

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

THESE

**CONSULTATION PRENATALE ET
PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL DES
ACCOUCHEMENTS A RISQUE A L'HOPITAL
NIANANKORO FOMBA DE SEGOU**

Présentée et soutenue publiquement le 18/11/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M^r. Alkali COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président(e) : Pr Fatimata Sambou DIABATE

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

Co-directeur : Dr Tidiani TRAORE

Membre : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Dr Seydou FANE

CONSULTATION PRENATALE ET PRONOSTIC
MATERNEL ET PERINATAL DES ACCOUCHEMENTS
A RISQUE A L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE
SEGOU

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

❖ **A Mon père : Bakari Hassimi Coulibaly**

Que dire de toi, sinon que je te dois tout. Altruiste, courageux, humble, combattant actif dans la vie, tu es ma fierté. Puisse ce jour solennel être pour toi non seulement une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi de témoignage de toute mon affection et de tout mon attachement profond. Merci père ! Que Dieu te garde encore longtemps auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs pour l'entretien desquels tu as tant souffert. Que l'avenir soit pour toi soulagement et satisfaction. Amen !

A ma Mère : Djara Dembélé L'espoir que tu as toujours sur ton fils va se matérialiser. Ton fils s'occupera toujours bien de toi. Puisse Le Tout Puissant t'accorder santé, longévité et prospérité auprès de tes enfants. Amen ! Merci maman.

❖ **A mes frères et sœurs : Hassimi Coulibaly ; Mahamadou Iamine Coulibaly ; Sékou Coulibaly ; Bourama Coulibaly ; Astan B Coulibaly ; Kadia B Coulibaly ; Fatoumata Coulibaly ;**

En reconnaissance du soutien fraternel, courage et persévérance dans la voie tracée par les parents.

Soyons et restons unis dans la vie. Seul le travail est souverain pour éviter l'humiliation et vaincre l'ennemie Puisse le tout Puissant nous donner longue vie et bonne santé pour accomplir ce devoir.

Puisse la sincérité avec laquelle nous nous sommes aidés demeurer inébranlable. Ce travail est aussi le vôtre.

❖ **A Mes Oncles : Sidi Dembélé et Madani Dembélé et leur famille**

Merci pour votre soutien sur tout le plan. Il m'a été d'un grand secours. En témoignage à votre affection et hospitalité ce travail est aussi le vôtre.

REMERCIEMENTS :

1/Au corps professoral de la FMOS.

Pour la qualité de votre enseignement et éducation scientifique. Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Au personnel du service de maternité de l'hôpital régional de Ségou :

- **Service de maternité :** Feu Dr Chiaka Kokaina, Dr Tidiani Traoré, Dr Ibrahim Donigolo, Dr Diassana Alima Sidibé, Dr Sidibé Kassoum ; Dr Babou Traore ; Dr Adama Coulibaly, Dr Sidibé Boubacar, Dr Abdrahmane Diarisso, Dr Diarra Salif, Dr Traore Moussa ; Dr Haidara Ahmed ; Dr Doumbia Brahim
- **Aux sages-femmes :** Kadia founè Sangaré, Oumou Cissé, Wouri Diallo, Fatoumata Z Sangaré, Awa Sidibé, Nana Coulibaly, Bintou Dabo, Massaran Adiawiagoye, Kadi Traoré, Mariam N Tangara, Hawa Barro, Djeneba Coulibaly, Rokia Diawara, Fatoumata Bamoye Maiga ; Ina ourou Bah.
- **Aux infirmières Obstétriciennes :** Maimouna Bouare, Bintou Kelepily, Hawa Diawara, Tiédo Sow, Nastou Camara, Sogona Doumbia, Terena Berthé, Coulibaly salimata, wandé Niang, Rokia Kouyaté, Fanta Sanogo.

2/ Aux collègues internes et externes : Feu Demba Mariko, Abdoul K Ballo, Mariam koureich, Sékou Diarra, Moussa Samaké ; Fousseyni Kodio ; Issouf Djiré ; Moussa Diakité ; Azer Diarra ; Drissa Coulibaly ; kabaye Diarra la bonne ambiance qui régnait entre nous m'a profondément marqué. Je m'en souviendrai longtemps.

3/A mes collaborateurs du bloc opératoire.

A tous mes enseignants du premier cycle, second cycle et du lycée.

A tous mes collègues du premier cycle, second cycle et du lycée.

4/A tous les membres de mon groupe d'exposé à la FMOS :

Dr Coulibaly Yaya, Dr Ouédraogo Youssouf, Dr Koné Bakary ; Bakary B Koné, Dr Dagnoko Birama, Dr Sanou Issa, Alidji Diallo.

5/ Tout le personnel de la bibliothèque de la FMPOS pour son soutien

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du Jury :

Professeur Fatimata Sambou DIABATE

- Professeur honoraire de Gynécologie Obstétrique
- Ancienne consultante de l'OMS, ZIG, USAID
- Ancienne conseillère régionale en santé maternelle, néonatale/PF de l'USAID pour l'Afrique de l'ouest et du centre basé à Accra
- Membre fondatrice de la SOMAGO et de la SAGO
- Praticienne hospitalière
- Enseignante chercheure
- Chevalier de l'ordre national du Mali
- Enseignante à la retraite

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre compétence, votre riche expérience professionnelle et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence. Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Que le tout puissant vous accorde, santé et longévité.

A notre Maître et juge

Dr FANE Seydou

- Spécialiste en Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré
- Maître-Assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- Diplômé d'un master II en santé publique
- Ancien chef de service de Gynéco-obstétrique au Csref de Kadiolo

Chère Maître :

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres de jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre Maitre et juge

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- Maître de conférence agrégé à la faculté de médecine et d'Odonto-Stomatologie
- Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel TOURE
- Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie
- Spécialiste en hématologie pédiatrique
- Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse
Vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail.

Recevez ici cher maître toute notre sincère reconnaissance

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Dr Tidiani TRAORE

Spécialiste en gynécologie obstétrique ;

- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de régional de Ségou ;
- Membre de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO) ;
- Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.
- Chargé de recherche.

Cher Maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service. Votre abord facile, votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement ne peuvent que rehausser l'amour pour la gynécologie obstétrique.

Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres.

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

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude et profond attachement.

Que Dieu réalise vos vœux

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Youssouf TRAORE

- Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali ;
- Titulaire de deux diplômes universitaires de Méthodologie et de recherche clinique Bordeaux II,
- Vice-président de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique (SAGO),
- Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)
- Trésorier de AFOG
- Vice membre de la FeFOG
- Membre de SOCHIMA
- Enseignant-chercheur.

Cher Maître,

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

Professeur émérite de classe exceptionnelle.

Vous avez dans vos mains aujourd'hui l'avenir de la société malienne de gynécologie obstétrique du Mali.

Nous vous souhaitons d'avoir les ressources et la bénédiction nécessaire pour rehausser son image à un niveau international.

Vous êtes pour la nouvelle génération d'apprenant une source d'espoir et un modèle à suivre.

Qu'Allah le Tout Puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de votre expérience. Amen !

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AFOG : African Federation of Obstetrics and Gynaecology

BGR : Bassin généralement rétréci

BW : Bordet-Wassermann

BPN : Bilan prénatal

BL : Bassin limite

BCF : Bruits du Cœur foetal

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire Point G

Cm : Centimètre

CPN : Consultation Périnatale

CPNR : consultation périnatale recentrée

Cscom : Centre de Santé Communautaire

Csref : Centre de Santé de Référence

CV : Commune V

DPPNI : Décollement Prématuro de Placenta Normalement Inséré

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FeFOG : Fédération francophone d'obstétrique et gynécologique

GEU : Grossesse extra utérine

Gr / Rh : Groupage rhésus

HRP : Hématome de Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU[↑] : Hauteur Utérine excessive

HTT : Hémorragie du troisième trimestre

HPT : Hémorragie du premier trimestre

HPPI : Hémorragie du postpartum immédiat

Hb : Hémoglobine

HIV : virus de l'immunodéficience humaine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IC : Intervalle de confiance

IO : Infirmière obstétricienne

J₁ : Premier jumeau

L5 : Cinquièmes vertèbre lombaire

M : Mètre

Mm : millimètre

Mmhg : Millimètre de Mercure

MOMA : Morbidité Maternelle

MPN : Mortalité Périnatale

MNF : Mort-né frais

MNM : Mort-né macéré

NB : Nota Bénin

Nné : Nouveau-né

N : Effectif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OAP : Œdème aigue du poumon

PP : Post-partum

PF : Planning Familial

PPH : Placenta préavisa hémorragique

PRP : Promonto retro pubien

PNP : Politique normes et procédures

PTME : Prévention de la transmission mère enfant

P : probabilité

% : Pourcentage

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématurée des Membranes

RU : Rupture Utérine

RR : Risque relative

Réf : Référence

Réa : Réanimation

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Après Avortement

SAT : Sérum Antitétanique

SLIS : système local d'information sanitaire

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

SOMAGO : Société malienne de gynécologie-obstétrique

SOCHIMA : Société de la chirurgie du Mali

Thèse de Médecine

COULIBALY Alkali

SAGO : Société africaine de gynécologie obstétrique

SFA : Souffrance fœtale aigue

TOXO : Toxoplasmose

TE : Test d'Emmel

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

USA: United states of America

ZIG: Société allemande pour la cooperation internationale

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION -----	16
II- OBJECTIFS -----	19
III- GENERALITES -----	22
IV- METHODOLOGIE -----	38
V- RESULTATS -----	45
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	58
VII- CONCLUSION -----	73
VIII- RECOMMANDATIONS -----	74
IX- REFERENCES -----	76

ANNEXES

INTRODUCTION

I. Introduction :

La majorité des grossesses et des naissances se déroule sans incident, cependant certaines présentent néanmoins des risques.

Environ 15 % des femmes enceintes développeront une complication susceptible de mettre leur vie ou celle du fœtus en danger, ce qui nécessite la prestation de soins par un personnel qualifié et, dans certains cas, une intervention obstétricale majeure : il s'agit de grossesse à risque. [1]

La grossesse à risque est définie par l'apparition d'un risque obstétrical, fœtal et ou maternel en début de grossesse, au cours de celle-ci ou au moment de l'accouchement. Ce risque se concrétise pour le « produit de conception » par un avortement, un retard de croissance intra utérin ou une maladie congénitale, la mort fœtale et pour la mère par l'aggravation ou l'apparition d'une pathologie maternelle pouvant aller jusqu'au décès [2,3].

Les consultations prénatales (CPN) sont l'ensemble des mesures destinées à la femme enceinte pour minimiser les risques.

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'augmentation de la fréquence des CPN dans le système de santé est associée à une probabilité plus faible de survenue de mortinaissances, car ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. Ainsi en 2016, l'OMS a défini un nouveau modèle de quatre visites et huit contacts. Le nombre de visite élevé visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, ce nouveau model permet donc d'apprécier l'influence du nombre de visite sur le bien être maternel et périnatal dans notre environnement. [4]

Plus de 800 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse, 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. [5]

En dépit de tous ces efforts qui sont réalisés dans le monde pour réduire cette mortalité, la situation reste encore préoccupante en Afrique, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne où en 2015 on a enregistré 201 000 décès maternels soit 66% de tous les décès. [6]

Au Mali, la couverture en soins prénatals est meilleure en milieu urbain avec 93% contre 76% en milieu rural. Ces soins sont fournis dans la majorité des cas par les infirmières/Sages-femmes (47%) et dans une moindre mesure par des médecins (6%). A l'opposé, 19% des femmes n'ont reçu aucun soin prénatal.

Dans la région de Ségou le taux de CPN est passé de 75% (EDS- IV), à 70% (EDS-V), et la majorité de ces CPN sont faites par des sages-femmes, médecins, infirmières Obstétriciennes. Cette régression du taux de CPN au niveau de la région a été marquée par une recrudescence des urgences obstétricales référées à l'hôpital c'est ainsi des femmes référées ont représentées 69% des accouchements dystociques, 56% des césariennes, 90% des ruptures utérines) [7]. Ceci atteste que la qualité de ces CPN n'ont pas permis d'identifier toutes les grossesses à risque.

Face à ce constat nous avons initié ce travail à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou qui avait pour objectifs :

OBJECTIFS

II. Objectifs :

1. Objectif général :

- ❖ Étudier l'impact des consultations prénatales sur le pronostic maternel et périnatal des accouchements à risque à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des grossesses à risque élevé admises en travail,
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des grossesses à risque élevé admises en travail,
- ❖ Identifier les facteurs de risque,
- ❖ Décrire les complications maternelles et périnatales de ces grossesses à risque.

GENERALITES

III. Généralités :

1. Consultation prénatale (CPN) :

1.1. Définition :

La consultation prénatale est l'ensemble des soins de qualité qu'une femme reçoit au cours de la grossesse, en fonction de sa situation individuelle, en vue d'assurer une issue favorable pour elle-même et son (ses) nouveau-né(s).

Elles sont reconnues comme étant l'un des trois principaux piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile les deux autres piliers étant la planification familiale, et les soins obstétricaux essentiels dont l'accouchement dans les conditions optimales d'hygiène et de sécurité [8, 9].

1.2. Les objectifs :

Les objectifs spécifiques de la consultation prénatale sont :

- Assurer l'éducation sanitaire aux femmes enceintes,
- Prévenir les maladies et les complications survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum,
- Dépister les maladies chez la femme enceinte,
- Prendre en charge les maladies survenant au cours de la grossesse,
- Réduire la transmission du VIH de la femme enceinte à l'enfant qu'elle porte,
- Aider la femme enceinte et sa famille à développer un plan d'accouchement et de prise en charge en cas des complications,
- Faciliter la référence à temps des gestantes, des parturientes et des accouchées à problème dont les besoins de prise en charge dépassent le plateau technique de la structure [6].

1.3. Concept :

Dans la suite de l'utilisation de standard de la CPN, il a été constaté que les consultations fréquentes n'amélioreraient pas nécessairement les résultats de la grossesse et que les pays en développement n'étaient pas en mesure de les réaliser du point de vue logistique et financier. Mais aussi beaucoup de femmes enceintes identifiées comme étant « à haut risque » développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent

souvent. C'est pour cette raison que l'OMS a mise en place le concept de la CPN recentrée.

C'est une approche actualisée de la consultation prénatale qui met l'accent sur la qualité des consultations plutôt que sur le nombre de visites.

Dans cette approche, on propose quatre (4) visites et huit (8) contacts selon le calendrier suivant :

Modèle OMS de soins prénatals ciblés	Modèle OMS 2016 de soins prénatals
<i>Premier trimestre</i>	
Visite 1 : 8-12 semaines	Contact 1 : jusqu'à 12 semaines
<i>Deuxième trimestre</i>	
Visite 2 : 24-26 semaines	Contact 2 : 20 semaines Contact 3 : 26 semaines
<i>Troisième trimestre</i>	
Visite 3 : 32 semaines	Contact 4 : 30 semaines Contact 5 : 34 semaines
Visite 4 : 36-38 semaines	Contact 6 : 36 semaines Contact 7 : 38 semaines Contact 8 : 40 semaines
Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.	

Fig.1 : Comparaison des calendriers de soins prénatals [10]

La notion de « prise de contact » implique :

- une relation active entre la femme enceinte et un prestataire de soins qui n'est pas implicite dans le terme « consultation ».
- des soins de qualité incluant les soins médicaux, le soutien et la fourniture d'informations pertinentes en temps utile.

Les cas des grossesses à problème peuvent nécessiter des visites additionnelles. Cela concerne entre autres les femmes enceintes vivant avec le VIH, les drépanocytaires enceintes, les victimes des violences sexuelles/ survivants des violences sexuelles enceintes.

Dans cette approche on met l'accent sur la qualité des prestataires, l'éducation sanitaire, la qualité de l'infrastructure et la qualité des interventions qui sont mises en place [6, 10].

1.4. Le déroulement de la CPN recentrée [10, 11]

Au Mali les étapes de la CNP recentrée consistent à :

a. Préparer la CPN : Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

b. Accueillir la femme avec respect et amabilité :

- Saluer chaleureusement la femme.
- Souhaiter la bienvenue.
- Offrir un siège.
- Se présenter à la femme.
- Demander son nom.
- Assurer la confidentialité.

c. Procéder à la première consultation prénatale

Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu au 1^e trimestre avant 16 SA. Elle permet de :

- Diagnostiquer la grossesse, préciser le terme,
- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable),
- Recueillir les informations sur l'identité de la femme,
- Rechercher les antécédents médicaux,
- Rechercher les antécédents obstétricaux,
- Rechercher les antécédents chirurgicaux,
- Demander l'histoire de la grossesse actuelle,
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque.

- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultations et les fiches opérationnelles.

d. Procéder à l'examen :

● **Examen général de la femme enceinte :**

- Expliquer à la cliente le déroulement de l'examen.
- Demander à la cliente de se dévêtir (en privé).
- Observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie, losange de Michaelis).
- Peser la femme (s'assurer que la balance est bien tarée).
- Mesurer la taille (faire ôter les chaussures et les foulards).
- Prendre la tension artérielle (assise).
- Aider la femme à s'installer sur la table d'examen.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge propre et individuel.
- Examiner la peau (recherche de cicatrices et/ou de dermatoses).
- Rechercher les œdèmes au visage.
- Examiner les yeux (recherche d'ictère, de pâleur conjonctivale, d'une exophthalmie).
- Examiner la bouche (recherche une gingivite, une langue blanchâtre, une carie dentaire).
- Palper la glande thyroïde (recherche un goitre).
- Examiner les seins à la recherche de sécrétion ou de nodules.
- Ausculter le cœur (appréciation du rythme, recherche de souffles), et les poumons (recherche de râles).
- Palper la partie supérieure de l'abdomen (recherche d'une hépato splénomégalie).
- Examiner la région de l'ombilic (recherche de hernie ou cicatrice de laparotomie).
- Examiner les membres inférieurs (recherche de varices, d'œdèmes).
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Faire uriner la femme/vider la vessie (recherche de protéinurie).

- Noter les résultats de l'examen dans le carnet ou sur la fiche opérationnelle.

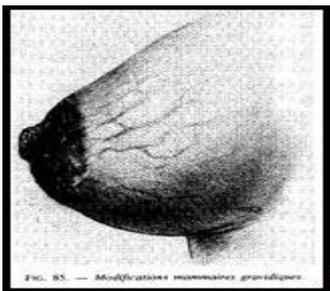
Examen du sein :

- Expliquer à la femme le déroulement de l'examen ;
- Lui demander de se dévêtir ;

Inspection :

- Observer les seins de la cliente debout et assise et on vérifie la symétrie des seins.
- Vérifier la texture de la peau, les veines superficielles et la présence de masse évidentes.
- Demander à la cliente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps et s'il n'y a pas rétraction du mamelon.
- Demander à la cliente de se coucher sur la table d'examen.
- Placer son bras gauche au-dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire le sein en 4 cadrans.

L'inspection met en évidence les modifications du sein : une augmentation du volume, le développement des tubercules de Montgomery, une accentuation de la pigmentation des aréoles, le réseau veineux sous-cutané est plus apparent sous la forme du « réseau de Haller »



Le réseau veineux de Haller



Les tubercules de Montgomery

Fig.2 : Aspect du sein gravidique source : université médicale virtuelle franco-phonie mars 2011 [11].

▪ **Palpation :**

- Palper avec les deux mains à plat les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant à examiner et palper vers le mamelon.

- Palper les parties internes du sein contre la cage thoracique avec la paume de la main.
- Presser doucement le mamelon pour rechercher la présence ou non de sécrétions (lait, pus, sang).
- Palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire en abaissant le bras gauche de la cliente le long du corps puis renouveler le même geste du côté droit.
- Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est rendue compte.
Si oui quand l'a-t-elle constatée pour la première fois ?
- Rassurer.
- Prendre en charge ou référer la cliente en cas de masse pour une meilleure prise en charge.

▪ **Autopalpation des seins :**

- Apprendre à la cliente à faire l'examen de ses seins.
- Demander à la cliente de se coucher, de s'asseoir ou se mettre debout (si possible se regarder dans un miroir pour rechercher une asymétrie des seins).
- Placer la main du côté du sein à examiner sur la nuque, palper le sein avec l'autre et la faire tourner dans le sens des aiguilles d'une montre à la recherche d'une masse.
- Presser doucement le mamelon à la recherche de sécrétions (lait, pus, sang).
- Recommander à la cliente de répéter ces gestes après chaque règle pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein qui est relativement fréquent chez la femme.

● **Examen obstétrical :**

- Expliquer à la femme en quoi consiste l'examen obstétrical.
- Mettre la femme en position gynécologique.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.

- Faire l'inspection de l'abdomen et du pelvis.
- Palper l'abdomen, et rechercher les pôles fœtaux.
- Mesurer la hauteur utérine.
- Ausculter les bruits du cœur fœtal (BCF).
- Porter des gants stériles.
- Nettoyer la vulve avec un tampon imbibé d'antiseptique si nécessaire.
- Placer le spéculum.
- Observer le col et le vagin (état, pathologies).
- Faire des prélèvements, si nécessaire.
- Retirer le spéculum.
- Tremper le spéculum dans l'eau de décontamination.
- Faire le toucher vaginal, combiné au palper abdominal.
- Examiner le bassin.
- Examiner et sentir les pertes sur les gants.
- Nettoyer la vulve à l'aide d'une compresse.
- Tremper le matériel utilisé dans la solution de décontamination.
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination.
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Aider la femme à se lever et à s'habiller si nécessaire.
- Expliquer à la femme les résultats de l'examen et la rassurer.
- Enregistrer les résultats de l'examen sur la fiche opérationnelle, le carnet et le registre.

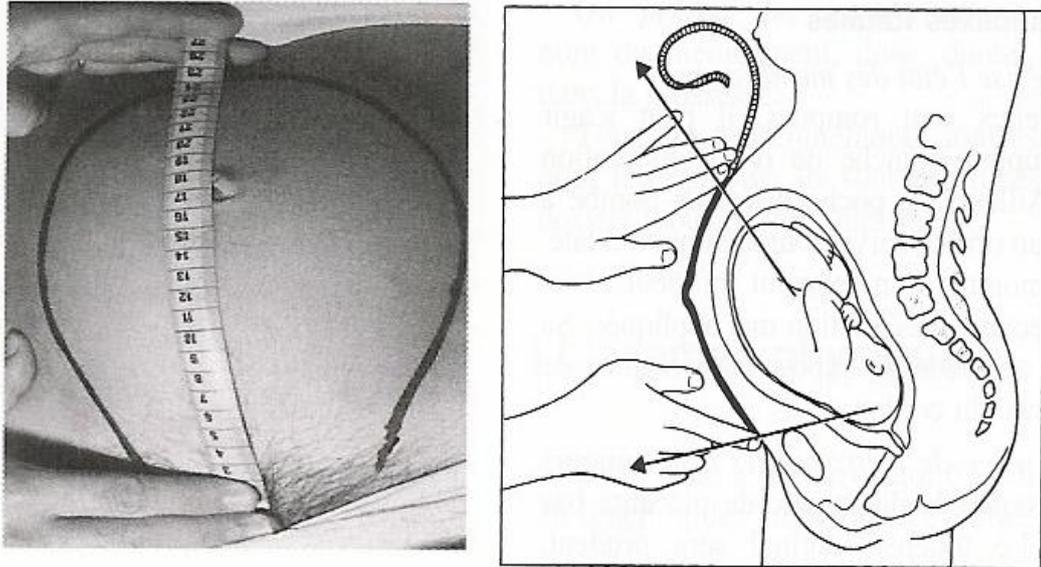


Fig.3 : technique de mesure de la hauteur utérine [12]

Source : J. Lansac, C Berger, G. Magnin, Obstétrique pour le praticien, 3è éd., Masson, Paris, 1997

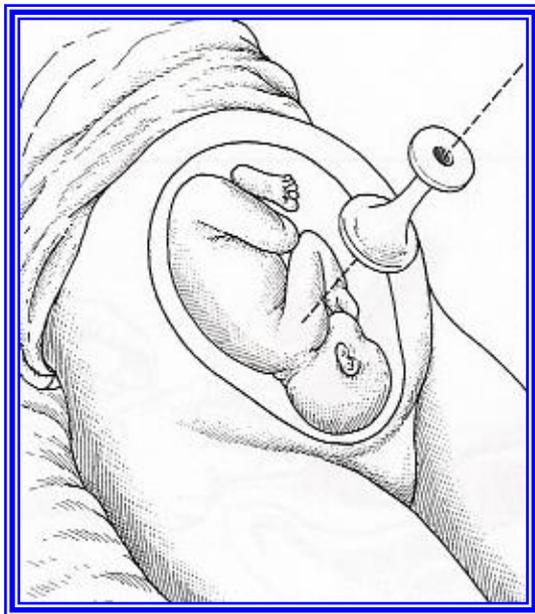


Fig.4 : technique de la palpation et de l'auscultation [12]

Source : J. Lansac, C Berger, G. Magnin, Obstétrique pour le praticien, 3^e éd., Masson, Paris, 1997.

- **Examen du bassin**

- **Mesurer le diamètre pré pubien de trillât (12 à 13 cm).**

- Mesurer la distance sur le bord supérieur du pubis et les 2 plis inguinaux.

- **Mesurer le losange de Michaelis :**

- Mettre la femme en position debout faisant dos à l'examineur ;

- Repérer le losange (qui est limité en haut l'apophyse épineuse de L5), latéralement par 2 fossettes au niveau des épines iliaques postérieures et supérieures et en bas par le sommet du sillon inter fessier)

- Orienter le losange dans le sens des aiguilles d'une montre (ABCD)
- Mesurer la diagonale transversale BD (10 cm).
- Mesurer la diagonale verticale AC (11 cm) ;
- Mesurer l'intersection des 2 diagonales vers le sommet (4 cm).

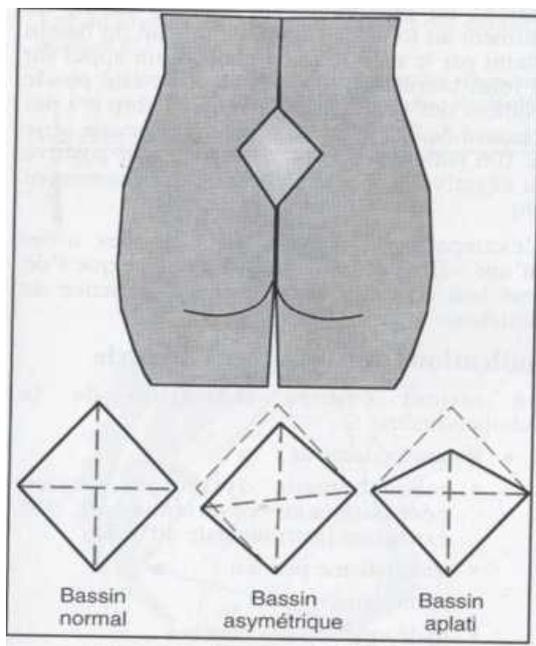


Fig.5 : mesure des diamètres pré pubien ou trillât et du losange Michaelis [12]

Source : J. Lansac, C Berger, G. Magnin, *Obstétrique pour le praticien*, 3^è éd., Masson, Paris, 1997.

▪ **Mesurer le diamètre bi ischiatique :**

- Mettre la femme en position gynécologique ;

- Mesurer la distance qui sépare la face interne des ischions (11 cm) en plus des 2cm (Épaisseur des parties molles) ;
- Conclure si le bassin est normal ou non.

- **Faire un toucher vaginal :**

- Vider la vessie et le rectum ;
- Explorer le bassin pour apprécier :

- **Le détroit supérieur :**

- Apprécier la hauteur et l'inclinaison des lignes innominées le plus loin possible (Suivies sur les 2/3 proximaux dans un bassin normal) ;

- **Mesurer le diamètre promonto-retro pubien (PRP) qui est égal à 10,5 cm à partir du promonto-sous-pubien (PSP) : 12,5cm**

- Introduire les 2 doigts en direction du promontoire et tenter de l'atteindre ;
- Faire une marque au niveau du bord de l'index en contact de la symphyse pubienne ;
- Retirer les doigts ;
- Mesurer la distance séparant l'extrémité du majeur de la marque (12,5cm) ;
- Déduire 2cm du promonto-sous-pubien pour obtenir le promonto-retro-pubien.

- **Le détroit moyen :**

- Diriger les deux doigts en direction du coccyx et la dernière vertèbre sacrée ;
- Remonter le long de la concavité sacrée en direction du promontoire ;
- Apprécier le caractère plus ou moins saillant des épines sciatiques.

- **Apprécier le détroit inférieur :**

- Apprécier le diamètre antéro postérieur, coccyx sous-pubien (11cm), qui va du bord inférieur de la symphyse pubienne à la pointe du sacrum ;
- Mesurer le diamètre transverse bi ischiatique : les pouces s'appuient sur la face interne des ischions et mesurer à l'aide d'un mètre ruban la distance entre les 2 ischions(11cm).
- Expliquer les résultats à la femme.

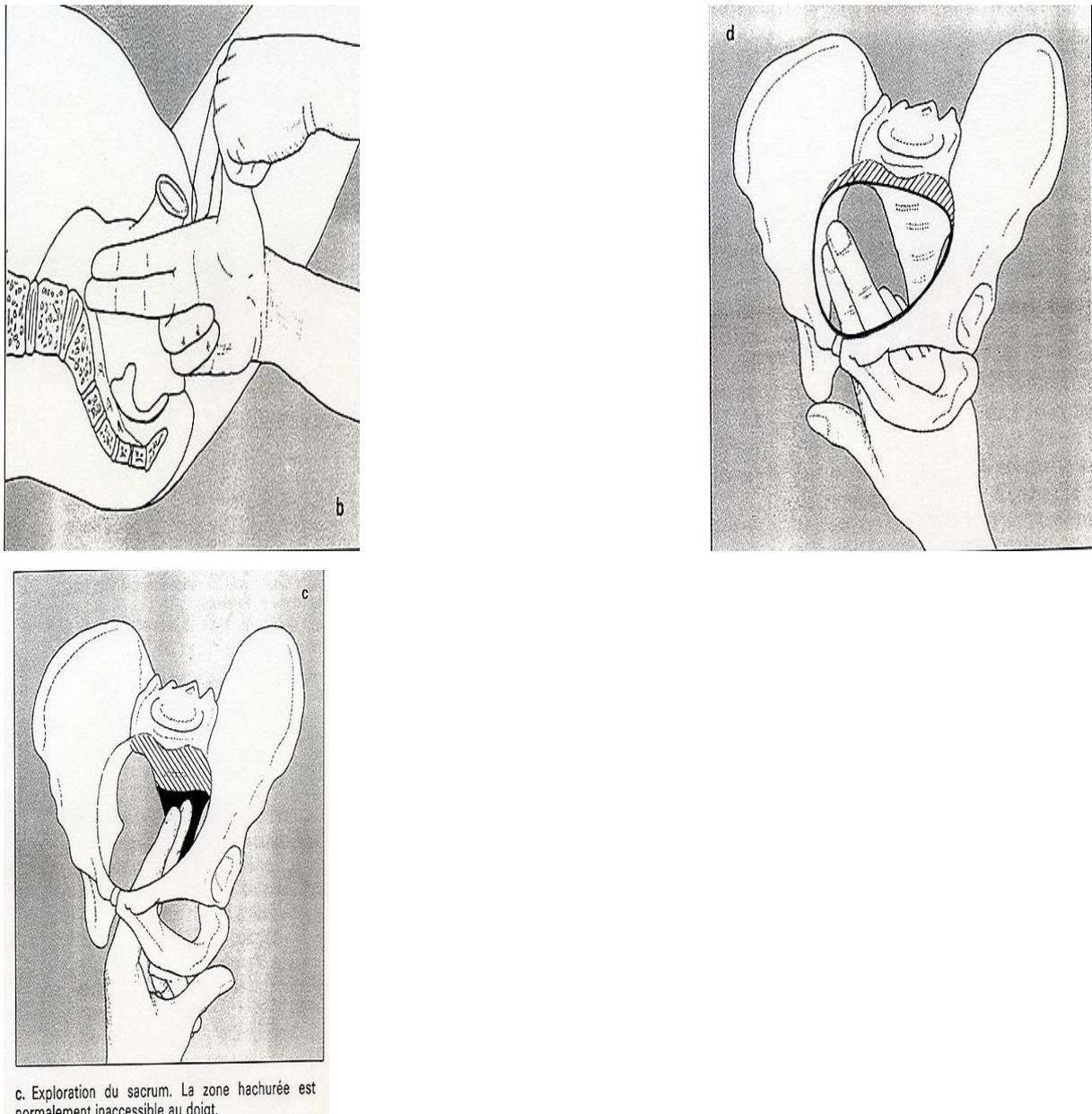


Fig.6 : Exploration du bassin osseux [12]

Source : J. Lansac, C Berger, G. Magnin, Obstétrique pour le praticien, 3^e éd., Masson, Paris, 1997.

e. Demande des examens complémentaires.

- A la première consultation les examens complémentaires recommandés par les politiques normes et procédures au Mali sont :

. Le groupe sanguin rhésus, le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage), la toxoplasmose, la glycémie l'albumine / sucre dans les urines, le test VIH après counseling

- Les autres consultations :

. Faire l'albumine / sucre systématiquement dans les urines.

f. Prescrire les soins Préventifs :

- Vacciner la femme contre le tétanos
- Prescrire la Sulfadoxine Pyrimétamine (SP) la dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de 3 comprimés de Sulfadoxine Pyrimétamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la grossesse ; la 1ère prise après la 16ème semaine d'aménorrhée après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante ; puis une dose par mois jusqu'à l'accouchement.
- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuille vertes)

L'hygiène de vie (repos dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants, la planification familiale ;

h. Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

g. Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :

Identifier un prestataire compétent et le lieu d'accouchement

Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence ;

Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.

Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.

Identifier les articles nécessaires. Pour l'accouchement (mère et nouveau-né)

Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions régulières et douloureuses
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux)
- Effacement et dilatation du col utérin

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile

- Fièvre
- Douleurs abdominales graves ;
- Maux de tête prononcés/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Pertes de conscience
- Douleur de l'accouchement avant 37ème semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantées
- Rupture prématurée des membranes (Perte liquidienne)

i. Donner le prochain rendez-vous :

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
- + Une au 1er trimestre
- + Une au 2ème trimestre
- + Deux au 3ème trimestre

Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

Raccompagner la gestante après l'avoir remercié.

j. Consultation Prénatale de suivi :

- En plus des gestes de la CPN initiale
- Recherche les signes de danger :
- + Symptômes et signes de maladies,
- + Identifier une présentation vicieuse,
- + Problèmes / changement survenus depuis la dernière consultation,

Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives

Sensibiliser la gestante sur la planification familiale

Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée.

k. Prise en charges des pathologies et des complications.

Cette prise en charge dépend de la pathologie ou la complication présentée.

2.4. La grossesse à risque élevé :

La grossesse à risque est définie par l'apparition d'un risque obstétrical, fœtal ou maternel en début de grossesse, au cours de celle-ci ou au moment de l'accouchement [2].

2.4.1. Risques liés à la mère :

- **L'âge et la parité** : le risque de mort fœtale in utero est plus élevé chez les grandes multipares après 40 ans ou au contraire chez les adolescentes.
- **Antécédents obstétricaux pathologiques** : il existe un caractère répétitif de la mort fœtale in utero ainsi qu'une augmentation du risque dans le cas d'antécédents obstétricaux pathologiques.

Le risque est multiplié par deux (2) s'il y a eu mort néonatale dans la grossesse précédente.

Le risque est multiplié par trois (3) à quatre (4) s'il y a eu mort fœtale dans la grossesse précédente.

Le risque est de cinquante pour cent (50%) si l'enfant né de la grossesse précédente présentait un retard de croissance intra-utérin(R.C.I.U.).

- **Le groupe sanguin rhésus** : il concerne les femmes enceintes rhésus négatif dont le fœtus est rhésus positif et ayant été victimes d'événements pouvant contribuer à un passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle.
- **Les conditions socio-économiques** : le risque de mort fœtale in utero augmente dans la population de femmes vivant dans des conditions socioéconomiques médiocres.

2.4.2. Risques liés au fœtus :

Les grossesses multiples : le risque est quatre fois plus élevé que dans les grossesses uniques et ce risque augmente avec le nombre de fœtus.

- **Les malformations fœtales et anomalies du cordon** : certaines aberrations chromosomiques responsables de plusieurs malformations graves sont incompatibles avec la vie intra-utérine, ainsi que les nœuds serrés du cordon et les cordons à une seule artère.

- **La souffrance fœtale chronique** : prédispose à un risque de mort fœtale in utero [13].

2.4.3. Risque liés aux annexes :

- **Hydramnios** : agissant à la fois en gênant l'accommodation en permettant au fœtus une trop grande mobilité et surtout en entraînant le cordon par l'irruption trop abondante du liquide lors de l'ouverture de l'œuf.
- **Le placenta préavia** : lorsque le cordon s'insère à la partie basse du disque placentaire, toute proche de l'orifice cervical.
- **L'excès de la longueur du cordon** : favorise son déplacement aussi bien vers le bas qu'autour du fœtus. [14]

Les progrès réalisés ces dernières années en matière de mortalité néonatale sont essentiellement le fruit de la prévention, du dépistage et de la surveillance des grossesses dites à risque.

La surveillance des grossesses à risque est le fruit d'une collaboration interdisciplinaire (Obstétricien, néonatalogiste, diabétologue, cardiologue etc.)

En réalité la notion de grossesses << à haut risque >>, ou << à risque élevé >> a pris beaucoup d'importance. Elle couvre sans nul doute la quasi-totalité de la pathologie obstétricale et ses limites sont floues. Sous peine de répétition on ne peut qu'en indiquer les grandes lignes, pour s'attacher à sa signification et à ces conséquences pratiques [15].

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude : Ce travail s'est déroulé à la maternité du service de Gynécologie –Obstétrique de l'hôpital régional Nianankoro Fomba de Ségou.

1.1. Présentation géographique de la région de Ségou :

La région de Ségou, 4eme région administrative du Mali est située au centre du Mali entre 13° et 16° de latitude Nord et entre 4° et le 7° de longitude Ouest. La région de Ségou couvre une superficie de 64821km² environ soit 4% de la superficie du mali. Elle est répartie entre sept cercles (Ségou, Baraoueli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian) et décentralisées en 118 communes dont 3 urbaines. Elle est limitée au Nord par la république sœur de Mauritanie, à l'est par les régions de Tombouctou et Mopti, au Sud-est par la république du Burkina Faso, au Sud par la région de Sikasso et à l'Ouest par la région de Koulikoro. La commune de Ségou dispose deux (02) formations sanitaires publiques :

L'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et le centre de santé de référence Famory Doumbia.

2. Type et période d'étude : Il s'agit d'une étude observationnelle (un groupe exposé et un non exposé) avec collecte prospective des données qui s'est déroulé du 10 d'Octobre 2017 au 10 Octobre 2018.

3. Population d'étude : Les parturientes admises au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou pendant la période d'étude.

4. Echantillonnage :

L'échantillonnage est constitué de deux (2) groupes

-Groupe 1 : parturientes porteuses de grossesses à risque suivies, ayant eu un suivi prénatal.

-Groupe 2 : parturientes porteuses de grossesses à risque non suivies, n'ayant pas eu de suivi prénatal.

Critères d'inclusion :

Les parturientes consentantes porteuses de grossesses à risque suivies et non suivies admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro

Fomba de Ségou tiré au hasard (150 parturientes sur 2730 suivies puis 150 parturiente sur 968 non suivies durant la période d'étude).

Critères de non inclusion :

- Les parturientes porteuses de grossesses à risque non tirées au hasard
- Les parturientes porteuses de grossesses normales,
- Les parturientes non consentantes.

5. La collecte des données :

5.1. Supports des données : les données ont été collectées à partir d'un questionnaire porté en annexe ; le support des données étaient des dossiers Obstétricaux, les carnets de consultation prénatale (CPN).

5.2. Technique de collecte des données : Nous avons procédé à une analyse minutieuse des dossiers obstétricaux, les registres d'accouchement de compte rendu opératoire, les fiches de référence évacuation et des carnets de CPN, des parturientes porteuses de grossesses à risque admises au service de gynécologie obstétrique.

6. Considérations éthiques : un consentement oral libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans cette étude a été obtenu verbalement. L'anonymat a été respecté. L'autorisation de la direction de l'hôpital avait été obtenue préalablement.

6.1. Les variables étudiées au cours de cette étude étaient :

Variable	Type de variable	Echelle
Age	Quantitative	Année
Profession	Qualitative	1 Ménagère; 2 Artisane ; 3 Etudiante ;..
Résidence	Qualitative	1 Ségou ; 2 hors Ségou.
Profession du conjoint	Qualitative	1 Cultivateur ; 2 Fonctionnaire ;.....
Statue matrimoniale	Qualitative	1 Mariée ; 2 Célibataire.
Niveau d'instruction	Qualitative	1 Non scolarisée ; 2 Secondaire ;.....
ATCD Médical	Qualitative	1 HTA ;2 Diabète ; 3 Asthme
ATCD Chirurgical	Qualitative	1 Césarienne ; 2 myomectomie
ATCD Obstétrical	Qualitative	1 Multipare ; 2 Primipare ;3 Paucipare..
Issue de la dernière grossesse	Qualitative	1Mort-né ;2 Avortement spontané ;....
Auteur de la CPN	Qualitative	1Sage-femme ;2 Médecin généraliste;..
BPN	Qualitative	1 NFS ; 2 Gr/Rh ; 3 toxo ;4 TE ;5 BW ;
Facteurs de risque	Qualitative	1Utérus cicatriciel ; 2 BGR ; 3 Hu [†] ;..
Pathologie sur grossesse	Qualitative	1 Anémie ;2 Cardiopathie ;3 Asthme ;..
Complications maternelles	Qualitative	1 RU ;2 OAP ;3 HRP ;3 Eclampsie;....
Mode d'accouchement	Qualitative	1 Voie haute ; 2 Voie basse.
Indication de césarienne	Qualitative	1 HRP ;2 Eclampsie ; 3 RU ; 4 BGR.
Le Pronostic vital	Qualitative	1Mère vivante ;2 Mère décédée.
Complication périnatale	Qualitative	1 SFA ;2 Prématurité ;3 Hypotrophie ;..
Devenir du Nné réanimé	Qualitative	1 Nné vivant ; 2 Nné décédée.
Cause de mort-né frais	Qualitative	1 RU ; 2 HRP; 3 Travail prolongé ;...
Cause de mort-né macérée	Qualitative	1 Diabète; 2 Pré-eclampsie/Eclampsie.

6.2. Analyse et traitement des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Epi Info version 7.2 et Word.

Le test statistique Fisher pour comparer nos résultats, avec une probabilité $P < 0,05$ considérée comme significative.

Les risques relatifs (RR), et l'intervalle de confiance(IC) ont été obtenus à partir des tableaux de contingence.

7. Considérations éthiques : un consentement oral libre et éclairé de toutes les personnes impliquées dans cette étude a été obtenu verbalement. L'anonymat a été respecté. L'autorisation de la direction de l'hôpital avait été obtenue préalablement.

8. Définitions opérationnelles :

- **Grossesse suivie :** femmes enceintes ayant bénéficiées d'au moins trois consultations prénatales
- **Grossesse non suivie :** femmes enceintes n'ayant bénéficiées d'aucune consultation prénatale.
- **Grossesse à risque :** grossesse qui fait courir des risques pour la santé de la mère et/ou celle de l'enfant. Ces risques sont dus soit à une pathologie liée à la maman, soit au développement du fœtus, soit à la survenue d'événements spécifiques lors de la grossesse.

9. Les limites :

Au cours de ce travail nous avons rencontré certaines difficultés qui ont constituées des limites à notre étude. Il s'agit entre autres :

- L'absence de support de suivi prénatal et de référence ; l'incomplétude des informations sur les supports de suivi prénatal et de référence chez certaines parturientes où nous nous sommes contenté des informations obtenues à l'interrogatoire ;
- Le manque de moyen financier de certaines parturientes à réaliser le bilan d'urgence ;
- La non fonctionnalité permanente du bloc opératoire de la maternité ;

- Le manque des produits sanguins et du sulfate de magnésium.

RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Fréquence : nous avons colligé au hasard 300 cas de grossesses à risque sur 3698 accouchements dont (150 sur 2730 parturientes suivies et 150 sur 968 parturientes non suivies). La fréquence des grossesses suivies durant la période d'étude est de **73,82%** et celle des non suivies est de **26,17%**

2. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des parturientes selon l'âge.

AGE(ans)	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
[12-18]	22(14,67)	34(22,67)	56(18,67)	1,57(0,27-8,84)	0,50
[19-24]	39(26)	41(27,33)	80(26,67)	1,95(0,35-10,80)	0,34
[25-29]	37(24,67)	30(20)	67(22,33)	2,20(0,39-12,22)	0,25
[30-34]	27(18)	29(19,33)	56(18,67)	1,92(0,34-10,75)	0,35
[35-39]	24(16)	13(8,67)	37(12,33)	2,59(0,46-14,40)	0,15
[40-43]	1(0,66)	3(2)	4(1,33)	Réf ₍₁₎	
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau II : Répartition des parturientes selon la résidence.

Résidence	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
Ville de Ségou	97(64,67)	65(43,33)	162(54)	Réf ₍₁₎	
Hors de Ségou	53(35,33)	85(56,67)	138(46)	0,64(0,50-0,82)	0,003
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau III : Répartition des parturientes selon la profession.

Profession	Groupe 1	Groupe 2	Total	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
Ménagère	112(74,67)	133(88,66)	245(81,67)	0,61(0,46-0,81)	0,01
Fonctionnaire	14(9,33)	4(2,67)	18(6)	Réf ⁽¹⁾	
Etudiante/élève	11(7,33)	3(2)	14(4,67)	1,01(0,69-1,46)	0,64
Artisane	4(2,67)	4(2,67)	8(2,67)	0,64(0,30-1,34)	0,16
Commerçantes	7(4,67)	6(4)	13(4,33)	0,81(0,49-1,36)	0,34
Sans emploi	2(1,33)	0(0)	2(0,66)	1,28(1,00-1,64)	0,63
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut	Groupe 1	Groupe 2	Total	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
Mariée	143(95,33)	149(99,33)	292(99,33)	Réf ⁽¹⁾	
Célibataire	7(4,67)	1(0,67)	8(0,67)	1,78(1,34-2,38)	0,03
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau V : Répartitions des parturientes selon le niveau d'instruction.

Niveau	Groupe 1	Groupe 2	Total	RR(IC)	P
d'instruction	N(%)	N(%)	N(%)		
Primaire	7(4,67)	7(4,67)	14(4,67)	0,62(0,31-1,23)	0,26
Secondaire	51(34)	31(20,67)	82(27,33)	0,77(0,48-1,24)	0,38
Supérieur	4(2,66)	1(0,66)	5(1,67)	Réf ⁽¹⁾	
Non scolarisée	88(58,67)	111(74)	199(66,33)	0,55(0,34-0,88)	0,17
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la profession du conjoint.

Profession	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
Artisan	49(32,67)	42(28)	91(30,33)	0,82(0,63-1,08)	0,18
Fonctionnaire	37(24,67)	20(13,33)	57(19)	Réf ⁽¹⁾	
Cultivateur	24(16)	54(36)	78(26)	0,47(0,32-0,69)	8.10 ⁻⁵
Commerçant	23(15,33)	15(10)	38(12,67)	0,93(0,67-1,28)	0,66
Ouvrier	11(7,33)	14(9,33)	25(8,33)	0,67(0,41-1,09)	0,07
Sans emploi	5(3,33)	3(2)	8(2,67)	0,96(0,54-1,70)	0,59
Etudiant / Elève	1(0,67)	2(1,33)	3(1)	0,51(0,10-2,57)	0,30
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

ANTECEDENTS

Tableau VII : Répartitions des parturientes selon l'ATCD médical

ATCD médical	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
HTA	8(5,33)	10(6,67)	18(6)	0,80(0,32-1,97)	0,62
Cardiopathie	2(1,33)	3(2)	5(1,67)	0,66(0,11-3,93)	1,00
Diabète	5(3,33)	4(2,67)	9(3)	1,25(0,34-4,56)	1,00
Drépanocytose	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	1,00
Infection VIH	1(0,67)	1(0,67)	2(0,67)	1,00(0,06-15,84)	1,00
Asthme	2(1,33)	3(2)	5(1,67)	0,66(0,11-3,93)	1,00
Aucun	131(86,67)	129(86)	260(86,66)	1,01(0,92-1,10)	0,73
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau VIII : répartition des parturientes selon l'ATCD Chirurgical

ATCD	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
Chirurgical	N(%)	N(%)	N(%)		
Césarienne	35(23,33)	10(6,67)	45(15)	3,5(1,79-6,80)	5 10 ⁻⁵
Hystérorraphie / RU	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	1,00
Myomectomie	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	1,00
Cerclage	7(4,66)	1(0,67)	8(2,67)	7,0(0,87-56,2)	0,06
Salpingectomie (GEU)	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	1,00
Kystectomie	0(0)	3(2)	3(1)	-	0,24
Cure de cystocèle	1(0,67)	3(2)	4(1,33)	0,33(0,03-3,16)	0,62
Aucun	104(69,33)	133(88,66)	237(79)	0,78(0,69-0,88)	310 ⁻⁵
TOTAL	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau IX : Répartition des parturientes selon l'ATCD Obstétrical.

ATCD	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
Obstétrical	N(%)	N(%)	N(%)		
Primipare	78(52)	70(46,66)	148(49,33)	1,37(0,89-2,09)	0,11
Paucipare	26(17,33)	30(20)	56(18,67)	1,20(0,74-1,96)	0,44
Multipare	31(20,67)	26(17,33)	57(19)	1,41(0,89-2,24)	0,12
Grande multipare	15(10)	24(16)	39(13)	Réf (1)	
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau X : Répartition des gestantes selon l'issue de la dernière grossesse.

Issue dernière grossesse	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
Accouchement normal	52(53,67)	61(40,66)	113(37,67)	0,85(0,63-1,14)	0,28
Mort-né	13(8,67)	13(8,67)	26(8,67)	1,0(0,47-2,08)	1,00
Avortement spontané	9(6)	7(4,66)	16(5,33)	1,28(0,49-3,36)	0,60
Accouchement dystocique	4(2,67)	3(2)	7(2,33)	1,33(0,30-5,85)	1,00
Accouchement prématuré	2(1,33)	4(2,67)	6(2)	0,50(0,09-2,68)	0,68
Non déterminé	70(46,67)	62(41,33)	132(44)	1,12(0,87-1,45)	0,35
TOTAL	150(100)	150(100)	300(100)		

3. HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

Tableau XI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur de CPN.

Auteur CPN	Groupe 1	Groupe 2	TOTAL	RR(IC)	P
	N(%)	N(%)	N(%)		
Sage-femme	71(47,33)	0(0)	71(23,67)	1,03(0,96-1,10)	0,99
Médecin généraliste	11(7,33)	0(0)	11(3,67)	1,03(0,96-1,10)	0,72
Gynécologue-Obstétricien	28(18,67)	1(0,67)	29(9,67)	Réf ₍₁₎	
Matrone	17(11,33)	0(0)	17(5,66)	1,03(0,90-1,03)	0,63
Interne	8(5,33)	0(0)	8(2,66)	1,03(0,96-1,10)	0,78
IO	13(8,67)	2(1,33)	15(5)	0,86(0,71-1,05)	0,41
Aucun	2(1,33)	147(98)	149(49,67)	0,01(0,00-0,05)	-
TOTAL	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau XII : Répartition des parturientes selon la réalisation du BPN

BPN	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	TOTAL N(%)
Gr/Rh	148(15,33)	2(11,11)	150(15,26)
Toxo	108(11,19)	1(5,55)	109(11,09)
BW	105(10,88)	1(5,55)	106(10,78)
TE	57(5,90)	2(11,11)	59(6,00)
Glycémie	122(12,64)	3(16,67)	125(12,72)
Hb	146(15,12)	3(16,67)	149(15,16)
HIV	35(3,63)	1(5,55)	36(3,66)
Protéinurie	107(11,09)	2(11,11)	109(11,09)
Echographie	137(14,20)	3(16,67)	140(14,24)
TOTAL	965(100)	18(100)	983(100)

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les facteurs de risque retrouvés

Facteurs de risque	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	TOTAL N(%)	RR(IC)	P
Age < 18 ans	1(0,67)	0(0)	1(0,33)	-	0,50
Age ≥ 35 ans	20(13,33)	22(14,67)	42(14)	0,90(0,51-1,59)	0,73
Grande multipare	6(4)	12(8)	18(6)	0,50(0,19-1,29)	0,14
HPT	6(4)	6(4)	12(4)	1,00(0,33-3,03)	1,00
HTT	13(8),67	14(9,33)	27(9)	0,92(0,45-1,90)	0,84
Poids ≤ 45kg	3(2)	8(5,33)	11(3,67)	0,37(0,10-1,38)	0,21
Poids ≥ 90kg	5(3,33)	6(4)	11(3,67)	1,25(0,34-4,56)	1,00
Utérus cicatriciel	25(16,67)	7(4,67)	32(10,67)	3,57(1,59-8,00)	7.10 ⁻⁴
HU[†]	8(5,33)	4(2,67)	12(4)	2,00(0,61-6,50)	0,37
Position du siège	12(8)	13(8,67)	25(8,33)	0,92(0,43-1,95)	0,83
Position transversale	2(1,33)	9(6)	11(3,67)	0,22(0,04-1,01)	0,06
Grossesse multiple	4(2,66)	9(6)	13(4,33)	0,44(0,13-1,41)	0,25
Macrosomie	6(4)	3(2)	9(3)	2,0(0,50-7,84)	0,50
BGR	13(8,67)	12(8)	25(8,33)	1,08(0,51-2,29)	0,83
BL	23(15,33)	23(15,33)	46(15,33)	1,00(0,58-1,70)	1,00
Taille ≤ 150 cm	3(2)	2(1,33)	5(1,66)	1,53(0,25-9,02)	0,68
TOTAL	150(100)	150(100)	300(100)	1,50(0,25-8,84)	1,00

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon la pathologie associée à la grossesse.

Pathologie sur Grossesse	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	TOTAL N(%)	RR(IC)	P
HTA	41(7,33)	48(32)	89(29,67)	0,85(0,60-1,21)	0,37
Diabète	7(4,67)	4(2,6)	11(3,67)	1,75(0,52-5,85)	0,54
Drépanocytose	6(4)	2(1,3)	8(5,33)	3(0,61-14,62)	0,28
Anémie	9(6)	28(18,6)	37(12,33)	0,32(0,15-0,65)	0,008
HIV	0(0)	1(0,6)	1(0,33)	0,00(0,00)	1,00
Cardiopathie	2(1,33)	2(1,3)	4(1,33)	1,00(0,14-7,00)	1,00
Asthme	1(0,67)	2(1,3)	3(1)	0,50(0,04-5,45)	1,00
Aucune	84(56)	63(42)	147(49)	1,33(1,05-1,68)	0,01
TOTAL	150(100)	150(100)	300(100)		

Tableau XV : Répartition des parturientes selon les complications maternelles

Complications Maternelles	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
RU	4(2,67)	5(3,33)	9(3)	0,80(0,21-2,92)	1,00
OAP	1(0,66)	5(3,33)	6(2)	0,20(0,02-1,69)	0,21
Eclampsie	13(8,67)	14(9,33)	27(9)	0,92(0,45-1,90)	1,00
HPPI	1(0,67)	5(3,33)	6(2)	0,20(0,02-1,69)	0,21
Accouchement dystocique	4(2,67)	1(0,67)	5(1,67)	4,00(0,45-35,3)	0,37
Anémie	1(0,66)	4(2,67)	5(1,67)	0,25(0,02-2,21)	0,37
HRP	5(3,33)	11(7,33)	16(5,33)	0,45(0,16-1,27)	0,12
PPH	5(3,33)	4(2,67)	9(3)	1,25(0,34-4,5)	1,00
Aucune	116(77,33)	101(67,33)	217(72,33)	1,14(0,99-1,32)	0,05
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

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

Mode d'accouchement	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
Voie haute	115(76,67)	102(68)	217(72,33)	Réf ₍₁₎	
Voie basse	35(23,33)	48(32)	83(27,67)	0,85(0,62-1,17)	0,32
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

NB : l'écart entre les accouchements par voie basse et les voies hautes s'expliquait par le fait que l'hôpital constitue le seul centre de référence de toute la région

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon l'indication de césarienne

Indication de Césarienne	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
Utérus multicatriciel	19(16,52)	4(3,92)	23(10,60)	1,66(1,31-2,11)	310-3
BGR	15(13,05)	13(12,74)	28(12,90)	1,01(0,69-1,46)	0,94
SFA	13(11,30)	18(17,34)	31(14,28)	0,76(0,49-1,18)	0,18
Dilatation stationnaire	8(6,95)	8(7,84)	16(7,33)	0,93(0,56-1,55)	0,80
HRP	7(6,08)	5(4,90)	12(5,52)	1,10(0,67-1,181)	0,70
Macrosomie	7(6,08)	4(3,92)	11(5,06)	1,21(0,76-1,93)	0,54
Eclampsie	6(5,21)	13(12,74)	19(8,75)	0,57(0,29-1,12)	0,05
HTA sévère	6(5,21)	9(8,83)	15(6,91)	0,70(0,39-1,39)	0,29
PPH	5(4,34)	4(3,92)	9(4,14)	1,05(0,57-4,26)	0,87
Siège / utérus cicatriciel	5(4,34)	0(0)	9(4,14)	1,92(1,69-2,19)	0,03
Primipare âgée	4(3,47)	1(0,99)	5(2,30)	1,53(0,97-2,19)	0,37
Utérus cicatriciel / BL	4(3,47)	4(3,92)	8(3,68)	0,94(0,46-1,90)	1,00
RU	4(3,47)	5(4,90)	9(4,14)	0,83(0,39-1,74)	0,73
Présentation de épaule	3(2,60)	4(3,92)	7(3,22)	0,80(0,33-1,90)	0,70
Siège / primigeste	3(2,60)	3(2,94)	6(2,76)	0,94(0,41-2,11)	1,00
Grossesse gémellaire / J₁ en siège	2(1,74)	4(3,92)	6(2,76)	0,62(0,19-1,94)	0,42
Cardiopathie	2(1,74)	3(2,94)	5(2,30)	0,75(0,25-2,21)	0,89
ATCD RU	1(0,86)	0(0)	1(0,46)	1,89(1,67-2,14)	1,00
Cure de cystocèle	1(0,86)	0(0)	1(0,4)	1,89(1,67-2,14)	1,00
Total	115(100)	102(100)	217(100)		

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
Femmes vivante	150(100)	149(99,33)	299(99,67)	Réf ₍₁₎	
Femmes décédée	0(100)	1(0,66)	1(0,33)		0,50
Total	150(100)	150(100)	300(100)		

NB : le cas de décès est survenu suite à une rupture utérine

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon les complications périnatales

Complications Périnatales	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
SFA	29(18,83)	27(17,08)	56(17,94)	1,10(0,68-1,77)	0,68
Prématurité	15(9,74)	21 (13,29)	36(11,53)	0,73(0,39-1,36)	0,32
Hypotrophie	5(3,24)	11(6,96)	16(5,12)	0,46(0,16-1,31)	0,13
Mort-né macéré	6(3,89)	14(8,86)	20(6,41)	0,43(0,17-1,11)	0,07
Mort-né frais	11(7,14)	29(18,35)	40(12,82)	0,38(0,20-0,75)	3.10 ⁻³
Traumatisme*	4(2,59)	2(1,26)	6(1,92)	2,05(0,38-11,04)	0,44
Aucune	84(54,54)	54(34,17)	138(44,23)	1,59(1,13-2,06)	2.10 ⁻⁴
Total	154(100)	158(100)	312(100)**		

* **Traumatisme** : fracture fémur (1), traces des cuillères de forceps (5)

** Parmi ces accouchements il y'avait 12 grossesses gémellaires expliquant ainsi les 312 naissances.

Tableau XX : Répartition selon le devenir du Nouveau-né réanimé

Nné / Réa	Groupe 1 N(%)	Groupe 2 N(%)	Total N(%)	RR(IC)	P
Vivant	26(89,6)	21(77,78)	47(83,92)	Réf (1)	
Décédé	3(10,35)	6(22,22)	9(16,07)	0,60(0,23-1,57)	0,19
Total	29(100)	27(100)	56(100)		

Tableau XXI : Répartition des mort-nés selon la cause

Mort-né frais (N= 40)	Groupe 1 n(%)	Groupe 2 n(%)	Total n(%)	RR(IC)	P
Travail prolongé	3(21,42)	11(42,30)	14(35)	0,50(0,16-1,51)	0,29
Pré-éclampsie / Eclampsie	5(35,71)	6(23,07)	11(27,5)	1,35(0,49-3,71)	0,55
RU	4(28,57)	5(19,23)	9(22,5)	1,48(0,47-4,65)	0,78
HRP	2(14,28)	4(15,38)	6(15)	0,92(0,19-4,45)	1,00
Mort-né macéré (N=20)					
Pré-éclampsie / Eclampsie	0(0)	12(85,71)	12(60)	-	7.10 ⁻⁴
Diabète	1(16,66)	0(0)	1(5)	-	0,30
Causes inconnues	5(83,33)	2(14,28)	7(35)	5,83(1,53-22,10)	0,007

NB : les mort-nés frais étaient issus des accouchements dont les BCF étaient absents à l'admission.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude observationnelle avec collecte prospective des données portant sur 300 cas choisis au hasard entre le 10 Octobre 2017 et le 10 Octobre 2018. La population était constituée des parturientes consultant pour accouchement au-delà de 28 semaines d'aménorrhée et présentant au moins un facteur de risque identifié lors d'une consultation prénatale ou à posteriori au moment de l'accouchement. Les femmes n'ayant pas suivi les CPN ont été comparées aux femmes suivies.

Le choix de ce type d'étude s'explique par son niveau de preuve. Vue la grande taille de notre population de 3698 parturientes dont 2730 suivies contre 968 non suivies, on a fait un échantillonnage par tirage au hasard, en prenant 150 cas parmi les parturientes suivies et 150 cas parmi les non suivies.

Les limites de cette étude ont été marquées par :

L'absence de support de suivi prénatal et de référence ; l'incomplétude des informations sur les supports de suivi prénatal et de référence chez certaines gestantes qui ont été résolues par recueil des informations à l'interrogatoire des parturientes ;

Le manque de moyen financier des femmes référées devant lequel le service social de l'hôpital fut sollicité ; La non fonctionnalité permanente du bloc opératoire de la maternité par panne d'électricité et de manque d'oxygène, devant cette faille le bloc central fut utilisé ; La non disponibilité de façon permanente des produits sanguins ; et du sulfate de magnésium qui a été souvent remplacé par le diazépam.

2. Fréquence : Malgré les progrès diagnostique et thérapeutique, les risques au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement existent encore dans tous les pays mais varient d'un pays à un autre selon les conditions socio-économiques [16]. Pendant notre période d'étude nous avons colligé au hasard

300 cas de grossesses à risque sur 3698 accouchements soit une fréquence globale de 8,11% dont (150 sur 2730 parturientes suivies et 150 sur 968 parturientes non suivies).

La fréquence des grossesses suivies durant la période d'étude était de **73,82%** et celles des non suivies était de **26,17%**.

Notre fréquence globale de 8,11% était comparable à celle de la série Marocaine avec 9% [3], inférieure à celles rapportées en Tunisie (25,6 %) [17] et dans certaines études Maliennes avec respectivement 13,16% [18], 21,67% [19], 10,47% [20].

Beaucoup d'études ont rapporté des fréquences supérieures à la nôtre comme celles de Jahn et al. Au Népal (41,5 %) ; d'Al Teheavy qui retrouve un taux de 46,2 % en Arabie saoudite, du Cameroun (21 %) ; de la Belgique (21,8 %) ; d'Alexandrie en Egypte (27,7 %) [17].

Les différences de fréquence peuvent être expliquées par la taille de notre échantillon, les particularités de chaque région mais aussi par la notion de risque qui est définie selon les standards nationaux de chaque pays.

3. Pronostic maternel et périnatal immédiat

Les caractéristiques sociodémographiques constituent des facteurs de risque de complications maternelle et périnatale.

L'âge maternel est un facteur de risque obstétrical et périnatal. Les âges extrêmes avant 18 ans et après 35 ans sont présentés dans la littérature comme à risque [16].

Les âges extrêmes dans notre série ont été 12 ans et 43 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans contre respectivement 27 et 31ans dans les séries Marocaines [3,16] ; 31,3 ans en Tunisie [17]. Dans certaines études Maliennes cette moyenne d'âge varie entre 30 et 24 ± et 5, 15 ans [9, 15].

Dans notre étude 56 patientes (18,67%) avaient un âge compris entre 12 et 18 ans et 4 patientes (1,33%) un âge compris entre 40 et 43ans.

La tranche d'âge de 19-24 ans était majoritaire dans notre étude avec 26,67%. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres études Maliennes avec respectivement 30,5% et 29,4% [21 ;22].

Dans les études Marocaines les tranches d'âge de 31 à 35 ans et 21 à 30 ans étaient les plus représentées avec respectivement 25% et 58,2% [12, 3], en Tunisie la tranche d'âge de 26 à 30 ans était majoritaire avec 35,5% [17].

Dans notre étude les grossesses à risque étaient plus fréquentes dans les tranches d'âges de 19- 24 ans avec 26,67% de cas. Les tranches d'âge de 25-29 ans et 35-39 ans ont 2 fois la chance d'être suivies par rapport à la tranche d'âge 40-43 ans avec des probabilités non significatives [RR= 2,20(0,39-12,22) P = 0,25 ; RR= 2,59(0,46-14,40) P = 0,15]. La diminution du nombre de CPN avec l'âge pourrait s'expliquer par le bon déroulement des grossesses antérieures les faisant croire à l'acquisition d'expérience encourageant ces femmes à limiter le suivi prénatal des grossesses ultérieures.

En effet la procréation à un âge précoce est un risque important à cause de l'immaturité physique. La grossesse après 40 ans est une situation à risque, le risque maternel est lié au fait que très souvent, à ces grossesses s'associent beaucoup de complications dont les plus fréquentes sont : les syndromes vasculo-rénaux, le placenta prævia, les ruptures utérines, les hémorragies de la délivrance.

Quant aux risques fœtaux, c'est généralement le retard de croissance, certaines malformations, la prématurité [16].

Les femmes mariées (99,33%), ménagères (81,67%) étaient majoritaires dans les deux groupes de grossesses suivies et non suivies. Les fonctionnaires représentaient 9,33% dans le groupe suivi contre 2,67% pour celui des non suivi.

L'analyse statistique montre une différence significative traduisant que les fonctionnaires avaient plus de chance de suivi prénatal comparativement aux ménagères [RR= 0,61(0,46-0,81) P = 0,01] ce qui pourrait s'expliquer par la différence du niveau socio-économique entre ces deux groupes.

L'absence de suivi prénatal était significativement plus élevée chez les femmes célibataires que chez celles vivant en union [RR= 1,78 (1,34-2,38) P = 0,03].

Au Mali la grossesse hors mariage est souvent perçue par la société comme un acte déshonorant entraînant un rejet de la future mère, elle survient le plus souvent chez des femmes sans emploi n'ayant pas les moyens d'assurer les suivis prénatals.

Les parturientes non suivies étaient plus fréquentes en milieu rural avec 56,67% de cas contre 43,33% de cas en ville, traduisant une probabilité significative de l'absence de suivi prénatal chez les femmes vivant en milieu rural [RR= 0,64(0,50-0,82) P = 0,003].

Les femmes non scolarisées étaient plus représentées dans le groupe des grossesses non suivies avec 74% de cas contre 58,67% de cas de grossesses suivies, cependant il n'existait aucune différence significative quant à la comparaison statistique entre les femmes non scolarisées et celles de niveau supérieur [RR= 0,55 (0,34-0,88) P = 0,17]. Environ trois conjoints sur dix (30,33%) de ces femmes étaient des travailleurs journaliers.

Sur le plan professionnel l'analyse statistique montre que les femmes de conjoint cultivateur ont une très faible chance d'être suivies par rapport à celles de conjoint fonctionnaire avec une probabilité significative [RR= 0,47(0,32-0,69) P = 8.10^{-5}].

Fort de ce constat nous estimons que la fréquence de la CPN est en rapport avec certains éléments : l'inaccessibilité géographique aux soins de qualité, les occupations quotidiennes importantes laissant peu de temps à un suivi prénatal, le faible niveau d'étude et socio-économique [18].

Nos résultats sont en accord avec ceux :

- Du Maroc (99,46 %) de femmes mariées [16]
- De la Tunisie (98,2%) de femmes mariées, 74,9% de femmes ménagères [17] ;
- Du Mali avec respectivement (98,90 et 80,9%) de femmes mariées [13, 18] (73,6%, 64,20% et 67,8%) de ménagères ;(51,10%, 62,9% et 81,8%) de femmes non scolarisées [15, 13, 18].

Contrairement à notre étude où le taux de non scolarisées était élevé (66,33%), dans la série Tunisienne seul 13 % des femmes était non scolarisées et 87% des femmes avaient au moins un niveau d'étude primaire [17]. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible niveau de scolarisation des filles dans les pays au sud du Sahara comparativement aux pays du Maghreb.

L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus fréquent avec 6,67% des femmes non suivies contre 5,33% des femmes suivies. Notre fréquence était comparable à celles d'autres études Maliennes avec respectivement (5% et 9,09%) [23,13] par contre elle était supérieure à celle de la série Tunisienne avec 0,2% de cas [17]. Notre différence avec la Tunisie pourrait être due à la petite taille de notre échantillon mais aussi à la qualité du suivi prénatal.

Parmi les antécédents chirurgicaux la césarienne était la plus représentée avec 6,67% des femmes non suivies et 23,33% des femmes suivies. Cet écart entre les deux groupes de femmes s'explique par le dépistage des facteurs de risque lors du suivi prénatal ayant permis à celles-ci de bénéficier de la césarienne. L'analyse statistique montre que l'antécédent de césarienne était 3,5 fois plus fréquent chez les femmes suivies par rapport à celles non suivies avec une probabilité significative [RR= 3,5(1,79-6,80) p= 5.10⁻⁵].

Notre prévalence d'utérus cicatriciel pour césarienne dans le groupe des femmes non suivies était superposable à celles rapportées au Mali (19% et 22,73%) [23,13] et en Tunisie avec 25% de cas [17]. Par contre elle était supérieure à celle du Maroc avec 9% de cas [16].

Dans notre série les primipares ont représenté plus de la moitié (52%) des femmes suivies contre 46,66% de femmes non suivies.

Quant aux grandes multipares elles étaient suivies dans 10% des cas contre 16% de non suivies.

Une étude menée en République Démocratique du Congo a rapporté 22,35% de primipares dans le groupe des femmes suivies contre 19,39% dans le groupe des non suivies et 30,96% de multipares dans le groupe des femmes suivies contre 34,23% dans le groupe des non suivies [24].

Dans notre étude aussi bien que celle de la République démocratique du Congo on constate que le taux de consultations prénatales diminue au fur et à mesure que la parité de la femme augmente.

Cette diminution s'explique par le bon déroulement des grossesses antérieures malgré l'absence de suivi encourageant ces femmes à limiter le suivi prénatal des grossesses ultérieures [24].

L'issue de la dernière grossesse a été marquée par les mort-nés 13 cas dans les deux groupes, l'avortement 9 cas dans le groupe des grossesses suivies contre 7 cas dans celui des non suivies, l'accouchement dystocique 4 cas dans le groupe des grossesses suivies contre 3 cas. L'analyse de ces résultats montre que les grossesses précédentes dans les deux groupes ont été fréquemment émaillées de complications fœtales, ceci pourrait s'expliquer par l'absence de suivi lors de la dernière grossesse ou le suivi n'a pas été de qualité pour dépister les facteurs de risque chez ces femmes.

Le suivi de la grossesse est bien codifié et demande de la rigueur. Il vise à dépister les éventuelles complications pouvant affecter la santé de la future mère et du fœtus. Ce suivi nécessite un personnel qualifié surtout lorsqu'il s'agit de grossesse à risque avéré.

A l'issue de notre étude, les proportions des femmes qui ont bénéficié de consultations prénatales avec un personnel qualifié étaient de 47,33%, pour les sages-femmes, 18,67% pour les gynécologues obstétriciens, 7,33% pour les médecins généralistes. Parmi ces femmes, la consultation prénatale était en majorité assurée par les sages-femmes. Cependant il faut noter qu'une proportion non moins importante de 11,33% était assurée par un personnel non qualifié (matrones).

La fréquence des CPN par les sages-femmes s'explique par le fait qu'elles constituent le premier contact des femmes mais aussi par l'affinité des gestantes envers les sages-femmes qui sont un personnel de même sexe avec lequel les gestantes se sentent plus à l'aise. Quant aux femmes suivies par un personnel non

qualifié, cela était dû au manque de personnel qualifié, car dans notre pays toutes les structures de santé ne disposent pas encore de personnel qualifié.

Nos proportions étaient largement inférieures à celles d'une étude faite en Tunisie où les consultations ont été assurées principalement par un médecin obstétricien (68,6 %) des cas ou par une sage-femme (26,2 %) des cas [17]. Notre différence avec la Tunisie pourrait s'expliquer par l'insuffisance de médecins obstétriciens. Cela montre l'amélioration des résultats lorsqu'il s'agit de personnel qualifié.

La même tendance avec une prédominance des sages-femmes suivies des médecins a été rapportée dans certaines études Maliennes avec respectivement 72% et 28% de cas [25]. D'autres par contre ont retrouvé une prédominance des médecins généralistes (53%) suivis des sages-femmes (19%) et des Gynécologues obstétriciens (14%) [26]. Ces tendances varient selon les cadres d'études qui se caractérisent le plus souvent par l'inégale répartition du personnel qualifié dans les pays.

Par ailleurs il faut noter que trois femmes du groupe des femmes non suivies ont bénéficié d'une consultation médicale au cours de leurs grossesses à l'occasion de soins curatifs.

La consultation prénatale recentrée est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que sur le nombre de visites. Au Mali cette approche qualité rend obligatoire certains examens complémentaires à la première consultation prénatale entre autres : le groupe sanguin et Rhésus, le test d'Emmel ou (l'électrophorèse de l'hémoglobine), la numération formule sanguine, la glycémie à jeun, le Bordet Wassermann (BW), l'albumine/sucre dans les urines, le test VIH après counseling, l'antigène de l'hépatite B (AgHbs), l'échographie obstétricale. Les autres examens sont demandés selon le besoin [7].

Parmi les femmes suivies de notre échantillon le groupe sanguin Rhésus et le taux d'hémoglobine étaient les examens complémentaires les plus réalisés chez

respectivement 148 et 146 femmes soit (99% et 97% des gestantes), ensuite vient l'échographie obstétricale réalisée chez 137 femmes (91% des gestantes).

Malgré que l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème majeur de santé publique dans les pays d'Afrique subsaharienne [27], le test VIH a été l'examen le moins réalisé. Il a été fait chez seulement 2% des gestantes.

Une part non moins importante de 18 gestantes dans le groupe des femmes non suivie a réalisé certains examens du bilan prénatal (NFS ; Gr/Rh ; Echographie obstétricale ; HIV ; TE ; Protéïnuries ; BW ; Glycémies.) il s'agissait d'examens occasionnels suite à des soins curatifs qui avaient motivé leur admission dans une structure de santé.

Nos taux de réalisation des examens complémentaires sont comparables à ceux du Maroc avec 98,2 % de femmes ayant fait le groupe sanguin rhésus ; 95,2% de femmes avec une numération formule sanguine et 68,7% avec une échographie obstétricale [26]. Par ailleurs il faut noter que le taux de femmes ayant fait le test de VIH ne ressort pas dans cette série Marocaine.

Une étude Malienne avait rapporté des taux de réalisation de groupe rhésus et d'hémoglobine inférieurs au nôtre avec respectivement 93,64% et 43,64% des gestantes, par contre leur taux de réalisation de test de VIH avec 57,27% gestantes était supérieur au nôtre [15].

Les taux élevés de réalisations de ces examens dans notre série étaient liés à la résidence car 64,67% de nos gestantes suivies résidaient en milieu urbain où ces examens sont disponibles, aussi liés au cout (moyens financiers)

Quant au faible taux de femmes ayant fait le test de VIH, il pourrait s'expliquer par la peur de la stigmatisation des gestantes mais aussi par le manque de personnel qualifié en matière de counseling sur le VIH.

Le risque évoque le danger éventuel plus ou moins prévisible. Ce caractère de prévisibilité étant déterminant pour celui qui souhaite agir en amont de la surve-

nue même du danger, et ce dans une volonté de faire en sorte que l'inéluctable ne se réalise pas. C'est ainsi que l'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier trois types différents de facteurs de risque :

- Les pathologies médicales avérées nécessitant une prise en charge spécialisée. Ces pathologies peuvent être connues dès la première consultation ou apparaître au cours de la grossesse.
- Les facteurs sociaux ou comportementaux, de l'âge des patientes, des grossesses rapprochées.
- Des situations à risque obstétrical pour l'accouchement proprement dit il s'agit surtout des utérus cicatriciels, des présentations dystociques et des placentas bas insérés [28].

Dans notre série les quatre principaux facteurs de risque non pathologiques pré-existants à la grossesse par ordre d'importance étaient : l'utérus cicatriciel 16,67% des femmes suivies contre 4,67% de femmes non suivies ; les bassins limites 15,33% dans les deux groupes de femmes ; l'âge supérieur à 35 ans 14,67% de femmes non suivies contre 13,33% de femmes suivies, les bassins généralement rétrécis dont 8,67% dans le groupe des femmes suivies contre 8% dans celui des non suivies. L'utérus cicatriciel était 3,5 fois plus fréquent chez les femmes suivies par rapport aux femmes non suivies avec une probabilité significative [RR= 3,5(1,59-8,00) P=7.10⁻⁴].

La prédominance des utérus cicatriciels dans le groupe des femmes suivies pourrait s'expliquer par leur sensibilisation sur les facteurs de risque ayant motivée la césarienne lors des grossesses précédentes.

Quant à la prédominance de l'âge supérieur à 35ans dans le groupe des non suivis elle pourrait être liée au manque d'informations de ces femmes sur leurs risques expliquant ainsi les grossesses tardives.

Nos taux d'utérus cicatriciel et de bassin limite étaient comparables à ceux d'une étude Malienne avec respectivement 15,46% et 14, 5% de cas [15], supérieurs à ceux du Maroc avec 9,30% 0,36% de cas [16], mais inférieurs à celui de la Tu-

nisie avec 21,7% de cas d'utérus cicatriciel [17]. Quant à l'âge supérieur à 35ans notre taux était largement en deçà de ceux rapportés au Mali, au Maroc et en Tunisie [15,16, 17].

Les pathologies médicales avérées sont des facteurs de risques dépistés dès la première consultation ou au cours de la grossesse. Il s'agit de pathologie qui nécessite une prise en charge spécialisée.

Dans notre série les principales pathologies identifiées étaient :

- L'hypertension associée à la grossesse avec 32,0% de cas dans le groupe des femmes non suivies contre 27,33% dans celui des femmes suivies ;
- L'anémie avec 18,6% de cas dans le groupe des femmes non suivies contre 6% dans celui des suivies ; l'anémie associée à la grossesse était statistiquement moins fréquente chez les femmes suivies par rapport aux femmes non suivies avec probabilité significative [RR= 0,32(0,15-0,65) P= 0,008], cela est dû aux soins préventifs dont bénéficient les femmes au cours des consultations prénatales.
- Le diabète dont 4,67 % de femmes suivies contre 2,6% de femmes non suivies ;
- La cardiopathie 4 cas soit (1,33%).
- l'hémoglobinopathie était 3 fois plus retrouvée chez les femmes suivies par rapport aux femmes non suivies avec une probabilité non significative [RR= 3,00 (0,61 -14,62) P = 0,28], cela s'explique par la gravité et la chronicité de la maladie obligeant ces femmes à faire le suivi prénatal.

La consultation prénatale est un acte médical qui vise à dépister et à prévenir les complications de la grossesse afin de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale [4].

L'absence de consultation prénatale pourrait expliquer la prédominance de l'hypertension artérielle et l'anémie dans le groupe des femmes non suivies dans notre étude.

Au Mali des études antérieures avaient retrouvé les mêmes pathologies avec 10% de cas d'HTA, 2% de diabète [15] ; 16% de cas d'HTA, 2% de diabète et de cardiopathies [23].

Contrairement à notre étude certaines études Marocaines ont rapporté le diabète (22%) et la cardiopathie (14%) comme les pathologies les plus fréquemment associées à la grossesse [16]. D'autres par contre ont retrouvé la même tendance que notre étude avec l'HTA (6,6% cas), comme pathologie prédominante associée à la grossesse [26].

Les mêmes pathologies associées à la grossesse sont rapportées dans la littérature avec 37,3 % de cas d'anémie à Alexandrie en Egypte ; 17,1 % de cas de diabète et 10,4 % de cas d'HTA en Arabie saoudite ; 13 % de cas d'HTA en Indonésie [17].

Nos taux d'hypertension artérielle et d'anémie étaient supérieurs à ceux de la série Tunisienne avec respectivement (7,3%) et (10,4%) de cas mais inférieur à celui du diabète avec 6,9% cas [17].

L'éclampsie et l'hématome retro placentaire sont les principales complications de l'hypertension associée à la grossesse [29,30], la même tendance ressort dans notre étude avec une prédominance des complications de la pré-eclampsie dont l'éclampsie en tête avec 8,67% de cas dans le groupe des femmes suivies contre 9,33% dans celui des femmes non suivies ; l'hématome rétro placentaire avec 3,33 % de cas dans le groupe des femmes suivies contre 7,33 % dans celui des femmes non suivies.

Malgré que la consultation prénatale soit un acte médical qui vise à dépister et à prévenir les complications de la grossesse afin de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale, l'accouchement dystocique a été 4 fois plus élevé chez les gestantes suivies par rapport à celles non suivies [RR= 4,00(0,45-35,3) 0,37]. Ceci pourrait s'expliquer par la qualité de la CPN ou du travail d'accouchement qui n'a pas permis d'anticiper ces dystocies.

Dans la série congolaise la proportion d'éclampsie était de 0,62% dans le groupe des femmes suivies contre 1,85% dans le groupe des femmes non suivies [25].

Certaines études Maliennes ont rapporté des taux d'éclampsie inférieur à celui de notre série avec 1,97% de cas [31] ; d'autres par contre ont trouvé des taux largement supérieurs au nôtre avec 34% [23].

Dans notre étude la voie haute a été le mode d'accouchement le plus fréquent avec 76,67% des parturientes suivies contre 68% des celles non suivies.

Contrairement à notre série l'accouchement par voie basse avec 66% de cas était le mode le plus fréquent dans une étude Marocaine [3].

En République démocratique du Congo, la césarienne était moins fréquente dans le groupe des femmes suivies avec 6,24% contre 10,62% dans celui des femmes non suivies [24].

La consultation prénatale n'avait pas permis d'évaluer le risque, de faire le pronostic d'accouchement par voie basse et d'indiquer une césarienne élective beaucoup plus sécurisante ceci expliquait la fréquence de la césarienne dans le groupe des gestantes suivies dans notre étude.

Neuf patientes ont présenté des ruptures utérines dans notre série dont cinq (5) dans le groupe des femmes non suivies et quatre (4) dans le groupe des suivies. Trois facteurs pourraient expliquer ces cas de ruptures utérines chez ces patientes suivies : la mauvaise qualité de la consultation prénatale, le niveau d'instruction et le bas niveau socio-économique. Quant aux patientes non suivies c'est surtout l'absence d'évaluation du pronostic de la voie d'accouchement en fin de grossesse qui expliquait ces ruptures utérines.

La souffrance fœtale aigue, le bassin généralement rétréci et l'utérus multi cicatriciel étaient les indications les plus fréquentes de la césarienne dans notre étude.

Les utérus multicatriciels et les bassins généralement rétrécis étaient les indications de césarienne plus fréquentes chez les femmes suivies. Ces indications ont été posée lors des CPN d'où leur importance dans le groupe des femmes sui-

vies ; ceux-ci pourrait s'expliquer par leur sensibilisation sur les facteurs de risque lors des consultations prénatales.

La césarienne et la laparotomie ont été indiquée dans un contexte d'urgence, « Rupture utérine ».

C'est ainsi que chez les femmes non suivies nous avons enregistré un (01) cas de décès maternel (0,33%) suite à une rupture utérine ; 19,23% de mort-nés dont 12,82% frais et 6,41% macérés.

Certaines études maliennes ont rapporté des taux de décès maternels de 3% de cas nettement supérieurs à celui de notre étude qui est de 0,33%. Par contre leurs taux de mort nés étaient inférieurs au nôtre (16,82% et 6,41%) avec respectivement 12% et 4% [23,18].

En République démocratique du Congo la proportion de décès maternel était de 0,12% dans le groupe des suivies contre 0,67% dans celui des femmes non suivies ; quant à celle de décès néonatal précoce elle était de 2,75% dans le groupe des femmes suivies contre 7,08% chez les femmes non suivies [24].

Au Sénégal le taux de mortalité maternelle était de 1,41% et celui de la mortalité néonatale de 3,35% dans le groupe des femmes qui avaient moins de trois consultations prénatales contre respectivement 0,20% et 5,08% chez celles ayant bénéficié de trois consultations et plus [29].

Dans la plupart de ces études, la morbi mortalité est plus élevée chez les femmes non suivies montrant le risque dû au manque de suivi prénatal.

Nous avons enregistré 14 mort-nés frais dont 42,30% dans le groupe des femmes non suivies étaient liés un travail dystocique prolongé. Quant aux mort-nés macérés ils étaient survenus dans 60% de cas suite à la pré-eclampsie /éclampsie. Nos structures sanitaires se caractérisent par un plateau technique limité ceci pourrait expliquer dans notre étude que les mort-nés macérés de causes inconnues était 5 fois supérieur à ceux liés aux syndromes vasculo-rénaux avec une probabilité significative [RR =5,83(1,53-22,10) P = 0,007].

Il ressort de la littérature que l'absence de suivi de grossesse apparaît comme une association significative à la mortalité néonatale à la mort fœtale in utero [30].

Dans la série Marocaine c'est le diabète qui a été la cause de mort fœtale in utero et intra partum avec deux (2) cas [3].

Le risque de complications périnatales étant étroitement lié aux complications maternelles, c'est ainsi qu'au cours de notre étude plus de la moitié des fœtus ont fait l'objet d'une complication soit au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Parmi ces complications il est à noter que 18,83% des fœtus du groupe des femmes suivies avaient présenté une souffrance fœtale avec (26 réanimé avec succès) contre 17,08% de cas dans le groupe des non suivies avec (21 nouveau-nés réanimés avec succès). Par contre les mort-nés frais étaient de 18,35% chez les femmes non suivies contre 7,14% chez les suivies d'où le facteur protecteur de la CPN chez les femmes suivies avec une probabilité significative [RR= 0,38(0,20-0,75), P = 3.10⁻³].

Le petit poids de naissance qui était constitué par les prématurés et les hypotrophies représentaient 20,25% des naissances dans le groupe des femmes non suivies contre 12,98% chez les suivies.

La même tendance a été rapportée en République démocratique du Congo avec 11,64% chez les parturientes non suivies contre 5,37% chez les parturientes suivies [24] ; au Sénégal 10,61% chez les femmes avec moins de trois CPN contre 9,77% de cas celles ayant eu trois CPN et plus [29].

Le faible poids de naissance, souvent caractérisé par un poids inférieur à 2500 grammes, été rapporté de façon significative, dans la plupart des études comme celle de B. Breton et col [30].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION :

La morbi-mortalité maternelle et périnatale constitue l'un des meilleurs indicateurs de l'état sanitaire d'un pays et de son degré de développement. Cette étude montre que la grossesse à risque est relativement fréquente à l'hôpital de Ségou dont l'issue constitue un problème majeur surtout chez les femmes non suivies. Cette issue était dominée par une forte morbidité maternelle et une morbi mortalité périnatale élevée.

Les déterminants de cette morbi mortalité étaient dominés par l'analphabétisme, le faible niveau de revenu, d'une part et les bassins rétrécis, l'âge supérieur ou égal à 35 ans, les utérus cicatriciels et les pathologies maternelles associées à la grossesse dont l'hypertension artérielle est au premier rang.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail nous formulons les recommandations suivantes :

➤ AU MINISTÈRE DE LA SANTE :

▣ Renforcer à travers les directions régionales et les CSRéf les capacités des structures sanitaires périphériques en médecins en sages-femmes ; en infirmières obstétriciennes, et en matériels pour un dépistage précoce des grossesses à risque.

➤ AU PERSONNEL DE SANTE REFERANT :

- ▣ Référer systématiquement les femmes ayant une grossesse à risque.
- ▣ Renforcer la sensibilisation pour le changement de comportement.
- ▣ Faire un plaidoyer sur l'importance de la CNP et du planning familial auprès les leaders communautaires, des maris et des femmes ;
- ▣ Améliorer la qualité de l'accueil des gestantes au niveau des centres de santé communautaires

➤ A LA DIRECTION DE L'HÔPITAL

▣ Rendre disponibles certains produits sanguins, le sulfate de magnésium et le matériel.

➤ AUX CONSULTANTES :

▣ Suivre régulièrement les C.P.N et respecter les conseils, et les consignes des prestataires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques :

- 1. OMS 2004/ :** Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement
- 2. Bondeau A S G, Descamps P.** Grossesses à risque, orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, Recommandations de bonne pratique, HAS, décembre 2009. Mis à jour le 28 novembre 2017.
- 3. Mame S K.** Impact de la consultation des grossesses à risque sur les modalités d'accouchement et les résultats néonataux (exemple du DDT et du diabète et grossesse). Thèse de Med Rabat 2013 ; N° 173 ; 5-31p.
- 4. Kowe I G.** Impact du nombre de consultations prénatales sur le devenir des grossesses ; cas du District de Santé de Maroua II. The journal of Medicine and Health Sciences June, 2017.
- 5. Yatabary T A.** La santé des femmes en Afrique : enjeu majeur des nouveaux ODD. Med Santé Trop 2017 ; vol.27 ; N° 2 ;119-121p.
- 6. Biakabuswa M.** Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Mémoire de Mster2 en Santé publique et environnement Spécialité : Intervention en promotion de la santé : Septembre 2016, 56p.
- 7. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF).** Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ; 160p.
- 8. DRS de Ségou.** Système local d'information sanitaire (SLIS) : annuaire statistique 2016, 18p.
- 9. Bakary M T.** Consultations prénatales au centre de santé communautaire de Yirimadio, Revue marocaine de santé publique 2018, vol.5, N° 8 ; 1-8p
- 10. Ministère de la santé du Mali.** Gravido-puerpuralité soins prénatals, soins prénatals et postnatals : PNP Mali procédure en santé de la reproduction Volume 3 ; 190p, 2019

- 11. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF.** Etude clinique et paraclinique de la grossesse, mis à jour le 01/3/2011.
- 12. J Lansac, C Berger, G Magnin.** Obstétrique pour le praticien, 3^e éd., Masson, Paris, 1997.
- 13. Traoré M M.** Etude de la mort fœtale in utero à la maternité du csref CII de Bamako. Thèse de Med Bamako 2014 ; N°242. 24p.
- 14. Coulibaly F Y.** Facteurs de risque et pronostic fœto-maternel dans la proci-dence du cordon ombilical au centre de santé de référence de la CII du District de Bamako ; Etude cas –témoins. Thèse de Med Bamako 2011 N°238 ;57p.
- 15. Koné T M.** Grossesse a risque dans le centre de référence de Bougouni à propos de 110 cas. Thèse de Med Bamako 2008 ; N°434 ; 110p.
- 16. Benabdelmalek N.** La pathologie maternelle et grossesse à propos de 556 cas. Thèse de Med. Rabat 2018 ; N°132 ; 11-83p.
- 17. Bouafia N, Mahjoub M, Nouria A, Ben Aissa R, Saidi H, Guedana N, Njah M.** Profil épidémiologique des grossesses à risque à Sousse (Tunisie) ; La Revue de Santé de la Méditerranée orientale ; Vol. 19, N°. 5. 2013, 465- 473
- 18. Traoré Y, Téguté I, Théra A T, Mulbah J K, Mounkoro N, Diarra I, Diabaté F S, Traoré M, Diakité S, Dolo A.** Aspects socio-demographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie- obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical 2007 ; T XXII N° 2 ; 39-43p.
- 19. Koné B.** Les grossesses à risque au centre de santé de référence de la com-mune II du district de Bamako à propos de 182 cas en 2006. Thèse Med Bama-ko 2007 ; N°257 ; 76p.
- 20. Nimaga I.** Influence de la surveillance prénatale sur la parturition dans le service gynécologie obstétrique du CHU de point G. Thèse Med Bamako 2012 ; N°325 ; 53p.
- 21. Kanté Y.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le ser-vice de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 200 cas Thèse de Méd. Bamako ; 2008 ; N°39 ;17p.

- 22. Tangara O.** Evaluation du suivi prénatal au centre de santé de référence de Tominian. Thèse Méd. Bamako 2009 ; N° 398 ; 51p.
- 23. Fomba D.** Relation entre consultation prénatale ; devenir de grossesse et de l'accouchement : portant sur 1296 cas. Thèse Med Bamako 2009 ; N°518 ; p23.
- 24. Amani M.** Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo ; The Pan African Médical Journal. 2019 ; 33 :66
- 25. Dourra M.** Influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le Csref de la commune II du district de Bamako. Thèse Méd. Bamako ; 2014 ; N°85 ; 90p.
- 26. Manal N.** La qualité de la surveillance de la grossesse à Kanitra Thèse de Med. Rabat 2019 ; N°187 ; 192p
- 27. Kimbayi O M.** Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural : les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en République Démocratique du Congo ; Mémoire de master en sciences de la santé publique ; Faculté de santé publique ; Université catholique de Louvain RDC 2018 ; 65p.
- 28. Colmant C, Frydman R.** Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? / Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 195–199 Elsevier Masson.
- 29. Ndiay P, et col.** Impact du nombre de consultation prénatale sur la morbi mortalité materno-fœtale dans le district sanitaire de Ziguinchor ; Dakar médical, 2003, 48, 1, 20-24.
- 30. Breton B, Peres A, Barranger E.** Grossesses non suivies : historique, issues materno-fœtales et devenir ; Gynécologie Obstétrique & Fertilité 41 (2013) 173-178.
- 31. Diarra C.** Aspects Epidemio-cliniques des grossesses et accouchements à risque au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse de Med. Bamako 2013 ; N°114 ; 69p

FICHE D'ENQUETE :

N°

DATE.....

I. Identité :

Q1. Age :ans

Q2. Résidence : 1 : Ségou ville ; 2 : Hors Ségou

Q3. Profession :

1 : ménagère 2 : fonctionnaire 3 : artisane 4 : étudiante/élève, 5 : commerçante 6 : sans emploi ; 7 : autre

Q4. Statut matrimonial :; 1 : mariée ; 2 : célibataire

Q5. Niveau d'instruction :; 1 : primaire 2 : secondaire 3 : supérieur
4 : non scolarisée

Q6. Profession du conjoint :

1 : ouvrier ; 2 : fonctionnaire ; 3 : artisan ; 4 : étudiante/élève

5 : commerçante 6 : sans emploi ; 7 : autre à autre préciser.....

II. ANTECEDANTS

Q7. Médicaux sont-ils recherchés ?..... 1 : oui ; 2 : Non

Si oui lesquels

1 : HTA ; 2 : Diabète ; 3 : cardiopathie ; 4 : Drépanocytose ; 5 : VIH ;

6 : Autre à préciser.....

Q8. Chirurgicaux sont-ils recherchés ?..... 1 : oui ; 2 : Non

1 : Césarienne (nombre.....) ; 2 : Rupture utérine 3 : Myomectomie

(nombre.....) ; 4 : cerclage (nombre.....) ; 4 : GEU (nombre.....) 5 : Kystectomie ; 5 : Autre à préciser.....

Q9. Obstétricaux sont-ils recherchés ?..... 1 : oui ; 2 : Non :

G..... ; P..... ; A..... ; V..... ; D.....

Q10. Issu de la dernière grossesse :

1 : Avortement précoce ; 2 : Avortement tardif ; 3 : Mort -né ; 4 : Accouchement prématuré ; 5 : Accouchement normal ; 6 : Accouchement dystocique ; 7 : Souffrance Néonatale

III. HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Q11. CPN..... ; 1 : oui ; 2 : Non

- Support CPN : ... ; 1 : aucun ; 2 : carnet ; 3 : fiche échancier ; 4 :

autre.....

- Age de grossesse connu : 1 : oui ; 2 : Non

- Auteur CPN : ; 1 : matrone ; 2 : Infirmière Obstétricienne ; 3 : sage-femme ;

4 : Interne ; 5 : Médecin généraliste ; 6 : Gynécologue ; 7 :

Autre.....

- BPN... ; 1 : Oui ; 2 : Non

-Si oui lesquels : GR... ; Toxoplasmose... ; BW..... ; TE... ; Glycémie..... ; Hb..... ; HIV..... ; Albumine/Sucre..... ; Echographie obstétricale : ; 1 : Oui ; 2 : Non

Q11. Facteurs de risques sont-ils recherchés ? ; 1 : Oui ; 2 : Non

Si oui lesquels :

- Age < 18 ans... ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Age \geq 35 ans... ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Grande multiparité (plus de 6accouchements) ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Hémorragie du 1^{er} trimestre ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Hémorragie du 2^e ou du 3^e trimestre ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Poids \leq 45 kg..... ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Poids > 90 kg..... ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Utérus cicatriciel ; 1 : Oui ; 2 : Non

- HU excessive ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Position du siège ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Position transversale ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Grossesse multiple ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Macrosomie ; 1 : Oui ; 2 : Non

- Bassin rétrécis ; 1 : Oui ; 2 : Non
- Bassin limite..... ; 1 : Oui ; 2 : Non
- Taille \leq 45 cm1 : Oui ; 2 : Non

Q12. Pathologies associées à la grossesse sont-elles recherchées ?..... ; 1 : oui ;
2 : Non

- **Si oui lesquelles.....**
- 1 : HTA ; 2 : Diabète ; 3 : Hémoglobinopathie ; 4 : Anémie ; 5 : HIV ;
- 6 cardiopathies.
- Autre à préciser

IV. PRONOSTIC DE LA GROSSESSE

Q13. Complications maternelles :

1 : accouchement voie basse ; 2 : accouchement dystocique ; 3 : Césarienne ; 4.
RU ;
5 : HPPI, 6 : éclampsie ; 7 : décès maternel ; 8 : autre.....

Q14 : Complications Fœtales :

1 : SFA ; 2 : prématurité ; 3 : hypotrophie ; 4 : MNF ; 5 : MNM ; 6 : trauma-
tisme foetal ;
7 : autre.....

Q 15 : devenir des nouveau-nés après réanimation : 1 : vivants 2 : décédés

Q16 : les indications de césariennes :

1 : PP ; 2 : HRP ;3 : RU ; 4 : SFA ;5 : Dilatation stationnaire ; 6 : Utérus cicatri-
ciel/Bassin limite ; 7 : Présentation Transversale ; 8 : Utérus bi cicatriciel ; 9 :
BGR 10 : Grossesse Gémellaire J1 en siège ;11 : Primipare âgée ; 12 : siège
chez primigeste ; 13 : Cardiopathie ; 14 : ATCD Obstétricaux charger

Q17 Pronostic vital maternel

1 : Vivant ; 2 : Décédée

Q18 : causes de MNF

1 : travail prolongé ; 2 : HTA/Eclampsie ; 3 : RU ; 4 : HRP

Q19 : causes de MNM

1 : HTA/Eclampsie ; 2 : Diabète ; 3 : Causes inconnues

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : Alkali

Nationalité : Malienne

Titre de la thèse : Consultation prénatale et pronostic maternel et périnatal des accouchements à risque à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Année universitaire : 2017-2018

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Obstétrique, Pédiatrie, Santé publique

Résumé : La grossesse à risque est sous-estimée avec une fréquence de 8,11% à l'hôpital de Ségou. Elle était plus fréquente dans la tranche d'âge de 19-24 ans avec 26,67%. L'âge moyen de ces femmes était de 28 ans dont les extrêmes étaient plus fréquents chez les femmes non suivies. Il s'agissait de femmes mariées dans 99,33% de cas, ménagères dans 81,67% des cas. Dans le groupe des femmes non suivies elles résidaient en milieu rural dans 56,67% de cas et analphabètes dans 74% de cas. Environ un conjoint sur trois (30,33%) de ces femmes étaient des travailleurs journaliers.

Le taux de suivi prénatal était plus élevé chez les primipares avec 52% de cas régressant au fur et à mesure que la parité augmente.

Les grossesses à risque étaient plus suivies par les sages-femmes dans 47,33% de cas avec comme principaux facteurs de risque : l'utérus cicatriciel avec 16,67% de cas le groupe des femmes suivies, 15,3% dans les deux groupes, les pathologies associées à la grossesse dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, l'anémie, le diabète et la cardiopathie.

L'éclampsie, l'hématome retro placentaire, la rupture utérine ont été les principales complications maternelles avec des taux plus élevés chez les femmes non

suivies. La voie haute était le mode d'accouchement le plus fréquent avec 76,67% chez les femmes non suivies et 68% chez celles suivies dont les indications étaient dominées par les utérus cicatriciels, les bassins généralement rétrécis et la souffrance fœtale aigue.

Le décès néonatal avec 19,23% était la principale complication fœtale dont les principales causes étaient le travail dystocique prolongé, l'éclampsie et la rupture utérine.

Mots clés : CPN – pronostic maternel et périnatal – accouchement à risque – Ségou.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui 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 dès la conception.

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

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

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

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

JE LE JURE !