

**Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**RÉpublique du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi**



**PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES
GROSSESSES NON SUIVIES AU CSREF
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO
de juin 2007 à mai 2008**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 08./04/2009

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Monsieur Sidiky SANOGO

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : **Professeur Sy Assitan SOW**

MEMBRE : **Docteur Sylvain KEITA**

CO-DIRECTEUR **Docteur Boubacar TRAORE**

DIRECTEUR DE THESE : **Docteur Moustaphe TOURE**

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A Dieu :

Le clément, le tout miséricordieux, seigneur des mondes, que ton salut soit sur le prophète Mohamed, le dernier des messagers ainsi que sur sa famille honorable et pure et ses compagnons nobles et élus. Ce travail est le tien. Tu as guidé et surveillé mes pas jusqu'à ce jour, je n'avais aucune idée de ce garçon que je suis devenu aujourd'hui, quand j'allais à l'école pour la première fois. Toi, tu le savais, car tu m'as déjà tracé un chemin que je ne fais qu'emprunter tout le long de mon existence. Merci de m'avoir maintenu en bonne santé et de m'avoir permis d'achever cet œuvre.

A mes parents :

A mon père : Feu Fatogoma Sanogo

O ! mort cruelle, qui nous a arraché si prématurément un être bon, qui a le sens du savoir être et du savoir faire et plein d'enthousiasme.

Papa, ta bonté, ta profonde humilité et ton amour pour autrui font de toi cet homme respecté que j'admire tant et tellement.

Trouve en ce travail une ébauche à toutes tes aspirations.

Tu nous as appris le sens de la fierté et de la dignité en toute circonstance mais aussi et surtout le respect de son prochain.

Comme on ne saurait jamais remercier assez un père, je préfère prier pour toi. Ce travail est le tien Papa.

Dort en paix cher père. Amen !

A ma mère Aminata Sanogo :

Maman, ton sourire et tes conseils m'ont accompagné et encouragé tout le long de mes études. Dans les moments les plus difficiles, il me suffisait de fermer les yeux pour me sentir à côté de cette femme patiente, si énergique au sourire et au cœur d'ange.

Le profond amour que tu prodigues à tes enfants, tes privations font de ce travail avant tout le tien. Infatigable, tu t'es toujours sacrifiée pour leur réussite. La jeune pousse que tu as aimée, protégée des intempéries de la nature est devenue maintenant un arbre bien solide.

Que Dieu te bénisse et te garde encore plus longtemps en bonne santé parmi nous afin que tu puisses te reposer et profiter de son ombrage.

Le sens des mots ne saurai jamais traduire combien je t'aime.

Maman trouve en ce travail une introduction du résultat des efforts et de tous les sacrifices que tu as pu consentir pour moi.

Ce travail est le tien.

Chers parents : Sachez que je suis fier d'être votre enfant, je suis fier de vous et j'espère que vous serez un jour fier de votre fils.

A mes frères et sœurs : Abdramane, Rokia, Kadiatou, Alassane, Ousmane, Mama, Boubacar, et Mohamed

L'affection et la confiance mutuelle qui a toujours existé entre nous m'ont donné foi pour achever ce travail qui est avant tout le votre. Puisse ces sentiments nous maintenir aussi unis que les chevaux d'un attelage afin que nous menions à bien le chariot de nos vies. Bon courage et surtout ne baisser jamais les bras devant les difficultés de la vie. Avec ma tendresse infinie.

A ma femme Fatoumata Tara Camara

Je souris encore rien qu'en pensant à tous les moments formidables que tu m'as fait passer. Ta sympathie et ta sagesse de la vie furent une expérience pour moi. Tu m'a toujours soutenu, que notre union se resserre d'avantage, restons unis et solidaire pour honorer nos Papa et nos Maman, bâtir un avenir sûr pour nos enfants.

Sache que les mots expriment souvent bien peu de ce qu'il y a au fond de nous. Pour toi est si fort, tu es un amour.

Remerciements

A DIEU, le tout puissant, le clément, le très miséricordieux, je te rends grâce de m'avoir donné la vie, le courage et les potentialités nécessaires d'accomplir cet œuvre selon ta volonté. Puisse Dieu continu à m'assister.

ALLAH

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habilité et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne-moi, Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

Il me tient aussi, à cœur de remercier très sincèrement toutes les personnes de bonne volonté qui de près ou de loin ont contribué tant soit peu à la réalisation de ce travail. Cependant je ne saurai jamais énumérer de façon exhaustive les parents, amis, collaborateurs, et maitres qui m'ont apporté leurs soutiens moraux, matériels, et scientifiques tout au long de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude !

Je voudrais remercier les honorables membres du jury : Pr Sy Assitan Sow, Dr TOURE Moustaphe, Dr TRAORE Boubacar, Dr KEITA Sylvain Balla

Pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CS Réf CVI et notamment :

A Dr KEITA Sylvain Balla : Merci du plus profond de mon cœur pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée, dans tous les domaines et sans restriction. Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de Maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

Votre simplicité, votre esprit d'équipe et votre disponibilité constante à aider ceux qui en ont besoin, font de vous un scientifique et un pédagogue admirable, puisse Dieu vous donner une longue vie pleine de bonheur. Soyez rassuré de ma profonde reconnaissance.

Je voudrais remercier **Dr TRAORE Boubacar**, d'avoir dirigé ce travail. Merci pour la confiance et la grande liberté d'action que vous m'avez accordées. Votre encadrement responsabilisant m'a permis d'acquérir l'indépendance et la confiance en soi. Votre façon originale d'aborder les questions scientifiques m'a beaucoup appris. Merci pour m'avoir permis de m'initier aux différentes techniques de la gynécologie obstétrique. Je crois qu'avoir décidé de faire ma thèse sous votre responsabilité a été l'un des choix les plus judicieux de mes études. Acceptez ici mes reconnaissances intarissables

A mes autres maîtres et aînés du CS Réf CVI :

Dr Traoré Aminata, Dr Synayogo Kadiatou, Dr Diallo Mamadou, Dr Coulibaly Sidiki, Dr Mama Sy, Dr Coulibaly Pierre, Dr Coulibaly Youma, Dr Ballo Mamadou, Dr Diassana Mama, Dr Coulibaly Abdoulaye, Dr Cisse Seybou, Dr Dicko Abachare, Dr Sangaré Boubacar, Dr Sidibé Seydou, Dr Diassana Boubacar, Dr Karembe Sékou, Dr Diancoumba

Mariam, Dr Karembeli Pierre, Dr Touré Mountaga, Dr Angoiba Abdouramane, Dr Tembely Mamadou, Dr Dembélé Lamine.

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A tous les internes du CS Réf CVI :

Kane Mountaga, Sanogo Souleymane, Traore Babou, Sanogo Moussa, Minta Fousseini, Camara Lamine, Sogoba Robert, Kamissoko Salif, Traore Drissa, Doumbia Fatoumata, Sangare Sékou, Samake Daouda, Bakayoko Yacouba, Camara Doussouba, Dembélé Assan, Mariko Oumar, Sidibé Souleymane, Traoré Dramane, Fofana Chieck, Diakité Lamine.

Bonne carrière professionnelle à tous.

A Moussa Sanogo :

Cher cousin je ne souris encore rien qu'en pensant à tous les moments formidables que vous m'avez fait vivre. Votre courage, votre

sympathie, votre sagesse de la vie furent une expérience pour moi.
Merci pour tout Couse.

A Diamoutene Boubacar :

Merci pour tout ce que tu as fait pour la réussite de ce travail. Tu es admirable à plus d'un titre.

A mon grand frère Diakité Bakary :

Qui est toujours à mes cotés pour les conseils et les soutiens, que nos liens se resserrent d'avantage. Votre soutien m'a permis de rester optimiste et courageux durant cette période de thèse.

Sachez que les mots expriment souvent bien peu de ce qu'il ya au fond de nous. Je vous dis merci pour l'affection et recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes maitres : Dr Koné Diakaridia, Dr Fané Seydou, Dr Keita Mamadou.

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes cousins et cousines, l'unité et la cohésion sont les gages du succès dans les entreprises.

A Mr Diawara Fisseinou, Dr Ladji Dembelé :

A travers votre amitié, j'ai compris que « l'amitié est une richesse incomparable qui humanise le monde et éloigne les frontières de la différence ».

Plus que des amis, vous avez su être toujours présent dans les moments les plus difficiles de ma vie estudiantine. Le profond attachement qui nous unis, vos conseils, vos encouragements, votre présence et votre amour font de ce travail le vôtre.

J'ai trouvé en vous des hommes honnêtes animés de bon sens et courageux. Qu'ALLAH le tout puissant sauvegarde notre amitié.

A ma petite sœur Fatoumata Sidibé (Bebe)

Les mots me manquent pour te dire combien merci, car à travers toi j'ai eu le bon gout de l'amitié.

On est toujours resté ensemble pendant les moments de joies et de tristesse ; choses que je ne vais jamais oublier. Tendresse infinie.

A tous les membres du GROUPE BENKADY de sogoniko

Recevez ici ma profonde reconnaissance.

A mes oncles veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes tantes soyez rassurer de ma respectueuse reconnaissance.

A la mémoire de mes grands parents :

J'espère avoir été à la hauteur de vos espérances.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY

Professeur SY Assotant Sow

- Professeur titulaire de gynécologie et obstétrique
- Chef de service de gynécologie obstétrique du CSREF CII
- Présidente de la SOMAGO
- Chevalier de l'ordre du mérite de la sante

Honorable maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre savoir, votre assiduité, votre qualité professionnelle et sociale font de vous un maitre accompli.

Vous êtes pour nous plus qu'un maitre mais une mère.

Respecté et respectable, trouvez à travers ce travail cher maitre l'expression de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur TOURE Moustaphe

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du CSREF CIV
- Maitre Assistant à la FMPOS
- Chevalier de l'ordre national du Mali

Honorable maitre, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre simplicité, et la qualité de votre enseignement font de vous un homme humble et modeste.

Recevez à travers ce travail l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur TRAORE Boubacar

- Gynécologue obstétricien
- Médecin chef du CSREF CVI
- Trésorier Général de la SOMAGO

Cher maitre, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faites en nous acceptant dans votre service.

A votre cotés nous avons aimé encore plus la gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, vos soucis constants de nous transmettre vos connaissances sans cesse font de vous un admirable.

Vous êtes pour nous plus qu'un maitre mais un père.

Nous vous prions de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur KEITA Sylvain Balla

- Epidémiologiste
- M D M S C en épidémiologie
- D I U Epivac
- Médecin au CSREF CVI

Cher maitre, nous vous remercions pour votre temps et votre patience dans la lecture de cette thèse.

Votre disponibilité, votre savoir faire, la qualité de votre enseignement et votre caractère social font de vous un exemple. Nous vous remercions pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Recevez à travers ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

BDCF	: Bruit du cœur fœtal
BGR	: Bassin Généralement Rétréci
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
Cm Hg	: Centimètre de Mercure
CPN	: Consultation Périnatale
CPON	: consultation post natale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
FVV	: Fistule Vesico-Vaginale
GEU	: Grossesse Extra Utérine
HRP	: Hématome Retro Placentaire
HTA	: Hypertension Artérielle
HU	: Hauteur Utérine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
RPM	: Rupture Prématuration des Membranes
SA	: Semaine d'Aménorrhée
SFA	: Souffrance Fœtale Aigue
VIH	: Virus d'Immuno Déficience Humaine

Sommaire

Abréviation

I-Introduction

II-Problématique

III-Objectifs

IV-Généralités

V-Méthodologie

VI-Résultats

VII-Commentaires et discussion

VIII-Conclusion

IX- Recommandations

X- Références

XI-Annexes

I-INTRODUCTION

Attendre un enfant, le mettre au monde, pouvoir le serrer contre soi sont les vœux de toute femme. La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un critère de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale. Ainsi « la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort »dit un proverbe Bambara.

Les grossesses non suivies représentent 2,66% [2], elles s'observent surtout chez les pauci pares, les célibataires et chez les femmes de bas niveau socio-économique. L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématuré [1] avec un mauvais Apgar. L'accouchement s'effectue souvent à domicile [2]. La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées de par le monde avec respectivement 700 pour 100.000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances [3,4].

II-PROBLEMATIQUE

Au Mali le taux de mortalité maternelle est de 462 pour 100.000 naissances vivantes alors que le taux mortalité néonatale est de 60 pour 1000 naissances vivantes [4,5]. La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique. C'est dans ce contexte que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a été érigée au rang de priorité dans la politique nationale de santé. Elle s'intègre dans la stratégie de l'OMS vers une maternité à moindre risque à la quelle le Mali a adhéré.

Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaire pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Elles permettent :

- ° De dépister les grossesses à risque (dès le premier trimestre de la grossesse),
- ° d'apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel (deuxième trimestre de la grossesse),
- ° de faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse).

Au Mali, le taux de couverture en consultation prénatale tel que défini par l'OMS «le pourcentage de femmes ayant fait au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux » est 83% à BKO (milieu urbain) et 13% en milieu rural (cercle) [6] .

A ce jour peu d'études spécifiques, ont été réalisées au Mali encore moins en commune VI sur la corrélation qui existerait entre l'absence de suivi de la grossesse (CPN=0) et le pronostic materno - fœtal.

Ce qui justifie la présente étude dont les objectifs sont les suivants

III. Objectifs

1. Objectif général

Etudier le pronostic des grossesses non suivies au CS Réf CVI de Juin 2007 a Mai 2008.

2. Objectifs spécifiques

-Déterminer la fréquence des grossesses non suivies au CS Réf CVI de Juin 2007 a Mai 2008.

-Décrire le profil sociodémographique des femmes enceintes non suivies au CS Réf CVI de Juin 2007 a Mai 2008.

-Déterminer le pronostic materno - fœtal dans les grossesses non suivies au CS Réf CVI de Juin 2007 a Mai 2008.

IV-GENERALITES

1-Définition des concepts

Pour la bonne compréhension du document, nous avons procédé à la définition de certains termes techniques.

*La grossesse où gestation est la période qui va de la fécondation de l'œuf à l'accouchement. Elle dure en moyenne 266 à 270 jours [7].

*La consultation prénatale (CPN) : la consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risques pour la suite de la grossesse et l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue [3]

*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) [7].

*La césarienne : L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie où par voie vaginale [7].

*La mortalité maternelle ; L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse où dans un délai de quarante-deux jours (42jrs) après l'accouchement, quelles qu'en soient la durée où la localisation, pour une cause quelconque déterminée où aggravée par la grossesse où les soins qu'elle a motivé mais ni accidentelle, ni fortuite [3,8]. Les décès maternels sont répartis en deux groupes :

- Décès par cause obstétricale directe qui sont des décès résultants des soins qu'ils ont motivés.

- Décès par cause obstétricale indirecte sont des décès causés par des affections persistantes aggravées par la grossesse ou l'accouchement.

- ***Le taux de mortalité maternelle** : il se définit selon l'OMS comme le « nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes » [9]

- ***La mortalité néonatale** : est le « décès d'un nouveau né survenant entre sa naissance et le 28^{ème} jour après l'accouchement » [10]

- ***Le taux de mortalité néonatale** : est le nombre de décès du nouveau né avant 28 jours au cours d'une année sur le nombre de naissances vivantes au cours de la même période multiplié par 1 000 [10]

- ***Le taux mortalité périnatale** : est le nombre de morts fœtales tardives (28 semaines et plus) plus le nombre de morts néonatales précoces (0à 6jours) survenu pendant l'année sur le nombre de naissances vivantes plus le nombre de morts fœtales tardives pendant l'année multipliée par 1 000[10].

- ***La morbidité maternelle** : « La morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum où

qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités où des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort [3].

- ***Les facteurs de risque** : selon l'OMS « on entend par facteur de risque toute caractéristique où toute circonstance déterminante, attachée à une personne où à un groupe de personnes, et dont on sait qu'elle est à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'exposition spéciale à un tel processus » [11]

- ***La grossesse à risque** : est une **grossesse** dans la quelle le fœtus et où la mère court un risque accru de mortalité où morbidité, soit avant, soit pendant, soit après la naissance » [3,12].

°Les principaux facteurs de risque pour la femme enceinte sont :

- L'âge a ses deux extrêmes (inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans).

- La parité a ses deux extrêmes (nullipare et grande multipare).

- Les antécédents obstétricaux : mort-néonatale, césariennes.

- La taille, inférieure à 1,50 mètre.

- ***Les hémorragies de la délivrance** se définissent comme des pertes de sang supérieures à 500 millilitres survenant au cours de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement, et entraînant une altération de l'état général de la parturiente [13]. Il s'agit d'hémorragies dont l'origine se situe au niveau de la zone d'insertion placentaire

2-GENESE DE LA MORTALITE MATERNELLE

- « Il n'existe de plus grande tragédie que de mourir en donnant la vie ». L'ampleur de la mortalité maternelle est mal déterminée en Afrique. Le taux de mortalité maternelle est mal estimé car basé sur les données des hôpitaux insuffisantes, et les statistiques d'état civil incomplet. De toutes les disparités entre riches et pauvres, la mortalité maternelle est l'une des plus profondes. Dans les pays développés une femme a un risque sur 4000 à 10.000 de mourir de sa grossesse, alors que ce risque est de 1 sur 15 à 1 sur 50 dans les pays en développement. Ces décès sont considérés comme évitables dans 80% des cas [14].

Le taux de mortalité maternelle est de : [3]

°Pour l'ensemble de l'Asie, 420 pour 100.000 naissances vivantes ; avec des contrastes très marqués : 650 pour 100.000 naissances vivantes

°En Amérique latine, 270 pour 100.000 naissances vivantes.

°En Europe Occidentale et septentrionale 10 pour 100.000 naissances vivantes.

°En Afrique, les taux de mortalité maternelle sont les plus élevés et varient en fonction des milieux, entre 500 et 1000 décès pour 100.000 naissances vivantes ; avec en moyenne 640 décès pour 100.000 vivantes pour l'ensemble de l'Afrique. Ces taux élevés sont aggravés par une forte fécondité. Le nombre de naissance en moyenne par femme étant de 6,4 [14,3].

° Dans les différentes sous régions africaines les taux de mortalité maternelle sont les suivantes :

- Afrique septentrionale 500 pour 100.000 naissances vivantes

- Afrique australe 570 pour 100.000 naissances vivantes.

- Afrique orientale 66 pour 100.000 naissances vivantes.

- Afrique centrale 690 pour 100.000 naissances vivantes.

- Afrique occidentale 700 pour 100.000 naissances vivantes.

- Au Mali, le taux de mortalité maternelle pour l'ensemble du territoire national est de 582 pour 100.000 naissances vivantes avec un taux de natalité de 49,6 pour 1000 [15]. A Bamako, ce taux selon les différentes études publiées aurait connu une grande variation entre 1975 et 1989 :

* 1975 à 1979 :1527,5 pour 100.000 accouchements

* 1979 à 1988 : 1006 pour 100.000 accouchements

* 1988 à 1989 : 1250,8 pour 100.000 naissances vivantes

Le taux actuel de la mortalité maternelle au Mali est de 462 pour 100.000 naissances vivantes [5]

3-CAUSES DE MORTALITE MATERNELLE

Il existe deux grands groupes de causes :

-Les causes obstétricales directes

-Les causes obstétricales indirectes

3-1 LES CAUSES OBSTETRIQUES DIRECTES

Elles sont au nombre de cinq : les hémorragies, les infections, les dystocies et les ruptures utérines, la toxémie gravidique et l'éclampsie, les avortements [3].

3-1-1-LES HEMORRAGIES

Elles constituent la première cause des décès maternels dans les pays en développement. Elle peut survenir à tout âge de la grossesse. Mais ce sont les hémorragies du troisième trimestre et de la délivrance qui entraînent les décès maternels [8]. Qu'elles soient anté ou post-partum, les hémorragies constituent une urgence médicale et ou chirurgicale qui nécessitent une prise en charge rapide et correcte.

Les principales causes d'hémorragies sont :

. Avant l'accouchement :

- Au premier trimestre : la grossesse ectopique, l'avortement, la grossesse molaire (non incluse dans notre étude) ;
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré ;
- Au troisième trimestre : le placenta prævia, l'hématome retro-placentaire, la rupture utérine.

°Post-partum : la rétention placentaire, l'atonie (inertie utérine), les troubles de la coagulabilité sanguine, les déchirures des parties molles (col, vagin et périnée).

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

- La primiparité et la grande multiparité ;
- Les grossesses multiples ;
- L'anémie ;
- Action de certains produits anesthésiants ;
- La mort fœtale in utero ;
- Le placenta prævia et l'hématome retro-placentaire (HRP) ;
- Le travail accéléré

Les hémorragies de la délivrance représentent la principale cause de mort maternelle par hémorragie, soit 56% des hémorragies et ceci par manque de produits sanguins [1]

Au Mali les hémorragies de la délivrance représentent 46,1% des complications de la délivrance avec un taux de décès de 6,4% [15].

3-1-2-LES INFECTIONS PUERPURALES

Elles surviennent dans les suites de couche et ont pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elles constituent l'une des premières causes de décès maternels. Elles sont encore responsables de 7% de décès aux USA [16,3]. En Afrique, les taux varient selon les auteurs et les pays : 20,4% de décès au Niger [3, 17,18] et 20% au Mali [3,19]

Les facteurs favorisant les infections sont :

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

L'infection est une cause de mortalité qui peut être combattue. La prévention des infections du post-partum passe par les mesures suivantes :

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

De façon générale il existe une corrélation entre la grossesse et l'infection. La grossesse aggrave l'infection. L'accouchement devient alors défavorable. Les infections locales tendent à se généraliser [3].

3.1.3 La toxémie gravidique et l'éclampsie

L'hypertension artérielle gravidique est une complication fréquente qui se voit dans 5 à 10% des grossesses [20,21]. Elle se définit par une pression artérielle systolique (maxima) supérieure ou égale à 140 Millimètres de mercure et/ou une pression artérielle diastolique (minima) supérieure ou égale à 90 Millimètres de mercure. L'hypertension artérielle est considérée comme induite par la grossesse lorsqu'elle survient après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et qu'elle disparaît vers la 6^{ème} semaine après l'accouchement [20]. La toxémie gravidique serait la cause de 17% de décès maternels [3,22]. La mortalité périnatale liée aux hypertensions gravidiques est de l'ordre de 3 à 5% dans les pays industrialisés.

A Bamako selon certains auteurs, elles représentent 6,5 à 30% des causes de décès maternels [2, 19,15].

La tribu payé par le fœtus est lourd, 20 à 30% de mortalité périnatale. Selon certaines sources, la mortalité maternelle de l'ordre de 3 à 10%, inscrit l'hypertension artérielle (HTA) au 3^{ème} rang des causes de mort maternelle [3,23].

La pré-éclampsie se caractérise par l'élévation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie au cours de la deuxième moitié de la grossesse.

La symptomatologie clinique est caractérisée par des céphalées, des vomissements, des troubles visuels et des douleurs épigastriques en barre, parfois une insuffisance rénale. La pré-éclampsie est courante chez les primipares et la récurrence est rare au cours des grossesses ultérieures sauf si la femme présente un terrain prédisposant (obésité, antécédent de diabète ou d'hypertension artérielle essentielle, grossesses multiples). Les femmes très jeunes et celles de plus de 35 ans en sont particulièrement atteintes.

Les complications de la pré-éclampsie sont de deux ordres :

- chez la mère : l'éclampsie, l'hématome rétro placentaire, l'insuffisance rénale, l'hémorragie cérébro-méningée et le HELLP syndrome.

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

La surveillance prénatale augmente les chances de détecter la pré-éclampsie à un stade précoce. Son traitement fait appel aux antihypertenseurs, le sulfate de Magnésium.

L'éclampsie est la complication ultime de la toxémie gravidique. Elle se manifeste cliniquement par une poussée hypertensive avec des crises convulsives tonico-cloniques avec parfois morsure de la langue. Cette crise est répétitive, résolutive spontanément ou sous l'effet de la médication. L'éclampsie reste une cause de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale

Importante dans les pays en développement, elle est responsable à Bamako et à Niamey respectivement de 3,77% et 11,5% de décès maternels [15,24]. L'éclampsie est favorisée par les grossesses précoces, l'insuffisance ou l'absence de consultations prénatales [3,25]. Sans traitement la mort survient dans un tableau de coma avec insuffisance cardiaque, hépatique et rénale ou par hémorragie cérébrale

3.1.4 Les dystocies et les ruptures utérines

La dystocie est le plus souvent mécanique (liée à la nature du bassin), elle est alors permanente et en corrélation étroite avec la petite taille de la femme. Il peut s'agir également de disproportion fœto-pelvienne liée à une macrosomie fœtale. Sans traitement, l'évolution aboutit à la rupture utérine qui est une urgence obstétricale extrême nécessitant une prise en charge rapide et adaptée sinon la mort survient dans un tableau d'hémorragie.

Les ruptures utérines (RU) sont réparties en deux groupes :

-Les ruptures utérines survenant au cours de la grossesse : elles se voient généralement sur des utérus cicatriciels.

-Les ruptures utérines survenant au cours du travail d'accouchement : Les études africaines montrent la grande fréquence et la particulière gravité de cette complication obstétricale. Le taux de décès maternels par rupture utérine est de :

* 16,27% au Togo [26] ;

* 9,5% et 14,63% à Bamako [27,28] ;

*19,3% au Niger [18]

La majorité des décès maternels dus aux ruptures utérines sont évitables. Les femmes à risque de présenter cette complication peuvent être détectées au cours des CPN : les utérus cicatriciels, les antécédents de curetages répétés, la multiparité, les disproportions fœto-pelviennes. Il existe d'autres étiologies : les implantations anormales du placenta, les malformations utérines, le travail trop prolongé, l'utilisation abusive des ocytociques, les accouchements instrumentaux mal maîtrisés (surtout le forceps).

La prévention des dystocies et des ruptures utérines exige une action à la fois médicale et socio-culturelle [3]. Au niveau socio-culturel il faut éviter les mariages précoces, les grossesses non désirées chez les adolescentes, promouvoir la scolarisation des filles. Au niveau médical il faut :

- Dépister précocement les femmes à risque et les référer aux spécialistes ;
- Sensibiliser les femmes et les matrones sur les inconvénients du travail prolongé (plus de 24 heures) ;
- Promouvoir le système de références/évacuation ;
- Utiliser rationnellement les ocytociques.

3-2 Les causes obstétricales indirectes

Il s'agit d'affections maternelles pouvant engager le pronostic vital maternel et/ou fœtal. Ce sont : les affections cardiovasculaires, respiratoires, rénales, hépatiques (hépatite virale), l'anémie sévère, le paludisme, les infections urinaires, la drépanocytose, le diabète... [3]

EVOLUTION DE LA MORTALITE PERINATALE

La réduction du taux de mortalité périnatale est intimement liée à l'amélioration des conditions et de la qualité de la pratique obstétricale elle-même. Au fil des ans son taux a diminué en même temps que celui de la mortalité maternelle, et cela grâce à la réduction du taux de mortalité néo-natale qui est passé de 83 pour mille entre 1986 et 1990 à 60 pour mille au cours d'une étude récente en 1998[3].

4- La CONSULTATION PRENATALE

Toute grossesse comporte un risque potentiel, c'est-à-dire que son évolution peut être émaillée d'accidents et/ou d'incidents pouvant à l'extrême engager le pronostic vital maternel et/ou fœtal. C'est dans ce cadre qu'un proverbe bambara affirmait « toute femme enceinte à un pied sur terre et l'autre dans la tombe » prouvant ainsi la nécessité de suivi pour toute grossesse.

Les consultations prénatales apparaissent ainsi comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement de la grande majorité des pathologies de gravido-perpuralité pouvant être cause de morbidité et de mortalité materno-fœtale.

4-1 Les objectifs des CPN [29]

- . Faire le diagnostic de la grossesse ;
- . Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;

- . Surveiller le développement du fœtus ;
- . Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- . Préparer l'accouchement, en faire le pronostic ;
- . Éduquer et informer les mères sur les avantages de la CPN.

4-2 Calendrier de CPN

Les normes recommandent aux moins 4 CPN [29].

- * 1^{ère} CPN avant 3 mois ;
- * 2^{ème} CPN vers le 6^{ème} mois ;
- * 3^{ème} CPN vers le 8^{ème} mois ;
- * 4^{ème} CPN vers le 9^{ème} mois.

4-3. Matériels de CPN [30] :

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

- . Une table de consultation gynécologique ;
- . Une source lumineuse ;
- . Un appareil à tension, un stéthoscope médical ;
- . Une toise et pèse-personne ;
- . Un mètre ruban ;
- . Un stéthoscope obstétrical de Pinard ;
- . Des spéculums ;

- .Des gants stériles ;
- . Le matériel pour réaliser un frottis vaginal : spatules d'Ayre, lames, fixateur ;
- . Des tubes stériles + écouvillons pour prélèvements bactériologiques ;
- . Des verres à urines + bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine, de nitrites ;
- . Une solution antiseptique ;
- . Un seau contenant une solution désinfectante.

4-4. Les activités préventives

4-4-1 La vaccination antitétanique

Elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49% à Bamako (Mali) alors que l'objectif du programme élargi de vaccination (PEV) était de 80% en 1995 [3].

4-2 Le dépistage VIH

Il est proposé systématiquement selon les normes et procédures du Mali. La transmission mère enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en développement contre 5 à 15% dans les pays industrialisés [3,31].

Le dépistage permet de réduire de façon significative ces taux par l'administration d'antirétroviraux (ARV) dès les premières contractions utérines douloureuses.

4-3 La supplémentation [3]

L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalité et morbidité périnatale. Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme qui sont estimés à 2000 à 2500 kilocalories par jour. La supplémentation au cours de la grossesse améliore en outre le poids de naissance et la qualité du lait maternel.

Le développement du fœtus et de l'utérus au cours de la gestation entraîne un accroissement des besoins en nutriments qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces besoins ne sont pas couverts, il n'ensuit une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé de mort fœtale in utero. Les besoins en fer pendant toute la durée de la grossesse sont estimés à 1200 Grammes. Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration du fer et de l'acide folique et exceptionnellement la transfusion dans les formes sévères et décompensées. Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses entraînant l'anémie comme la bilharziose et l'ankylostomiase.

Au Mali, les normes et procédures recommandent 120 milligrammes de fer par jour plus 500 milligrammes d'acide folique de la première consultation prénatale au deuxième mois après l'accouchement.

4-4-4 Prophylaxie anti-palustre

La Sulfadoxine pyriméthamine est donnée selon le calendrier suivant :

-Une dose au quatrième mois

-Une dose au septième mois

4-4-5 Le bilan prénatal

Il est très vaste. Il existe deux catégories d'examens complémentaires :

a) Les examens complémentaires indispensables sont [29] :

- . Le groupe sanguin-rhésus standard ;
- . Le test d'Emmel, voire l'électrophorèse de l'hémoglobine ;
- . Albuminurie –glycosurie ;
- . Le Bordet Wassermann (BW) ;
- . La sérologie HIV ;
- . Numération formule sanguine (tx d'hémoglobine)
- .La sérologie toxoplasmose ;
- . L'échographie :

Il est recommandé de faire aux moins 3 échographies :

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

b) Les examens complémentaires facultatifs sont très nombreux et seront demandés dans des situations spécifiques. On peut énumérer : la goutte épaisse, l'examen cytobactériologique des urines, le prélèvement cervico-vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Combs indirect, l'échographie Doppler ombilicale et cérébrale, la radiographie du contenu utérin, etc.

V- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune VI (CSRéf Commune VI).

1-1- Présentation du CSREF CVI

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des plus anciens des six (6) centres de référence du District de Bamako. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004. Il est d'accès facile car situé au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

La commune VI est la plus grande et la plus peuplée des communes de Bamako avec 94 km² de superficie et 620360 habitants en 2009 et une densité de 6599 habitants par km².

Ses limites sont les suivantes :

- A l'Est par la portion Sud du district de Bamako comprise entre son extrémité Sud-est et le lit du fleuve Niger

- Au Sud par la portion de la limite Sud du District comprise entre les limites Est et Ouest de la commune V
- A l'Ouest par la commune V
- Au Nord par la portion du fleuve Niger comprise entre la limite EST du district et la limite de la commune.

Les principales activités menées par la population sont : l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le commerce, transport et artisanat. L'industrie y est peu développée. Les industries alimentaires, de plastique et de BTP contribuent à l'essor économique de la commune.

Le climat de la ville de Bamako est de type tropico-soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

1-2-Organisation du service :

1-2-1- Infrastructure du service

Le service se compose de deux bâtiments :

➤ Premier bâtiment qui est le bloc opératoire, est composé de :

- Deux salles d'opération,
- Une salle de réveil,
- Une salle de préparation pour chirurgien,
- Une salle de consultation pré-anesthésique,
- Une salle de stérilisation des instruments,
- Deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ Un second bâtiment en étage :

- Au rez-de-chaussée on a :
 - La maternité composée d'une salle d'attente, une salle d'observation et la salle d'accouchement qui est composée de deux tables et trois lits,
 - Une unité de consultation prénatale,

- Deux salles de consultation pour médecin généraliste,
- Une salle de consultation pour médecin chirurgien,
- Une unité ORL,
- Une unité ophtalmologique,
- Une unité odonto-stomatologique,
- Un laboratoire,
- Une salle d'injection,
- Une salle de pansement,
- Une unité PEV,
- Une pharmacie pour médicaments génériques.
- A l'étage on a :
 - Un service d'administration comprenant {un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène},

 - Une salle de consultation gynécologique,
 - Une salle de consultation pédiatrique,
 - Une salle d'hospitalisation pédiatrique,
 - Une unité de planning familial,
 - Une salle de réunion,
 - Trois toilettes.

Par ailleurs, il y a :

- Une maison pour le gardien,
- Deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
- six toilettes.

Le CSRéf est en plein rénovation avec la construction d'un nouveau complexe mère enfant.

1-2-2- Le personnel_:

Tableau I : Répartition du personnel du C.S.Ref commune VI selon leur qualification

Qualification	Nombre
Médecin gynécologue	2
Médecin généraliste	2
Médecin chirurgien	1
Etudiants thésards	23
Infirmier diplômé d'Etat	12
Technicien de laboratoire	3
Infirmiers de premier cycle	9
Sages femmes	27
Infirmières obstétriciennes	2
Matrones	4
Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
Techniciens spécialisés en ophtalmologie	2

Techniciens spécialisés en ORL	2
Techniciens spécialisés kinésithérapie	1
Techniciens spécialisés en santé publique	3 dont 2 assistants médicaux
Assistants médicaux	10
Techniciens sanitaires	3
Secrétaire dactylo	1
Gestionnaire	1
Comptable	1
Adjoint administratif	1
Gardiens	2
Chauffeurs	3
Aide soignant	16
Manœuvres + gardien	9
Total	139

1-2-3- Le fonctionnement du service

Le service dispose de deux blocs opératoires septique et aseptique qui fonctionnent vingt quatre heures sur vingt quatre pour les urgences gynécologiques et obstétricales. Le programme opératoire est réservé aux mardis et jeudi. Les jours de consultations gynécologiques sont les lundis et mardis, le dépistage du cancer du col les Mercredis et les séances d'échographie les vendredis.

Un staff se tient tous les jours ouvrables.

Une équipe de garde assure vingt quatre heures sur vingt quatre les activités de la salle d'accouchement avec un médecin comme chef d'équipe.

Une visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée par un médecin

spécialiste.

Le centre de sante dispose de deux salles de consultation pour médecin généraliste et une salle pour le médecin chirurgien.

Des consultations prénatales, pédiatriques, de planning familial se font tous les jours ouvrables. Les unités d'O.R.L, du P.E.V, d'ophtalmologie, d'odontostomatologie et de laboratoire fonctionnent tous les jours ouvrables.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive

2-1-Période d'étude

L'étude s'est déroulée de Juin 2007 à Mai 2008.

2-2-Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes enceintes non suivies ayant accouché au centre de santé de référence de la commune CVI au cours de la période d'étude.

2-3-Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude, les femmes ayant accouchées au centre de santé de référence de la commune CVI et n'ayant effectuées aucune consultation prénatale attestée.

2-4-Critères de non inclusion :

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

* Femme ayant accouchée dans une autre structure sanitaire.

* Accouchements non assistés.

* Femmes affirmant leur suivi par un personnel qualifié en soins obstétricaux (médecin, sage-femme, infirmière obstétricienne, matrone) même en l'absence de carnet de CPN.

*Age gestationnel inférieur à 28 SA (soit 7 mois) et/ou poids du fœtus inférieur à 500 Grammes.

2-4-Echantillonnage :

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas de CPN=0 ayant accouchés au CSRéf CVI au cours de la période d'étude.

2-5-La Collecte des données

2-5-1-Technique

Elle a consisté à une enquête par questionnaire adressé aux femmes ayant accouchées à la maternité du CSRéf CVI et n'ayant effectuées aucune consultation prénatale attestée. Le questionnaire a été administré par des enquêteurs (internes) que nous avons formés à cet effet.

La technique consistait en une lecture des dossiers obstétricaux et leur consignation dans le questionnaire. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers obstétricaux.

2-5-2-Outil de collecte

Le questionnaire d'enquête a été l'outil utilisé.

2-5-3-Supports exploités

- Les dossiers d'accouchement ;
- Registres de déclaration de naissance ;
- Le registre de compte-rendu opératoire

2-6- Déroulement de l'enquête

Nous avons entrepris des démarches avant le démarrage de l'enquête :

- Choix d'un superviseur (gynécologue-obstétricien au CSRef CVI)
- Formation de l'enquêteur principal. Cette formation a comporté un enseignement rigoureux sur l'entretien (comment formuler chaque question d'une manière simple, en langue Bambara qui est la langue la plus parlée et en Français au besoin).
- Les fiches d'enquêtes ont été déposées dans le service et ont été confiées aux autres enquêteurs qui ont été formés par l'enquêteur principal pour la collecte des données, afin qu'une femme répondant à nos critères d'inclusions ne puisse échappée à notre attention.
- Un pré-test du questionnaire a été réalisé en vue de corriger les imperfections de notre outil de collecte.

2-7-Les variables étudiées

Nous avons utilisé les variables suivantes :

L'âge, la gestité, la parité, l'intervalle inter-génésique, la résidence, l'ethnie, le statut matrimonial, les professions de l'enquêté et de son conjoint, le mode d'admission, le lieu de référence ou d'évacuation, le motif de référence ou

d'évacuation, les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'avortements effectués, le nombre d'enfants décédés, le terme de la grossesse, l'état général, la coloration des conjonctives, la hauteur utérine (HU) à l'admission, les bruits du cœur fœtal à l'admission, la dilatation du col à l'admission, l'état des membranes, la présentation du fœtus, l'état du bassin, le mode d'accouchement, le type d'intervention, l'épisiotomie, le mode de délivrance, la durée du travail, les complications obstétricales, les suites de couche les complications dans les suites de couche, la morbidité maternelle, le décès maternel, l'Apgar, la morbidité fœtale, mortalité fœtale.

2-8-Définitions opératoires

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

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

- Grossesses non suivies : il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation prénatale.

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

* Nullipare = Zéro accouchement

* Primipare = Un accouchement

* Pauci pare = Deux à quatre accouchements

* Multipare = Cinq à six accouchements

*Grande multipare= Sept accouchements et plus

*Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme

*Primi geste : première grossesse

*Pauci geste : deux à quatre grossesses

* Multi geste : quatre à sept grossesses

- Intervalle inter-génésique : c'est la période écoulee 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.

- Fièvre : Toute élévation de température supérieure ou égale à 38,5° chez une femme enceinte est considérée comme fièvre.

- 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 [37].

- Anémie : est définie chez la femme enceinte comme étant un taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 10 Grammes par 100 millilitres.

- Collaboration interdisciplinaire : c'est la prise en charge conjointe d'une patiente par plusieurs spécialités médicales et/ou chirurgicales au sein d'une même structure de santé.

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

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

2-9-Analyse et traitement des données

Le dépouillement des questionnaires a été manuel. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide logiciel EPI INFO, version 6.0, du CDC d'Atlanta et de l'OMS.

La rédaction du document final a été faite à l'aide des logiciels Word 2007 et EXCEL pour les tableaux et graphiques.

Le test du Khi 2 (X^2) de Karl PEARSON a été le test statistique utilisé.

2-10-Aspects éthiques

Après une explication claire des bénéfices de l'étude, le consentement des enquêtés a été obtenu avant l'administration du questionnaire. La confidentialité des informations recueillies leur a été garantie. La dignité et la liberté des enquêtés ont été respectées par les enquêteurs durant toute l'enquête.

VI- RESULTATS

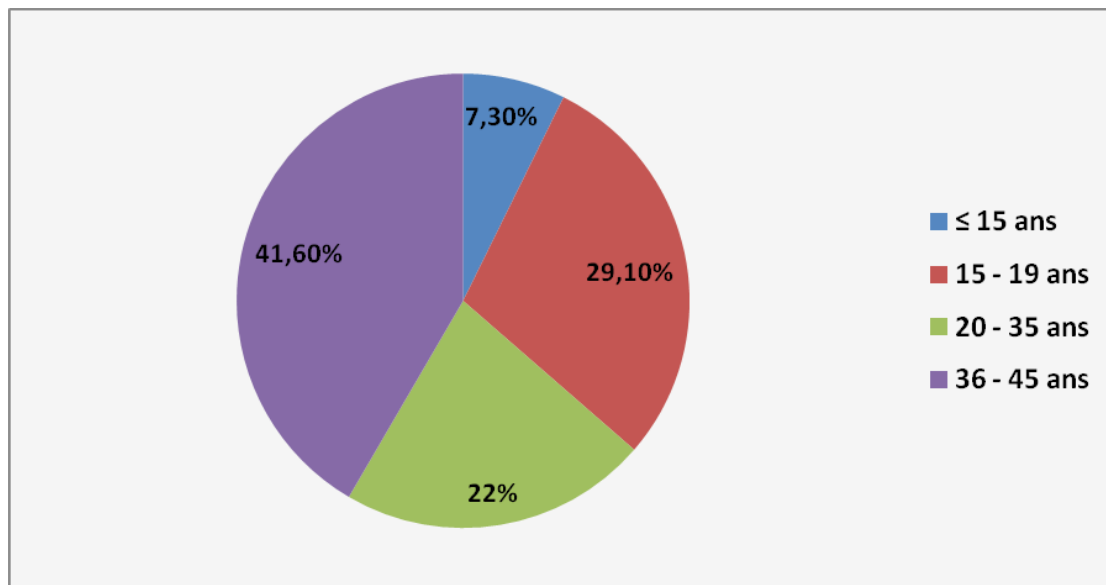
Au total nous avons reçu pour accouchement entre Juin 2007 et Mai 2008 450 femmes dont les grossesses n'ont pas été suivies.

1. Détermination de la fréquence des grossesses non suivies

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 3600 femmes venues pour accouchements au CSRéf CVI, parmi lesquelles 450 n'ont pas fait de suivi au cours de leur grossesse.

La fréquence des grossesses non suivies est de **12,5%** dans notre étude.

2. Description du profil sociodémographique des femmes non suivies



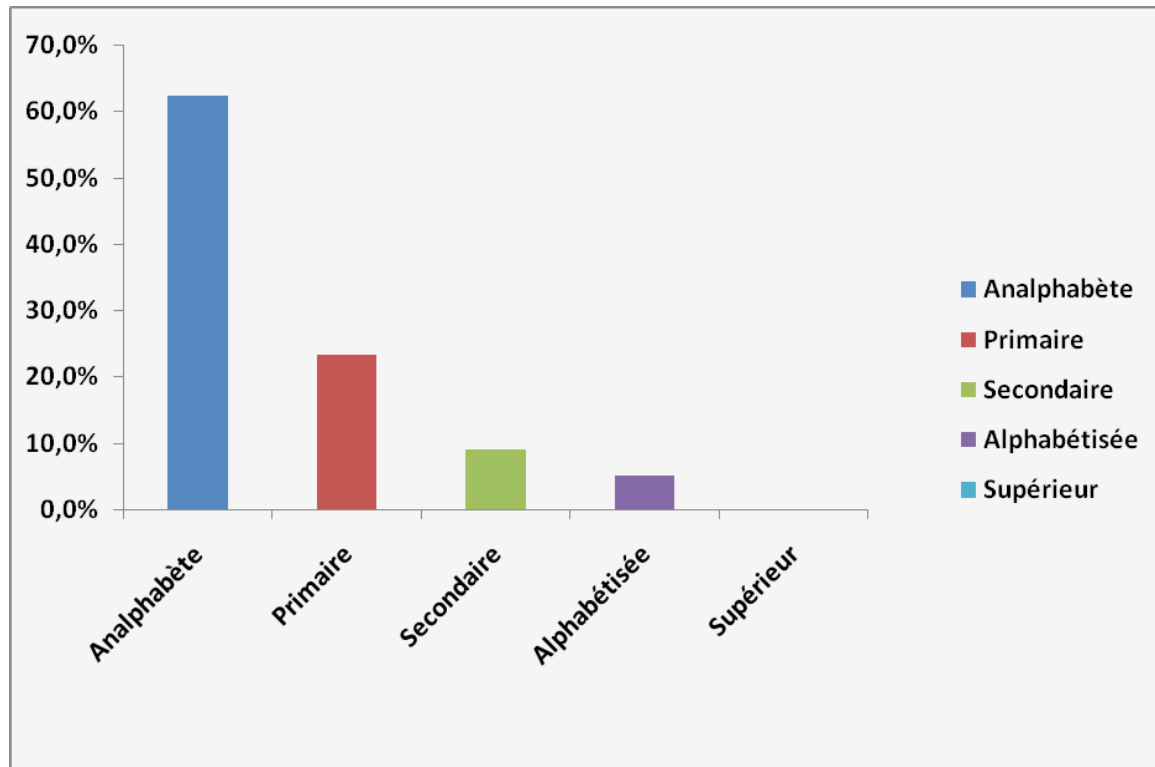
2.1. Figure1 : Répartition des femmes selon l'âge

2.2. TableauII : Répartition des femmes selon la résidence

Résidence	Effectif	%
Urbaine	400	88,9
Périurbaine	40	8,9
Rurale	10	2,2
Total	450	100

2.3. Tableau III : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	%
Ménagère	240	53,3
Commerçante	45	10
Aide-ménagère	37	8,2
Elève-Etudiante	33	7,3
Fonctionnaire	20	4,5
Sans profession	59	13,1
Autres	16*	3,6
TOTAL	450	100



2.4. Figure 2 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

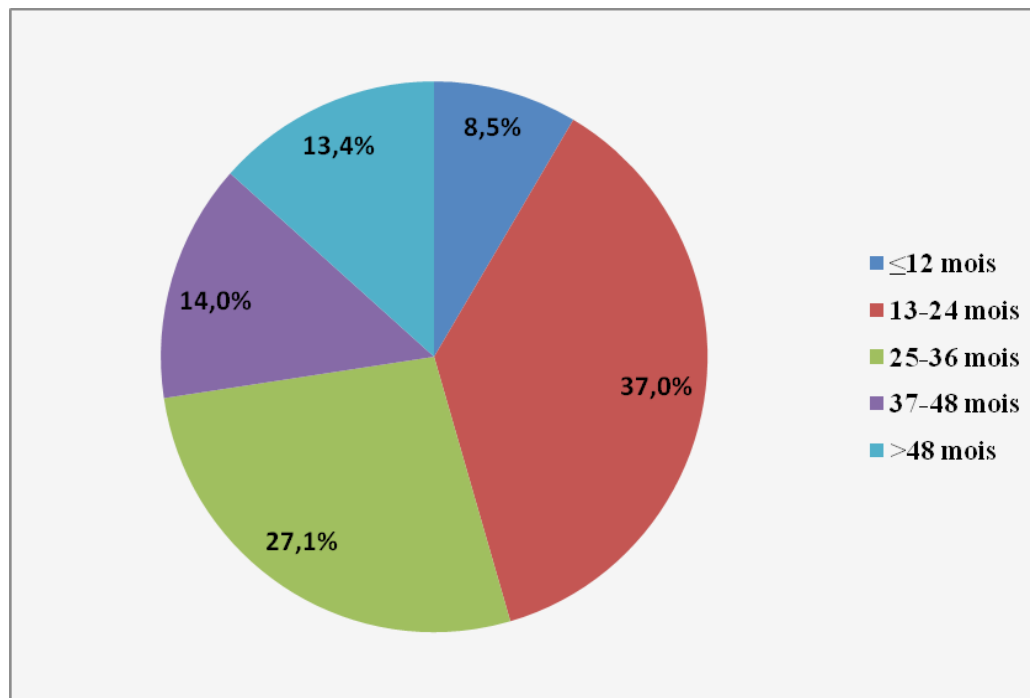
2.5. Tableau IV : Répartition des femmes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	%
Cultivateur	109	24,2
Fonctionnaire	33	7,3
Commerçant	116	25,8
Ouvrier	126	28,0
Sans profession	35	7,8
Autres	31*	6,9
TOTAL	450	100

3. Profil clinique des femmes non suivie ayant accouché au CSRéf CVI entre Juin 2007 à Mai 2008.

3.1. Tableau V : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	107	23,8
Primipare	91	20,2
Pauci pare	149	33,1
Multipare	64	14,2
Grande multipare	39	8,7
TOTAL	450	100



3.2. Figure 3 : Répartition des femmes selon l'intervalle inter génésique

3.3. Tableau VI : Répartition des femmes selon le mode d'admission

Mode	Effectif	%
d'admission		
Venue d'elle même	298	66,2
Evacu�e	152	33,8
Total	450	100

3.4. Tableau VII : Répartition des femmes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	%
chirurgicaux		
Césarienne	55	12,2
Myomectomie	7	1,5
Autres	9	2
Sans antécédents	379	84,3
Total	450	100

3.5. Tableau VIII : Répartition des femmes selon la température à l'admission

Température corporelle	Effectif	%
Normale	415	92,2
Elevée	35	7,8
Total	450	100

3.6. Tableau IX : Répartition des femmes selon l'état du bassin

Type de bassin	Effectif	%
Normal	345	76,7
Immature	40	8,9
BGR	35	7,8

Limite	20	4,4
Asymétrique	10	2,2
Total	450	100

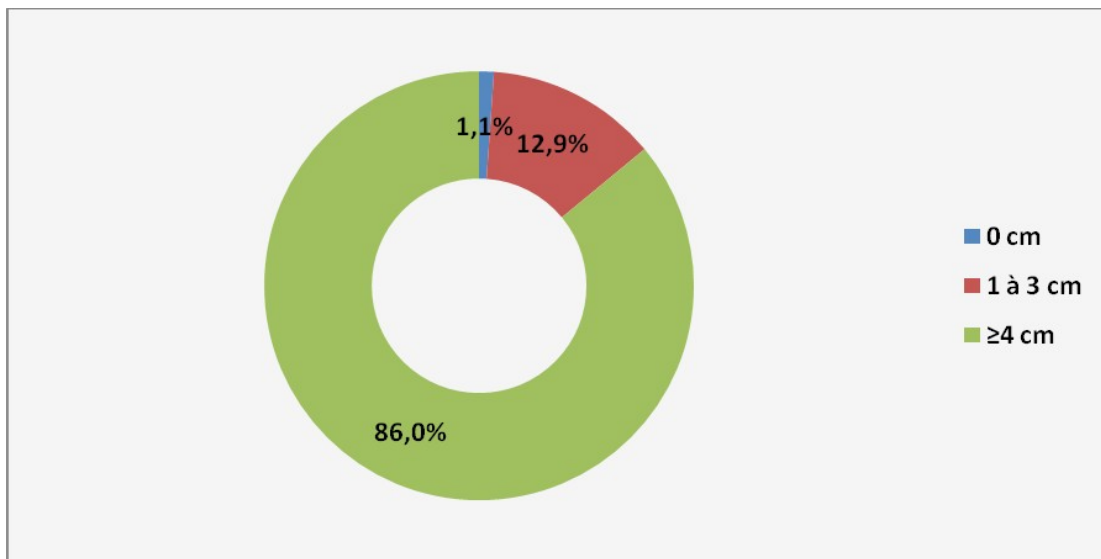
4. Pronostic materno - fœtal dans les grossesses non suivies de Juin 2007 à Mai 2008 au CSRéf CVI.

4.1. Tableau X : Répartition des femmes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Effectif	%
A terme	331	73,6
Pré-terme	119	26,4
Total	450	100

4.2. Tableau XI : Répartition chez les femmes selon les BDCF

BDCF (en battement/minute)	Effectif	%
Absent	51	11,5
<120	35	7,8
120 – 160	352	78
>160	12	2,7
Total	450	100



4.3. Figure 4 : Répartition selon la phase du travail

4.4. Tableau XII : Répartition selon l'état des membranes à l'admission

Etat des membranes	Effectif	%
Membranes intactes	298	66,2
Membranes rompues	152	33,8
Total	450	100

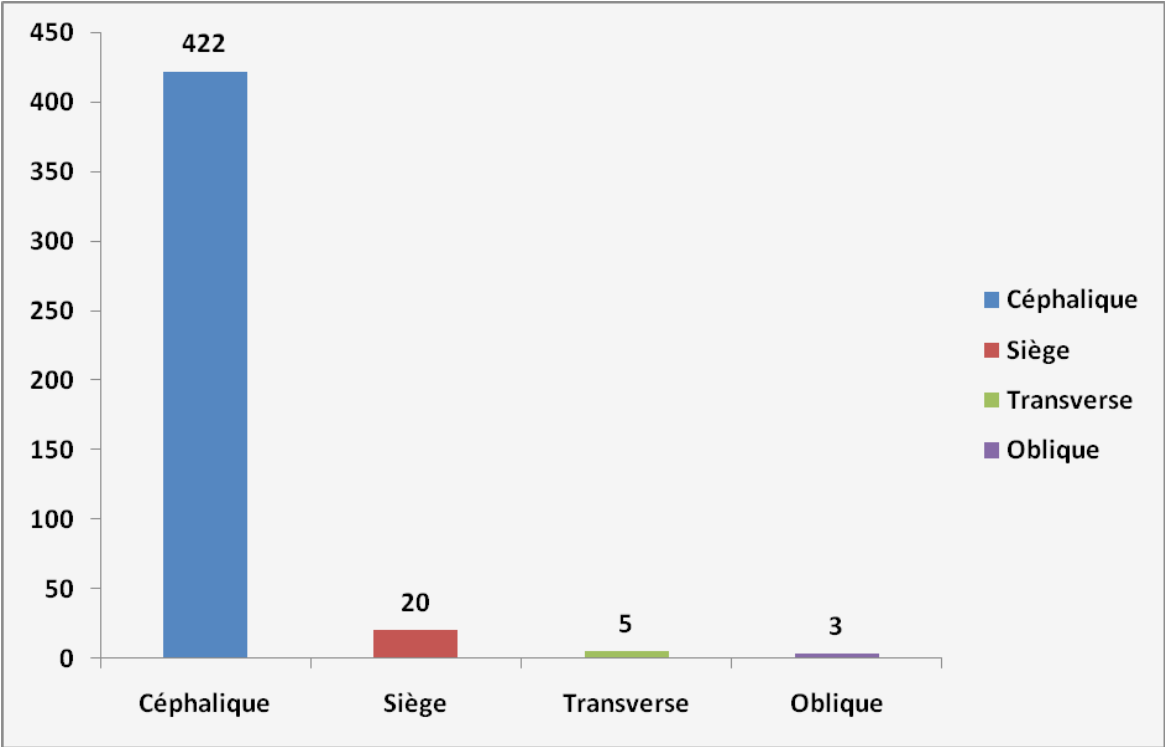
4.5. Tableau XIII : Répartition selon le délai de rupture de la poche des eaux

Délai de rupture des membranes	Effectif	%
<12H	67	44,08
>12H	85	55,92
Total	152	100

4.6. Tableau XIV: BDCF en fonction du délai de rupture de la poche des eaux

Délais de rupture	<12h		>12h		Total	
BDCF	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Absent	16	10,5	35	23	51	33,5
<120	5	3,3	18	11,7	23	15
120-160	36	23,7	22	14,7	58	38,4
>160	10	6,6	10	6,5	20	13,1
Total	67	44,1	85	55,9	152	100

Khi 2= 3,13 ddl= 3 P= 0,00442612



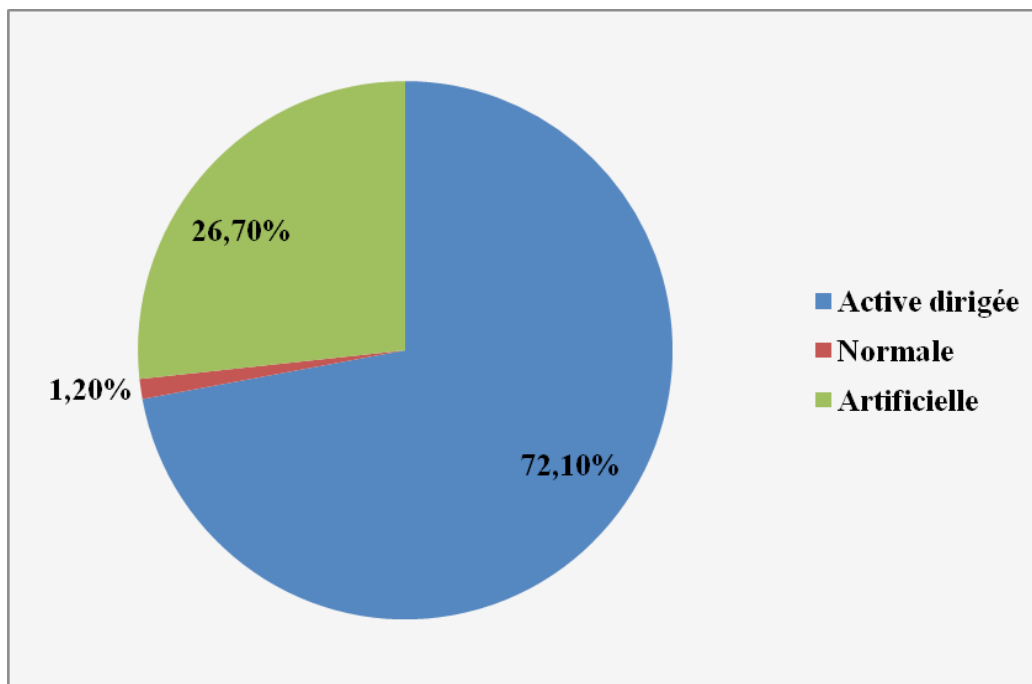
4.7. Figure5 : Répartition chez les femmes selon le type de présentation du fœtus

4.8. Tableau XV : Répartition selon la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	Effectif	%
Voie basse	351	78,0
Voie Haute	99	22,0
Total	450	100

4.9. Tableau XVI : Répartition selon la durée du travail

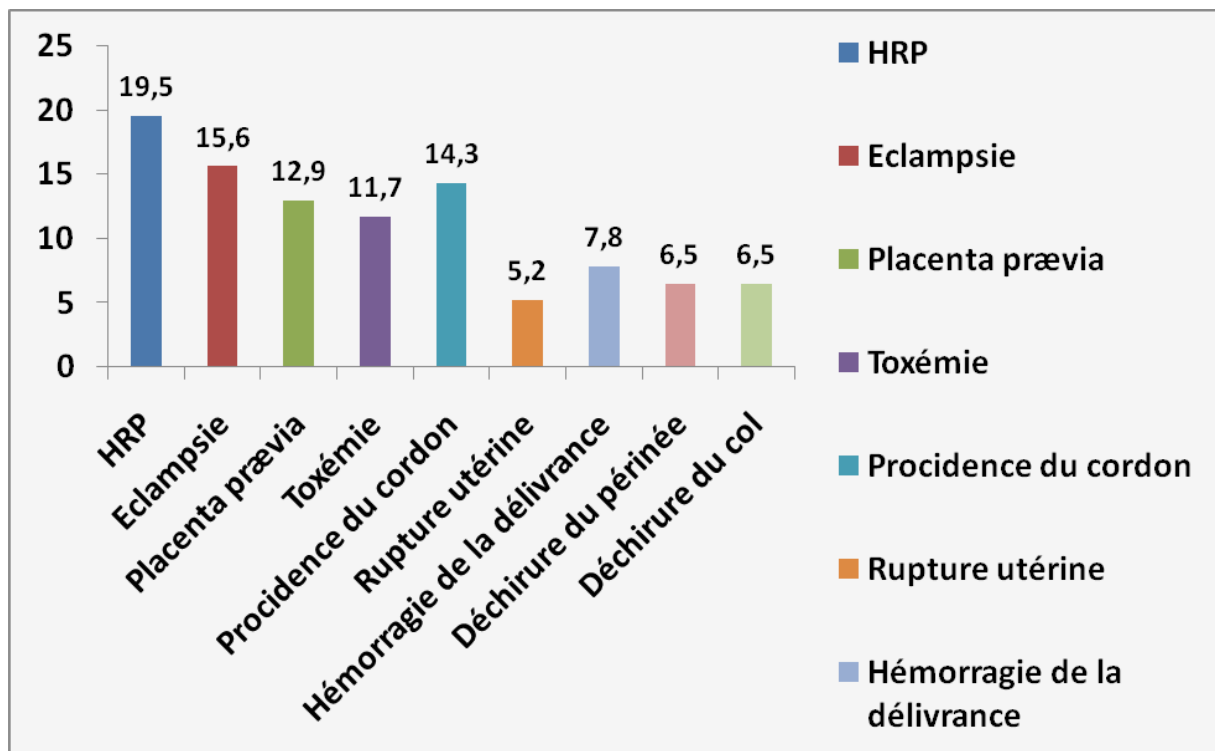
Durée du travail en heures	Effectif	%
0-12	348	77,3
12-24	83	18,5
>24	19	4,2
Total	450	100



4.10. Figure 6 : Répartition selon le mode de délivrance

4.11. Tableau XVII : Répartition selon la présence de complications obstétricales

Complications obstétricales	Effectif	%
Oui	77	17,1
Non	373	82,9
Total	450	100



4.12. Figure 7 : Répartition selon le type de complications obstétricales

4.13. Tableau XVIII : Répartition selon les suites de couches immédiates

Suites de couches immédiates	Effectif	%
------------------------------	----------	---

Simple	377	83,8
Complicées	73	16,2
Total	450	100

4.14. Tableau XIX : Répartition des femmes selon le type de complications dans les suites de couches

Type de complication	Effectif	%
Anémie	32	43,9
HTA	20	27,4
Infection	9	12,3
Anémie+ Infection	6	8,2
Anémie+HTA	6	8,2
Total	73	100

4.15. Tableau XX : Répartition des femmes selon le pronostic vital maternel

Pronostic vital maternel	Effectif	%
Vivant	449	99,8
Décédé	1	0,2
Total	450	100

4.16. Tableau XXI: Pronostic vital maternel en fonction du mode d'admission

Pronostic vital maternel /Mode d'admission	Vivantes		Décédée		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Venues d'elles même	298	66,2	0	0	298	66,2
Evacuées	151	33,5	1	0,3	152	33,8
Total	449	99,7	1	0,3	450	100

Khi 2= 2,16 ddl= 1 P= 0,021899

4.17. Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Poids de naissance	Effectif	%
<2500g	102	22,1
2500-3999g	346	75
≥4000g	13	2,9
Total	461	100

4.18. Tableau XXIII : Répartition des nouveaux nés selon leur Apgar

Score d'Apgar (mn)	Apgar 1 ^{ere}		Apgar 5 ^{eme}	
	Effectif	%	Effectif	%
0	51	11,0	52	11,3
≤7	99	21,5	41	8,9
>7	311	67,5	368	79,8
Total	461	100,0	461	100,0

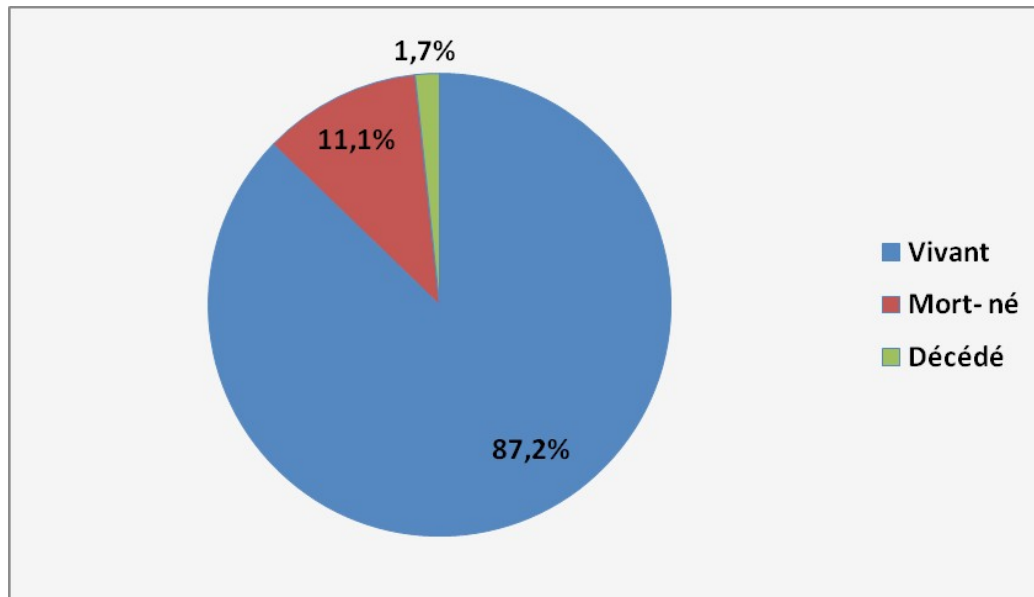
4.19. Tableau XXIV : Morts nés en fonction de la morbidité maternelle

Morts nés	Morts nés frais		Morts nés macérés		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Morbidité maternel						
Anémie	4	7,8	22	43,1	26	50,9
Infection	5	9,8	14	27,4	19	37,4
HTA	4	7,8	2	3,9	6	11,7
Total	13	25,4	38	74,6	51	100

Khi 2= 5,01 ddl= 2 P= 0,0012566

4.20. Tableau XXV : Répartition des nouveaux nés selon la morbidité

Morbidité fœtale	Effectif	%
Prématurité	108	26,4
Infection néonatale	25	6,1
Macrosomie	15	3,7
Hypotrophie	9	2,2
Malformation	3	0,7



4.21. Figure 8 : Répartition des nouveaux nés selon le pronostic vital fœtal

VII-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- La fréquence

Dans notre étude la fréquence des grossesses non suivies est de 12,5%. Cette fréquence retrouvée par notre étude est inférieure à celle rapportée respectivement par THIERO M. (21,3%) en 1995[35] et celle de THIAM H. D. (33,3%) en 2000[22] ; elle est en revanche comparable à celle de l’OMS (13,7%) observé à Bamako en 1999 [6]. Cette différence de fréquence s’explique par le fait que ces études ont été menées en milieu rural et urbain et la notre a été menée en milieu urbain.

2- Profil sociodémographique

2-1- L’âge

Les parturientes de 36 ans et plus représentaient 41,6%. En 1999, KONE I. S. a trouvé au service de gynécologie-obstétrique de l’hôpital régional de Ségou, 15,15% pour la même tranche d’âge [33]. En commune V du district de Bamako, la proportion des parturientes âgées de 35 ans et plus était de 15,8% selon MAGUIRAGA M. en 2000. Au cours d’une étude réalisée dans les centres de santé de Bamako par TABILO A. en 1998, la tranche d’âge de 35 ans et plus représentait 13,6% [3]. Ces différences de taux avec notre série s’expliquent par la spécificité de ces études (consultation prénatale, mortalité maternelle) d’une part et d’autre part les tranches d’âge retenues dans notre étude étaient différentes de celles de ces auteurs, même si dans tous les cas il s’agit globalement de parturientes en âge de procréer.

2-2- La résidence

Les taux de 88,9% et 9,8% que nous avons observés respectivement en milieu urbain et périurbain, étaient proches de ceux obtenus par MAGUIRAGA M. en

2000 au centre de santé de la commune V : 86,7% en milieu urbain et 8,3% en milieu périurbaine [34].

2-3- Profession de la femme

Dans notre étude les ménagères étaient les plus représentées avec 53,3%. Ce taux est inférieur à celui de MAGUIRAGA M. en 2000 [34] au centre de santé de référence de la commune V (82,6%) et de celui observé par BAGAYOGO N 2004 [37] à l'hôpital Gabriel Touré (67,8%). Cependant toutes ces études montrent la prédominance des ménagères parmi les autres catégories socio professionnelles. Cette prédominance des ménagères s'explique par le fait que la grande majorité des femmes de nos milieux n'ont d'autres activités que les occupations domiciliaires (ménage).

2-4- Niveau d'étude de la femme

Dans notre étude 62,4% des femmes étaient des analphabètes. Nous n'avons par ailleurs observé aucun cas de grossesse non suivie chez les femmes de niveau supérieur. Ce résultat est similaire à celui rapporté par MAGUIRAGA M. en 2000 (60,5% d'analphabètes) au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako [34], mais supérieur à celui de TABILO A. [3] dans les autres centres de santé du district de Bamako (51,6% d'analphabètes). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la catégorisation du niveau d'étude est différente dans nos études, mais dans tous les cas les analphabètes sont majoritaires.

2-5-Profession du conjoint

L'analyse des résultats en fonction de la profession du conjoint a montré que la profession d'ouvrier était la plus représentée avec 28,0% Le fait que le conjoint

soit un ouvrier exposerait au manque de suivi prénatal à cause de ses nombreuses occupations corrélées au problème financier mais également la méconnaissance de l'intérêt de la CPN. Nos résultats sont similaires à ceux de THIERO M. (28,5% des parturientes avaient des conjoints ouvriers) dans son étude réalisée en 1995 à l'hôpital Gabriel Touré [35].

3- Caractéristiques cliniques :

3-1-Parité

Dans notre étude la proportion des paucipares était la plus dominante avec 33,1%. Nous pensons que la parité à elle seule ne pourrait pas expliquer le faible taux des CPN observé chez ces parturientes ayant une parité inférieure ou égale à quatre. Ce taux est similaire à celui observé dans les centres de santé de Bamako 34,9% de paucipares [3] et à Ségou [33] 34,0% de paucipares.

3-2- Intervalle inter-génésique

Dans notre étude, l'intervalle inter-génésique était supérieur à 24 mois chez 54,5% des femmes. Ce taux est similaire à celui de MAGUIRAGA M. en 2000 (57,6% des parturientes) en commune V du district de Bamako [34]. Nos résultats sont inférieurs à ceux rapportés par TABILO A. dans les centres de santé de Bamako en 1998, qui était de 78,2% [3]. Cette différence de taux observé entre nos études et celle de TABILO A. pourrait s'expliquer par la spécificité de cette étude qui portait sur les consultations prénatales.

3-3- Mode d'admission

Dans notre étude les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 66,2%. Selon MAGUIRAGA M. en 2000 au CSRéf de la commune V, les

parturientes évacuées représentaient 50,8% contre 49,2% des patientes venues d'elles mêmes [34]. A l'hôpital régional de Ségou en 1999, KONE I. S. rapporte que 64,2% des parturientes étaient référées ou évacuées contre 35,8% venues d'elles-mêmes [33]. La différence des taux seraient liés d'une part à notre méthode d'étude qui excluait les parturientes évacuées reçues après leur accouchement et celle ayant un âge gestationnel inférieur à 28 SA et/ou un poids fœtal inférieur à 500 grammes et d'autre part à la faiblesse de notre plateau technique.

3-4- Antécédents chirurgicaux

La césarienne représentait l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 12,2%. THIERO M. dans son étude à l'hôpital Gabriel Touré rapporte un taux d'antécédent de césarienne de 12,5% [35] ce qui est similaire au notre. Des études portant sur la mortalité maternelle dans le district de Bamako, révèlent des taux d'antécédent de césarienne respectivement de 4,7% [34] et de 12% [36]. Ces différences de taux seraient dues à une augmentation progressive des utérus cicatriciels.

3-5- Température corporelle des femmes à l'admission

Dans notre étude 7,8% des parturientes avaient une température élevée. Cependant il faut reconnaître que certaines élévations de la température corporelle sont en rapport avec la parturition et d'autres en rapport avec certaines pathologies qui auraient pu être détectées au cours de la CPN. La température était normale chez 92,2% des femmes. L'étude réalisée par THIERO M. à l'hôpital Gabriel Touré en 1995 révèle que 11,12% des patientes étaient fébriles et 85,6% avaient une température corporelle normale [35].

Cette différence de taux observés entre notre étude et celle de THIERO M. s'expliquerait par la classification de la température dans notre étude.

3.6. Hauteur utérine à l'admission

La hauteur utérine était considérée normale quand celle-ci était comprise entre 32 et 35 cm avec poche des eaux intactes. Dans notre étude 28,2% des femmes avaient une HU < 32 cm et 11,6% avaient une HU excessive (>35 cm). A l'hôpital Gabriel Touré, THIERO M. rapporte en 1995 que 87,8% des patientes admises avaient une HU < 32 cm et 7,7% une HU excessive [35]. Ces différences de taux avec ceux de notre étude s'expliqueraient par la spécificité de l'étude qui portait sur l'évacuation obstétricale d'urgence. La plupart des patientes de l'étude réalisée à Gabriel Toure avaient été reçues au moment où la poche des eaux était rompue entraînant ainsi une diminution de la HU. Ce phénomène pourrait expliquer les taux élevés de HU excessive observée dans notre étude. De même la macrosomie fœtale et les grossesses multiples auraient contribué également à l'augmentation du taux de HU excessive dans notre étude

3.7. L'état du bassin

L'examen du bassin a été fait par la pelvimétrie clinique (interne et externe). Il a permis de noter que 14,4% des bassins étaient pathologiques (bassin limite, rétréci et asymétrique) et 8,9% de bassin immature. L'étude effectuée à l'hôpital Gabriel Touré en 1995 par THIERO M. [35] a rapportée les taux suivants : 86,3% de bassin normal, 13,7% de bassins pathologiques. Ces résultats sont proches de ceux obtenus dans notre étude.

4. Pronostic materno - fœtal

4.1. Terme de la grossesse à l'admission

A l'examen obstétrical, 26,4% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Selon MAGUIRAGA M., la fréquence des grossesses non à termes était de 40,6% [34]. Ces différences de taux par rapport aux nôtres seraient liées à notre méthodologie qui excluait les grossesses de moins de 28SA et/ou de poids fœtal inférieur à 500 Grammes.

4.2. BDCF à l'admission

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Les BDCF n'étaient pas perçus chez 11,5% des femmes. Ils étaient inférieurs à 120 battements par minute chez 7,8% des femmes contre 2,7% pour les BDCF supérieurs à 160 battements par minute. Dans l'étude de THIERO M dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré [35], les BDCF étaient non entendus chez 27,6%. Le taux élevé de BDCF non perçus dans cette étude par rapport au notre s'expliquerait par le fait que cette étude a porté sur les évacuations obstétricales. En effet, il s'agissait de patientes qui avaient présenté des pathologies obstétricales mettant en jeu le pronostic vital maternel et/ou fœtal.

4.3. Dilatation du col à l'admission

La dilatation du col à l'admission a permis de noter que 86% des parturientes non suivies étaient en deuxième phase du travail d'accouchement. Dans l'étude effectuée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure en 1995[35] 35,2% des parturientes avaient été admises avec une dilatation complète contre 64,8% des parturientes avant la dilatation complète.

Dans notre étude nous avons jugé opportun de faire ressortir la répartition des femmes à l'admission selon les différentes phases du travail d'accouchement.

Ce qui pourrait expliquer la différence de nos résultats avec ceux de THIERO M. [35].

4.4. Etat de la poche des eaux à l'admission

Dans notre étude 33,8% des femmes ont été admises avec la poche des eaux rompues. L'étude réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré [35] a rapporté que 79,5% des parturientes sont admises avec la poche des eaux rompue. Cette différence de taux avec notre étude s'expliquerait par le fait que cette étude a porté sur les évacuations obstétricales d'urgence.

4.5. Délais de rupture de la poche des eaux

Le délai de rupture de la poche des eaux a été supérieur à 12H dans 18,9% des cas exposant ainsi l'œuf à l'infection. Dans une étude réalisée à l'hôpital Gabriel Touré par Bagayogo N en 2004 [37]; le délai de rupture de la poche des eaux a été supérieur à 12H dans 8,7%.

4.6. Les BDCF en fonction du délai de rupture de la poche des eaux

Dans notre étude les BDCF étaient absents dans 33,5% chez les parturientes reçues avec poche des eaux rompues. Ces morts nés ont représenté 23% dans les cas de rupture de la poche >12H contre 10,5% dans celle <12H. Le délai de rupture de la poche des eaux a été >12H dans 55,9% des cas de rupture exposant ainsi l'œuf à l'infection. Le test statistique était significatif en faveur de l'association poche des eaux rompues et BDCF altérés et ou absents $P=0,00442612$.

4.7. Le type de présentation du fœtus

Dans notre étude la présentation céphalique a été la plus fréquente avec 93,8%. La présentation du siège a représenté 4,4% des cas contre 1,1% de transverses et 0,7% d'obliques.

Ces dystocies étaient en général les motifs d'admission. Les différents taux obtenus dans notre étude sont proches de ceux retrouvés dans la littérature [7] qui a rapporté respectivement 96% de présentation céphalique, 3,9% de siège, et 0,25% de transversale et oblique.

4.8. Voie d'accouchement

La voie d'accouchement la plus sollicitée a été la voie basse avec 78,0% des cas. Nous avons eu recours à la césarienne chez 22,0%. Nous pensons que le taux de césarienne est très élevé dans notre étude car en temps normal ce taux doit être de 5%.

4. 9. Durée du travail

La durée du travail a été inférieure à 12H chez 77,3% des patientes. Elle était supérieure à 24H chez 4,2% des patientes. Des taux similaires ont été observés dans une étude effectuée dans les centres de sante de Bamako par TABILO A. en 1998 [3] avec 74,5% de parturientes dont la durée de travail a été inférieure à 12H et 95,4% de parturientes avec une durée de travail inférieure à 24H.

4. 10. Type de délivrance

La délivrance a été active dirigée dans 72,10% des cas, artificielle dans 26,7% des cas et naturelle dans 1,2% des cas. Des études effectuées au centre de santé de la commune V de Bamako [34] et dans les centres de santé de Bamako [3] ont rapportées respectivement 80,8% et 98,1% de délivrance active dirigée. Ces taux sont supérieurs à ceux observés dans notre étude. Ceci est lié à la fréquence

plus élevée des accouchements par voie basse dans ces études respectives et au fait que la plupart des femmes de ces études avaient fait au moins une CPN.

4. 11. Les complications obstétricales

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA et ses conséquences qui ont représenté 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la procidence du cordon 14,3%. L'étude effectuée dans les centres de santé de Bamako [3] a rapporté les résultats suivants : L'HTA et ses conséquences 22,8%, l'hémorragie de la délivrance 14,3% et 2,9% de procidence du cordon.

Une étude réalisée dans le centre de santé de référence de la commune V de Bamako [34] a rapporté les résultats suivants 41,7% d'hémorragie de la délivrance et 9,2% pour l'HTA et ses conséquences. La différence entre ces résultats et le notre s'explique aisément par le fait que, dans notre étude les parturientes de 36ans et plus sont les plus nombreuses et l'âge étant un facteur favorisant de l'HTA, il va de soit que l'HTA soit la complication dominante et de surcroîts nos parturientes n'ont fait aucune CPN.

4. 12. Les suites de couches immédiates

Nous avons fait l'évaluation dans les suites de couches immédiates. Elles étaient compliquées chez 16,2% des femmes. En effet en absence de suivie prénatal, les facteurs de risque de la grossesse ne seront pas mis en évidence. Ceci expose la parturiente à des risques potentiels de complications au cours de la parturition et dans le post-partum. L'étude effectuée dans les centres de santé de Bamako [3] a rapportée 99,3% de parturientes ayant présentés des suites de couches simples contre 0,7% de suites de couches compliquées. Ce taux bas de complication des

suites de couches observée chez TABILO A. est dû au fait que la population de cette étude était constituée majoritairement de parturientes suivies.

4. 13. Les complications des suites de couches

Les principales complications observées dans les suites de couches ont été l'anémie (43,9%), l'HTA (27,4%), et l'infection (12,3%). Dans l'étude réalisée dans les centres de santé de Bamako [3] on a respectivement 18,2% d'infection ; 23,0% d'HTA ; et 2,3% d'anémie. Cette différence peut s'expliquer par le fait dans notre étude aucune parturiente n'a fait la CPN et c'est lors de la CPN et de la CPON que la stratégie de supplémentation en fer est appliquée et bien suivie par les femmes enceintes et allaitantes.

4. 14. Décès maternel

Dans notre étude nous avons enregistré un cas de décès maternel (0,2%) ; ce décès est survenu chez une ménagère par suite de rupture utérine. Une étude multicentrique sur la parturition à Bamako et à Kolondièba par THIAM H. D. en 2000 [32] a rapportée 2,6% de décès maternel à Bamako et 12,0% à Kolondièba. Les taux de décès maternel élevé observé à Bamako et à Kolondièba s'expliquent par le fait qu'à Bamako les femmes sont pour la plupart évacuées soit de l'intérieur du pays soit de la périphérie vers les hôpitaux de Bamako et sont admises dans un état souvent très critique. Par contre le taux élevé de décès maternel à Kolondièba s'explique par l'insuffisance du plateau technique et le retard dans l'évacuation des urgences obstétricales vers les centres plus spécialisés. Ainsi, le faible taux observé dans notre étude s'explique par la prise

en charge rapide des femmes et de notre plateau technique d'une part et d'autre part par le fait que la majorité de nos parturientes sont venues d'elles même.

4.15. Pronostic vital maternel en fonction du mode d'admission

Dans notre étude 152 parturientes étaient évacuées dont un cas de décès soit 0,3% des cas. Donc le test statistique n'était pas significatif en faveur de l'association pronostic vital maternel et mode d'admission $P= 0,021899$.

4. 16. Selon le poids des nouveaux nés

Les nouveau-nés de poids normal (poids entre 2500-3999 grammes) ont été les plus nombreux avec 75%. Le poids de naissance était inférieur à 2500 grammes chez 22,1% des cas. L'étude effectuée dans les centres de santé de Bamako par TABILO A. en 1998 [3] a révélée que 90,5% des nouveau-nés ayant un poids de naissance normal contre 7,4% de poids de naissance inférieur à 2500 grammes.

4. 17. Score d'Apgar

Les mort-nés (Apgar = 0) et les nouveau-nés en état de mort apparent (Apgar entre 1 et 3) ont représentés respectivement : 11,0% et 7,8% dans notre étude.

L'étude effectuée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré par THIERO M. [35] a rapportée respectivement 25,6% de nouveau-nés ayant un score d'Apgar ≥ 8 ; 37,5% de nouveau-nés avec score d'Apgar < 7 et 36,9% de mort-nés (Apgar=0).

4.18. Morts nés en fonction de la morbidité maternelle

Dans notre étude l'anémie et l'infection ont été les situations morbides fréquemment associées à la mort fœtale in utero. Celle-ci pourrait s'expliquer par l'hyperthermie corollaire de l'infection et de l'anémie qui entraîne une diminution de l'apport d'oxygène vers le fœtus. L'anémie a représenté 50,9% des morbidités et l'infection 37,4%. Le test statistique était significatif en faveur de l'association morts nés et morbidité maternelle $P=0,0012566$

4. 19. La morbidité fœtale

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 26,4% des cas. Selon EDS III [14] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais Apgar.

VIII-CONCLUSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive au centre de santé de référence de la commune CVI du district de Bamako sur la période allant de Juin 2007 à Mai 2008 portant sur le pronostic materno – fœtal des grossesses non suivies.

Cette étude nous a permis avec la méthodologie utilisée d'atteindre nos objectifs et d'arriver aux conclusions suivantes :

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent en Commune VI du district de Bamako, la majorité des femmes non suivies sont des ménagères sans niveau d'instruction, dont les maris sont des ouvriers. La plupart des femmes sont des pauci pares venue d'elles même et ayant un intervalle inter-génésique inférieur à deux ans avec un antécédent chirurgical dominé par la césarienne. Le pronostic est dominé par la prématurité, le pré terme, les morts nés et les complications des suites de couches.

L'absence de CPN chez les femmes enceintes entraine des conséquences sur la vie du fœtus et sur l'avenir obstétrical de la mère. Donc une information éducation des populations cibles s'imposent.

IX-RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités

- Proposer des mesures incitatives pour amener les femmes à consulter les structures de santé pour tout problème obstétrical.
- Restitution des résultats de cette étude aux autorités et aux ONG féminine pour une large sensibilisation des femmes.

Au CSRéf CVI

- Equiper la salle d'accouchement ;
- Mettre en place une unité de soins essentiels du nouveau né pour une meilleure prise en charge.

Aux parents

- Permettre une plus grande scolarisation des filles afin qu'elles comprennent l'importance des CPN.
- Accompagner les gestantes durant toute la grossesse en les encourageant à aller vers les structures de santé pour faire la CPN et pour accoucher dans les structures de santé

Aux femmes

- Faire systématiquement une consultation devant toute aménorrhée afin de faire le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficiente.
- Etre assiduit dans les consultations prénatales afin de réduire les risques liés à l'absence de celle-ci.

X- RÉFÉRENCES

1-E D S III Mali. (2000-2001).

2-DAKOUO G. Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement (Bilan de dix ans d'observation 1980-1989).Thèse médecine (Bamako) 1999 (40) :93p.

3-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(29).

4-COULIBALY S. Mortalité maternelle dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Toure en 1990 et 2000. Thèse médecine (Bamako) 2001(123) :82p.

5-E D S-4 Mali. (2006).

6-OMS. Grossesse et accouchement en Afrique occidentale : Vers une maternité à moindre risque. Dossier santé publique OMS 1999 :11(2) :167-185.

7- MERGER R, LEVY J, MELCHOIR J. Précis d'obstétrique. Masson(Paris) 1995 : 71p

8-MAGNIN P, NICOLLET B,MAGNIN G. Mortalité maternelle. Encyl. Med., Chir., Paris. Obstétrique 1981 ; D10(11) :5082p.

9-ANONYME. La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat de l'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève 1985 :14p

10- SACKO S. Cours de santé publique de la 5^{eme} année médecine.Methode et approches d'identification des besoins et problème de santé. FMPOS(Bamako) ; 2000-2001.

11-OMS. Bureau régional d'Europe. Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposés à un risque élevé. Windsor 1970 ; Copenhague 1973 (EURO 4911).

12-NASAH B T. Conférence régionale sur la maternité à risque. La prévention des grossesses à haut risque. Niamey(Niger) 1989 :27p.

13-MERGER R, LEVY J, MELVHOIR J. Précis d'obstétrique. Masson(Paris) 1979 :755p.

14-ANONYME. MORTALITE MATERNELLE: Soustraire les femmes a l'engagement fatal. Chronique OMS 1986 ; 40(5) :193-202.

15- TRAORE A F. Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Toure. Thèse de médecine(Bamako) 1988(20).

16-BARRAT J ; BOSSART H ; LEWIN D ; RENAUD R. La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique .Masson(Paris) 1985 : 808p.

17-El HADJI H M. Contribution de l'étude de la qualité de la consultation prénatale et du système de référence des grossesses à risques en milieu urbain (Niamey). Thèse médecine 1989(32) :85p.

18- PRUAL A. Journées de réflexion sur la contraception, Niamey, du 1^{er} au 4 octobre 1991.

19-ETARD J F. Etude sur la mortalité de la mère et de l'enfant dans le quartier de Banco ni (Bamako) 1993 : 22p.

20-NICOL OSE E, D'ERCOL, CASSEL N, AZOULAYE P, CRAVELO L, BOUBLI L, BLANC B. Forme grave de l'hypertension artérielle gravidique. Rev. Fr. Gynécol. Obstét 1994 ; 89(10) : 476-488.

21-MERGER R, LEVY J, MELCHOIR J. Précis d'obstétrique.

Masson(Paris) 1989 :755p.

22-KAUNIZT A, HUGHEST, GRIMES D ET AL . Causes of maternal mortality in United states. *Obstet Gynecol* 1985 ;(65) : 605-612

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

24-ROONEY C. Anténatal care and maternal Health : how effective Is It ? OMS 1992

25-FAYE A ; PICAUD A ; OGWET I ; NLOME N R A ; NICOLA PH.

L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville. 53 Cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989. *Rev . Fr. Gynécol. Obstét* 1991 ; (86) : 7-9 ; 503-510.

26-AKPADZA K ; KOTOR KT ; BEATA S ; HODONOU AKS. Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de sogode (Togo). *Médecine d'Afrique noire* 1994 ; 41(11) :604-607

27-DIAKITE M. Les rupture utérines a propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse médecine (Bamako) 1985(10) :122p.

28-DOLO A ; KEITA ; DIABATE F S ; MAIGA B. Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'hôpital national du point «G » ; Bamako . *Médecine d'Afrique noire* 1991 ; 38(2) : 133-134.

29-ANONYME. Normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; vol 2 ; 1990

30-LAN SAC J, BERGER C, MAGNIN G. Obstétrique pour praticien.

Masson(Paris) 1997 :23p.

31-CIE SIDA ; ENFANT ; FAMILLE. Les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille. Synthèses bibliographiques 1993.

32-THIAM H D. Prise en charge des parturientes en milieu rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse de médecine(Bamako) 2000(62).

33-KONE I S. Etude de la mortalité maternelle liée a la gravi do-puerperalite dans le service de gynecologie-obstétrique de l'hôpital régional de Ségou de janvier 1993 en décembre 1998. Thèse médecine 1999 :(69).

34-MAGUIRAGA M. Etude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au centre de santé de la commune V du district de Bamako. Thèse médecine 2000(110).

35-THIERO M. Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Toure. Thèse de médecine(Bamako) 1995(17).

36-COULIBALY F. Etude des causes de la mortalité maternelle à Bamako a propos de 25 études de cas cliniques. Thèse médecine (Bamako) 1995(40) :95p.

37- BAGAYOGO N pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Gabriel TOURE (Bamako) Thèse de Médecine 2004 (39)

38-LAN SAC J, BODY G. Pratique de l'accouchement. Masson(Paris) 1992 : 179p.

39-DIALLO D. Accouchement chez l'adolescente en milieu périurbain de Bamako. A propos de 150 observations recueillies au service socio sanitaire de la commune 5. Thèse médecine 1995(48) : 34p

XI-ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

IDENTITE DE LA FEMME

Q1 DATE D'ENTREE :

Q2 NUMERO DU DOSSIER

Q3 NOM ET PRENOM

Q4 AGE (ANNEE)

Q5 RESIDENCE

1. URBAINE §

2. PERI-URBAINE§

3. RURALE§

Q6 ETHNIE

1. BAMBARA §

2. PEULH §

3. SARAKOLE§

4. SENOUFO§

5. DOGON§

6. SONRAIL

7. MALIKE§

8. SOMONO/BOZO§

9. AUTRES

Q7 ETAT MATRIMONIAL

1. MARIEE§

2. CELIBATAIRE§

3. VEUVES§

4. DIVORCE§

Q8 NOMBRE DE COEPOUSE

Q9 PROFESSION DE LA FEMME

- | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------|
| 1 MENAGERE | 2 FONCTIONNAIRE | 3 COMMERCANTE |
| 4 ELEVE/ETUDIANTE | 5 AIDE MENAGERE | 6 AUTRES |

Q10 NIVEAU D'ETUDE DE LA FEMME

- | | | |
|----------------------|--|---------------------|
| 1 ANALPHABETE | 2 ALPYHABETISEE EN LANGUE NATIONALE | |
| 3 PRIMAIRE | 4 SECONDAIRE | 5 SUPERIEURE |

Q11 MODE D'ADMISSION

- | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------|
| 1 VENUE D'ELLE-MEME | 2 REFEREE | 3 SI REFEREE |
|----------------------------|------------------|---------------------|

A. PROVENANCE

B. MOTIF ET CONSULTATION

Q12 ANTECEDENT OBSTRICAUX

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 1 GESTITE | 2 PARITE | 3 NOMBRE ENFANT(S) VIVANT(S) |
| 4 NOMBRE D'AVORTEMENT (S) | 5 NOMBRE D'ENFANT (S) DECEDE(S) | |
| 6 INTERVALLE INTER-GENESIQUE (EN MOIS) | | |

Q13 ANTECEDENTS CHURIGICAUX

- | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|
| 1. CESARIENNE§ | 2. MYILECTOMIE§ | 3. LAPAROTOMIE POUR | |
| 4. HTA § | 5. DIABETE § | 6. VIH§ | 7. AUTRES§ |

Q14 ANTECEDENTS MEDICAUX

- | | | |
|------------------|-----------|--------------------|
| 1. CARIDIOPATHIE | 2. ASTHME | 3. DREPANOCYTOSE |
| 4. OUVRIER | 5. AUTRES | 6. SANS PROFESSION |

Q15 PROFESSION DU CONJOINT

- | | | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| 1. CULTIVATEUR§ | 2. FONTIONNAIRE§ | 3. COMMERCANT |
| 4. OUVRIER | 5. AUTRES§ | 6. SANS PROFESSION § |

RENSEIGNEMENTS SUR LA GROSSESSE

Q16 CONSULTATION PRENATALE

- | | | |
|------------|---------|----------------------------|
| 1. NOMBRE§ | 2.LIEU§ | 3. QUALITE DU PRESTATAIRE§ |
|------------|---------|----------------------------|

Q17 EXAMEN DES URINES

- | | |
|-----------------|---------|
| 1. ALBUMINURIES | |
| A. OUI§ | B. NON§ |
| 2. GLYCOSUREI | |
| A. OUI§ | B. NON§ |
| 3. NON FAOT§ | |

Q18 ECHOGRAPHIE

- | | | |
|-------------|------------|---------------------------------------|
| 1. NON§ | 2. SI OUI§ | NOMBRE :3. PREMIERE ECHOGRAPHIE |
| A. PRECOCE§ | | B. TRADIVE§ |

Q19 TREME DE LA GROSSESSE

- | | | |
|---------------------|--------------|---------------|
| 1. ESTIMEE A TERME§ | 2.PRE-TERME§ | 3. POST-TERME |
|---------------------|--------------|---------------|

EXAMEN D'ENTREE

Q20 EXAMEN GENERAL

1. ETAT GENERAL§ 2. TA§ 3. COLORATION DES CONJONCTIVES
4. TEMPERATURE§ 5. OEDEME§ 6. TAILLE§ 7. POIDS

Q21 EXAMEN OBSTETRICAL

1. HU§ 2. BDCF§ 3. COL(DILATATION) !
4. PRESENTATION :
A. CEPHALIQUE B. SIEGE C. VICIEUSE
5. ETAT DU BASSIN/
6. MEMBRANES
a. INTACTES
b. POMPUES/

- *MOINS DE 12H *PLUS DE 12H
*PREMATUREE *PRECOCE
*TEMPSTIVE *SPONTANEE
*ARTIFICIELLE *COLORATION DU LIQUIDE *AMINIOTIQUE

RENSEIGNEMENT SUR L'ACCOUCHEMENT

Q22 MODE D'ACCOUCHEMENT

1. VOIES BASSE 2. VOIE HAUTE

Q23 EPISIOTOMIE

1. NON

2.SI OUI

3. INDICATION

Q24 DELIVRANCE

1. NORMALE

2. ARTIFICIELLE

3. ACTIVE DIRIGEE

Q25 COMPLICATIONS OBSTETRIQUES

1. RUPTURE UTERINE§

2. PLACENTA PRAEVIA§

3. ECLAMPSIE§

4. HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE

5. HEMORRAGIE GRAVIDIQUE

6. HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

A. NON

B. OUI

7. PROCIDENCE DU CORDON

8. DECHIRURE DU PERINE

A. NON

B. SI OUI

a) SIMPLE

b) COMPLIQUEE

9. DEHIRURE DU COL

A. OUI

B. NON

10. DECHIRURE DU VAGIN

A.OUI

B.NON

Q26 SUITES DE COUCHES

1. SIMPLE

2. COMPLIQUEES DE.....

Q27 TRAITEMENT MEDICAL

1. UTERO-TONIQUES
2. ANTIBIOTIQUES
3. ANTI-PALUDEENS
4. FER
5. ANTI-HYPERTENSEURS
6. NITROGLYCERINE
7. TRANSFUSION/MACROMOLECULES
8. DIGITALO-DIURECTIQUES
9. ANTI-COAGULANTS
10. AUTRES

Q28 MORBIDITE MATERNELLE

1. ANEMIE
2. INFECTION
3. HAT
4. HEMORRAGIE

Q29 PRONOSTIC VITAL MATERNEL

1. VIVANTE
2. DECEDEE

Q30. APGAR

1. PREMIERE MINUTE
2. CINQUIEME MINUTE

Q31. MORBIDITE FŒTAL

1. NOMBRE DE FŒTUS
2. PREMATURE
3. INFECTION NEONATALE PRECOCE
4. MACROSOMIE
5. HYPOTROPHIE FŒTALE
6. MALFORMATION

Q32 PRONOSTIC VITAL FŒTAL

1. VIVANT
 2. REFUSE SOIN
 3. DECEDE (CAUSE)
 4. MORT-NE
- A. MACERE B. NON MACERE

Q33 DUREE TOTALE DU TRAVAIL

Fiche signalétique

Non : SANOGO **Prénom**: SIDIKY

Titre de thèse : Pronostic materno fœtal des grossesses non suivies au CREF CVI du district de Bamako

Année : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 450 dossiers de parturientes non suivies ayant accouchées au CSREF CVI de Juin 2007 à Mai 2008. IL ressort de cette étude une fréquence de 12,5% de grossesses non suivies. Les parturientes de 36 ans et plus représentaient 41,6%. Les ménagères et les analphabètes ont représentées respectivement 53,3% et 62,4% des cas. La profession ouvrière a dominée chez les maris avec 28,0%. 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 43,9%, et la morbidité fœtale dominée par la prématurité avec 26,4%. Les morts nés étaient au nombre de 51 soit 11% dont 38 macérés soit 74,6% des morts nés.

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai a leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure