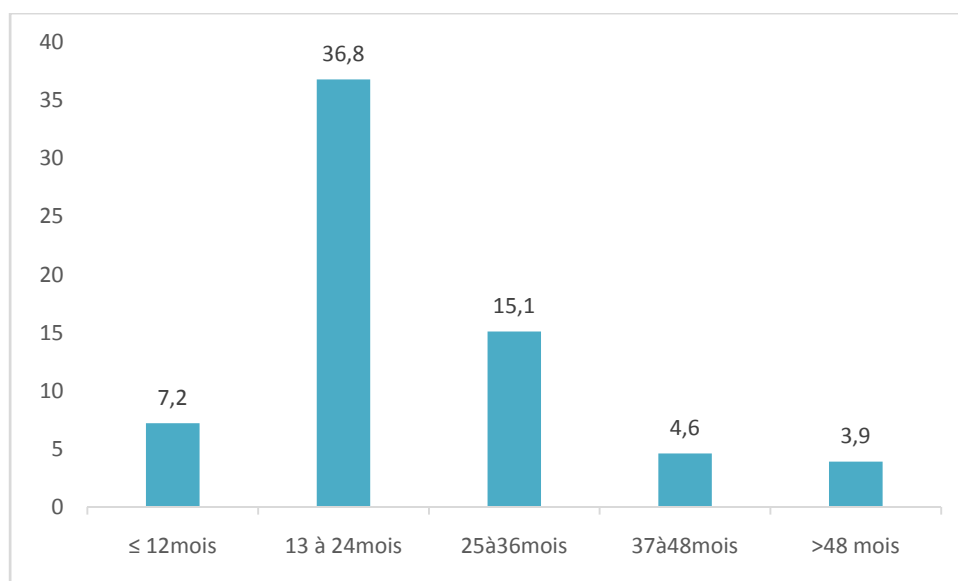


Figure IV : Répartition des femmes selon l’intervalle inter gènesique au CSRéf de la commune II, en 2013

Les femmes ayant un intervalle inter gènesique entre 13 à 24 mois représentaient 36,8 % des cas.

Tableau VIII : Répartition des femmes selon le mode d’admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Mode d’admission	Fréquence	Pourcentage
Venue d’elle-même	263	86,5
Evacuée	41	13,5
Total	304	100

Les femmes venues d’elle-même représentaient 86,5% contre 13,5% d’évacuées.

Tableau IX : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux au CSRéf de la commune II, en 2013

Antécédents	Fréquence	Pourcentage
Chirurgicaux		
Césarienne	25	8,2
Sans Antécédents	279	91,8
Total	304	100

Dans notre étude 8,2 % des femmes avaient un utérus cicatriciel.

Tableau X : Répartition des femmes selon la température à l'admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Température	Fréquence	Pourcentage
Normale	262	86,2
Elevée	42	13,8
Total	304	100

A l'admission 13,8% des femmes avaient une hyperthermie supérieure ou égale à 37,5°C lors de l'accouchement.

Tableau XI: Répartition des femmes selon l'état du bassin au CSRéf de la commune II, en 2013

Type de Bassin	Fréquence	Pourcentage
Normale	272	89,5
Limite	20	6,6
BGR/bassin Immature	12	3,9
Total	304	100

Dans 89,5% des cas les femmes avaient un bassin normal.

Tableau XII : Répartition des femmes selon la hauteur utérine au CSRéf de la commune II, en 2013

Hauteur utérine	Fréquence	Pourcentage
< 32cm	87	26 ,6
32-36 cm	210	69,1
> 36	6	1,9
Total	304	100

Dans notre étude 69,1% des femmes avaient une hauteur utérine entre 32-36 cm.

4. Pronostic materno - fœtal des grossesses non suivies

Tableau XIII : Répartition des femmes selon le terme de la grossesse au CSRéf de la commune II, en 2013

Terme de la Grossesse	Fréquence	Pourcentage
A Terme	259	85,2
Pré terme	45	14,8
Total	304	100

Dans notre étude, environ 1 sur 4 des femmes sans CPN ont eu un accouchement prématuré.

Tableau XIV: Répartition des femmes selon les BDCF au CSRéf de la commune II, en 2013

BDCF	Fréquence	Pourcentage
Absent	19	6,3
<120	11	3,6
120 – 160	272	89,4
>160	2	0.7
Total	304	100

A l'admission les BDCF n'étaient pas perçus chez 6,3% des femmes

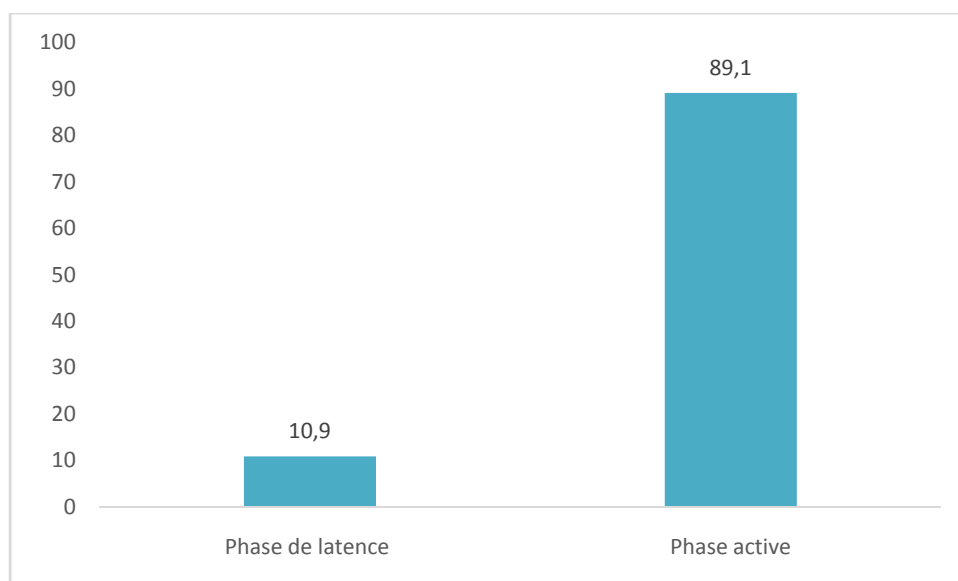


Figure 5 : Répartition des femmes selon la phase du travail d’accouchement au CSRéf de la commune II, en 2013

A l’admission 89,1% des parturientes étaient en phase active du travail d’accouchement.

Tableau XV : Répartition des femmes selon l’état des membranes à l’admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Etat des membranes	Fréquence	Pourcentage
A l’admission		
Membranes intactes	202	66,4
Membranes rompues	102	33,6
Total	304	100

A l’admission 33,6% des femmes avaient les membranes rompues

Tableau XVI : Répartition des femmes selon le délai de rupture des membranes à l’admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Délai de rupture des membranes	Fréquence	Pourcentage
<6H	61	59,8
6 et 12 H	27	26,5
>12H	14	13,7
Total	102	100

Le délai de rupture des membranes était supérieur à 12 heures dans 13,7 % des cas.

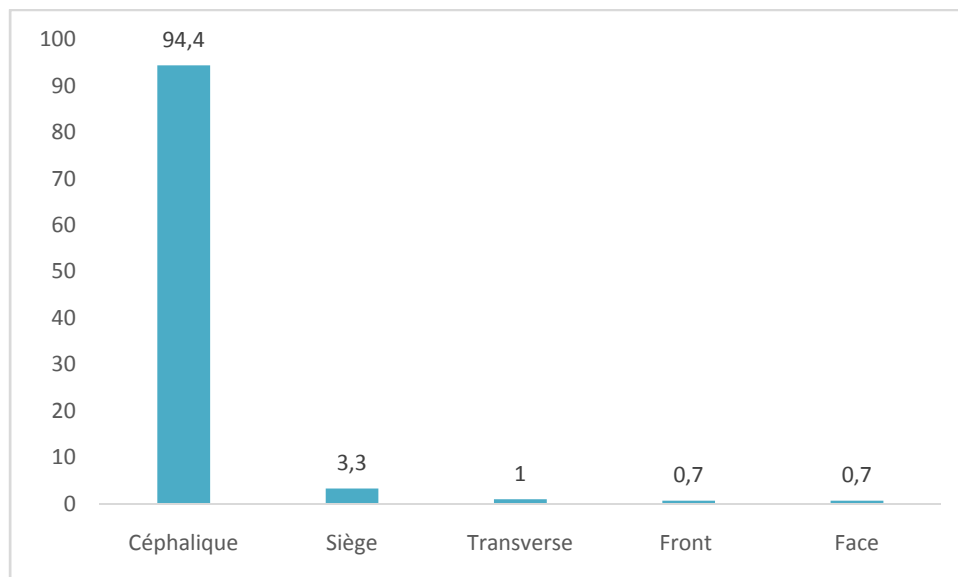


Figure 6 : Répartition des femmes selon le type de présentation du fœtus au CSRéf de la commune II, en 2013

La présentation céphalique représentait 94,4% des cas.

Tableau XVII : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement au CSRéf de la commune II, en 2013

Voie d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Basse	253	84.1
Haute	48	15.9
Total	304	100

La césarienne a été réalisée dans 15,9% des cas

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon l'épisiotomie au CSRéf de la commune II, en 2013

Episiotomie	Fréquence	Pourcentage
Oui	52	16,7
Non	252	82,9
Total	304	100

La proportion de femmes ayant subi une épisiotomie au cours de l'accouchement était de 16,7%.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon les indications de l'épisiotomie au CSRéf de la commune II, en 2013

Indications	Fréquence	Pourcentage
Périnée rigide	13	25
Périnée rigide et Excision type 2	22	42,3
Accouchement prématuré	11	21,2
Accouchement de siège	5	9,6
Forceps	1	1,9
Total	52	100

La rigidité périnéale associée à l'excision de type 2 a été l'indication prédominante avec un taux de 42,3%.

Tableau XX : Répartition des femmes selon la durée du travail au CSRéf de la commune II, en 2013

Durée totale du travail	Fréquence	Pourcentage
<12H	267	87,8
≥12H	37	12,1
Total	304	100

La durée du travail était supérieure ou égale à 12heures dans 12,1% des cas.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la présence de complications obstétricales au CSRéf de la commune II, en 2013

Complications obstétricales	Fréquence	Pourcentage
Oui	54	18
Non	246	82
Total	304	100

La proportion des femmes qui présentaient des complications obstétricales était de 18%.

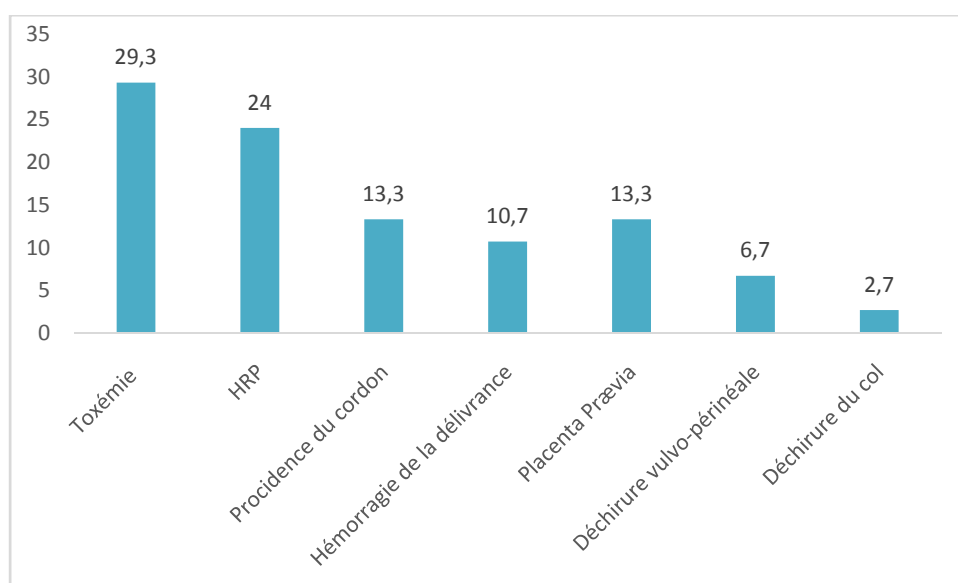


Figure 7 : Répartition des femmes selon le type de complications obstétricales au CSRéf de la commune II, en 2013

La toxémie représentait un taux de 29,3%.

Tableau XXII: Répartition des femmes selon la présence de complications dans les suites de couches immédiates au CSRéf de la commune II, en 2013

Complications	Fréquence	Pourcentage
des suites de couches		
Oui	52	17,1
Non	252	82,9
Total	304	100

Les suites de couches ont été compliquées dans 17,1% des cas

Tableau XXIII: Répartition des femmes selon le type de complications les suites de couches immédiates au CSRéf de la commune II, en 2013

Type de Complications	Fréquence	Pourcentage
Anémie	22	42,3
HTA	18	34,6
Infection	10	19,2
Anémie + Infection	2	3,8
Anémie + HTA	3	5,8
Total	52	100

L'anémie représentait 42,3% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance au CSRéf de la commune II, en 2013

Poids de naissance	Fréquence	Pourcentage
<2500g	41	13,5
2500-3999g	260	85,5
≥4000g	3	1
Total	304	100

Dans notre étude, 85,5% des nouveau-nés avaient un poids de naissance entre 2500 et 3999 grammes.

Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la première minute au CSRéf de la commune II, en 2013

Apgar à 1 ^{ère} min	Fréquence	Pourcentage
≥ 8	245	80,5
1 à 7	40	13,2
0	19	6,3
Total	304	100

Dans notre série, 13,2% des nouveaux nés avaient un score d’Apgar entre 1 et 7 à la première minute.

Tableau XXVI : Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la cinquième minute au CSRéf de la commune II, en 2013

Apgar à 5 ^{ème} min	Fréquence	Pourcentage
≥ 8	263	86,5
1 à 7	19	6,3
0	22	7,2
Total	304	100

Dans notre étude 6,3% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar entre 1 et 7 à la cinquième minute.

Tableau XXVII : Répartition des nouveaux nés selon la morbidité au CSRéf de la commune II, en 2013

Morbidité fœtale	Fréquence	Pourcentage
Prématurité	45	49,5
Infection néonatale	34	37,3
Macrosomie	3	3,3
Hypotrophie	3	3,3
Malformation	6	6,6
Total	91	100

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité.

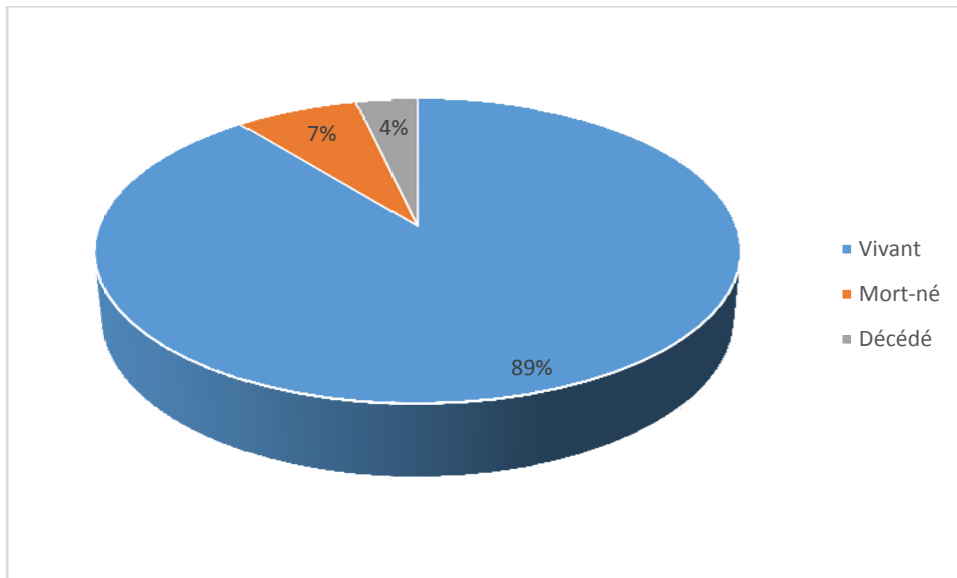


Figure 8 : Répartition des nouveaux nés selon le pronostic vital foetal au CSRéf de la commune II, en 2013

Les morts nés ont représenté 7,2% contre 3% de décès néonatal précoce.

B / Résultats analytiques

Tableau XXVIII : Répartition des morts nés en fonction de la présence de complications obstétricales au CSRéf de la commune II, en 2013

Complications obstétricales	Mort-né		Total
	Oui	Non	
Oui	14	38	57
Non	10	245	247
Total	22	282	304

Khi 2=51,50

P= 0,0000

Les morts nés sont associés aux complications obstétricales.

Tableau XXIX : Répartition des mort-nés en fonction de l'épisiotomie au CSRéf de la commune II, en 2013

Episiotomie	Mort-né		Total
	Oui	Non	
Oui	8	43	51
Non	14	239	253
Total	22	282	304

Khi 2= 1,7053

P= 0,1915

Les mort-nés ne sont pas associés à l'épisiotomie.

Tableau XXX : Répartition des mort-nés en fonction du mode d'admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Mode d'admission	Mort-né		Total
	Oui	Non	
Venue d'elle même	19	244	263
Evacuée/Référée	3	39	41
Total	22	282	304

Khi 2=0,3986

P= 0,2828

Les mort-nés et le mode d'admission ne sont pas associés.

Tableau XXXI : Pronostic foetal en fonction de la présence de complications obstétricales au CSRéf de la commune II, en 2013

Complications obstétricales	Décédé		Total
	Oui	Non	
Oui	3	54	57
Non	7	240	247
Total	10	294	304

Khi 2= 0,8590

P= 0,1898

Les décès néonataux ne sont pas associés aux complications obstétricales.

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés décédés en fonction du mode d'admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Mode d'admission	Décédé		Total
	Oui	Non	
Venue d'elle même	7	256	263
Evacuée/Référée	5	36	41
Total	12	292	304

Khi 2= 2, 6847

P= 0,0768

Les décès néonataux ne sont pas associés au mode d'admission.

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés décédés en fonction de la présence des infections néonatales au CSRéf de la commune II, en 2013

Infections néonatales	Décédé		Total
	Oui	Non	
Oui	4	30	34
Non	6	264	270
Total	10	294	304

Khi 2= 8,6435

P= 0,009

Les décès néonataux sont associés aux infections néonatales.

Tableau XXXIV : Répartition des nouveau-nés décédés en fonction de la prématurité au CSRéf de la commune II, en 2013

Prématurité	Décédé		Total
	Oui	Non	
Oui	4	38	42
Non	6	256	262
Total	10	294	304

Khi 2= 5, 9539

P= 0,0207

Les décès néonataux sont associés à la prématurité.

Tableau XXXV : Répartition des femmes selon la voie d'accouchement en fonction de la présence de complications au CSRéf de la commune II, en 2013

Complications obstétricales	Voie d'accouchement		Total
	Basse	Césarienne	
Oui	33	24	57
Non	223	24	247
Total	256	48	304

Khi 2=36,5385

P= 0,0000

La voie d'accouchement est associée aux complications obstétricales.

Tableau XXXVI : Répartition des femmes selon la présence de complications obstétricales en fonction du mode d'admission au CSRéf de la commune II, en 2013

Mode d'admission	Complications obstétricales		Total
	Oui	Non	
Venue d'elle même	53	210	263
Evacuée/Référée	9	30	39
Total	62	240	304

Khi 2= 0,1982

P= 0 ,025

Les complications obstétricales sont associées au mode d'admission.

Deuxième partie :

Au total nous avons interrogés 100 femmes n'ayant effectuées aucune CPN au cours de leur dernière grossesse dans le post partum immédiat.

Tableau XXX : Répartition des femmes selon les raisons de non réalisation de CPN

Raisons	Fréquence	Pourcentage
Financières	61	61
Distance du centre	6	6
Sous information	24	24
Sans raison	7	7
Autres	2	2
Total	100	100

La notion de problème financier et la sous information représentaient respectivement 61% et 24%.

VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- La fréquence

Durant l'année 2013, 2981 femmes ont accouché dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CSRéf de la Commune II du District de Bamako. Parmi elles, 304 n'avaient fait aucune consultation prénatale (CPN) durant leurs grossesses soient 10,2%. Cette proportion de consultation prénatale non suivie est assez élevée pour un Centre qui se situe en plein centre-ville de Bamako. Selon l'EDS IV c'est dans la ville de Bamako que le taux de couverture en CPN atteint le niveau maximal avec 95 %, cette statistique permet d'affirmer que 5% des femmes enceintes de la ville ne bénéficie d'aucun suivi durant la durée de la grossesse [9]. Toutefois, ce taux de femmes non suivies est moins élevé par rapport à l'échelle nationale qui est de 30% [9].

Cette fréquence retrouvée par notre étude est inférieure à celle rapporté par **A. Sépou et Coll** en République Centrafricaine [24] mais nettement supérieure à celle rapportées respectivement par **B. Breton et coll** en France (0,2 %) [23] et **Friedman SH et coll** à Cleveland, aux Etats unis (0,7%) [24]. Elle est en revanche comparable à celle retrouvée par **SY. E. I.** au CSRéf de la Commune V en 2012 (9,7%) [26].

2- Profil sociodémographique

2-1- L'âge maternel

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 à 25 ans était la plus représentée avec un taux de 40,1 % des cas, celle de 15-19 ans représentait 27,6%. Les extrêmes étaient 15 ans et 35 ans. L'âge moyen était de 25 ans \pm 4,9.

Nos résultats montrent qu'une bonne partie des parturientes était constituée d'adolescentes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup d'adolescentes enceintes n'ont pas désiré leurs grossesses, nombreuses sont encore célibataires, élèves, et se trouvent surtout dans l'immaturité. D'autant plus que les répressions de l'entourage envers ces jeunes gestantes qui sont moralement fragiles, l'esprit de la majorité des familles maliennes qui préfèrent garder leurs jeunes mères-célibataires loin des regards et des commentaires indiscrets du voisinage pourraient avoir des impacts négatifs sur

leur motivation à bien prendre soin de leurs grossesses. Dans la littérature, ROTH trouve un âge plus jeune que dans notre série [24].

2-2- La résidence

Les taux de 86,1% et 5,9% que nous avons observés respectivement en milieu urbain et périurbain, ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre zone d'étude se situe en plein cœur de Bamako. Ces résultats étaient proches de ceux obtenus par **SANOGO S** en 2009 au CSRéf de la Commune VI : 88,9% en milieu urbain et 8,9% en milieu périurbaine [28].

2-3- L'ethnie

L'ethnie la plus représentée était le Bambara 53% des cas.

La prédominance de l'ethnie Bambara serait en rapport avec la zone d'étude (Bamako). Le nombre élevé des parturientes appartenant à l'ethnie Dogon (24,1%) des cas pourrait s'expliquer par leur profession d'aide-ménagère qui est fortement représentée dans notre étude.

2.4- Statut matrimonial

Les parturientes célibataires représentaient 34,2% des cas. Ce taux est comparable à celui de **GANDZIEN P.C.** (38%) [27]. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de soutien moral et financier de celle-ci, ce qui exposerait au manque de suivi.

2.5- Profession de la femme

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 54,3% Suivie des aides ménagères 24%. Cette prédominance des ménagères s'explique par le fait que la grande majorité des femmes de nos milieux n'ont d'autres activités que le ménage. Le nombre élevé des aides ménagères pourrait s'expliquer par leurs conditions socioéconomiques.

Ce taux est comparable à celui de **SANOGO S.** (53,3%) [28] mais inférieur à celui de **FOMBA D.** au CHU du Point G (72%) [29] et à celui observé par **NIARE A.** [30] au CS Réf CII (73%). Cependant toutes ces études montrent la prédominance des ménagères parmi les autres catégories professionnelles.

2.6- Le niveau d’instruction

Dans notre étude 73,9% des femmes étaient des non scolarisées. Nous n’avons par ailleurs observé aucun cas de grossesse non suivie chez les femmes de niveau supérieur. Ceci pourrait être dû à la méconnaissance des risques liés à la grossesse et l’importance des CPN vu leur niveau intellectuel.

Ce résultat est superposable à celui rapporté par **A. Sépou et Coll** (62% d’analphabètes) en République Centrafricaine [24].

2.7- La profession du père de l’enfant

L’analyse des résultats en fonction de la profession du père de l’enfant a montré que la profession d’ouvrier était la plus représentée avec 39,1%. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par **SANOGO S.** (28% des parturientes avaient des conjoints ouvriers) [28].

3. Profil Clinique des parturientes

3.1- Gestité

Dans notre série, le nombre de grossesse maximum était 10. Les primigestes étaient les plus représentées avec 31,2%. Cette tendance semble être due au manque de connaissance sur l’intérêt des visites prénatales et à la méconnaissance des complications possibles liées à la grossesse, pour les femmes qui tombent pour la première fois enceintes.

3.2- Parité

Dans notre étude les primipares étaient les plus représentées avec 32,9%. Ceci pourrait s’expliquer par le fait que la plupart des primipares étaient des primigestes.

Ce résultat est comparable à ceux de **BAUMANN [22]** et **ROTH [25]** qui ont également trouvé un taux élevé de primipares. Néanmoins cette tendance remarquée chez les primipares diffère de celle trouvée par **GANDZIEN P.C.** au Congo chez qui les pauci pares étaient les plus représentées avec 65% contre 36% de primipare [24].

3.3- Le mode d'admission

Dans notre étude les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 86,5%. Ce taux est comparable à celui rapporté par **KEITA N** .en2007 au CS Réf de la commune II (87,3%) [32].

3.4- Antécédents médicaux et chirurgicaux

Nos parturientes n'avaient aucun antécédent médical.

Parmi les antécédents chirurgicaux, la césarienne était la seule retrouvée avec un taux de 8.2%. **SANOGO S** . a rapporté la même tendance avec un taux de 12,5% [28].

3.5- L'état du bassin

L'examen du bassin a été fait par la pelvimétrie clinique (interne et externe). Il a permis de noter que 10,5% des bassins étaient pathologiques (bassin limite, rétréci). L'étude effectuée au CS Réf C VI en 2009 par **SANOGO S** . a rapporté les taux suivants : 85,6% de bassin normal, 14,4% de bassins pathologiques [28]. Ces résultats sont proches de ceux obtenus dans notre étude.

3.6- Hauteur utérine à l'admission

Dans notre étude 26,6% des femmes avaient une HU < 32 cm et 1,9% avaient une HU excessive (>35 cm). Au CS réf CV, **SY E I** rapporte en 2012 que 27% des patientes admises avaient une HU < 32 cm et 5,5% une HU excessive [26]. La fréquence élevée de HU excessive par rapport à la nôtre pourrait s'expliquer par le taux élevé de macrosomie fœtale et de grossesse multiples.

3.7- Le terme de la grossesse

A l'examen obstétrical, 14 ,8% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Ceci s'expliquerait par le fait que les facteurs de risque de la prématurité sont majoritairement détectables au cours des visites prénatales. Leur découverte permet d'instaurer une prise en charge adaptée afin de permettre au fœtus de se développer jusqu'à terme ou du moins jusqu'à un terme raisonnable.

Notre résultat est comparable à celui de **GANDZIEN P.C** . qui a rapporté 14% [26].

3.8- Répartition chez les femmes selon les BDCF

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Les BDCF n'étaient pas perçus chez 6,3% des femmes. Ils étaient inférieurs à 120 battements par minute chez 3,6% des femmes contre 2,7% pour les BDCF supérieurs à 160 battements par minute. Notre résultat est comparable à celui de **KEITA N.** au CSRéf de la Commune II du District de Bamako, qui a rapporté que Les BDCF n'étaient pas perçus chez 6,9% des femmes [32].

3.9- La phase du travail à l'admission

La dilatation du col à l'admission a permis de noter que 89,1% des parturientes non suivies étaient en deuxième phase du travail d'accouchement.

Selon l'étude de **FOMBA D.** au CHU du Point G La majorité des parturientes étaient en phase de latence à l'admission soit 44% des cas [29]. Cette différence est logique, elle pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon n'était constitué que de grossesse non suivie.

3.10- Répartition selon l'état des membranes à l'admission

Dans notre étude 33,6% des femmes ont été admises avec la poche des eaux rompues. Ce taux est comparable à celui de **SANOGO S.** qui a retrouvée 33,8% [28].

3.11- Délais de rupture de la poche des eaux

Le délai de rupture de la poche des eaux a été supérieur à 12H dans 13,7% des cas exposant à un risque septique maternel et fœtal. Dans une étude réalisée par **SANOGO S.** le délai de rupture de la poche des eaux a été supérieur à 12H dans 18,9% des cas [28].

3.12- Le type de présentation du fœtus

Dans notre étude la présentation céphalique a été la plus fréquente avec 94,4%. La présentation du siège a représenté 3,3% des cas contre 1% de transverses. Les différentes proportions obtenues dans notre étude sont proches de celles retrouvées par **SANOGO D.** qui a rapporté respectivement 93,3% de présentation céphalique, 4,4% de siège, et 1,1% de transversale [28].

3.13- Voie d'accouchement

Dans notre étude l'accouchement par la voie basse était le plus fréquent avec 84,1% des cas, nous avons eu recours à la césarienne chez 15,9%. Ces taux sont inférieurs à ceux de **SANOGO S.** qui a retrouvé respectivement 78,0% et 22,0% [28].

3.14- Durée du travail

La durée du travail a été supérieure à 12H chez 12,2% des femmes. Au CS réf de la Commune V **SY I A.** a rapporté 4% [26]. Cette différence serait liée à la fréquence élevée d'évacuations obstétricales par rapport à la nôtre.

3.15- Selon le poids des nouveaux nés

Les nouveau-nés de poids normal (poids entre 2500-3999 grammes) ont été les plus nombreux avec 84,5%. Le poids de naissance était inférieur à 2500 grammes chez 13,5% des cas. L'étude effectuée dans les centres de santé de Bamako par **TABILO A.** en 1998 a révélé que 90,5% des nouveau-nés ayant un poids de naissance normal contre 7,4% de poids de naissance inférieur à 2500 grammes [34]. Cette fréquence élevée de nouveau-né de petit poids de naissance dans notre étude pourrait être dû à l'anémie maternelle.

3.16- Score d'Apgar

Les nouveau-nés ayant un score d'Apgar ≥ 8 représentaient 82,9% ; 16,2% de nouveau-nés avec score d'Apgar < 7 . **GANDZIEN P.C.** a rapportée respectivement 78% de nouveau-nés ayant un score d'Apgar ≥ 8 ; 22% de nouveau-nés avec score d'Apgar < 7 [27].

4- Pronostic materno - fœtal des grossesses non suivies

4.1- Pronostic maternel

4.1.1- Les complications obstétricales

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA et ses conséquences (la toxémie et l'HRP) qui ont représenté 53% suivies de la procidence du cordon 13,3% et l'hémorragie de la délivrance 10,7%. L'étude de **SANOGO S.** a rapporté les mêmes tendances : l'HTA et ses conséquences qui ont représenté 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la

procidence du cordon 14,3% [28]. La différence entre les taux d'hémorragie de la délivrance pourrait s'expliquer aisément par le fait que les parturientes multipares étaient supérieures à la nôtre. Ces complications peuvent être détectées et prises en charge lors des suivis prénataux.

4.1.2- Les suites de couches immédiates

Les principales complications observées dans les suites de couches ont été l'anémie (42,3%), l'HTA (34,6%), et l'infection (19,2%). Dans l'étude réalisée dans les centres de santé de Bamako [34] on a respectivement 18,2% d'infection ; 23,0% d'HTA ; et 2,3% d'anémie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait dans notre étude aucune parturiente n'a fait la CPN au cours de laquelle que la stratégie de supplémentation en fer est appliquée.

4.1.3- Décès maternel

Nous n'avons pas enregistré des cas de décès maternels.

4.2- Pronostic fœtal

4.2.1- La morbidité fœtale

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité, 14,8% des femmes non suivies ont eu un accouchement prématuré. Ceci s'expliquerait par le fait que les facteurs de risque de la prématurité sont majoritairement détectables au cours des visites prénatales. Leur découverte permet d'instaurer une prise en charge adaptée afin de permettre au fœtus de se développer jusqu'à terme ou du moins jusqu'à un terme raisonnable.

4.2.2- Les morts nés en fonction de la présence de complications obstétricales

Dans notre étude la toxémie gravidique et l'HRP ont été les situations morbides fréquemment associées à la mort fœtale. Celle-ci pourrait s'expliquer l'absence de surveillance prénatale parce qu'elle augmente les chances de détecter la toxémie gravidique à un stade précoce afin d'éviter les complications. La toxémie gravidique a représenté 29,3% des morbidités et l'HRP 24%. Le test statistique était significatif en faveur de l'association morts nés et morbidité maternelle $P=0,0000$.

5- Les raisons de non réalisation des CPN

Il ressort dans notre étude que, les principales raisons de non réalisation des CPN sont la notion de problème financier et la méconnaissance de la CPN. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socio-économiques défavorables de notre population d'étude. **A. Sépou et Coll** ont rapporté les mêmes raisons [24].

VIII- CONCLUSION

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent en Commune II du District de Bamako, les raisons les plus évoquées ont été le problème financier et la méconnaissance de la CPN.

La majorité des femmes non suivies sont des ménagères ou des aides ménagères non scolarisées vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables, dont les conjoints sont des ouvriers. La plupart des femmes sont des primipares venues d'elles-mêmes et avec un antécédent chirurgical dominé par la césarienne.

Le pronostic fœtal est dominé par la prématurité et les morts nés.

Le pronostic maternel est dominé par les pathologies vasculo-rénaux (la toxémie, HRP).

Ces complications peuvent être évitables par les suivis prénataux adéquats permettant donc de réduire le taux de morbi-mortalité materno-foetale qui reste encore un problème de santé publique au Mali. Pour cela, la participation active des autorités publiques, des personnels de santé ainsi que chaque individu dans la société est vivement souhaitée.

IX- RECOMMANDATIONS

1- Au Ministère de l'éducation

- ✓ Faciliter l'accès à l'école pour tous les enfants maliens,
- ✓ Inclure dans le programme d'enseignement une éducation à la vie familiale, le danger que peuvent engendrer la grossesse et l'accouchement ainsi que l'importance des suivis prénataux.

2- Au Ministère de la santé

- ✓ Rendre gratuits les soins prénataux.

3- Aux prestataires de santé

- ✓ Accueillir chaleureusement les patientes venant consulter dans les centres, quel que soit leur niveau socio-économique,
- ✓ Bien enregistrer les informations sur les patientes dans les dossiers médicaux respectifs,
- ✓ Motiver les femmes enceintes à utiliser les services de santé de la reproduction et les encourager à éduquer à leur tour l'entourage pour l'utilisation des mêmes services.
- ✓ Sensibiliser les hommes à encourager les femmes enceintes dans leurs entourages de faire des suivis prénataux précoces et réguliers.

X- REFERENCES

1. **OMS, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale.** Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Disponible sur le site : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242545872.pdf>
2. **OMS.** Statistiques sanitaires mondiales 2008. Disponible sur le site : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/FR_PDF_WHS08_Full.pdf
3. **OMS.** La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement. Disponible sur le site : http://www.who.int/hdp/publications/mdg_fr.pdf
4. **Dugas M.** Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux Stratégie avancée de consultations prénatales *Med Trop* 2011 ; 71 : 526-528
5. **Direction Nationale de la santé/Division santé de la reproduction.** Consultation Prénatale Recentrée p 10.
6. **OMS.** Mortalité maternelle Aide-mémoire N°348 Mai 2012 p .1
7. **OMS.** Statistiques sanitaires mondiales 2012
8. **WHO African Region.**Taux de mortalité néonatale et post-néonatale www.aho.afro.who.int/profiles.../index.../AFRO:Neonatal...neonatal.../fr
9. **Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.** Enquête Démographique et de Santé du Mali Décembre 2006 (EDSM-IV).
10. **Lansac J, Gerger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien. Paris : SIMEP SA, 2ème édition, 1990 : 8.
11. **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_MOUYEAUX_V_IRGINIE.pdf
12. **Haute Autorité de la Santé.** Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation Mai 2007
13. **Stéphane P.** Suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste. *ASDES*. Juin 2004 : 05-25.

- 14. Sanogo CT.** Etude epidémio-clinique de l'accouchement prématuré au centre de santé de référence commune V de 2002 à 2003 à propos de 238 cas. Thèse Médecine, 2005.
- 15. Fenomanana MS, Randriambololona DMA, Randaoharison PG, Rakotomalala Z, Rasolonjatovo JDL, Andrianampanalarivo HR.** La mort foetale in utero au service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en 2009. Fmcmada.info.
- 16. Lavilloniere J.** Consultation prénatale : prévention et respect de la physiologie. 5ème journée du cnsf. 5 et 6 Février 2007.
- 17. Vincent DB, René T, Wim VL.** La maternité sans risque dans les pays en développement: les leçons de l'histoire. Studies in Health Services Organisation & Policy. 1997 : 6.
- 18. Luu-van B.** Le suivi de la grossesse normale. Epu-H Tunisie. Mai 1999.
- 19. Lansac J.** Physiologie du travail : le déclenchement, le travail. Département de Gynécologie Obstétrique CHU Tours. 7 janvier 2004.
- 20. Université Virtuelle Paris 5.** Le mobile foetal. Support de cours Mars 2011.
- 21. B. Breton, A. Peres, E. Barranger** Grossesses non suivies : historique, issues materno-foetales et devenir / Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2013) ; 41 : 173–178.
- 22. BAUMANN M, DESCHAMPS G, DESCHAMPS J.P** Maternité et extrême pauvreté ; modalité de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Rev. Fr. Gynecol-Obst. 1988; 83: 183-191.
- 23. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.** Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38 (2):174–81.
- 24. A. SEPOU, M.C. YANZA, E. NGUEMBI, J-P. BANGAMINGO, M.N. NALI** Les Consultations prénatales en zone semi urbaine centrafricaine: Fréquence, facteurs influençant, pronostic maternel et néonatal Med Trop 2000 ; 60 :257-261.
- 25. ROTH PH, MAILLET R, RUAT N, COLETTE C.** Les grossesses non suivies médicalement : Pronostic obstétrical et néonatal. Etude rétrospective de 88 cas. Rev. Fr. Gynecol-Obst. 1993 ; 88, 11 : 550-555.
- 26. Sy E I.** Pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CS Réf de la Commune V. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2011.

- 27. GANDZIEN P.C.** Les grossesses non suivies : Pronostic obstétrical et néonatal Médecine d’Afrique Noire 2007 ; 54 (3) : 166-168.
- 28. Sanogo S.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf de la Commune VI. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2009.
- 29. Fomba D.** Relation entre la consultation prénatale, devenir de grossesse et de l’accouchement au CHU du Point G : étude portant sur 1296 cas. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2007.
- 30. Niaré A.** Evacuations obstétricales au CS Réf de la Commune II. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2009.
- 31. CSRéf de la Commune II du District de Bamako.** Monographie du district sanitaire de la commune II, 2012.
- 32. Keita N.** Facteurs de risque et pronostic maternofoetal de la rupture prématurée des membranes dans le service de gynécologie obstétrique du centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine (Bamako), 2009.
- 33. Merger R, Lévy J, Melchior J.** Mortalité périnatale. Tiré de Précis d’obstétrique, 6e édition Paris 2001 : 561-563.
- 34. Tabilo A.** Contribution de la consultation prénatale pour l’identification des facteurs de morbidité maternelle évitable dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine (Bamako), 1998.

XI-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE 1

IDENTIFICATION DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée : /___/___/___/

Q2 Numéro du dossier : /___/

Q3 Age:/___/ans

Q4 Résidence /___/ 1= Urbaine 2= Péri urbaine 3= Rurale

Q5 Ethnie /___/ 1=Bambara 2=Soninké 3=Malinké 4=Dogon

5=Peulh 6=Sonrhäï 7=Khassonké 8=Bobo 9=Senoufo 10=Minianka

11=Bozo 12=Maure 13=Tamashek 9= Autres

Q5a Si autres, précisé

Q6 Mode d'admission /___/ 1=Venue d'elle-même 2=Référée ou évacuée

2a. Provenance :

2b. Motif:

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Q7 Statut Matrimonial /___/

1=Célibataire 2=Mariée 3=Veuve 4=Concubinage 5=Divorcée

Q8 Régime Matrimonial/___/ 1=Polygamie 2=Monogamie

Q9 Profession de la femme /___/

1= Ménagère 2=Fonctionnaire 3= Commerçante

4= Elève/ Etudiante 5=Aide-Ménagère 6=Autres

Q9a Si autres, précisé

Q10 Niveau d'instruction de la femme /___/

1= Analphabète 2= Primaire 3 =Secondaire 4 =Supérieur

Q11 Profession du conjoint /___/ 1. Cultivateur 2. Fonctionnaire

3. Commerçant 4. Ouvrier 5. Autres 6. Sans Profession

Q11a Si autres, précisé

Q12 Niveau d'instruction du conjoint /___/

1= Analphabète 2= Primaire 3 =Secondaire 4 =Supérieur /___/

ANTECEDANTS

Q13 Antécédents Obstétricaux

Q13a Gestité /___/ Q13bParité/___/ Q13c Nombre d'enfant(s) vivant(s)/___/

Q13d Nombre d'avortement (s)/___/ Q13e Nombre d'enfant (s) décédé(s)/___/

Q13f Intervalle inter-génésique (en mois)/___/

Q14 Antécédents chirurgicaux

Q14a. Césarienne /___/ 1=oui 2=non

Q14b. Laparotomie /___/ 1=oui 2=non

Q15 Antécédents médicaux

Q15a. Cardiopathie 1=oui 2=non /___/
Q15c. Asthme 1=oui 2=non /___/
Q15d. Drépanocytose 1=oui 2=non /___/
Q15e. Hypertension artérielle 1=oui 2=non /___/
Q15f. Diabète 1=oui 2=non /___/
Q15g. VIH 1=oui 2=non /___/
Q15h. Autres 1=oui 2=non /___/

Q15h1 Si autres, précisé

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Q17 Terme de la grossesse /___/

1= Estimée à terme 2=Pré-terme 3= Post-Terme

Q18 Examen à l'admission

Q18a Examen général

Q18a1 Température /___/°C Q16a2 PA /___/___/cm Hg

Q18b Examen obstétrical

Q18b1 HU /___/cm Q16b2 BDCF /___//mn

Q18b3 Présentation /___/

1=sommet 2=Face 3=Front 4=Transverse 5=Siège

Q18b4 Dilatation du col à l'admission /___/cm

Q18b5 Etat des membranes à l'admission /___/

1=Intact 2=Rupture prématurée 3=Rupture précoce

4=Rupture tempestive

Q18b6 Si la poche est rompue, préciser la durée en heures /___/h

Q18b7 dans le cas des ruptures prématurées préciser en jours /___/j

Q18b8 Couleur du liquide amniotique /___/

1=clair 2=Méconial 3=Hémorragique 4=Jaunâtre

Q18b9 Type de bassin /___/

1=bassin normal 2=bassin limite 3=BGR

Q19 Déroulement du travail

Q19a Durée totale du travail /___/Heures

Q19b Déroulement normal 1=oui 2=non /___/

Q19c Syndrome de pré-rupture utérine 1=oui 2=non /___/

Q19d Souffrance fœtale aiguë 1=oui 2=non /___/

Q19e Autres anomalies au cours du travail 1=oui 2=non /___/

Q19e1 Si autres, précisé

Q20 Voie d'accouchement /___/

1=Voie basse 2=Césarienne

3=Laparotomie pour rupture utérine

4=Laparotomie pour grossesse abdominale

Q21 Episiotomie 1=oui 2=non /___/

Q21a Si oui indication :.....

Q22 Délivrance /_/

1. Extemporannée 2. Artificielle 3. Active dirigée

Q23 Complications obstétricales 1=oui 2=non /_/

1. Rupture utérine 1=oui 2=non /_/

2. Placenta prævia 1=oui 2=non /_/

3. Toxémie gravidique 1=oui 2=non /_/

4. Hématome retro placentaire 1=oui 2=non /_/

5. Hémorragie gravidique 1=oui 2=non /_/

6. Hémorragie de la délivrance 1=oui 2=non /_/

7. Procidence du cordon 1=oui 2=non /_/

8. Déchirure du périnée 1=oui 2=non /_/

9. Déchirure du col 1=oui 2=non /_/

10. Déchirure du vagin 1=oui 2=non /_/

11. Autres :.....

Q24 Suites de couches

1. Simples 1=oui 2=non /_/

2. Compliquées 1=oui 2=non /_/

2a. Si oui Compliquées de :.....

Q25 Morbidité Maternelle des suites de couches

1. Anémie 1=oui 2=non /_/

2. Infection 1=oui 2=non /_/

3. HTA 1=oui 2=non /_/

4. Hémorragie 1=oui 2=non /_/

Q26 Pronostic vital maternel

1. Vivante sans séquelle 2. Vivante avec séquelle 3. Décédée /_/

Si Décédée Cause :.....

Si Séquelles :.....

Q27. Apgar 1. Première minute /_/ 2. Cinquième minute /_/

Q28. Morbidité fœtal

1. Poids du fœtus /_/

2. Prématurité 1=oui 2=non /_/

3. Infection néonatale précoce 1=oui 2=non /_/

4. Macrosomie 1=oui 2=non /_/

5. Hypotrophie fœtale 1=oui 2=non /_/

6. Malformation 1=oui 2=non /_/

Q29 Pronostic vital fœtal

Q29a. Vivant 1=oui 2=non /_/

Q29b. Mort -né 1=oui 2=non /_/

 1=Frais 2=Macéré /_/

Q29c. Décédée 1=oui 2=non /_/

Si Décédée cause.....

FICHE D'ENQUETE 2

Numéro fiche : /___/

CPN non faites, préciser le motif /___/

1=pas d'argent

2=distance du centre

3=mauvais accueil des prestataires

4=problème de compétence des prestataires

5=Sous information

6=Sans raison

7=Autres

Si autres raisons,
précisé.....

Fiche signalétique

Nom : DEMBELE

Prénoms : Bakary Dianko

Titre de la thèse : Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II.

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynéco-obstétrique

E-mail : dembl_bakary@yahoo.fr ; Tel : (223)72379496, (223) 66511733

Résumé :

Objectif : Etudier le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune II.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale avec deux méthodes de collecte: une collecte rétrospective et une collecte transversale, portant sur les femmes n'ayant effectuées aucune consultation prénatale.

Résultats :

Il ressort de cette étude une fréquence de 10,2% de grossesses non suivies. La tranche d'âge de 20 à 25ans était la plus représentée 40,1%. Les femmes au foyer et les aides ménagères ont représentées respectivement 54,3% et 24% des cas. Les femmes non scolarisées étaient majoritaires soit 73,9%.La profession ouvrière a dominée chez les procréateurs avec 39,1%. Les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA et ses conséquences qui ont représentées 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la procidence du cordon 14,3%. Les suites de couches ont été dominées par l'anémie 42,3%, et la morbidité fœtale dominée par la prématurité avec 14,8%. Les morts nés étaient au nombre de 22 soit 7,2% dont 19 macérés soit 86,4% des morts nés. Les principales raisons du non suivi des grossesses ont été la notion de problème financier et la méconnaissance de la CPN.

Mots clés : Grossesse non suivie, pronostic maternel, pronostic fœtal.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DEMBELE

Prénoms : Bakary Dianko

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali



Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Titre de la thèse : Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynéco-obstétrique

E-mail : dembl_bakary@yahoo.fr ; Tel : (223)72379496, (223) 66511733

Résumé :

Objectif : Etudier le pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la Commune II.

Patients et Méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale avec deux méthodes de collecte: une collecte rétrospective et une collecte transversale, portant sur les femmes n'ayant effectuées aucune consultation prénatale.

Résultats :

Il ressort de cette étude une fréquence de 10,2% de grossesses non suivies. La tranche d'âge de 20 à 25ans était la plus représentée 40,1%. Les femmes au foyer et les aides ménagères ont représentées respectivement 54,3% et 24% des cas. Les femmes non scolarisées étaient majoritaires soit 73,9%.La profession ouvrière a dominée chez les procréateurs avec 39,1%. Les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA et ses conséquences qui ont représentées 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la procidence du cordon 14,3%. Les suites de couches ont été dominées par l'anémie 42,3%, et la morbidité foetale dominée par la prématurité avec 14,8%. Les morts nés étaient au nombre de 22 soit 7,2% dont 19 macérés soit 86,4% des morts nés. Les principales raisons du non suivi des grossesses ont été la notion de problème financier et la méconnaissance de la CPN.

Mots clés : Grossesse non suivie, pronostic maternel, pronostic foetal.