

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple- Un But – Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2017 – 2018

Thèse N° _____/Med

TITRE

**EVALUATION DE LA GROSSESSE AU
COURS DES CONSULTATIONS
PRENATALES AU CSREF DE SAN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement, le / / 2018
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

M. Adama CISSE

Pour l'obtention du grade de Docteur en MEDECINE (Diplôme d'état)

JURY

PRESIDENT :

Professeur Mouctar DIALLO

MEMBRE :

Docteur Sory I. DIAWARA

CO-DIRECTRICE DE THESE :

Docteur N'FA Adama DIALLO

DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Boubacar MAIGA

DEDICACES :

Je dédie ce travail.

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

A son messager Mohamed, Paix et Salut sur Lui (PSL).

A toutes les femmes enceintes du Mali et du monde entier, que Dieu les protège et fasse qu'elles accouchent en bonne santé avec des bébés en bonne santé également.

A toutes les mères, singulièrement celles qui ont perdu la vie en donnant la vie

A toutes les femmes qui ont perdu leur produit de conception en voulant donner la vie.

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

Aux orphelins dont les mères ont succombé en leur donnant la vie.

A mon Père Mr Moussa CISSE. Un homme cultivé, qui estime que le savoir est la plus grande richesse de ce monde.

Et tu disais : toute victoire facile est fragile. Toi qui oriente tes enfants, donne le libre choix dans toute chose et sans cesse tu accompagnes. Quelle fierté pour moi d'être ton enfant ! Papa, J'espère que tu seras fier de ton fils. Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés.

A ma maman Chérie, Madame CISSE Chata KONE,

Douce Mère, Tendre Mère, Infatigable Mère, toi qui a toujours assumé le double rôle que le créateur t'a prédestinée celui d'épouse et de Mère.

Ce travail est le fruit de tes efforts, de ton amour et de tes prières.

Ni le Larousse, ni le Robert ne me suffisent pour exprimer à sa juste valeur ce que je ressens pour toi.

Aujourd'hui je suis très fier et c'est pour moi une chance sans valeur égale de t'avoir comme Maman. Soit rassurée Chère maman de mon indéfectible

attachement, je demande au Seigneur de me donner la force et la possibilité de te remercier pour tes bienfaits et tes veillées.

Que DIEU t'accorde longue vie et santé auprès de nous.

Je t'aime Maman

Aux familles DEMBELE de Sekoubougouni, de Kalaban Coro Koulouba et de Gouana, l'accueil gracieux que j'ai reçu de vous dans mes différents cycles d'étude m'a permis de nourrir un espoir doux.

Merci à vous tous ce travail est le votre

A toute ma famille : vous qui avez choisi et accepté de m'envoyer à l'école espérant une marche vers un lendemain meilleur ; vous avez su par vos sages conseils, me donner la force morale indispensable pour arriver au bout du tunnel jonché de peines et d'obstacles qui est le chemin de l'école.

Ce travail est un modeste hommage à vos sacrifices.

A mon épouse Aminata DIARRA, ton soutien moral et ton accompagnement ont été utiles pour moi pour vaincre les difficultés et la paresse.

REMERCIEMENTS

AU corps professoral de la FMPOS :

Pour l'intérêt que vous accordez aux étudiants en plus de la qualité de l'enseignement dispensé.

A mes maîtres formateurs : Dr N'Fa Adama DIALLO, Dr Sina MOUNKORO, Dr Mohamed Yaya DJIRE, Dr Bakary DEMBELE, Dr Harouna Touré, Dr DICKO Amadou Boncane et Dr SAMAKE.

Merci pour l'encadrement.

Aux internes : Ousmane TOURE, Issiaka HAIDARA, Abdoulbast MAIGA, à tous les autres ; ce travail est le vôtre.

Je vous en suis toujours reconnaissant à toi Dr Moutian Habib KAMATE, camarade et promotionnaire du lycée et de la FMOS, merci pour l'effort fourni pour la réussite de ce travail.

A tout le personnel du CSRef de San Pour l'accueil et l'encadrement.

A toutes les sages-femmes du centre de santé de référence de San, merci Pour votre collaboration et votre disponibilité.

A tout le personnel de la médecine, de la chirurgie, de l'urgence, de la pédiatrie et de l'imagerie (Echographie et la Radiologie),

Merci pour la collaboration.

Aux ami(e)s et collaborateurs : M. Siaka PLEA et sa famille, Dr Abou TRAORE et sa Famille et a toute la population de Sekoubougouni ;

Votre soutien social et vos conseils ont contribué à rendre meilleure la qualité de ce travail mais aussi facilité sa réalisation.

Que Dieu vous en récompense.

A toute la 7^{ème} promotion du numerus clausus :

Courage et persévérance.

A mes amis : M. Bissurou DIALLO, Dr Daniel DEMBELE et Dr Amadou Hamadoun CISSE;

Je vous présente amicalement ce travail qui est le vôtre.

Que ceux ou celles qui n'ont pas été cité(e)(s) dans ces lignes trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

A notre Maitre et Président du jury,

Professeur Mouctar DIALLO

Professeur de parasitologie-mycologie à la FAPH ; Chef de DER sciences fondamentales à la FAPH ; Enseignant-chercheur.

Honorable Maître,

Merci d'avoir accepté de présider le jury de ce travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Homme de science respecté et admiré de tous, nous avons été impressionnés par votre modestie, votre qualité de pédagogue et votre grande disponibilité.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression nos vifs remerciements

A notre Maître et juge

Docteur Sory I. DIAWARA

PhD en Epidémiologie;

Enseignant-chercheur.

Cher maitre,

Nous vous remercions de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ;

Nous avons eu le privilège de travailler à vos coté et avons trouvé auprès de vous le guide et le conseiller qui nous a reçu en toutes circonstances avec sympathie, et bienveillance ;

Votre sens élève de responsabilité nous ont toujours impressionnés

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes, et nous prions, cher maître, d'accepter notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et codirecteur

Docteur N'Fa Adama DIALLO

**Docteur en Médecine ; DIU en Organisation et management des systèmes
publiques de prévention vaccinale dans les pays en développement ;
Médecin chef du CSRéf de San ; Praticien Hospitalier.**

Médaille du mérite national avec effigie « Abeille »

Cher maître,

Vous nous avez fait honneur en acceptant l'encadrement de ce travail malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines, intellectuelles et scientifiques nous ont impressionnés tout le long de ce travail. Nous vous remercions sincèrement.

Veillez croire cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse,

Professeur Boubacar MAIGA

Maitre de conférences en immunologie à la FMOS ;

Chef adjoint de DER sciences fondamentales;

Enseignant-chercheur

Cher maître,

Les mots ne peuvent pas exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre dévouement sans limite et votre générosité sont des qualités que nous nous efforcerons d'approcher. Nous vous remercions, cher Maître, pour la patience que vous avez eu à notre égard durant toute notre formation. Recevez ici notre immense gratitude et nos sincères remerciements

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BCF : Bruits du cœur fœtal

CAP : Centre d'Animation Pédagogique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Périnatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CUD : Contraction Utérine Dououreuse

EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie d'Odontostomatologie

HTA : Hypertension artérielle

HU : Hauteur utérine

IO : Infirmière Obstétricienne

KM : Kilomètre

MII : Moustiquaire imprégnée d'Insecticide

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Paquet minimum d'activité

PNP : Politique Norme et Procédure

PTME : Prévention de la transmission Mère Enfant

RAC : Réseau aérien de Communication

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SF : Sage-Femme

SR : Santé de la reproduction

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

SSP : Soins de Santé Primaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SOTELMA : Société de Télécommunication du Mali

TPI : Traitement Préventif Inter mitent

VAT : Vaccin Anti Tétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE	Pages
I- INTRODUCTION-----	8
II- OBJECTIFS-----	11
III- GENERALITES -----	12
IV- METHODOLOGIE-----	22
V- RESULTATS-----	31
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS -----	48
VII- CONCLUSION -----	54
VIII- RECOMMANDATIONS-----	55
IX- REFERENCES-----	57

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. INTRODUCTION -----	1
II. OBJECTIFES -----	4
III. GENERALITES -----	5
3.1. Objectifs de la surveillance prénatale : -----	5
3.2. Rythme des consultations prénatales : -----	5
3.3. Matériels de CPN : -----	7
3.4. Les activités préventives : -----	7
3.5. Le bilan prénatal : -----	8
3.5.1. Les examens complémentaires indispensables :	8
3.5.2. Les examens complémentaires non indispensables :	9
3.6. Première consultation : -----	9
3.6.1. Interrogatoire : -----	9
3.6.2. Estimation de l'âge de la grossesse et de la date Présumée de l'accouchement : -----	10
3.6.3. Examen clinique : -----	10
3.7. Consultation suivante : -----	11
3.7.1. Interrogatoire : -----	11
3.7.2 Examen clinique : -----	11
3.8. Plan d'accouchement : -----	12
3.9. Définition opérationnelles : -----	13
IV. MATERIEL ET METHODES : -----	15
1. Cadre d'étude : -----	15
2. Type d'étude : -----	19

3. Période d'étude : -----	19
4. Population d'étude : -----	19
5. Echantillonnage : -----	19
5.1 : Critères d'inclusions : -----	19
5.2 : Critères de non inclusions : -----	20
5.3 : Taille de l'échantillon : -----	20
6. Collecte des données : -----	20
6.1. Source des données : -----	20
6.2. Technique de collecte des données : -----	20
6.3. Variable d'études : -----	21
V. RESULTATS : -----	23
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION : -----	42
VII. CONCLUSION : -----	47
VIII. RECOMMANDATIONS : -----	48
IX. REFERENCES : -----	50
X. ANNEXES : -----	

I-INTRODUCTION

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement.

La grossesse est un évènement naturel, qui évolue normalement et se termine sur un mode physiologique dans les trois quarts des cas.

L'identification d'éventuelles complications, l'amélioration du confort et le vécu de chaque femme enceinte imposent la nécessité d'un suivi régulier de la grossesse.

L'information délivrée par les professionnels de la santé, le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales, a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir **(1)**.

L'OMS recommande 8 consultations au lieu de 4 permettant de ramener le taux de mortalité périnatale à 8 pour 1000 naissances. Il préconise qu'une première consultation ait lieu au cours des 12 premières semaines de grossesse et que les consultations suivantes soient prévues aux 20^e, 26^e, 30^e, 34^e, 36^e, 38^e, et 40^e semaines(2).

Selon l'enquête démographique et de santé EDSM- V, trois femmes sur quatre soit 74% ont reçu des soins prénataux, dispensés par un prestataire formé, 95% des femmes du district de Bamako ont fréquenté au moins une fois la CPN au cours de leur dernière grossesse. Ce chiffre est de 93 % pour les zones urbaines du Mali et 69% pour la zone rurale(3).

Dans les pays industrialisés, presque toutes les femmes bénéficient des soins prénataux et accouchements sous surveillance d'un personnel médical qualifié. En cas de complications, elles ont accès à des soins d'urgence.

Malheureusement dans les pays en voie de développement des problèmes demeurent quant à l'assistance des femmes en consultation prénatale et à l'accouchement, imputant lourdement les taux de mortalité maternelle.

Près de 303 000 femmes et adolescentes sont décédées en 2015 à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement(4). Environ 2,6 millions d'enfants sont mort-nés la même année. La quasi-totalité des décès maternels (99 %) et infantiles (98 %) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes enceintes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité(5). 60 % des mortinaissances (1,46 millions) sont survenues pendant la période prénatale et étaient principalement dues à une infection ou une hypertension artérielle maternelle non traitées et à un retard de croissance intra-utérin(6).

L'Afrique de l'Ouest est une des zones les plus concernées. On y dénombre 1020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (7).

En République de Guinée, ce taux est de 666 pour 100.000 naissances vivantes (8).

Au Mali près de quatre femmes pour 1000 naissances vivantes (3,7‰) sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les deux mois suivant l'accouchement selon EDS Mali V(9).

Malgré les efforts fournis par le gouvernement et ses partenaires, les indicateurs de santé maternelle et infantile demeurent encore préoccupants. En effet :

- le ratio de mortalité maternelle est passé de 582 en 2001 à 464 pour 100 000 naissances vivantes en 2006 puis à 368 pour 100 000 naissances vivantes en 2012-2013 ;
- Le taux de mortalité néonatale au Mali est passé de 57 pour 1000 à 46 pour mille en 2006 puis à 34 pour mille en 2012-2013(10).

Ainsi dans plusieurs pays, des programmes ont été développés dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles. Au Mali, on retient les programmes comme la promotion de la contraception, le programme de périnatalité, le système référence évacuation, la gratuité de la césarienne, les soins prénatals.

Les soins prénataux, soins que reçoit une femme au cours de la grossesse, aident à assurer des résultats sains pour la femme et les nouveaux – nés 2003[11]. Ils constituent une porte d'entrée pour toute une gamme de services de santé au niveau de la promotion de la santé et des services de santé préventifs. Ils constituent un maillon dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les soins prénataux sont l'une des interventions les plus efficaces pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, en particulier là où l'état général de santé des femmes laisse à désirer (12).

En vue de satisfaire les besoins individuels, socioculturels et médicaux des gestantes, une amélioration de la qualité des soins est importante pour assurer aux femmes une meilleure santé, accroître leur accès aux services de santé maternelle tout en utilisant les ressources limitées. Cela exige que le personnel qui dispense ces soins possède les connaissances, les compétences, les ressources et les attitudes répondant à l'attente des clientes.

La qualité de la surveillance concernant la femme enceinte a retenu l'attention des professionnels de santé d'ailleurs comme au Mali, où malgré la multiplication des centres de santé de surveillance de la grossesse, beaucoup de nos femmes ne bénéficient pas d'une C.P.N de qualité.

Notre étude a pour but d'évaluer la consultation prénatale et ses effets sur la mortalité maternelle et néonatale dans la maternité du CSRef de San.

II-OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL

Evaluer la consultation prénatale (CPN) dans la maternité du CSRef de San, de Janvier 2016 à Décembre 2016

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Décrire le profil sociodémographique des parturientes ;
- Déterminer la fréquence des consultations prénatales chez les accouchées pendant notre étude ;
- Décrire l'interaction, surveillance prénatale et pronostic de la grossesse et de l'accouchement ;
- Déterminer le pronostic fœto-maternel ;

III. GENERALITES

La surveillance des femmes enceintes tient une place importante en santé, car :

- La grossesse n'est pas une maladie
- La grossesse évolue et se termine sur un mode physiologique dans les trois quarts des cas.

Ceci montre bien que les consultations prénatales sont des actes de dépistage qui constateront une évolution normale de la grossesse dans la grande majorité des cas. Le praticien devra cependant maintenir son attention en éveil pour ne pas passer à côté d'une pathologie, dont l'aggravation brutale peut être fâcheuse pour la mère et l'enfant.

3.1. Objectifs de la surveillance prénatale

- Dépister et prendre en charge d'éventuelles pathologies : hypertension artérielle, anémie, paludisme, syphilis, infection urinaire, infection par le HIV, malnutrition, carence en vitamines et micronutriments, etc.
- Dépister et prendre en charge de complications obstétricales : cicatrice utérine, présentation anormale, rupture prématurée des membranes, grossesse multiple, métrorragies, etc.
- Prévention systématique du tétanos néonatal et maternel, d'une anémie, de la transmission materno-fœtale du HIV, du paludisme en zone endémique, etc.
- Elaboration du plan d'accouchement, conseil, préparation à l'accouchement.

3.2. Rythme des consultations prénatales

Dans notre contexte nous réalisons les CPN recentrées ; c'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des CPN, plutôt que sur le nombre de visites. Les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en voie de développement elles sont souvent

impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Ces CPN ont pour principes :

- la détection et le traitement précoce des problèmes et complications.
- la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine.
- la préparation à l'accouchement.

Il est recommandé de réaliser 4 consultations prénatales au cours d'une grossesse non compliquée.

Si la patiente ne se présente qu'à partir du sixième mois, s'efforcer de réaliser 2 consultations.

Tableau I : Planning des consultations prénatales

Trimestre	Mois	SA	Planning
	1	2-5	
Premier	2	6-9	Consultation 1
	3	10-13	
	4	14-17	
Deuxième	5	18-21	Consultation 2
	6	22-26	
	7	27-30	Consultation 3
Troisième	8	31-35	Consultation 4
	9	36-40/41	

L'âge de la grossesse est exprimée en semaine d'aménorrhée (SA) ou de manière plus précise en mois de grossesse. La durée de la grossesse est de 9 mois ou 40 à 41 SA.

En fonction des problèmes dépistés et des antécédents de la patiente, il peut être nécessaire d'assurer une surveillance plus étroite.

3.3. Matériels de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé, aéré 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 une pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres
- Lames fixatrices
- Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions antiseptiques
- Un Seau contenant une solution désinfectante

3.4. Les activités préventives:

- La vaccination antitétanique
- Le dépistage du VIH
- La supplémentation martiale (fer)

La prophylaxie antipaludique.

3.5. Le bilan prénatal:

3.5.1 Les examens complémentaires indispensables sont:

- Groupage sanguin et rhésus.
- Sérologie de la syphilis (VDRL-TPHA).
- Sérologie de la rubéole et toxoplasmose.
- La sérologie du VIH-SIDA.
- Sérologie de l'hépatite B.
- Glycosurie, albuminurie.
- Numération formule sanguine.
- Echographie.
- Amnioscopie.
- Amniocentèse.

Ces deux derniers examens seront demandés en fonction de la clinique.

Il est recommandé de faire trois échographies :

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

3.5.2 Les examens complémentaires non indispensables:

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques.

On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc.

3.6. Première consultation

3.6.1 Interrogatoire

- Sentiment général concernant la grossesse (problèmes/préoccupations)
- Contexte social : conditions de vie, situation familiale, activité.
- Date des dernières règles.
- Antécédent obstétricaux et chirurgicaux :
 - Nombre de grossesses antérieures
 - Complications lors de grossesses ou accouchement précédents (hémorragie, infection, prématurité,...) ;
 - Avortement spontané ou provoqué ;
 - Enfants vivants ou décédés ;
 - Césarienne (s'informer de l'indication) ou toute autre intervention sur l'utérus ;
 - Extraction instrumentale
 - Fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale.
- Antécédent médicaux et traitement en cours : hypertension, diabète, asthme, épilepsie, cardiopathie, infection par le HIV, troubles psychiatriques, etc.
- Statut vaccinal (tétanos)
- Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvres, symptômes urinaire, écoulement vaginal anormal, métrorragies, etc.

3.6.2 Estimation de l'âge de la grossesse et de la date présumée de l'accouchement

- L'âge de la grossesse est estimé en comptant le nombre de semaines d'aménorrhée (SA) depuis le premier jour des règles, à l'aide d'un calendrier ou d'un disque de grossesse.
- La date présumée de l'accouchement est estimée en comptant 40 ou 41 semaines d'aménorrhée à partir du premier du jour des dernières règles.
- La date présumée de l'accouchement peut être également estimée en comptant 9 mois plus 7 à 14 jours après le premier jour des dernières règles.
- Si la femme ne connaît pas la date des dernières règles, l'âge probable de la grossesse et la date présumée de l'accouchement est établi à partir de l'examen clinique ou de l'échographie.

3.6.3 Examen clinique

Dans tous les cas :

- Poids, tension artérielle (patiente assise, au repos)
- Taille
- Recherche de cicatrice abdominale.
- Recherche d'anémie, d'œdèmes, etc.
- Recherche des bruits du cœur fœtal dès la fin du premier trimestre.
- Estimation du volume utérin (permet d'estimer l'âge gestationnel) :
 - Au premier trimestre, le volume utérin est apprécié par un examen bi-manuel. A 7 semaines l'utérus a la taille d'un œuf de poule, à 10 semaines la taille d'une orange, à 12 semaines, le fond utérin dépasse la symphyse pubienne.

- A partir du deuxième trimestre, l'utérus est perçu par le palper abdominal seul avec mesure de la hauteur utérine entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le fond utérin
 - Examen vaginal
 - Toucher vaginal

3.7. Consultations suivantes

3.7.1 Interrogatoire

- Perception par la mère des mouvements fœtaux.
- Problèmes actuels : douleurs pelviennes, contractions, fièvres, symptômes urinaires, écoulement vaginal anormal, métrorragies, etc.

3.7.2 Examen clinique

Dans tous les cas :

- Tension artérielle, poids, œdèmes, mesure de la hauteur utérine.
- Contrôle des bruits du cœur fœtal : ils doivent être réguliers, rapides (120-160/minute), non synchrone du pouls maternel.
- Etude de la présentation fœtale (au troisième trimestre) :
 - Pôle céphalique : arrondi, dur, régulier, donnant entre les mains une sensation ballottement, séparé du reste du corps par le sillon du cou, au-delà duquel on palpe la saillie du moignon.
 - Pôle pelvien : mou, plus volumineux et moins régulier que le pôle céphalique, sans la présence du sillon du cou.

Définition de la présentation :

- **Céphalique** : le pôle céphalique est dans le pelvis maternel.
- **Siège** : le pôle céphalique est dans le fond utérin.
- **Transverse** : les deux pôles sont chacun dans un flanc.

Recherche du côté du dos

- Examen génital
- Toucher vaginal

3.8. Plan d'accouchement :

Déterminer avec la patiente un plan individuel d'accouchement prenant en compte sa situation médicale et sociale :

- Identifier le Lieu d'accouchement
- Identifier la personne qui va effectuer l'accouchement
- Savoir comment contacter cette personne
- Prévoir comment se rendre au lieu d'accouchement
- Identifier la personne qui va accompagner la gestante et lui tenir compagnie
- Identifier la personne qui va s'occuper des enfants et de la famille en l'absence de la gestante
- S'accorder sur la personne qui va autoriser la gestante à aller à la maternité
- Epargner pour financer le coût de l'accouchement et des complications éventuelles
- Préparer un paquet contenant du savon et des habits propres pour la mère et l'enfant
- Prévoir un donneur de sang éventuel

3.9. Définition opérationnelles

Evaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Procédures : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Normes : ce sont des outils, voir des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue de garantir la qualité et l'efficacité.

Grossesse : est l'état qui commence lors de la fusion du spermatozoïde avec l'ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.

Grossesse à haut risque : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Un facteur de risque : pendant la grossesse est une caractéristique qui lorsqu'elle est présente ; indique que cette grossesse a des chances d'être compliquée.

Travail d'accouchement : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques, qui aboutissent à l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus et des annexes embryonnaires hors de la voie génitale femelle à l'époque du terme de la gestation.

Mortalité maternelle : selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

Taux de mortalité maternelle : c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.

Naissance vivante : c'est tout produit de conception expulsé ou extrait complètement de la mère, sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère, respire ou présente tout autre signe de la vie, tel que battements cardiaques, pulsations du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires.

La qualité : c'est une méthode de travail rigoureuse, un processus d'amélioration continu, permettant d'assurer aux patients le maximum de sécurités de soins avec les moyens dont on dispose ou que l'on peut disposer

IV-MATERIEL ET METHODES

Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de San.

Présentation:

Situé au Sud-est de la région de Ségou, la commune de San s'étend sur une superficie de 115 kilomètres carrés pour une population de 48923 habitants. La commune de San est située au 4°3 longitudinale Ouest et 13°18 latitude Nord.

Elle est limitée :

- à l'Est par les communes rurales de Ténéni et Somo,
- à l'Ouest par la commune rurale de Niasso,
- au Sud par la commune rurale de Dah,
- au Sud-ouest par celle de Dieli,
- au Nord par le fleuve Bani qui sépare les communes rurales de Sy et Ouolon.

La commune de San, constituée de douze (12) quartiers de la ville de San et sept (7) villages rattachés à la commune (Parana, Sienso, Tèrèkoungo, Sibougou, Bèlènitieni, Fiengasso et N'golofanasso).

Elle dispose de neuf (9) formations sanitaires :

- Un Cs. Réf. dans lequel s'est déroulée notre étude ;
- Deux (2) CSCom (SANTORO et LAFIABOUGOU) ;
- Six formations sanitaires privées.

A celles-ci s'ajoutent deux écoles de formations des techniciens sanitaires, un orphelinat et un centre de récupération nutritionnelle des sœurs missionnaires.

Carte n°1 : La commune urbaine de San dans le Cercle de San

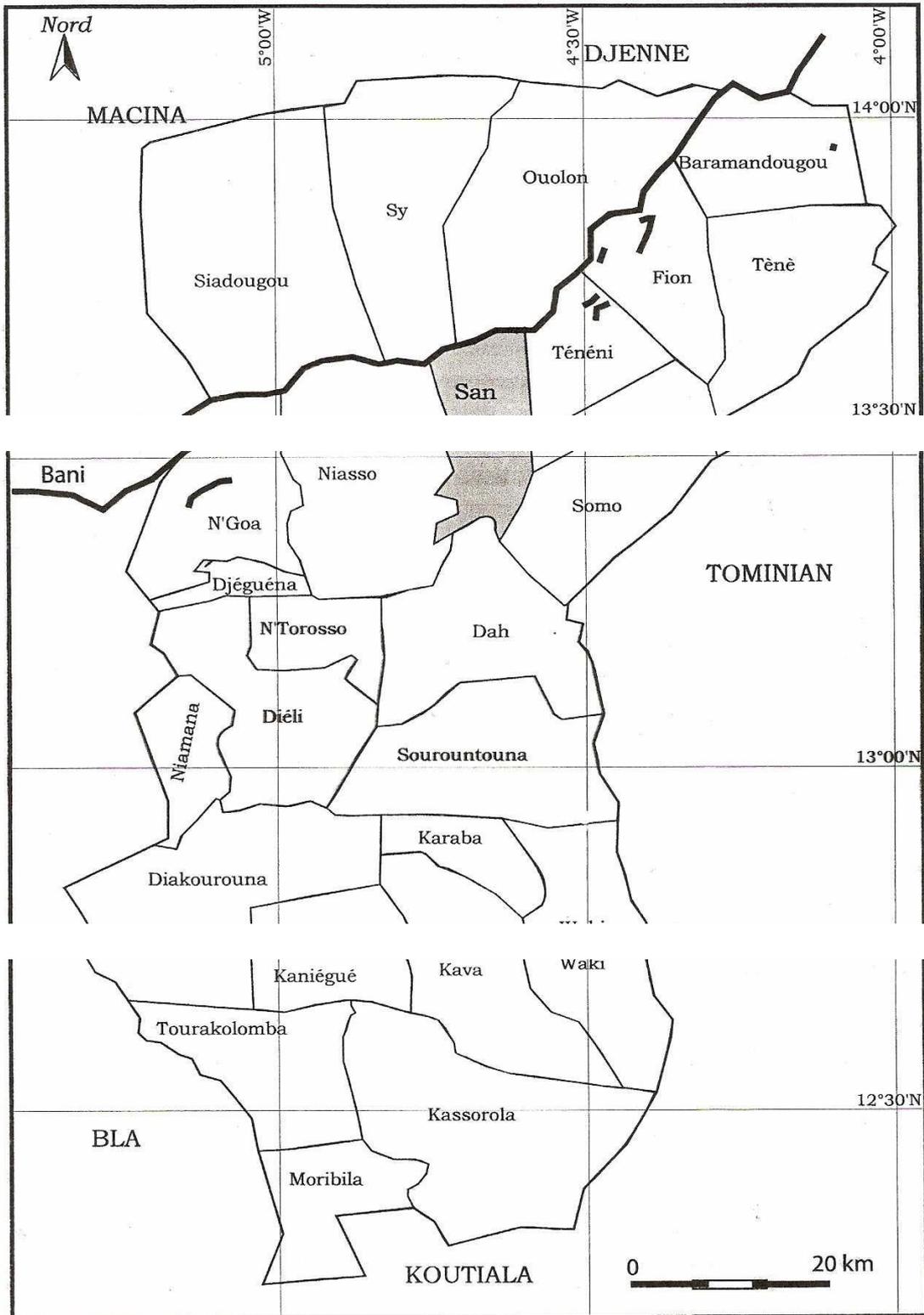


Figure 1 : Carte cercle de San

Le Centre de Santé de Référence de San :

Ce centre a été créé en 1905 par un médecin, Docteur Dupant lors d'une mission de vaccination. Le centre a reçu plusieurs appellations successives ;

Entre autres :

- Sous le régime colonial, Dispensaire de la ville de San puis Centre Médical de San.
- A l'indépendance, Centre de Santé du Cercle de San et après Centre de Santé Municipal de San ;
- Ensuite appelé Hôpital Secondaire de San, le 20 octobre 1977 par décret No189PGRM du conseil des ministres **(22)**.
- Transformé en Centre de Santé de Référence du cercle de San en 2005.

Il est composé de services :

- Administration ;
- Hygiène et assainissement ;
- Ophtalmologie ;
- Stomatologie ;
- Médecine générale ;
- Chirurgie générale ;
- urgences ;
- Kinésie thérapie ;
- Anesthésie ;
- Bloc opératoire ;
- Pédiatrie ;
- Laboratoire ;
- Radiologie ;
- de Dépôt Répartiteur du Cercle ;
- de Maternité.

La maternité comporte :

- Une salle de consultation pour médecin ;
- Une salle d'accouchement avec 2 tables d'accouchement ;
- Une unité de suites de couches ;
- Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une unité pour le Programme Elargi de Vaccination ;
- Une unité de consultation post natale ;
- Deux salles d'hospitalisation ;
- Une salle de gardes ;
- Un bureau de sage-femme ;
- Deux toilettes ;
- Une salle de soins ;
- Une salle de staff.
- Une salle des internes

Le service est dirigé par un Gynécologue-obstétricien. Le personnel est composé de :

- 1 Gynécologue-obstétricien ;
- 1 Médecin SR ;
- 5 Sages-femmes ;
- 2 Infirmières obstétriciennes ;
- 1 Matrones ;
- 1 Manœuvre ;

Le fonctionnement : Les consultations sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 Heures 15mn réunissant le personnel du service, dirigé souvent par le Chef de service. La visite est journalière après le Staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un Médecin ;
- un faisant fonction d'Interne ;
- une sage-femme
- une infirmière obstétricienne à défaut une matrone ;
- un faisant fonction anesthésiste ;
- un laborantin ;
- un chauffeur d'ambulance ;

1) Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive portant sur les parturientes ayant accouché dans le service ou admise en post partum immédiat (les 24 premières heures de l'accouchement).

3) Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016 dans la maternité du CSRef de San. Une période de 12 mois qui permettra d'assurer la représentation statistique et l'évolution du pronostic en fonction de l'évolution de la pratique.

4) Population d'étude:

Elle s'est composée de l'ensemble des gestantes/parturientes qui ont été admises à la maternité du CSRef de San pendant la période sus évoquée. Ces femmes pouvaient être admises directement ou être référées d'autres structures avec ou sans urgences.

5) Echantillonnage :

5.1 Critères d'inclusions :

- Toutes les grossesses dont le terme a atteint au moins 22 SA et ou le nouveau-né à la naissance a pesé au moins 500 grammes
- Toutes parturientes ayant accouché à la maternité du CSRef de San durant la période d'étude.
- Toutes parturientes admises en post partum immédiat à la maternité du CSRef de San durant la période d'étude.

5.2 Critères de non inclusion :

- Toutes les grossesses dont l'âge gestationnel était inférieur à 22 SA et ou le poids du nouveau-né à la naissance était inférieur à 500 grammes,
- Ont été également éliminées toutes les grossesses dont l'issue et la parité n'étaient pas connues.

5.3 Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif et tous les accouchements répondant aux critères d'inclusion ont été systématiquement retenus.

6. Collecte des données

6.1 Source des données:

Les données ont été collectées à partir des dossiers obstétricaux. Aussi avons-nous eu recours au besoin aux registres d'accouchement, aux cahiers de la sage-femme de garde, aux registres de compte rendu opératoire et aux registres d'admissions aux soins intensifs.

Toutes les données ont fait l'objet d'un double saisi dans le logiciel SPSS version 20.0 pour assurer une fiabilité des données.

6.2 **VARIABLE ETUDIÉS :****Tableau N°II:** Définition des variables étudiées

VARIABLES	TYPE	ECHELLE DE MESURE	TECHNIQUE DE COLLECTE
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Exploitation du dossier
Mode d'admission	Qualitative Catégorielle	1= Venue d'elle même 2= Référer à froid 3= Evacué	
Antécédents	Qualitative Nominative	Exemple : Césarienne	
Scolarité	Quantitative Discontinue	1= Oui 2= Non	
Parité	Quantitative Discontinue	Nombre total de grossesse	
Réalisation de CPN	Logique	1= Oui 2= Non	
Age gestationnel	Quantitative Discontinue	A partir de la date de la dernière règle	
Motif d'admission	Qualitative Nominative	Exemple : HTA/Grossesse	
Présentation	Qualitative Nominative	1= Sommet, 2 = Front, 3= Face, 4= Siège 5= Transversale	
Type d'intervention	Qualitative Nominative	1= Urgence, 2= Prophylactique	
Type	Qualitative	1=céphalique 2=siège 3=transversale 4=front	

présentation	Nominative	5=face	
Voie d'accouchement	Qualitative	1= voie basse	
	Nominative	2=césarienne 3= Laparotomie	
Etat nouveau-né	Qualitative	1=vivant 2=mort- né	
Poids nouveau-né	Quantitative	Grammes	
	Discontinue		
Score d'Apgar	Quantitative	Evaluer à partir de la 1 ^{ère}	
	Discontinue	min et à la 5 ^{ème} min	
Indication de la césarienne	Qualitative	Exemple : SFA	
	Nominative		
Complication	Qualitative	Exemple : Hémorragie	
	Nominative		

V-RESULTATS

Notre étude s'est déroulée à la maternité du CSRef de San qui est une structure sanitaire de 2^{ème} niveau.

Durant cette période d'étude, nous avons eu à exploiter 2132 dossiers obstétricaux. 2117(99,3%) parturientes avaient accouchée au CSRef, 3(0,1%) au CSCOM,

2(0,1%) accouchements dans l'ambulance et 10 (0,5%) accouchements à domicile.

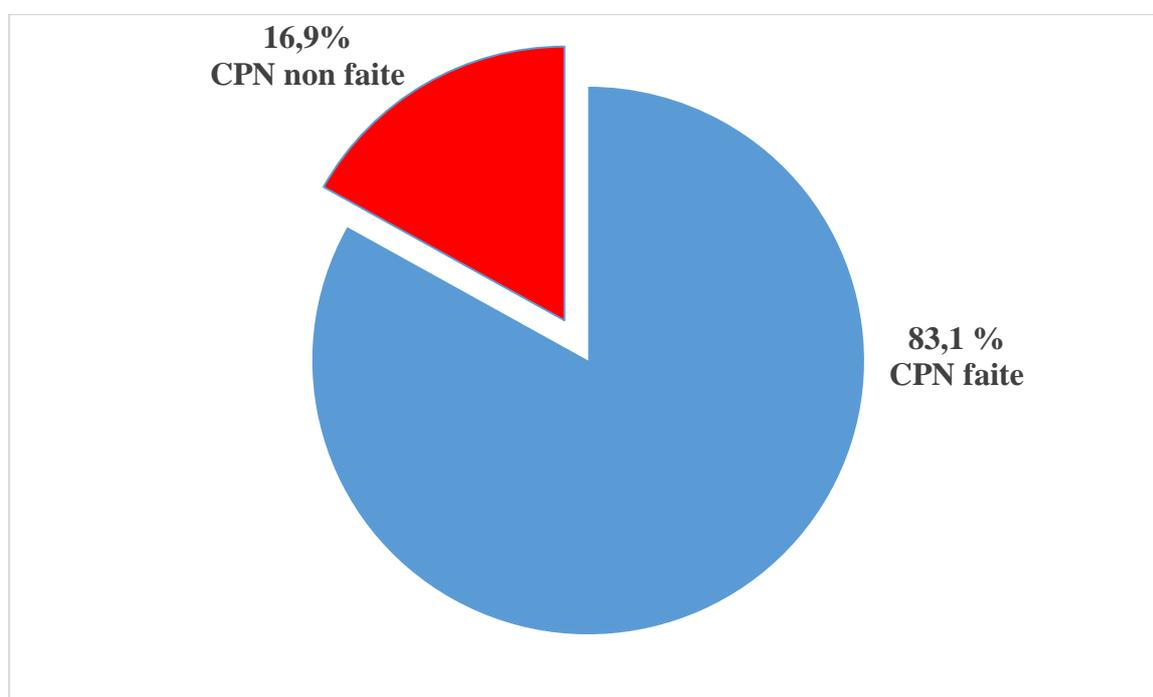


Figure 2: Fréquence de la consultation prénatale.

Il ressort que la fréquence de la consultation prénatale pendant les 12 mois de notre étude était de 83,1%.

Tableau N°III : Répartition selon l'ethnie.

Evolution de la grossesse au cours des CPN au CSRef San.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	842	39,5
Bobo	308	14,4
Peulh	222	10,4
Miniaka	201	9,4
Senoufo	73	3,4
Dafing	109	5,1
Sonrhäï	91	4,3
Soninké	78	3,7
Bozo	82	3,8
Malinké	42	2,0
Autre	84	3,9
Total	2132	100,0

Les bambaras étaient majoritaire suivi des Bobo avec respectivement 39,5% et 14,4% de l'effectif ensuite les peulhs étaient représenté à 10%.

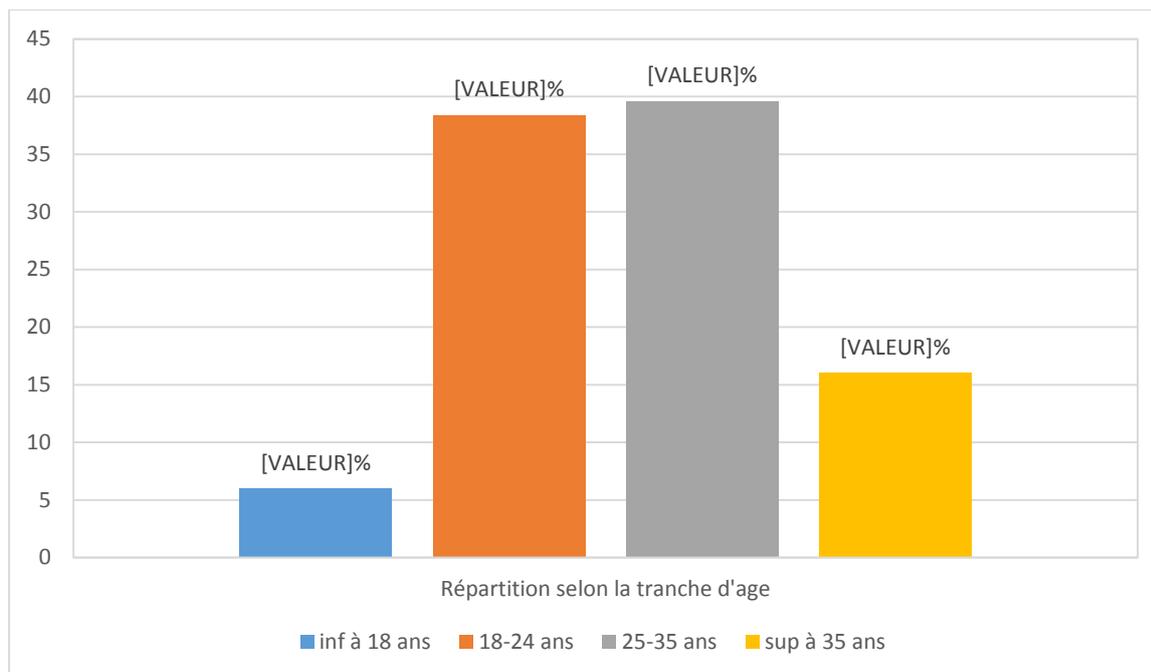


Figure 3 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge. □

La tranche d'âge de 25- 35 ans était la plus représentée avec 39,6% suivi des adolescentes 18-24 ans avec 38,4%, les parturientes âgées de plus de 35 étaient représentés à 16%. La moyenne des âges pendant notre étude était de 33 ans.

Tableau N°IV : Répartition en fonction de l'occupation.

L'occupation	Effectif	Pourcentage
Ménagère	2016	94,6
Fonctionnaire	29	1,4
Commerçante	11	0,5
Elève/étudiante	66	3,1
Artisane	10	0,5
Total	2132	100,0

Les ménagères étaient majoritairement représentées dans notre population d'étude soit 94,6%.

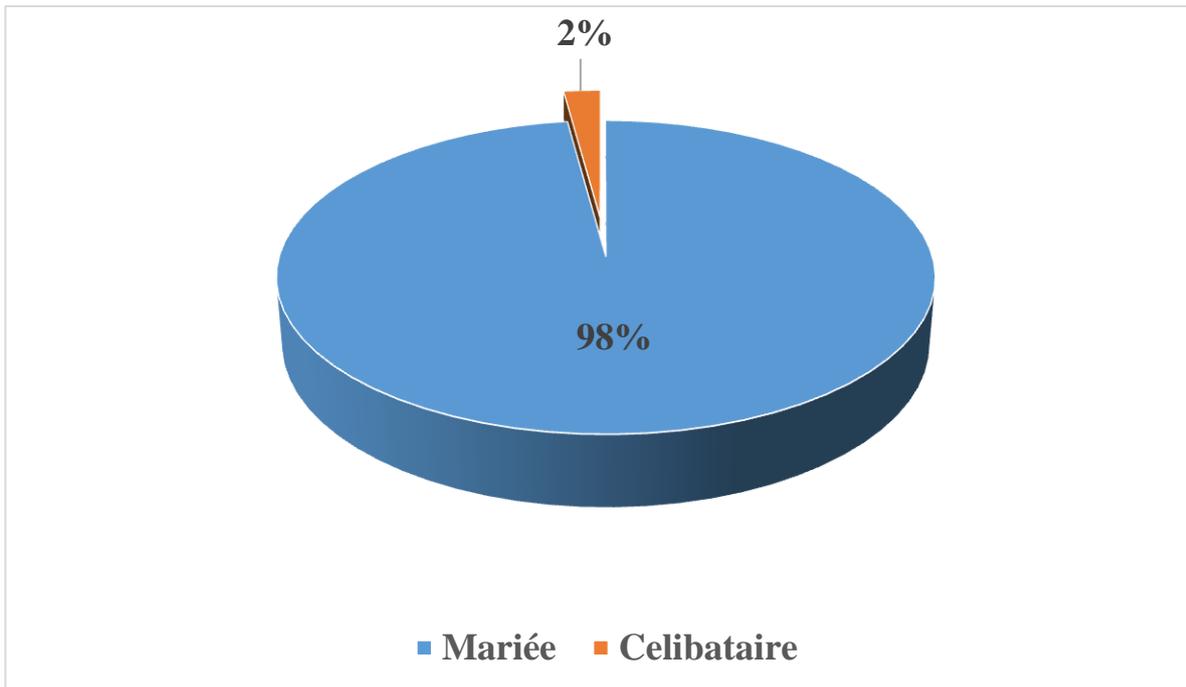


Figure 4 : Répartition selon le statut matrimonial de nos patientes. Seulement 2% des parturientes étaient célibataire.

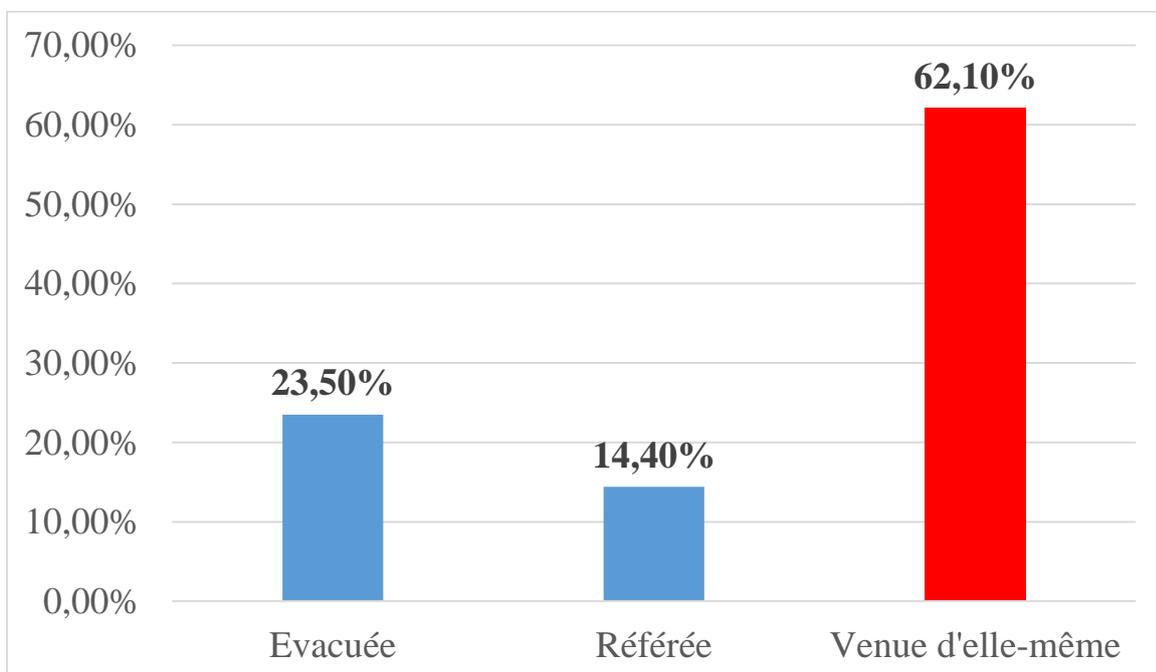


Figure 5 : Répartition selon le type d'accès.

Les parturientes venues d'elles-mêmes étaient 1324 soit 62,1% et 23,5% des parturientes étaient évacuées et 14,40% étaient référées.

Tableau N°V : Répartition des parturientes selon le motif de Référence/évacuation.

Motif de Référence/évacuation.	Effectif	Pourcentage
Grande multipare	83	10,85
SFA	77	10,07
Taille inf. à 150 cm	20	2,61
Procidence du cordon battant	15	1,96
Présentation Transversale	15	1,96
Rétention de J2	3	0,39
Dilatation Stationnaire	89	11,63
Grossesse Arrêtée	8	1,05
Saignement sur grossesse	75	9,80
RPM	43	5,62
Utérus cicatriciel	50	6,54
HU excessive	116	15,16
HTA sur grossesse	69	9,02
Préecclampsie/éclampsie	23	3,01
Présentation non céphalique	56	7,32
Grossesse gémellaire ou multiple	17	2,22
Total	765	100,0

Le motif de référence/ évacuation le plus fréquent était la hauteur utérine excessive avec 15,16% ensuite la dilatation stationnaire avec 11,63%.

Tableau N°VI: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux.	Effectif	Pourcentage
HTA	57	2,7
Diabète	1	0,05
Asthme	2	0,1
Drépanocytose	3	0,1
VIH Positif	1	0,05
RAS	2068	97,0
Total	2132	100,0

La majorité des parturientes n'avait pas un antécédent médicaux confirmé avec 97%, par contre 2,7% des parturientes étaient hypertendues connues et un cas de VIH positif.

Tableau N°VII : Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	151	7,1
Myomectomie	1	0,05
Appendicectomie	1	0,05
Laparotomies	2	0,1
Sans antécédents	1977	92,7
Total	2132	100,0

Les parturientes sans antécédent chirurgical étaient au nombre de 1977 soit 92,7% des cas et utérus cicatriciel (césarienne et myomectomie) occupaient la première place des antécédents chirurgicaux avec 151 cas soit 7,1%.

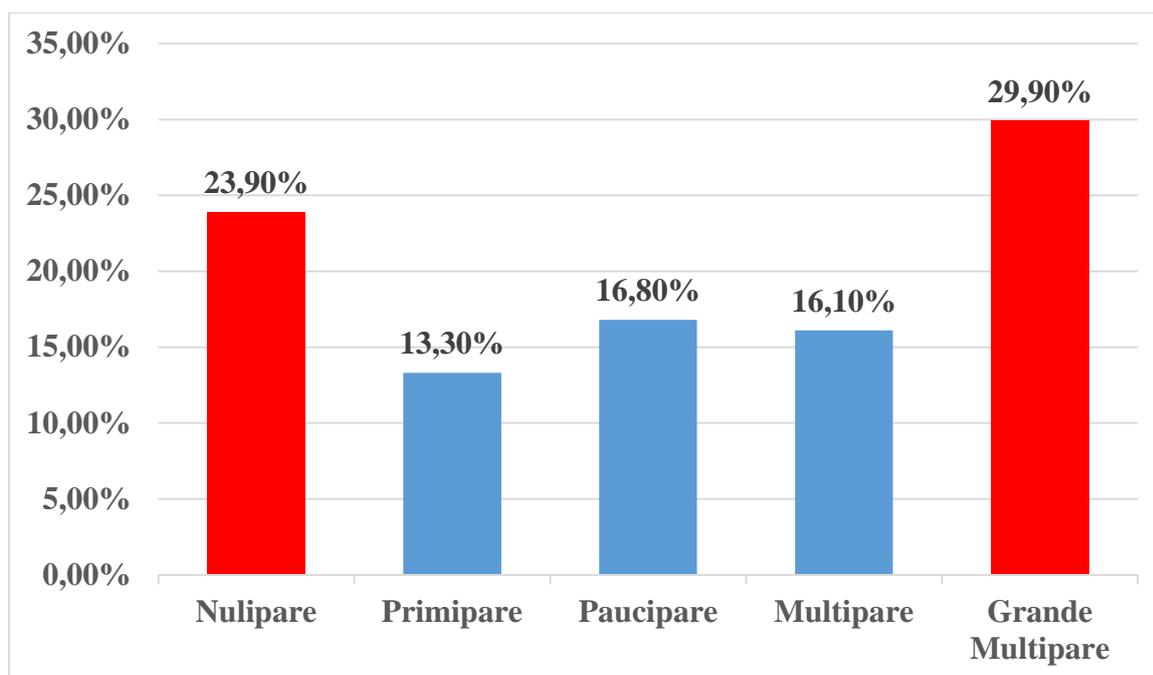


Figure 6 : Répartition des parturientes selon la parité.

Les grandes multipares étaient plus représentés avec 29,9% ; suivi des nullipares soit 23,9%. Parité moyenne était de 7 accouchements par femme.

Tableau N°VIII : Répartition selon le nombre de grossesse.

Nombre de grossesse	Effectif	Pourcentage
G1	505	23,7
G2	299	14,0
G3	261	12,2
G4	221	10,4
G5	183	8,6
G6	196	9,2
G7	138	6,5
G8	123	5,8
G9	78	3,7
G10	50	2,3
G11	43	2,0
G12	22	1,0
G13	8	,4
G14	5	,2
Total	2132	100,0

Au cours de notre étude, 5 parturientes avaient portées 14 fois la grossesse, 505 parturientes étaient à leur première grossesse. La gestité moyenne des parturientes était de 7 grossesses.

Tableau N°IX : Répartition des parturientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission.

Etat de la poche des eaux	Effectif	Pourcentage
Intacte	1481	69,83
Rompue	640	30,17
Total	2121	100

Parmi les parturientes reçues, 30,17% étaient admises avec la poche des eaux rompues.

Tableau N°X : Répartition selon l'état des BCF à l'admission.

BCF	Effectif	Pourcentage
Oui	1950	91,9%
NON	172	8,1%
Total	2122	100%

A l'admission chez 8,1% des parturientes les BCF n'étaient pas perceptibles.

Tableau N°XI : Répartition selon l'âge de la grossesse.

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Inf. à 28SA	17	0,8
28-36 SA	189	8,9
37 -42 SA	1926	90,3
Total	2132	100,0

Seulement 8,9% des parturientes ont accouchés avant 37 SA et 0,8% des parturientes ont expulsées avant 28 SA.

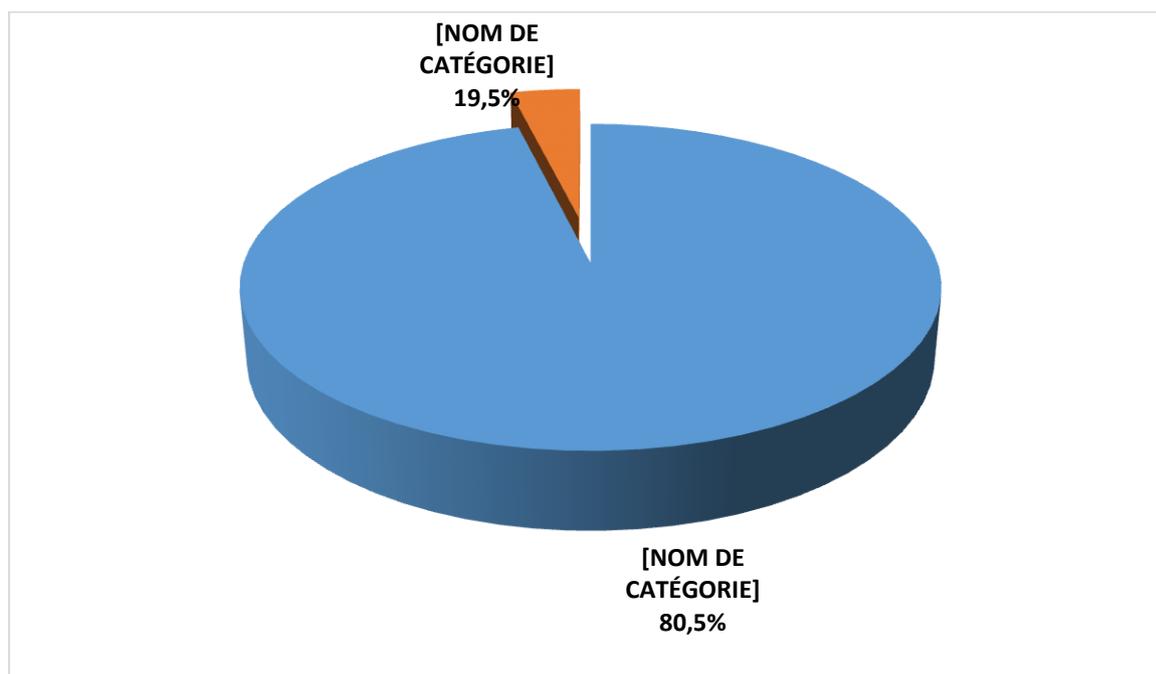


Figure 7 : Répartition selon la voie d'accouchement.

La césarienne a été observée chez 416/2132 de nos parturientes soit 19,5%.

Tableau N°XII : Répartition selon le lieu d'accouchement.

Lieu d'accouchement	Effectif	Pourcentage
CSRef	2117	99,3%
à domicile	10	0,5%
Dans L'ambulance	2	0,1%
CSCOM environnant	3	0,1%
Total	2132	100,0%

La majorité les parturientes avait accouché sous surveillance par contre 0,5% des parturientes ont été admis en postpartum immédiat après accouchement à domicile.

Tableau N°XIII : Répartition selon l'Etat du nouveau-né à la naissance.

Etat du nouveau-né à la naissance	Effectif	Pourcentage
Non réanimé	1826	80,94
Réanimé	235	10,42
mort-né frais	127	5,63
mort-né macéré	68	3,01
Total	2256	100,0

Les nouveau-nés non réanimés étaient 80,94% des cas et 8,64% de mort-né dont 3,01% étaient macérés.

Tableau N°XIV : Répartition selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
CPN 0	360	16,88
CPN 1-3	1291	60,56
CPN 4 et plus	481	22,56
Total	2132	100,0

Les parturientes qui se sont présentées au moins 4 fois pour la consultation prénatale étaient de 22,56%, par contre 16,88% des parturientes ont porté la grossesse jusqu'à l'accouchement sans faire de CPN.

Tableau N°XV : CPN en fonction de la tranche d'âge.

Tranche d'âge	CPN faite		CPN non faite		Total
	N	%	N	%	
< à 18 ans	101	5,7	27	7,5	128
18 -24 ans	708	39,9	110	30,56	818
25- 35 ans	703	39,7	141	39,17	844
> à 35 ans	260	14,67	82	22,77	342
Total	1772	100	360	100	2132

Chez les parturientes n'ayant pas fait de CPN : 39,17% étaient dans la tranche d'âge 25-35 ans et 22,5% des parturientes avec âge supérieur 35 ans.

Tableau N°XVI : Relation entre le type d'accès et la consultation prénatale.

Type d'accès	CPN faite		CPN non faite		Total
	N	%	n	%	
Evacuée	376	75,1	125	24,95	501
Référée	254	82,7	53	17,26	307
Venue d'elle même	1142	86,2	182	13,75	1324
Total	1772	100	360	100	2132

Les parturientes admises par évacuation, 24,95% n'avaient fait aucune CPN.

Tableau N°XVII : CPN selon l'occupation des parturientes.

Profession de la parturiente	CPN faite		CPN non faite		Total
	n	%	n	%	
Ménagère	1668	82,74	348	17,26	2016
Fonctionnaire	26	89,66	3	10,34	29
Commerçante	9	81,82	2	18,18	11
Elève/étudiante	61	92,42	5	7,58	66
Artisane	8	80	2	20	10
Total	1772		360		2132

Les ménagers qui représentent la majorité des parturientes, plus de 17% n'ont pas fait de CPN et 92,42% des élève/étudiantes avaient consulté au moins une fois au cours de la grossesse.

Tableau N°XVIII : CPN selon les facteurs de risque de la parturiente.

Présence de facteurs de risque	CPN faite		CPN non faite		Total
	n	%	n	%	
pas de facteur de risque	949	84,36	176	15,64	1125
Grande Multipare	430	77,06	128	22,94	558
Mort-né à répétition	26	86,67	4	13,33	30
Utérus cicatriciel	144	88,34	19	11,66	163
Bassin immature	34	87,18	5	12,82	39
HTA	52	85,25	9	14,75	61
Anémie	12	70,59	5	29,41	17
Gémellaire	49	84,48	9	15,52	58
HU excessive	62	96,88	2	3,12	64
VIH	1	100	0	0	1
Hémoglobinopathie	2	100	0	0	2
Taille in à 150cm	8	72,73	3	27,27	11
Primigeste âgé	3	100	0	0	3
Total	1772		360		2132

Les grandes multipares avec 558 cas ; 22,94% n'ont pas fait de consultation prénatale. 11,66% des utérus cicatriciel n'ont jamais consulté un centre de santé au cours de la grossesse ; 14,75% des parturientes hypertendues connues, ont porté la grossesse jusqu'à l'accouchement sans aucun suivi.

Tableau N°VXIX : Relation entre âge de la grossesse et CPN.

Age de la grossesse actuelle	CPN faite		CPN non faite		Totale
	N	%	n	%	
Inf. à 28SA	10	58,82	7	41,18	17
28-36 SA	142	75,13	47	24,87	189
37 -42 SA	1620	84,11	306	15,89	1926
Total	1772		360		2132

Parmi les grossesses avortées avant 28 SA ; 41,18% n'étaient pas suivie ;
24,87% des accouchements prématurés étaient issu des grossesses non suivies et
84,11% des grossesses mener à terme étaient suivies.

Tableau N°XX : CPN en fonction du diagnostic d'entrée.

Diagnostic d'entré	CPN faite		CPN non faite		Total
	n	%	N	%	
Travail d'accouchement	1399	84,28	261	15,72	1660
Eclampsie	12	75	4	25	16
procidence du cordon battant	6	66,67	3	33,33	9
Utérus Pluri Cicatriciel	15	78,95	4	21,05	19
HTA sévère	13	81,25	3	18,75	16
Césarienne prophylactique	42	100	0	0	42
DFP	36	87,80	5	12,20	41
Déclanchement de travail	16	80	4	20	20
Rétention de J2	9	90	1	10	10
Présentation Transversale	18	75	6	25	24
Siège Chez primigeste	1	100	0	0	1
HRP	36	73,47	13	26,53	49
J1 en Siège	4	57,14	3	42,86	7
SFA	78	76,47	24	23,53	102
RPM	10	76,92	3	23,08	13
placenta prævia	11	57,89	8	42,11	19
Syndrome de pré rupture	55	82,09	12	17,91	67
Rupture utérine	6	60	4	40	10
Grossesse arrêtée	2	50	2	50	4
Utérus cicatriciel	3	100	0		3
Total	1772		360		2132

Les parturientes avec antécédent de césarienne, 21,05% n'étaient pas suivies à l'admission et 40% des parturientes admises avec rupture utérine n'avaient pas fait de CPN

Tableau N°XXI: Relation entre la voie d'accouchement et la CPN.

Voie d'accouchement	CPN faite		CPN non faite		Total
	n	%	n	%	
Voie basse	1444	81,49	272	75,56	1716
Césarienne	328	18,51	88	24,44	416
Total	1772	100	360	100	2132

Les parturientes accouchées n'ayant pas fait de CPN, 24,44% ont été Césarisées.

Tableau N°XXII : Relation entre la CPN et l'état du nouveau-né à la naissance.

Etat nouveau-né à la naissance	CPN faite		CPN non faite		Total	
	n	%	n	%	N	%
Non réanimé	1573	85,76	261	14,24	1834	100
Réanimé	171	75,33	56	24,67	227	100
mort-né frais	83	65,35	44	34,65	127	100
mort-né macéré	49	72,05	19	27,95	68	100
Total	1876		380		2256	

Les mort-nés frais et mort-né macérés respectivement 34,65% et 27,95% des mort-né frais et macérés étaient issus des grossesses non suivie par contre parmi les nouveau-né non réanime, 85,76% étaient issus d'une grossesse suivie.

Tableau N°XXIII : Relation entre CPN et complication du post partum.

Complications post partum	CPN faite		CPN non faite		Total
	N	%	n	%	
Hémorragie post partum immédiat	9	0,51	3	0,83	12
Infection de la plaie opératoire	1	0,06	0	0	1
Anémie	35	1,98	13	3,62	48
Absence de complication	1715	96,77	341	94,72	2056
Eclampsie	12	0,68	3	0,83	15
Total	1772	100	360	100	2132

Les parturientes avec CPN 0, 3,62% étaient anémiées contre 1,98% des parturientes suivis au cours de la grossesse.

Tableau N°XXIV: Relation entre le nombre de la CPN et l'état du nouveau-né à la naissance.

Etat du nouveau-né à la naissance	CPN0		CPN (1-3)		CPN 4 et plus		Total
	n	%	n	%	N	%	
Non réanimé	262	68,77	1127	82,5	437	85,86	1826
Réanimé	56	14,70	125	9,15	54	10,6	235
Mort-né frai	44	11,55	74	5,42	9	1,77	127
Mort-né macéré	19	4,98	40	2,93	9	1,77	68
Total	381	100	1366	100	509	100	2256

A CPN 0 le taux de mort-né était plus élevé avec 11,55% de mort-né frais et 4,98% de mort-nés macérés contre respectivement 1,77% de mort-né frais ainsi que des mort-nés macérés à 4 CPN et plus.

Tableau N°XXIV : Relation entre CPN et devenir du nouveau-né.

Etat nouveau-né a la sortie	CPN faite		CPN non faite		Total	%
	N	%	n	%	N	
Vivant	1734	92,38	308	81,27	2042	90,51
Décédé	143	7,62	71	18,73	214	9,49
Total	1877	100	379	100	2256	100

Probabilité < 0, 1 OR=0, 35 IC (025-048); OR= 2, 79 IC (2, 05-3, 08)

OR=2,79 > 1 alors nous avons conclu que les enfants issus des grossesses non suivies ont 2,79 fois plus de risque de décédé par rapport aux enfants issu des grossesses suivies.

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre travail est une étude sur une base de données établie dans le service, il s'agissait de toutes les femmes ayant accouché ou admises en post partum immédiat à la maternité du CSRef de San.

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles nous retenons la perte de certains carnets de CPN dont les informations ne sont pas transférées dans le dossier obstétrical, lorsque la grossesse n'était pas suivie dans le service. Certains dossiers d'hospitalisation étaient incorrectement remplis au cours de l'hospitalisation.

Malgré ces difficultés et insuffisances, notre travail à l'avantage d'être représentatif sur le plan statistique sur la situation de la consultation prénatale dans notre structure de santé qui occupe le 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire du pays situé en plein cœur du Cercle de SAN, Centre de Sante de Reference.

Ces insuffisances n'ont pas eu d'influence sur la qualité de nos résultats par ce que les registres de CPN, d'accouchements, d'hospitalisations et de référence/évacuation ont été utilisés pour compléter les informations manquantes.

Fréquence de la CPN :

L'analyse des données nous a permis de constater que sur 2132 accouchements, la fréquence de CPN était de 83,1%, supérieur pour celle de SAGARA J.A qui avait trouvé 80,1%.

Age :

Dans notre étude les tranches d'âge 18-24 ans et 25-35 ans étaient les plus représentées avec des fréquences respectivement de **38,4%** et **39,6%** des cas, ces tranches d'âge correspondent à celle de femme en pleine activité génitale, 6% des parturientes avaient un âge inférieur à

18 ans et **16%** des parturientes avaient un âge supérieur à 35ans, groupe cible considéré potentiellement à Risque (fréquence élevée des macrosomies, des

présentations vicieuses, de l'hémorragie du post partum, de malformations, conditions socioéconomiques défavorables, faiblesse ou absence de suivi prénatal).

Les âges extrêmes étaient 14 et 52 ans avec une moyenne de 33 ans.

Chez AVODO AVODO M(14) la tranche âge de 20-34 ans était la plus représentée avec un taux 58,7% des cas, avec l'âge extrême 14 et 45 ans.

Ethnie :

L'ethnie la plus représentée était le Bambara **39,5%** des cas, l'ethnie Bobo 14,4% suivi par leur cousin peulh avec 10,4% ; ce qui explique que le centre est beaucoup fréquenté par la population les villages bambara environnant dans le cercle de San.

Occupation :

Les différentes catégories d'occupation qui composaient notre échantillon montraient que les ménagères étaient majoritaires avec **94,6%** des cas, contre **moins 1%** des artisanes.

Ce résultat était supérieur à celui de **MAIGA A (15)** et à celui de Fomba S (**17**) qui avaient trouvé respectivement **83,5%** et **84,5%**.

Le nombre élevé des ménagères pourrait s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de nos parturientes provenait des villages environnant où l'occupation principale des femmes est le ménage.

Statut matrimonial :

Les parturientes mariées représentaient **98%** des cas durant notre étude, ce taux était supérieur à ceux de **KONATE S (14)** et **KANTE Y (13)** avec respectivement **93,5%** et **90,5%** des cas. Ce résultat montre que moins de célibataires tombent enceinte et que le taux de mariage est élevé dans le districte sanitaire de SAN, comparativement à la capitale(Bamako) où le nombre de célibataire est élevé.

Admission :

Les parturientes admises par évacuées représentaient **501** cas soit **23,5%** des parturientes admises dans la maternité pendant notre étude.

Le motif le plus fréquent de référence/évacuation était la hauteur utérine excessive avec **15,19%** pour **116** cas.

Les autres motifs de référence /évacuation non négligeables étaient l'HTA sur grossesse (**12,03%** des cas) et les utérus cicatriciel soit **6,54%** des cas.

Cela peut être lié au non fréquentation des centres et la méconnaissance des risques qui les guettent.

Les parturientes venant hors de la ville de San représentaient **39,8%** des cas et **1,3%** hors du district sanitaire de santé de San. Cela est dû au niveau du centre, deuxième de la pyramide sanitaire au Mali donc un centre de sante de référence par excellence.

Antécédent :

Parmi les parturientes ayant évoqué des ATCD médico-chirurgicaux : on notait HTA (**2,7%**), utérus cicatriciel (**7%**).

KANTE Y (13), dans son étude avait trouvé : HTA (**17%**), diabète : 5 cas, utérus cicatriciel (**14%**).

Dans notre étude et celle de **KANTE Y (13)** concernant les ATCD médicaux, l'HTA était l'ATCD médical le plus représenté, tandis que l'utérus cicatriciel prédominait dans les ATCD chirurgicaux.

Cela pourrait s'expliquer par le statut du structure de 2ème niveau en plein cœur des CSCOM recevant le plus grand nombre d'urgences gynéco-obstétricales.

Chez celles ayant évoqué des ATCD obstétricaux : **29,9%** était de grande multipare et **23, 9%** de nullipare. Cela peut être explique que ces ATCD développent beaucoup de facteur de risque d'où leur admission au CSRef en fréquence élevé.

La grossesse était menée à terme dans **90,3%** cas.

Parmi les parturientes 16,9% n'avaient effectuée aucune CPN, 22,6% avaient fait au moins 4 CPN.

Au cours de notre étude, 47,3% des parturientes avaient un facteur de risque dont 26,2% étaient des grandes multipares.

Ce taux est relativement inférieur à celui de **KANTE**

Y (13) 82%, et supérieur à ceux de **GOITA N (16)** et **MAÏGA A (14)** avec respectivement **46,5%** et **23,5%**.

Voie d'accouchement :

Dans notre série, **19,5%** de nos parturientes avait subi une césarienne, dans **80,5%** l'accouchement était effectué par la voie basse et

Les indications principales de la césarienne étaient la SFA (**24,04%**), **syndrome de pré rupture (15,86%)** et **HRP (10,57%)**.

KONATE O (19), avait rapporté **76,2%** d'accouchement par voie basse et **23,8%** de césarienne ; dont les indications étaient l'éclampsie et l'HRP avec **27,6%** chacune, PPH **24,1%**.

Etat du nouveau-né à la naissance.

Durant notre étude 81,29% des nouveau-né n'ont pas été réanimé ; 10,06% des nouveau-né ont été réanimé, 127 mort-né frais (5,63%) et 68 mort-né macéré soit 3,01%. Le taux des accouchements inférieur à 37 SA était de 9,7%.

RESULTATS ANALYTIGUES :

Age et fréquence de la CPN :

Durant notre étude, les parturientes dont l'âge est supérieur à 35 ans des CPN0 étaient de 22,77% supérieure à 14,67% chez celles ayant fait de CPN et celles dont l'âge est inférieur à 18 ans des CPN0 étaient 7,5% supérieure à 5,7% chez celles ayant fait de CPN. La différence est grande chez les parturientes âgées de plus de 35ans ce qui montre qu'elles sont plus réticentes de faire la CPN par rapport aux autres.

Type d'accès et CPN :

Les parmi les parturientes évacuées, 24,95% n'avaient pas fait de CPN.

Facteur de risque et CPN :

Les grandes multipares avait un taux de CPN0 à 22,94%, 27,27% des parturientes de taille inférieur a 1.5m n'avaient pas consulte une fois, et jusqu'à 11,66% des parturientes avec utérus cicatriciel n'ont effectuées aucune CPN.

Ces résultats nous permet de dire qu'a pressant la compréhension de la population concernant la CPN n'est pas un acquis.

Age de la grossesse et CPN.

Le taux de CPN0 était plus élevé (41,18%) chez celles ayant expulsé leur produit de conception avant 28 SA, 24,87% de CPN0 chez celles ayant accouché avant 37 SA. Par contre 84,11% des grossesses sont protégées à terme par celles ayant effectué au moins une fois la CPN au cours de la grossesse.

Cela nous permet de constater que le risque d'expulsion du produit de conception est élevé si la grossesse n'est pas suivie.

Voie d'accouchement et la CPN :

Le taux de césarienne était de 24,44% chez les parturientes CPN0 contre 18,51% chez les parturientes suivies au cours de la grossesse. Ce qui nous permet de dire que la consultation prénatale permet de préparer psychologiquement la femme et de prévenir l'anémie. Favorise alors l'accouchement par la voie basse.

Etat du nouveau-né à la naissance et la CPN :

Nous avons constaté que, 85,76% des nouveau-nés non réanimé étaient issu d'une grossesse suivie au moins une fois ; 24,67% des nouveau-nés réanimés étaient issu des grossesses non suivi ; 34,65% et 27,95% respectivement de mort-né frais et de mort-né macéré étaient issu des grossesses non suivis.

Le taux global de la mortalité était de 9,49% soit 214 cas, supérieur à celui de **DJITEYE M (20)**, qui a eu **6,42%** et nettement inférieur au taux de **FOMBA D. D (21)**, qui était de **17%**.

P < 0,1. OR=2,79 > 1 alors nous avons conclu que les enfants issus des grossesses non suivies ont 2,79 fois plus de risque de décédé par rapport aux enfants issu des grossesses suivies.

VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude, la consultation prénatale reste le meilleur moyen pour réduire la morbidité et la mortalité fœto-maternelle, qui constitue un problème majeur de santé publique. Pendant notre d'étude nous avons constaté beaucoup de progrès en matière de CPN mais beaucoup reste à faire, à savoir la rigueur dans la pratique, informer sans cesse la population des risques qu'elle court si la grossesse n'est pas suivie.

VIII.RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires:

- Renforcer les campagnes de communications pour le changement de comportement en matière de CPN recentrées ;
- Rendre fonctionnel le système de communication téléphonique pour une meilleure prise en charge des évacuations ;
- Assurer la formation continue et le recyclage régulier du personnel de santé responsable des C.P.N.
- Impliquer davantage les médecins des CSCOM dans les activités de C.P.N.
- Renforcer la compétence des relais et les membres de l'ASACO pour une meilleure sensibilisation de la population sur la CPNR.

Aux autorités politiques:

- Subventionner davantage les maternités afin qu'elles soient accessibles à toutes les femmes enceintes ;
- Consentir plus d'effort pour rehausser le niveau de scolarisation ;
- Mettre en place un système de transport adéquat entre le CSCom et le CSréf.
- Créer un service de néonatalogie au CSRef de San.

AU PERSONNEL DE SANTE RESPONSABLE DE LA C.P.N :

- Evaluer correctement tous les facteurs de risque au cours de la grossesse et l'accouchement en les notifiant dans les supports.
- Améliorer les séances de CCC, en insistant sur la préparation à l'accouchement, le planning familial, la préparation à l'allaitement en

exhortant les gestantes à fréquenter les structures de santé les plus proches dès qu'elles se sentent enceinte ;

- Apprécier le bassin en fin de grossesse en vue d'établir le pronostic de l'accouchement.

AUX GESTANTES

- Faites la CPN dès le début de la grossesse et un suivi régulier ;
- Appliquez les conseils stricts donnés par les prestataires de santé.

IX. REFERENCES :

1. Haute autorité de santé (HAS) :

Comment mieux informer les femmes enceintes ?

Recommandation pour les professionnels de santé. Avril 2005.

2. **OMS:** Recommandations 2016 de l'OMS concernant les soins prénatals.

Modèle OMS 2016 de soins prénatals.

3. *Enquête démographique et de sante au Mali (EDSM-V)*, 2012-2013, 107 p.

4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462–474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

5. Mortalité maternelle : Principaux repères. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>, consulté en anglais le 10 janvier 2018)

6. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, *et al.*

National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2016; 4(2):e98–108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

7. OMS/FNUAP/UNICEF

Déclaration conjointe sur les accouchements traditionnels.

Edition 1990, n.p. 5-10.

8. Enquête démographique et sanitaires en Guinée.

EDS 1992, pages 111, 112, 113 et 114.

9. *Enquête démographique et de sante au Mali (EDSM-V)*, 2012-2013, 207 p.

10. Engagement du Mali au soutien de la strategie mondiale pour la santé des femmes,des enfants et des adolescents.

Bamako le 19 Mai 2016, Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Dr TOGO Marie Madeleine TOGO.

11. Seguy B.

Dossiers Médico-chirurgicaux (DMC) Fascicules obstétriques
Maloine S A EDITEUR. 27, rue de l'école de médecine
- 75 006 Paris 1986 – P = 64

12- Konate S.

Qualité de la surveillance prénatale dans le CSRef de la commune
II du District de Bamako
Thèse de Médecine Bamako 2002 M 33, 36P

13- KANTE Y

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de
Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel Touré.
Thèse de Médecine BKO, 2008, 84Pages.

14-AVODO AVODO M

Etude epidemiologique et clinique des accouchements prematures au centre de
sante de référence de la commune IV.
Thèse de Med, Bamako, 2013-2014, 96Pages.

15. MAIGA A

L'évaluation de la qualité de CPN au CSREF de la CI

Thèse de Médecine Bamako, N°216

16. KONATE S

Qualité de la surveillance prénatale dans le CSREF de la CII du district de BAMAKO

Thèse de médecine, BKO 2002 M33 36P.

17- Fomba S.

Qualité de la consultation prénatale et l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako thèse de médecine 2002-2003

18. GOITA N

Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de la CII du district de BKO.

Thèse de Médecine, BKO 2000.M210, 102 pages.

19. KONATE O :

Accouchement prématuré : pronostic materno-foetal à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos d'une étude prospective de 122 cas.

Thèse de Méd. Bko 2007 136p N 141.

20. SAGARA J.A

Consultations prénatales recentrées : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-gare.

Thèse de médecine, BKO 2009-2010

21. FOMBA D. D

Relation entre Consultation prénatale, devenir de la grossesse et de l'accouchement : étude portant sur 1296 cas,

Thèse de médecine, BKO 2008-2009

Fiche signalétique

NOM : CISSE

PRENOM : Adama

TITRE DE LA THESE : Réalisation de la Consultation prénatale, évolution de la grossesse au CSRef de San: étude portant sur 2132 cas,

Période d'étude : 1er Janvier 2016-31 Décembre 2016.

Année universitaire : 2017-2018

Pays d'origine : Mali (Bamako), Ville de San.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako (FMPOS) ; BP : 1805 Bamako MALI

Secteur d'intérêt : Obstétrique, santé publique

Résumé de la thèse :

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 2132 cas d'accouchements dans la maternité du CSRef de San, de Janvier 2016 à décembre 2016. Il ressort de notre étude que la tranche d'âge de 18 à 35 ans était la plus représentée avec **77,7%**, la majorité de nos parturientes était des ménagères avec **94,6%**.

La fréquence des grossesses non suivies était à **16,9%**.

Au cours de notre étude **23,5%** de nos parturientes étaient évacuées et les motifs les plus fréquemment retrouvés étaient : la hauteur utérine excessive **15,16%**, la dilatation stationnaire **11,63%**, Grande multipare **10,85%** ; Souffrance fœtale **10,07%** et utérus cicatriciel **6,54%**, etc.

90,3% des gestantes ont atteint le terme normal de la grossesse.

L'analyse de nos résultats a permis d'établir la fréquence de la CPN, un lien entre l'occupation et la CPN, de même que le nombre de CPN et complications maternelles pendant la grossesse de l'accouchement et le pronostic des nouveaux nés.

Mots clés : Evaluation, CPN, évolution de la grossesse.

