

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR 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° / ..... /

**TITRE**

Etude des grossesses non suivies au  
centre de santé de référence de  
Kalaban-koro

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 01/07 /2019 devant  
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par : Mme Mariam TRAORE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ÉTAT)**

**Jury**

**Président :** Professeur Samba DIOP  
**Membre :** Docteur Cheick Abou COULIBALY  
**Co-directeur:** Docteur Mamadou HAIDARA.  
**Directeur de thèse :** Professeur Hamadoun SANGHO

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail à **mes parents ADOPTIFS:**

▪ **REMERCIEMENTS**

**A mon père adoptif feu Oumar BarouTRAORE,**

Vous avez été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui. C'est grâce à l'importance que vous accordez aux études que je suis là aujourd'hui. J'aurais voulu que vous soyez présent le jour de ma soutenance, mais le destin en a décidé autrement. Père que ton âme repose en paix <<Amène>>.

**A ma mère adoptive Alimata DickoTRAORE**

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

Je te souhaite une longue vie pleine de bonheur et santé afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.

**A mes très chers parents Bakary TRAORE et Oumou DIARRA**

Aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, toute l'affection et tout l'amour que je vous porte. Que ce travail, qui représente le couronnement de vos sacrifices, de vos encouragements et de votre patience, soit de mon éternelle reconnaissance. Notre plus grande chance a été de vous avoir comme parents, vous êtes les meilleurs au monde !

Père vous avez contribué à l'élaboration de ce travail, mais vous nous avez quittés suite à un AVC (accident vasculaire cérébrale). Repose en paix papa ; je ne t'oublierai jamais.

**A mes tantes et oncles**

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier. Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissante.

**A mon très cher Mari Abdou TRAORE**

Voici enfin venu le terme de ces dures épreuves, naturellement, ce travail est le tien, car tu as participé de près et de loin à son élaboration, tu as supporté toute mes caprices, ton amour, ton courage et ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Que le chemin de la vie soit pour nous parsemé d'amour, d'entente et de longévité.

**A mon fils Seydou TRAORE**

Tu as apporté la joie dans la famille, je te souhaite une longue vie ainsi qu'un avenir meilleur. « Amen »

**A ma nièce Assitan KONE**

A qui je souhaite une très longue vie pleine de santé et de bonheur.

**A mes frères et sœurs de Niono, Siribala, Markala, et Ségou**

Courage et persévérance pour le soutien éternel de nos liens de sang, ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers, puissent nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore.

**A ma belle famille**

Merci pour votre soutien.

**A toutes les familles DIAWARA et DIARRA**

Qui m'ont accueilli à bras ouvert comme étant l'un des leurs.

**A mes amis**

Oumou Diarra, Dr Sirandou Keita, Awa Diallo, Youma M Maïga, Ami Diaouné, Ami Diakité, Djénèba Dembélé, Afissatou Bama Coulibaly, Kadia Konaré, Bakary Koné en souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.

**A mes cousins, cousines, nièces et neveux**

Je ne pourrai pas vous citer tous. Mais sachez que je serai toujours là pour vous.

**Au Pr SANCHO Hamadoun**

Directeur Général du CREDOS, votre simplicité, vos conseils, vos immenses qualités humaines m'ont marqué à jamais.

**A nos maîtres**

Docteur Mamadou HAIDARA, Docteur Mahamoudou COULIBALY, Docteur Bocary Sidi KONE.

Les conseils que vous nous avez prodigués ont été très précieux, votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grand estime et profond respect. Veuillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

**Au Dr Cheick Abou COULIBALY**

Merci pour votre soutien, ce travail est aussi le vôtre, les mots me manquent pour exprimer votre soutien dans l'accomplissement de ce travail.

**Aux Docteurs :**

Fatoumata MAIGA, Karim COULIBALY, Souleymane GANABA, Mamy DEMBELE, Bakary Z DAOU

Merci pour tous les encouragements et les conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. Travailler à vos côtés fut vraiment enrichissant.

**Aux thésards du CSRéf de kalaban Koro**

Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Je vous remercie infiniment.

**A tous les externes de la maternité**

Merci pour votre collaboration.

**Aux sages-femmes et aux infirmières**

Merci pour la collaboration et la disponibilité de tout un chacun.

**Aux personnels**

- Du CSRéf de kalaban Koro avec comme médecin chef Docteur Guindo Issa
- Du CSRéf de Niono ;
- De l'ANIASCO

**A tous ceux** qui, de loin ou de près ont contribué à la réalisation de ce document.  
Je vous dis merci.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et Président du jury**

**Professeur Samba DIOP**

- **Professeur en anthropologie médicale et éthique en santé,**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique de santé du DER en santé publique de la FMOS,**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO/VIH/SIDA/FMOS,**
- **Membre des comités d'éthique institutionnels et national du Mali.**

**Cher maître,**

Nous sommes fiers d'avoir pu bénéficier de vos conseils et votre soutien. Nous apprécions à sa juste valeur vos qualités humaines, votre souci du travail bien fait et votre rigueur scientifique qui témoignent votre grande disponibilité à l'endroit des étudiants.

Nous avons été touchés par votre simplicité et votre disponibilité.

Veillez accepter cher maitre, tous nos remerciements et profonde reconnaissance.

**A notre maître et membre du jury**

**Dr Cheick Abou COULIBALY**

- **Maître assistant en épidémiologie au département de la santé publique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).**

**Cher Maître,**

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

Vous avez suivi ce travail tout au long de sa conception, en lui apportant toutes vos qualités scientifiques.

Votre disponibilité, votre qualité intellectuelle, votre simplicité et votre souci pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté.

Cher maître recevez ici notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTEUR DE THESE,**

**DOCTEUR Mamadou HAIDARA.**

- **Médecin gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynéco obstétrique du CSRéf de Kalaban Koro,**
- **chargé de recherche**
- **Membre de la SOMAGO**

**Cher maître**

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre compétence, votre dévouement sans limite sont des qualités que nous nous efforçons d'approcher. Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie de vous connaître et d'être votre éternel disciple. Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez faite preuve à notre égard durant tout notre séjour.

**A notre maître et Directeur :**

**Professeur Hamadoun SANGHO**

- **Professeur titulaire de santé publique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS),**
- **Directeur général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant(CREDOS),**
- **Chef du DER de santé publique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS).**

**Cher maître,**

Nous vous remercions pour l'accueil spontané et affectueux que vous nous avez accordé.

Vos qualités humaines, scientifiques et votre simplicité à transmettre aux autres vos connaissances font de vous un maître apprécié et admiré.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves et espérons être digne de la confiance que vous avez placée.

Trouve dans ce modeste travail cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre immense gratitude.

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS :**

**BDCF** : Bruit du cœur fœtal

**BGR** : Bassin généralement rétréci

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire

**CmHg** : Centimètre de mercure

**CPN**: Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CSRéf** : Centre de santé de référence

**EDSM** : Enquête démographique de santé du Mali

**FMOS** : Faculté de médecine et d'odonto- stomatologie

**GE** : Goutte épaisse

**GEU** : Grossesse extra utérine

**HRP** : Hématome retro-placentaire

**HTA** : Hypertension artérielle

**HU** : Hauteur utérine

**MFIU**: Mort fœtale in utéro

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PP** : Placenta prævia

**SA** : Semaine d'aménorrhée

**SP**: Sulfadoxine pyriméthamine

**TPI-SP** : traitement préventif intermittente –sulfadoxine- pyriméthamine.

**VIH** : Virus d'Immuno déficience humaine

**VAT**: Vaccin anti tétanique

**%** : Pourcent

**UN** : Nations unies

## Table des matières

I.INTRODUCTION .....	2
II-ENONCE DU PROBLEME.....	5
<b>III-Cadre théorique.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Revu critique de la littérature .....</b>	<b>8</b>
□ Historique de la consultation prénatale .....	8
□ La consultation prénatale [9, 17]. .....	9
Consultation Prénatale de suivi .....	18
<b>g-Prise en charge des pathologies et des complications.....</b>	<b>18</b>
h. L'examen clinique obstétrical en début de grossesse .....	18
<b>i. L'examen d'une femme enceinte en salle de travail (à l'admission) .....</b>	<b>19</b>
<b>2. Justification de l'étude .....</b>	<b>21</b>
3- OBJECTIFS.....	21
3. a. Objectif général .....	21
3. b. Objectifs spécifiques .....	21
IV- METHODOLOGIE .....	23
4-1 Cadre d'étude.....	23
4.2. Description du service de gynécologie obstétricale: le service de gynéco- obstétrique est composé de:.....	23
4.3. Matériels et méthodes.....	25
V. Résultats .....	32
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	51
VII- CONCLUSION .....	58
VIII.SUGGESTIONS.....	60
IX. REFERENCES .....	62
ANNEXE.....	67

# INTRODUCTION

## **I.INTRODUCTION**

La grossesse est la période qui s'écoule depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé. Elle dure environ 9 mois au cours desquels la femme ressent différents symptômes qui évoluent en même temps que le fœtus se développe [1]. Si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un des critères de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale [2].

Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'assurer l'accouchement dans les conditions de sécurité optimale pour la mère et son nouveau-né. Ces deux événements ont un important taux de morbidité voire de mortalité materno-fœtale, plus particulièrement dans les pays en voie de développement. Quatre-vingt-dix-neuf pourcent (99%) des femmes qui sont mortes pendant la grossesse ou l'accouchement proviennent de ces pays [3]. En Afrique la grossesse est vécue comme un événement qui permet à la femme de se valoriser ; de s'affirmer de garder ou de conforter sa place en donnant naissance à un nouveau-né qui est accueilli avec joie et allégresse dans la société [4]. La santé materno-infantile était au cœur des objectifs du millénaire pour le développement. L'OMS envisage de réduire à moins de 70 sur 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité néonatale à moins de 12 sur 1000 naissances vivantes d'ici 203 [9]. Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [5]. Elles permettent d'éviter plusieurs complications liées à la grossesse, à l'accouchement et aux pathologies sous-jacentes.

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale 34 pour 1000 naissances vivantes selon ED SMV [6].

Dans la région de Koulikoro, le taux de mortalité maternelle est de 0,37% pour 13265 complications et le taux de mortalité néonatale est de 2,64% pour 34256 naissances en 2017[8].

Pour le district sanitaire de kalaban Koro, le taux de mortalité maternelle est de 0,48% pour 628 complications et le taux de mortalité néonatale est de 1,69% pour 4329 naissances en 2017[8].

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique.

Selon les nouvelles recommandations de l’OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive, il faut au moins huit contacts (CPN), deux doses de vaccin anti tétanique et contre la diphtérie (TD) pour les femmes qui n’ont jamais été vaccinées et une dose de TD rappelle pour les autres, au moins cinq doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) et le Fer Acide Folique (FAF) (CPN8, TD2+, FAF, SP5 ou plus)[9, 17].

# **ENONCE DU PROBLEME**

## *II-ENONCE DU PROBLEME*

Malgré une avancée notoire de la médecine à prévenir les décès maternels et néonataux attribuables à la grossesse et à l'accouchement, beaucoup de pays d'ASS enregistrent des taux de mortalité maternelle et néonatale alarmants [11].

Selon l'OMS, environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement [13].

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment là. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes:

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

Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme et le VIH durant la grossesse [13].

Grâce aux soins prénatals, il est possible de détecter et de gérer des affections telles que l'hypertension, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/sida et le paludisme, tout en encourageant l'immunisation et l'usage de suppléments nutritionnels, la prévention de la transmission mère enfant liée au VIH/sida et la préparation à l'accouchement. La période prénatale offre également aux femmes la possibilité de s'informer sur les moyens d'espacer ou de limiter les naissances à l'avenir. Ces moyens constituant des facteurs importants pour l'amélioration des chances de survie de la mère et de son enfant [12].

En Afrique par contre, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services prénatals est de 83% pour le Niger, 89 % pour la Côte d'Ivoire ,90% au Congo,

95% au Sénégal, 43% dans les pays comme le Tchad et 34% au Ethiopie montrant ainsi les disparités de cet indicateur de la santé maternelle en Afrique [14].

La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées. Le taux de mortalité néonatale dans le monde est estimé à 28/1 000 naissances vivantes soit 2,7 millions en 2015 [13]. Les principales causes de mortalité néonatale sont les suivantes : naissances prématurées (10,5%), infections (5,9%), asphyxie et traumatisme (10,2%), tétanos néonatal (0,9%), anomalies congénitales (2,3%), maladies diarrhéiques (9,6%), autres causes néonatales (2,3%) [14].

Au Mali la situation socio sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale avec respectivement 368 pour 100 000 naissances vivantes et 34 pour 1 000 naissances vivantes [15].

Malgré les actions entreprises par le gouvernement à savoir : l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel sur la CPN recentrée, la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur la CPN, le don de moustiquaires au cours des CPN. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals est de 70% par contre 29% n'ont effectué aucune consultation prénatale. Seulement un peu plus de trois femmes sur dix (35%) ont effectué au moins les quatre visites recommandées. Dans 28 % des cas, elles n'ont effectué que 2-3 visites prénatales et, dans seulement 6 % des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite. Ces résultats montrent que le manque de soins prénatals pose un problème, ce qui n'est pas étrange du taux de mortalité élevé [15].

# CADRE THEORIQUE

### **III-Cadre théorique**

#### **1. Revu critique de la littérature**

Selon l’OMS CPN c’est une démarche permettant de garantir à chaque patiente l’assortissement d’actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, résultat et de contact humain.

#### **❖ Historique de la consultation prénatale**

C’est après la seconde guerre mondiale que les programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants ont véritablement commencé.

A la lumière des évènements mondiaux, on s’est vite rendu compte qu’il était dans l’intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l’homme proclamée par l’organisation des Nations unies (UN) nouvellement créées, leurs a fixé l’obligation d’assurer une aide et une assistance spéciales aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d’ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans au paravent. On s’est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu’un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l’appel pour une action en faveur d’une maternité sans risque explicitement qualifié « de profondément enraciné dans l’environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société » Au cours du XXème siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l’homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l’enfant [10].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituaient une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse [21]. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [23].

Des données factuelles récentes suggèrent que le modèle de soins prénatals ciblés, qui a été élaboré dans les années 1990, est probablement associé à une mortalité périnatale plus importante que les modèles qui comprennent au moins huit visites de soins prénatals entre la femme ou l'adolescente enceinte et le prestataire de soins[27].

En 2015 près de 303000 femmes et adolescentes sont décédées à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement [18].

#### ❖ **La consultation prénatale [9, 17].**

##### **a. Concept**

Pour diminuer les complications de la grossesse, de l'accouchement; réduire la mortalité, mortalité périnatale et améliorer le vécu des soins par les femmes.

L'OMS recommande des modèles de soins prénatals prévoyant au moins huit contacts pour une expérience positive de la grossesse.

### **b. Principes de la C.P.N**

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine et pyriméthamine ;
- supplémentation en fer acide folique, vaccination contre le tétanos et la diphtérie ;
- la préparation à l'accouchement.

### **c. Les objectifs de la CPN**

Faire le diagnostic de la grossesse

Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ;

Surveiller le développement du fœtus ;

Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;

Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic du travail ;

Faire le pronostic de l'accouchement ;

Eduquer et informer les mères.

### **d. Calendrier de CPN**

L'OMS recommande un minimum de huit (8) contacts (un au premier trimestre, deux au deuxième trimestre, et cinq au troisième trimestre) [9] :

**1ère CPN** : jusqu'à 12 semaines (pour diagnostiquer la grossesse et identifier les facteurs de risque) ;

**2ème CPN** à 20 semaines ;

**3ème CPN** à 26 semaines ;

**4ème CPN** à 30 semaines ;

**5ème CPN** à 34 semaines ;

**6ème CPN** à 36 semaines ;

**7ème CPN** à 38 semaines ;

**8ème CPN** à 40 semaines ;

Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.

#### **e. Matériels de CPN**

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

#### **Les matériels nécessaires sont**

Une table de consultation gynécologique

Une source lumineuse

Un appareil à tension, un stéthoscope médical

Une toise et une pèse personne

Un mètre ruban, un thermomètre

Un stéthoscope obstétrical de pinard.

Des spéculums

Des gants stériles

Matériels pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres

Lames fixatrices

Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques

Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine, de nitrite,

Solutions antiseptiques

Un Sceau contenant une solution désinfectante

#### **f. Les étapes de la C.P.N**

##### **Préparer la C.P.N**

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

##### **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 (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

**NB :** les clientes seront prises par ordre d'arrivée, excepté les cas urgents qui sont prioritaires.

### **Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement**

- Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable)
- Recueillir les informations sur l'identité de la gestante
- Rechercher les antécédents médicaux ;
- Rechercher les antécédents chirurgicaux ;
- Rechercher les antécédents obstétricaux ;
- Demandé l'histoire de la grossesse actuelle ;
- Rechercher et enregistrer les facteurs de risque ;
- Noter les informations recueillies dans le carnet, le registre de consultation et les fiches opérationnelles.

**NB :** Se référer à la fiche opérationnelle de suivi de grossesse et au carnet pour l'appréciation du risque.

### **Procéder à l'examen**

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec l'examen des seins et du bassin.

#### ✓ **Examen général**

- Observer l'état général (amaigrissement, œdèmes, pâleur, boiterie,) ;
- Peser la femme, mesurer la taille ;
- Prendre la tension artérielle (en position assise) ;
- Prise de la température ;
- Examiner la peau (en recherche de cicatrices et ou de dermatoses) ; les yeux (en recherche d'une anémie, d'ictère, d'exophtalmie) ; la bouche (gingivite, carie dentaire) ;
- Palper les aires ganglionnaires ;

-Faire l'auscultation cardio-pulmonaire

-Examiner les membres inférieurs (en recherche de varices, d'œdèmes). Après l'examen obstétrical

✓ **Examen obstétrical**

-Examiner les seins à la recherche de sécrétion ou de nodules

-Palper l'abdomen (en recherche d'une hépato splénomégalie, d'une hernie, d'une cicatrice de césarienne ou de laparotomie, les pôles fœtaux) ; mesurer la hauteur utérine ; écouter les BCF

-Placer le spéculum pour observer l'état du col et du vagin

-Faire une touche vaginale

**-Examen du bassin**

Il est constitué de trois éléments différents : le détroit supérieur, le détroit moyen et le détroit inférieur. Et son examen est surtout important au troisième trimestre de la grossesse pour faire le pronostique de l'accouchement.

❖ Le détroit supérieur

C'est une structure très indispensable pour le bon déroulement de l'accouchement. Elle est fixe et ne se transforme pas lors du travail. Il constitue le plan d'engagement de la présentation fœtale. Il est limité en avant par la partie postéro-supérieure de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées, et en arrière par le promontoire. Les dimensions utiles sont représentées par le diamètre promonto-retro pubien et le diamètre transverse médian qui sont respectivement de 10,5cm et de 12,5cm en moyenne. La somme de ces deux diamètres définit l'indice de Magnin, elle est normale si elle est supérieure ou égale à 23cm.

❖ Le détroit moyen

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

❖ Le détroit inférieur

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

#### **Demande les examens complémentaires indispensables**

- A la première consultation :

Demande le groupe sanguin / rhésus ;

Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)

Demande le test d'Emmel,

Le Bordet Wassermann (BW) ;

Albumine / sucre dans les urines ;

Demander de faire le test VIH après counseling ;

Antigène HBS.

L'échographie obstétricale

**Dans les nouvelles recommandations de l'OMS pour les soins prénatals, une échographie est recommandée avant 24 semaines de grossesse pour toutes les femmes enceintes pour :**

- ❖ Estimer l'âge gestationnel ;
  - ❖ Améliorer la détection des anomalies fœtales et des grossesses multiples ;
  - ❖ Améliorer le vécu de la grossesse par les femmes
- **Une échographie après 24 semaines de grossesse** (échographie tardive) n'est pas recommandée chez les femmes enceintes qui ont bénéficié d'une échographie précoce ; les parties intéressées devraient envisager de proposer une échographie tardive aux femmes enceintes qui n'ont pas eu d'échographie précoce ;
- **Le matériel d'échographie peut également être utilisé** pour d'autres indications (urgences obstétricales, par exemple) ou par d'autres services médicaux

#### **Les examens complémentaires non indispensables**

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

peut énumérer : la sérologie rubéole (IgG -IgM), la sérologie toxoplasmose (IgG - IgM), la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc. La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la **C.P.N** recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

#### - **Les autres consultations**

. Demander Albumine / sucre dans les urines ;

La toxoplasmose ; la rubéole

Les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante peuvent être demandés.

#### **Prescrire les soins préventifs**

- Vacciner la femme contre le tétanos et la diphtérie

Deux doses à un intervalle d'un mois pendant la grossesse et un rappel six mois après la 2eme dose (chez une femme qui n'a jamais été vaccinée) ; pour la femme déjà vaccinée, faire un rappel en vue de prévenir la mortalité néonatale due au tétanos.

- Prescrire la sulfadoxine-pyriméthamine (SP)

La dose recommandée en traitement préventif intermittente-sulfadoxine-pyriméthamine (TPI-SP) lors de la CPN est de 1 comprimé pour 20kg sans dépasser 3 comprimés soit 1500mg/75mg en prise unique ; doit être débuté (entre 13 et 16 semaines) avec souvent la sensation de mouvement fœtal à un intervalle d'au moins 1 mois jusqu'à l'accouchement.

-L'état nutritionnel satisfaisant permet d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité périnatales.

Il faut une alimentation équilibrée et suffisante chez la femme enceinte. La grossesse entraîne donc un accroissement des besoins nutritionnels de la femme estimés de 2000 à 2500 kilocalories par jour.

La supplémentation au cours de la grossesse améliore en outre le poids de naissance et la qualité du lait maternel. Le développement du fœtus et de l'utérus au cours de la gestation entraîne un accroissement des besoins en nutriments notamment le fer et l'acide folique, les oligo-éléments, les vitamines (A, D, C) qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces éléments ne sont pas couverts, il s'en suit une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé d'accouchements prématurés ou de morts fœtales in utero.

Le traitement de l'anémie chez la femme enceinte est basé sur l'administration du fer et de l'acide folique, exceptionnellement la transfusion sanguine dans les formes sévères et décompensées.

Au Mali, les normes et procédures recommandent que les femmes doivent recevoir :

✓ Une supplémentation quotidienne de 30 à 60 mg de fer et 400 µg d'acide folique (1cp) pendant toute la grossesse et les trois premiers mois du postpartum;

✓ **Du 2<sup>ème</sup> au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse à 3mois après accouchement :**

Donner 120mg de fer élément et 800mg µg d'acide folique par jour (2cp)

✓ Si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise **au moins 6 mois après l'accouchement.**

✓ Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant **au moins 6 mois.**

-Le déparasitage (Albendazole 1comprimé 400mg à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse).

-Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants et la planification familiale ;

-Donner à la femme séropositive toute les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'allaitement et en suite soutenir son choix.

**✚ Prescrire le traitement curatif, si nécessaire**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

**✚ Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille**

Identifier un prestataire compétent ;

Identifier le lieu d'accouchement ;

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

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

Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;

Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

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 utérines régulières et douloureuses ;

Glaires striées de sang (bouchon muqueux) ;

Modification du col (effacement et dilatation).

➤ **Signes de danger chez la femme enceinte**

Saignements vaginaux ;

Respiration difficile ;

Fièvre ;

Douleurs abdominales graves ;

Maux de tête prononcés/visions troubles ;

Vertige,

Les bourdonnements d'oreille convulsion / pertes de conscience ;

Contraction utérine avant 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;

Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus ;

Pertes sanglantes ;

Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

#### **Donner le prochain rendez-vous**

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 8 au moins :

+ Une au 1er trimestre

+ Deux au 2<sup>ème</sup> trimestre

+ Cinq au 3<sup>ème</sup> 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**

##### **Consultation Périnatale de suivi**

- En plus des gestes de la CPN initiale,

- Rechercher les signes de danger :

+ Symptômes et signes de maladies

+ Identifier une Présentation vicieuse

+ Problèmes / changement 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 remercié.

##### **g-Prise en charge des pathologies et des complications.**

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

##### **h. L'examen clinique obstétrical en début de grossesse**

Il est nécessaire avant 12 SA ; ayant comme objectifs :

- Confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable,

- Evaluer les facteurs de risque et connaître la gestante: environnement social, familial et professionnel.

A l'issue de cette première consultation, il convient de :

- déclarer légalement la grossesse selon un formulaire remis à la gestante avec la prescription d'examens biologiques obligatoires;

- établir un plan de surveillance avec notamment les rendez- vous des prochaines consultations et des examens Echographiques;

- formuler des conseils.

### **i. L'examen d'une femme enceinte en salle de travail (à l'admission)**

. Expliquer le déroulement de l'examen à la femme.

#### **Faire l'examen général**

- Demander à la femme d'uriner.
- Prélever un échantillon d'urines pour l'examen à la bandelette.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Aider la femme à s'installer sur la table d'accouchement.
- Procéder à un sondage vésical si la femme n'a pas pu uriner.
- Prendre les constantes (TA, température, pouls, fréquence respiratoire).
- Vérifier l'état des conjonctives.
- Rechercher les œdèmes au niveau du visage et des membres inférieurs.
- Procéder à une toilette vulvaire avec de l'eau savonneuse ou un antiseptique.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.

#### **Faire l'examen obstétrical de la parturiente :**

- Faire l'inspection de l'abdomen (sa forme, la présence de cicatrice, son axe de développement).
- Mesurer la hauteur utérine (HU) en cm.
- Palper l'abdomen (position du fœtus ; localisation des pôles fœtaux).

- Apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines (CU) en les comptants.
- Rechercher et compter les bruits du cœur du fœtus (BCF) après une contraction utérine douloureuse.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Porter des gants stériles et non des doigtiers.
- Faire un toucher vaginal et apprécier 5 éléments essentiels :
  - **Le périnée** : longueur, état, présence d'une étroitesse ou d'une béance vulvaire ;
  - **Le col** : les modifications du col utérin (sa position, sa consistance, sa longueur et son degré de dilatation) ; le segment inférieur constitué ou pas ;
  - **L'état de la poche des eaux** : absente, présente (plate ou bombante) ;
  - **La présentation** : la hauteur (la descente) ; le nombre de cm qui séparent la présentation du niveau des épines sciatiques ; la nature, la variété et l'orientation de la présentation ;
  - **Le bassin son orientation ; le type de bassin** : normal, limite, rétréci ou asymétrique ; l'état des parties molles (les releveurs de l'anus, les muscles du périnée).
- Plonger les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Retirer les gants et les mettre dans la solution de décontamination.
- Se laver les mains avec du savon et les essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Poser le diagnostic du travail.
- Etablir le pronostic de l'accouchement.
- Informer la femme des résultats de l'examen.
- Noter les informations recueillies sur le partographe.

## **2. Justification de l'étude**

Il est établi que les soins prénatals concourent à une issue favorable de l'accouchement. Ils sont délivrés lors des consultations prénatales (CPN) faites dans le respect des normes et du calendrier définis. La CPN permet de sensibiliser les gestantes sur les signes d'alerte et de danger, de détecter et de traiter précocement les situations à risque et d'améliorer le recours à l'aide appropriée lors de l'accouchement.

L'absence ou la sous-utilisation des soins prénatals est associée à plus de complications maternelles (décès, infections puerpérales, accouchements prématurés) et périnatales : RCIU, faible poids de naissance et mortinatalité.

De nos jours aucune étude n'a été réalisée au centre de santé de référence de Kalaban Koro sur la relation qui existerait entre l'absence de suivi de la grossesse (CPN) et l'issue de la grossesse, d'où l'intérêt de cette étude.

## **3- OBJECTIFS**

### *3. a. Objectif général*

Etudier les grossesses non suivies au centre de santé de référence de Kalaban Koro.

### *3. b. Objectifs spécifiques*

- Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de Kalaban Koro.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes enceintes non suivies au CSRéf de Kalaban Koro
- Déterminer les complications maternelles et fœtales au cours des grossesses non suivies au CSRéf de Kalaban Koro.
- Déterminer les facteurs déterminants le non suivie de la grossesse au CSRéf de Kalaban Koro.

# METHODOLOGIE

## IV- METHODOLOGIE

### 4-1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Kalaban Koro; qui a été créé le 9 juillet 2013 ; dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement malien.

**a) Population:** la population de kalaban Koro est cosmopolite, et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient dans une parfaite symbiose. La majorité de cette population est jeune. La population du district sanitaire de kalaban Koro s'élevait à 330855hbts en 2018.

### **b) limites ou situation géographique du CSRéf**

Le centre de sante de référence de Kalaban Koro est limité :

- à l'est par le grand marché de kalaban Koro.
- à l'ouest par le fleuve Niger.
- au nord par la gendarmerie et par la route qui part à Kabala.
- au sud par la sous-préfecture.

Le service est dirigé par un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique.

**c) Composition du centre :** le CSRéf de kalaban Koro compte plusieurs services: L'administration ; la pharmacie ; le service d'odonto- stomatologie ; ORL ; l'ophtalmologie ; le service de médecine générale avec deux salles de consultations; le service de pédiatrie; le service de gynécologie et d'obstétrique ; le service de chirurgie générale ; le laboratoire d'analyse biomédicale ; la morgue

### 4.2. Description du service de gynécologie obstétricale: **le service de gynéco-obstétrique est composé de:**

- un bloc opératoire avec 2 salles d'opération
- une grande salle d'hospitalisation ;
- deux petites salles d'hospitalisation à deux lits ;
- une grande salle de toilette ;

- une salle de travail avec un lit et une table d'accouchement compte tenu du caractère exigü de la salle d'accouchement ;
- une salle d'accouchement comportant deux tables ;
- une salle pour la sage-femme maitresse ;
- une salle de garde pour les sages-femmes ;
- une salle de CPN ;
- trois salles de consultation pour les gynécologues.

Une salle de CPON/PF trois (3) gynécologues obstétriciens, un (01) infirmier anesthésiste réanimateur ; vingt un (21) sages-femmes dont une sage-femme maîtresse, dix (10) infirmières.

A ces personnels s'ajoutent les élèves des écoles socio- sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de différentes années dans le cadre de leurs stages de formation et leurs thèses.

### **Les activités du service sont réparties dans la semaine**

- Quatre jours de consultation externes
- Une journée de programme opératoire durant la semaine.
- Cinq jours de visite aux patientes hospitalisées.

Le service assure une garde autonome quotidienne.

Les urgences sont prises en charge par une équipe de permanence entre 8 h - 18 h et une équipe de garde de 18 h à 8 h du matin.

Chaque équipe se compose d'un gynécologue d'astreinte, parfois d'un DES en gynécologie et d'obstétrique, d'un médecin, d'une sage-femme, d'un thésard, d'une infirmière obstétricienne.

Chaque salle de consultation gynécologique est dotée d'un bureau avec trois chaises, une armoire, une table de consultation gynécologique, un lavabo, du matériel pour l'examen gynécologique (spéculum, gants en vrac, une cuve contenant une solution antiseptique).

### **4.3. Matériels et méthodes**

#### **4.3.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale.

#### **4.3.2. Période d'étude**

Notre étude a été effectuée sur huit(8) mois allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 Aout 2018.

**4.3.3. Population d'étude :** l'étude a porté sur toutes les femmes enceintes non suivies ayant accouché à la maternité du CSRéf de kalabancoro au cours de la période d'étude.

##### **4.3.3.1. Critères d'inclusion**

✓ Ont été incluses dans notre étude

Les femmes qui ont accouché à la maternité du CSRéf au cours de la période d'étude ; mais n'ayant effectué aucune CPN.

##### **4.3.3.2 Critères de non inclusion**

✓ N'ont pas été incluses dans l'étude

- Les accouchées n'ayant effectué aucune CPN et ayant refusé de participer à l'étude.
- Les femmes qui ont effectué au moins une seule CPN.

#### **4. 3.4. Echantillonnage**

Il s'agissait d'une sélection exhaustive portant sur toutes les accouchées n'ayant fait aucune consultation prénatale (CPN=0) et qui ont été enregistrées dans le service au cours de la période d'étude.

#### **4.3.5-La collecte des données**

✓ **Supports des données et outils de collectes**

Nous avons utilisé comme supports et outils :

- une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- le registre d'accouchement ;
- les dossiers d'hospitalisation;
- le registre de compte rendu opératoire.

✓ **Technique de collecte des données**

La technique a consisté à faire une lecture des dossiers d'hospitalisations et leur consignation sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela a été nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers d'hospitalisations.

✓ **Déroulement de l'enquête**

Nous avons établi un questionnaire de 4 pages avec 47 questions. Un pré-test du questionnaire a été fait à partir de plusieurs dossiers avant la saisie des données.

L'enquête a duré huit (8) mois.

✓ **Les variables étudiées**

**a. Statut sociodémographique**

- L'âge; la résidence; l'ethnie; le statut matrimonial; la profession de la femme; le niveau d'étude de la femme; la profession du conjoint.

**b. Admission**

-le mode d'admission; motif d'admission

**c. Antécédents médicaux**

- HTA ; cardiopathie ; drépanocytose ; diabète ; asthme ; hépatopathie ; néphropathie ; pneumopathie.

**d. Antécédents chirurgicaux**

- Césarienne ; myomectomie ; salpingectomie ; hystérorraphie.

**e. Antécédents obstétricaux**

-Gestité ; parité ; nombre mort-né ; nombre vivant ; nombre Avortement ; nombre décédé ; intervalle inter-génésique.

**f. Examen général**

-Etat général ; coloration des conjonctives ; tension artérielle ; température ; œdème ; taille ; poids.

**g. Examen obstétrical**

-Hauteur utérine ; bruits du cœur fœtal ; contractions utérines ; âge présumé de la grossesse ; dilatation du col à l'admission ; la présentation du fœtus ; l'état du bassin ; les membranes.

**h. Bilan**

-Taux d'hémoglobine ; groupage / rhésus ; protéinurie ; glycosurie ; Bordet Wassermann(BW) ; test d'Emmel ; autre.

**i. Accouchement**

-Le mode d'accouchement ; l'épisiotomie ; le mode de délivrance ;

**j. Les complications obstétricales**

-Hémorragie ; HTA sévère (prééclampsie) ou éclampsie. ; Infection amniotique ; procidence du cordon ; rupture utérine ; placenta prævia (PP) ; éclampsie ; Hématome retro-placentaire (HRP)

**k. les suites de couche**

-Simples ; anémie ; suppuration pariétale ; endométrite ; éviscération ; pelvis-péritonite ; éclampsie ; septicémie ; paludisme ; hémorragie du post-partum immédiat et tardif.

**l. Pronostic maternel**

-Vivante ; décédée.

**m. Pronostic fœtal**

-Le score d'Apgar ; la morbidité fœtale.

**4.3.7-Analyse et traitement des données**

Les données ont été saisies puis analysées par le logiciel SPSS Version 21.0.

**4.4. Définitions opérationnelles**

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

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

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

- ❖ **Grossesse normale** : une grossesse est dite normale si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant [20].
- ❖ **Grossesse pathologique** : une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de laquelle survient un événement qui comporte un risque soit pour la mère soit pour l'enfant voire pour les deux.
- ❖ **L'accouchement** : est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [19].
- ❖ **Accouchement prématuré** : c'est un accouchement qui survient entre la 28<sup>ème</sup> semaine révolue et la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée [17].
  - **La dystocie** : est un accouchement difficile quel que soit la difficulté. **Elle peut être** :
    - mécanique par (anomalie du mobile fœtal ; du bassin maternel)
    - dynamique par (anomalie du moteur utérin ; anomalie du col) [34].
  - ❖ **La césarienne** : l'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie ou par voie vaginal.
  - ❖ **L'hémorragie du post-partum** : est définie comme une perte sanguine supérieure ou égale à 500 ml pendant ou immédiatement après la délivrance 3<sup>ème</sup> phase du travail, lors d'un accouchement par voie naturelle ou supérieure à 1000 ml, en cas de césarienne.
  - ❖ **La morbidité maternelle** : la morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort.
  - ❖ **La mortalité maternelle** : c'est le décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la

durée ou la localisation , pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [9].

**La mortalité néonatale :** c'est le décès qui touche les nouveau-nés ayant respiré, jusqu'à 28 jours révolus.

-**Gestité :** nombre total de grossesses contractées par une femme

-**Primigeste :** il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

-**Pauci geste :** c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

-**Multi geste:** c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

-**Grande multi geste:** il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.

-**Parité :** nombre total d'accouchement d'une femme.

-**Nullipare:** il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

-**Primipare:** c'est une femme qui a accouché une fois.

-**Pauci pare:** c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.

-**Multipare:** c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.

-**Grande multipare:** il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus

-**Intervalle inter génésique:** c'est la période écoulée entre la fin de la dernière grossesse c'est-à-dire l'accouchement et le début de la grossesse actuelle.

-**Hypertension artérielle :** lorsque la tension artérielle systolique est supérieure ou égale à 140 millimètres de mercure et/ou la diastolique supérieure ou égale à 90 millimètres de mercure [24].

-**Anémie :** est définie chez la femme enceinte avec un taux d'hémoglobine inférieur à 11 Grammes par 100 millilitres [25].

-**Référence :** c'est l'orientation d'une patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence [25].

-**Evacuation :** c'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence [25].

#### **4.5. Aspects éthiques**

Le consentement éclairé verbal des gestantes a été demandé et obtenu avant le démarrage de l'étude.

# RESULTATS

## V. Résultats

### 5.1. La fréquence

Nous avons enregistré 1725 accouchements dont 126 cas de grossesse non suivies, soit une fréquence de 7,3%.

### 5.2. Profil sociodémographique des femmes

**Tableau I** : répartition des gestantes selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
<15ans	1	0,8
<b>15-25ans</b>	<b>71</b>	<b>56,3</b>
26-35ans	46	36,5
36-45ans	8	6,3
Total	126	100%

La tranche d'âge de 15-25 ans était la plus représentée avec une fréquence de 56,3%. La plus jeune des accouchées avait 14ans.

**Tableau II** : répartition des gestantes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Mariée</b>	<b>107</b>	<b>84,9</b>
Célibataire	15	11,9
Divorcée	2	1,6
Veuve	2	1,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les mariées étaient les plus fréquentes avec 84,9%.

**Tableau III** : répartition des gestantes selon leur profession

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménagère</b>	<b>98</b>	<b>77,8</b>
Elève/étudiante	12	9,5
Autres	10	7,9
Vendeuse	3	2,4
Commerçante	3	2,4
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

\*Autres : les aides ménagères ; les teinturières ; les coiffeuses.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 77,8% de cas.

**Tableau IV** : répartition des gestantes selon leur niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non scolarisée</b>	<b>73</b>	<b>57,9</b>
Ecole coranique	18	14,3
Primaire	17	13,5
Secondaire	17	13,5
Supérieur	1	0,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées avec 57,9% dont une femme de niveau supérieur.

**Tableau V** : répartition des gestantes selon la profession du conjoint

<b>Profession du conjoint</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ouvrier</b>	<b>55</b>	<b>44,5</b>
Autres	38	30,2
Cultivateur	19	15,1
Commerçant	12	9,5
Enseignant	1	0,8
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les ouvriers dominaient avec 44,5% de l'échantillon suivis des autres (les marabouts ; les tailleurs ; les gardiens) avec 30,2%.

### 5.3. Données cliniques :

**Tableau VI** : répartition des gestantes selon le mode d'admission

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>58</b>	<b>46</b>
Référée	50	39,7
Evacuée	18	14,3
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les patientes référées et évacuées par d'autres structures sanitaires représentaient respectivement 39,7% et 14,3%.

**Tableau VII** : répartition des gestantes selon la structure de référence évacuation

<b>Si référée/évacuée provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>CSCCom</b>	<b>56</b>	<b>82,4</b>
Cabinet médical	12	17,6
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Les femmes adressées par les CSCCom représentaient 82,4% des cas.

**Tableau VIII** : répartition des gestantes selon leur antécédent médical

<b>Antécédent médicaux</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Pas d'antécédent</b>	<b>115</b>	<b>91,3</b>
HTA	7	5,6
Drépanocytose	2	1,6
Diabète	1	0,8
Asthme	1	0,8
Total	126	100%

Dans notre étude, 5,6% des femmes avaient un antécédent d'HTA.

**Tableau IX** : répartition des gestantes selon leur antécédent chirurgical

<b>Antécédent chirurgicaux</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Pas d'antécédent</b>	<b>118</b>	<b>93,7</b>
Césarienne	5	4
GEU (Salpingectomie)	3	2,4
Total	126	100%

Dans cette étude, 4% avaient un antécédent de césarienne.

**Tableau X** : répartition des gestantes selon la gestité

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Grande multi geste</b>	<b>40</b>	<b>31,7</b>
Primigeste	39	31
Multi geste	24	19
Pauci geste	23	18,3
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les grandes multi gestes et les primigestes étaient les plus représentées soit 31,7% et 31%.

**Tableau XI** : répartition des gestantes selon la parité

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Primipare</b>	<b>62</b>	<b>49,2</b>
Pauci pare	25	19,8
Grande multipare	21	16,7
Multipare	18	14,3
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Les primipares représentaient 49,2% et les grandes multipares 16,7% des gestantes.

**Tableau XII** : répartition des gestantes selon leur tension artérielle à l'entrée

<b>Tension artérielle en mm hg</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normale</b>	<b>95</b>	<b>75,4</b>
Hypertension	24	19
Hypotension	7	5,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

A l'admission, 19,0% des patientes avaient l'hypertension artérielle.

**Tableau XIII** : répartition des gestantes selon la présence des œdèmes des membres inférieurs à l'entrée

<b>Œdèmes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Non</b>	<b>114</b>	<b>90,5</b>
Oui	12	9,5
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

A l'entrée du centre, 90,5% des patientes n'avaient pas d'œdèmes des membres inférieurs.

**Tableau XIV** : répartition des gestantes selon la hauteur utérine à l'admission

<b>Hu en cm</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<30	26	20,6
<b>30-35</b>	<b>98</b>	<b>77,8</b>
>35	2	1,6
Total	126	100%

Au cours de notre étude, les patientes qui avaient une hauteur utérine comprise entre 30-35cm ; étaient fréquentes avec 77,8% des cas.

**Tableau XV** : répartition des gestantes selon l'état des bruits du cœur fœtal

<b>BDCF en btm/mn</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Absent	17	13,5
<120	1	0,8
<b>120-160</b>	<b>107</b>	<b>84,9</b>
>160	1	0,8
Total	126	100%

Les bruits du cœur fœtal étaient absents dans 13,5% des cas.

**Tableau XVI** : répartition des gestantes selon le terme de la grossesse

<b>Age présumé de la grossesse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
A terme	109	86,5
Non à terme	17	13,5
Total	126	100%

Dans l'étude, 13,5%des patientes ont accouché prématurément.

**Tableau XVII** : répartition des gestantes selon la phase du travail d'accouchement

<b>Phase du travail d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Phase active</b>	<b>108</b>	<b>85,7</b>
Phase de latence	18	14,3
Total	126	100%

A l'admission, 85,7%des parturientes étaient en phase active du travail d'accouchement.

**Tableau XVIII** : répartition des gestantes selon le type de présentation du fœtus

<b>Présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Céphalique</b>	<b>115</b>	<b>91,3</b>
Siège	9	7,1
Transversale	2	1,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

La présentation céphalique était la plus représentée avec une fréquence de 91,3%.

**Tableau XIX** : répartition des gestantes selon l'état du bassin

<b>Bassin</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normal</b>	<b>114</b>	<b>90,5</b>
Limite	10	7,9
BGR	2	1,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

Le bassin était limite chez 7,9% des parturientes.

**Tableau XX** : répartition des gestantes selon l'état de la poche des eaux

<b>Membranes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Intactes</b>	<b>80</b>	<b>63,5</b>
Rompues	46	36,5
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>

La poche des eaux était rompue chez 36,5% des parturientes.

**Tableau XXI** : répartition des gestantes selon le délai de rupture de la poche des eaux.

<b>Si rompues</b>	Effectif	Pourcentage
<b>&lt;6heures</b>	<b>37</b>	<b>80,4</b>
6-12heures	5	10,9
>12heures	4	8,9
Total	46	100%

Le délai de rupture des membranes était supérieur à 12heures dans 8,9% des cas.

**Tableau XXII** : répartition des gestantes selon l'aspect du liquide amniotique

<b>Coloration du liquide</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Amniotique</b>		
<b>Clair</b>	<b>106</b>	<b>84,1</b>
Teinté	20	15,9
Total	126	100%

**NB** : teinté peut être : jaunâtre ; verdâtre ; purée de pois.

Le liquide amniotique était teinté chez 15,9% des cas.

**Tableau XXIII** : répartition des gestantes selon la voie d'accouchement

<b>Mode d'accouchement</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Voie basse simple</b>	<b>111</b>	<b>88,1</b>
Césarienne	12	9,5
Ventouse/forceps	3	2,4
Total	126	100%

La césarienne a été réalisée dans 9,5% des cas.

**Tableau XXIV** : répartition des gestantes selon l'indication de la césarienne

<b>Si césarienne indication</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Dilatation stationnaire</b>	<b>3</b>	<b>25</b>
BGR	2	16,7
Echec de l'épreuve utérine par souffrance fœtale	2	16,7
Présentation de l'épaule	2	16,7
Macrosomie fœtale	1	8,3
Syndrome de pré-rupture utérine	1	8,3
Utérus tri cicatriciel en travail	1	8,3
Total	12	100%

Dans l'étude, 25% de nos césariennes avaient pour indication la dilatation stationnaire.

**Tableau XXV** : répartition des gestantes selon l'épisiotomie

<b>Episiotomie</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Non</b>	<b>100</b>	<b>79,4</b>
Oui	26	20,6
Total	126	100%

Dans notre étude, 20,6% des patientes ont subi une épisiotomie au cours de l'accouchement.

**Tableau XXVI** : répartition des gestantes selon l'indication de l'épisiotomie

<b>Si épisiotomie indication</b>	Effectif	Pourcentage
<b>Périnée rigide</b>	<b>13</b>	<b>50</b>
Accouchement prématuré	6	23,1
Présentation de siège	5	19,2
Ventouse	2	7,7
Total	26	100%

Le périnée rigide a été l'indication prédominante avec un taux de 50% suivi de l'accouchement prématuré avec 23,1%.

**Tableau XXVII** : répartition des gestantes selon le type de délivrance

<b>Délivrance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Active dirigée (GATPA)</b>	<b>121</b>	<b>96</b>
Artificielle	5	4
Total	126	100%

La délivrance active dirigée était plus effectuée avec un taux de 96%.

## 5.4. Pronostic

### 5.4.1. Maternel

Au cours de notre étude, parmi les 126 gestantes 28 ont présenté des complications obstétricales en per et post partum.

**Tableau XXVIII**: répartition des gestantes selon le type de complications obstétricales

Complications obstétricales	Effectif	Pourcentage
<b>HTA sévère</b>	<b>8</b>	<b>28,6</b>
Hémorragie de la délivrance	5	17,8
Déchirure des parties molles	4	14,3
Procidence du cordon	4	14,3
Autres	4	14,3
Eclampsie	2	7,1
Souffrance fœtale	1	3,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

❖ Autres : HRP ; rupture utérine ;

Hypertension artérielle sévère représentait un taux de 28,6% suivie de l'hémorragie de la délivrance avec 17,8% ; par contre l'éclampsie et la souffrance fœtale étaient moyennement représentées avec 7,1% et 3,6%.

**Tableau XXIX** : répartition des gestantes selon les suites de couches

Suites de couche	Effectif	Pourcentage
<b>Anémie</b>	<b>78</b>	<b>61,9</b>
Simple	34	25,4
Hémorragie du post-partum immédiat	6	4,5
Autres	5	3,7
Eclampsie	4	2,9
Suppuration pariétale	1	0,7
Paludisme	1	0,7
Total	134	100%

- Autres : infection uro génitale; VIH.

L'anémie représentait 61,9%des cas.

**Tableau XXX**: répartition des gestantes selon le traitement reçu en post-partum

Traitement médicaux	Effectif	Pourcentage
<b>Fer à dose curative</b>	<b>101</b>	<b>67,8</b>
Autres	11	7,4
Anti hypertenseurs	11	7,4
Utero toniques	10	6,7
Antibiotiques	8	5,4
Transfusion/macromolécules	7	4,7
Antipaludiques	1	0,7
Total	126	100%

- Autres : Sérum anti D ; ARV

Dans l'étude, 67,8% des gestantes ont bénéficié du fer à dose curative et 4,7% ont été transfusées.

## 4.2 Fœtal

**Tableau XXXI** : répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> et à la 5<sup>ème</sup> minute

Score d'Apgar	Apgar à une minute		Apgar à cinq minutes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
≥7 (bon score)	106	83,5	109	85,8
4-6(morbide	7	5,5	4	3,14
Mort-né	14	11,1	14	11,1
Total	127	100%	127	100%

Nous avons enregistré 11,1% de cas de mort-nés

**Tableau XXXII** : répartition des nouveau-nés selon le type de morbidité

Morbidité fœtale	Effectif	Pourcentage
<b>Prématurité</b>	<b>16</b>	<b>42,1</b>
Hypotrophie	14	36,8
Autres	6	15,8
Malformation	1	2,6
Macrosomie fœtale	1	2,6
Total	38	100%

❖ Autres : souffrance néonatale ; décès néonatales; les RPM.

Dans l'étude, 42,1% des nouveau-nés sont nés prématurément et 36,8% d'hypotrophie.

**Tableau XXXIII** : répartition des nouveau-nés selon le pronostic vital

Fœtus	Effectif	Pourcentage
<b>Vivant non référé</b>	<b>67</b>	<b>52,7</b>
Vivant référé	45	35,4
Mort-né frais	9	7,1
Mort-né macéré	5	3,9
Décédé	1	0,8
Total	127	100%

Parmi les nouveau-nés, 35,4% ont été référés en néonatalogie.

**Tableau XXXIV** : répartition des patientes selon les raisons de non réalisation des CPN

CPN non faite motif	Effectif	Pourcentage
<b>Pas d'argent</b>	<b>71</b>	<b>56,34</b>
Autres	23	18,3
Pas de motif	16	12,7
Mauvais accueil des prestataires	10	7,9
Distance du centre	6	4,8
Total	126	100%

❖ Autres : grossesse non désirée ; refus du conjoint.

Le manque de moyen a été le principal motif de non réalisation des CPN avec une fréquence de 56 ,34%.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **6.1. Les limites de l'étude**

Notre travail se situe dans le cadre d'une étude transversale descriptive sur l'étude des grossesses non suivies au centre de santé de référence de Kalaban Koro

Nous avons été confrontés au cours de notre étude à des problèmes tels que la réticence de certaines gestantes liée à la douleur des contractions utérines face aux questions.

Mais cette insuffisance n'entame pas la qualité des données.

### **6.2. La fréquence**

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 1725 accouchements dont 126 cas de grossesses non suivies, soit une fréquence de 7,3%. Cette fréquence retrouvée par notre étude est inférieure à celle rapportée par DEMBELE.B.D, (10,2%) au CSRéf de la commune II du district de Bamako en 2013[31]. Cette différence pourrait être expliquée par le type et la période d'étude. Notre fréquence est sous estime car certaines femmes non suivies accouché en périphérie sans être admises au CSRéf.

### **6.3- Profil sociodémographique**

#### **➤ L'âge maternel**

Dans notre étude, la tranche d'âge de 15 à 25 ans était la plus représentée avec un taux de 56,3%. Nos résultats montrent qu'une bonne partie des parturientes était constituée d'adolescentes. Ceci pourrait s'expliquer par la survenue de plus en plus fréquente des grossesses chez les adolescentes non mariées. D'autant plus que la pression de l'entourage envers ces jeunes gestantes qui sont moralement fragiles, l'esprit de la majorité des familles maliennes qui préfèrent garder leurs jeunes mères célibataires loin des regards et des commentaires indiscrets du voisinage pourrait avoir des impacts négatifs sur leur motivation à bien prendre soin de leurs grossesses. Dans la littérature, les âges inférieurs à 15ans et supérieurs à 35ans constituent un facteur de risque; en effet la procréation à un âge précoce expose à

plusieurs risques dont le syndrome vasculo-rénal cause semble--il de l'immaturation des vaisseaux utérins [28].Après 35 ans, la grossesse peut s'associer à certaines complications maternelles comme le placenta prævia, les ruptures utérines et les hémorragies du post-partum immédiat. Quant aux risques fœtaux on peut énumérer le retard de la croissance, la prématurité et certaines malformations [28].

➤ **Statut matrimonial**

L'accès aux soins prénatals peut être lié au statut matrimonial de la patiente. Ainsi dans notre étude les célibataires représentaient 11,9%des cas. Le célibat est un facteur de risque de non recours aux soins prénatals, car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant un déshonore à la famille. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressources pour assurer le suivi prénatal.

➤ **Profession de la femme**

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 77,8%. Cette prédominance des ménagères s'explique d'une part par leurs faibles revenus et d'autre part, par leurs occupations domiciliaires importantes; laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal. Ce taux est similaire à celui observé par NIAREA. [29] au CSRéf CII (73%). Cependant, toutes ces études montrent la prédominance des ménagères parmi les autres catégories professionnelles.

➤ **Niveau d'étude**

Dans notre étude, 57,9% des patientes étaient des non scolarisés. Nous n'avons ailleurs observé qu'un seul cas de grossesse non suivie chez les femmes de niveau supérieur. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par SY I. [28] 89,5% des cas. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction constitue un facteur de risque d'exposition aux grossesses non suivies, mais dans tous les cas les non scolarisés sont majoritaires.

➤ **Profession du conjoint**

Dans une société où la plupart des femmes sont financièrement dépendantes de leurs maris, il est tout à fait compréhensible que l'occupation du conjoint ait une

influence sur la qualité de suivi prénatal. Ainsi, avons-nous remarqué que l'activité des conjoints ouvriers a une influence négative sur la qualité de suivi prénatal, alors que celles des commerçants et enseignants protègeraient contre ce phénomène.

#### **6.4-Données cliniques**

##### **➤ Le mode d'admission**

Dans notre étude, les femmes adressées par d'autres structures sanitaires étaient majoritaires avec 54% contre 46% des femmes venues d'elles-mêmes. Ce taux des femmes venues d'elles-mêmes est inférieur à celui rapporté par DEMBELE.B.D en 2013 au CSRéf de la commune II (86,5%) [31].

##### **➤ Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Dans l'étude, les parturientes qui n'avaient aucun antécédent médical étaient les plus représentées avec un taux à 91, 3% des cas. Parmi les antécédents chirurgicaux, la césarienne et la salpingectomie étaient les seules représentées.

##### **➤ Parité**

Les primipares étaient les plus représentées avec un taux de 49,2%. Ce résultat est comparable à ceux de DEMBELE.B.D, [31] qui a également trouvé un taux élevé de primipares.

##### **➤ La tension artérielle**

L'hypertension artérielle était associée à la grossesse dans 19% des cas. Signalons que dans notre service les cas l'HTA sévères ont été évacués au CHU.

##### **➤ La hauteur utérine**

Les mesures de la hauteur utérine sont trop imprécises pour apprécier l'âge de la grossesse. Cependant, 1,6% de nos parturientes avaient une hauteur utérine supérieure à 35 cm. Ce résultat est comparable à celui de DEMBELE.B.D. (1,9%) [31].

##### **➤ Les bruits du cœur fœtal à l'admission**

Les bruits cardiaques fœtaux (BCF) ont été appréciés par le stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Les BDCF n'étaient pas perçus chez 13,5% des

femmes. Ce qui peut expliquer notre taux de mort-né (frais ou macéré) lié souvent au retard à l'admission des patientes. Notre résultat est supérieur à celui DEMBELE.B. D. au CSRéf de la commune II du district de Bamako, qui a rapporté que les BDCF n'étaient pas perçus chez 6,3% des femmes [31].

➤ **Terme de la grossesse**

A l'examen, 13,5% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Selon CAMARA B, [30] la fréquence des grossesses non à terme étaient de 40%. Cette différence de taux par rapport au nôtre peut être liée à notre méthodologie qui excluait les grossesses de moins de 28 SA.

➤ **La phase du travail à l'admission**

A l'admission, 85,7% des parturientes non suivies étaient en deuxième phase du travail d'accouchement. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ses femmes n'ont pas reçu d'explication sur les signes du travail d'accouchement (plan d'accouchement) en l'absence de CPN.

➤ **Le type de présentation du fœtus**

Dans notre étude, la présentation céphalique a été la plus fréquente avec 91,3%. La présentation du siège a représenté 7,1% des cas contre 1,6% de transverses. Les différentes proportions obtenues dans notre étude sont proches de celles retrouvées par SANOGO D, qui a rapporté respectivement 93,3% de présentation céphalique, 4,4% de siège et 1,1% de transversale [32].

➤ **Type de bassin**

Selon l'examen clinique du bassin 7,9% de nos parturientes avaient un bassin limite, et 1,6% un bassin généralement rétréci.

➤ **L'état des membranes à l'admission**

Dans notre étude 36,5% des femmes ont été admises avec la poche des eaux rompues. Ce taux est comparable à celui de DEMBELE B.D. qui a trouvé 33,6% [31].

➤ **L'aspect du liquide amniotique**

Le liquide amniotique était méconial dans 15,9% de nos parturientes.

➤ **Mode d'accouchement**

La césarienne a été la voie d'accouchement chez 9,5%. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par DEMBELE B.D, [31] soit taux de 15,9% de césarienne. Ce taux faible de césarienne peut s'expliquer par la fréquence élevée des parturientes ayant des bassins normaux.

**6.5-Pronostic maternel :**

➤ **Les complications obstétricales**

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA sévère qui ont représenté 28,6% suivie de l'hémorragie de la délivrance 17,8% et la procidence du cordon 14,3%. L'étude de SANOGO S. a rapporté les mêmes tendances : l'HTA et ses conséquences qui ont représenté 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la procidence du cordon 14,3% [32]. La différence entre les taux d'hémorragie de la délivrance pourrait s'expliquer aisément par le fait que ses parturientes multipares étaient supérieures aux nôtres. Ces complications peuvent être détectées et prise en charge lors des suivis prénatals.

➤ **Les suites de couches immédiates**

La principale complication observée dans les suites de couches a été l'anémie (61,9%). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude aucune parturiente n'a fait la CPN au cours de laquelle la stratégie de supplémentation en fer est appliquée.

➤ **Traitement reçu**

Toutes nos parturientes ont reçu du fer ; mais 67,8% d'entre elles l'ont reçu à dose curative et 4,7% ont été transfusées.

➤ **Pronostic vital de mère**

Le non suivi des grossesses est un facteur de risque important pouvant exposer la femme à de nombreuses complications. Cependant nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel.

## **6.6-Pronostic fœtal**

### **➤ Score d'Apgar**

La majorité des nouveau-nés dans notre étude, avaient un score d'Apgar  $\geq 7$  ils ont constitué 83,3%. Les mort-nés ont représenté 11,1%.

### **➤ Morbidité fœtale**

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 42,1% suivie de l'hypotrophie avec 36,8%. Selon EDSM III [2] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais score d'Apgar.

### **➤ Causes de références des nouveau-nés :**

Nous avons référé 35,4% des nouveau-nés issus des grossesses non suivies en néonatalogie. Les causes de références des nouveau-nés en néonatalogie ont été dominées par la prématurité et l'hypotrophie avec respectivement : 35,6% et 26,7%. Dans une étude multicentrique faite à Kolondiéba et Bamako effectuée par ThiamD, [33] on rapporté 6,66% de nouveau-nés référés en néonatalogie. La souffrance néonatale a été la cause de référence dans 100% des cas. Cette grande différence de taux de référence en néonatalogie est due au cadre d'étude mais également à l'absence d'un service de néonatalogie au CSRéf de Kalaban Koro.

## **6.7- Les raisons de non réalisation des CPN**

Nos résultats ont montré que la principale raison de non réalisation des CPN est le manque de moyen financier soit 56,34% des cas ce qui est inférieur à celui observé par DEMBELE B.D, [31]. IL a trouvé 61%. Enfin, pour d'autres c'est-à-cause de leur gestité ou du caractère non désiré de la grossesse ou encore par le refus de leur conjoint à faire les CPN. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socio-économiques défavorables de notre population d'étude.

# CONCLUSION

## **VII- CONCLUSION**

Au terme de cette étude, nous notons que l'absence de suivi prénatal au cours d'une grossesse fait courir des risques de complications aussi bien pour la mère que pour le fœtus.

Ces complications maternelles étaient surtout l'anémie et l'hypertension artérielle sévère.

Le risque fœtal était dominé par la prématurité et hypotrophie.

Pour la majorité de ses femmes non suivies leur raison de ne pas faire de CPN a été le problème financier.

Ces complications peuvent être évitées par les suivis prénatals adéquats permettant donc de réduire le taux de morbi-mortalité materno-fœtale qui reste encore un problème de santé publique au Mali.

# SUGGESTIONS

## **VIII.SUGGESTIONS**

Au terme de cette étude, des suggestions ont été formulées et adressées aux :

### **autorités sanitaires**

- Doter le CSRéf de Kalaban-Koro d'une unité de néonatalogie.

### **agents socio-sanitaires**

- Réserver un bon accueil aux clientes.
- Faire des émissions radiophoniques pour mettre l'accent sur l'importance des consultations prénatales.
- Renforcer des séances d'information, de sensibilisation et d'éducation pour les femmes en âge de procréer sur l'importance de la CPN, les risques inhérents à l'absence de suivi prénatal et l'importance de l'espacement des naissances en dehors des heures des CPN.

### **gestantes**

- Fréquenter les structures de santé pour leur suivi prénatal et accouchement quelque soit leur âge et leur parité
- Suivre régulièrement les consultations prénatales pour un diagnostic et une prise en charge précoce des complications.

# REFERENCES

## IX. REFERENCES

**1. Jessica Escudero. 26 -07-2017, 1p**

**2. Edsm iii Mali.** (2000-2001).

**3. Unicef** Situation des Enfants dans le monde 2009, 12p.

**4. Angoulvent p :**

La grossesse .collection encyclopédique. Presse universitaire de France, 1990

**5. Programme de santé familiale.** Plan quinquennal 1988\_1992, Mali,

Décembre 1987.

**6. Edsm v Mali.** (2012-2013).

Mortalité adulte et mortalité maternelle. 207p

Mortalité des enfants de moins de cinq ans. 194p

**7. M.Khlat, A. Guillaume** Revu épidémiologie sante publique, 2006, 54 : 543-549. **Les décès liés à la grossesse**

**8. Annuaire statistique en 2017 région de Koulikoro.**

Décès maternels par complication obstétricale dans les structures SONU.59p

Proportion des mort nés (par rapport à l'ensemble des naissances).61p

**9. Organisation mondiale de la santé.** Recommandations de l'OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Janvier 2017

**10. World Health Organization. The World Report 2005.** Attending to 136 million births, every year 2005, make every mother and child count.

GENEVA: The World Health Organization, 2005; p: 61.

**11. OMS, UNICEF, UNFPA, & Banque Mondiale.** Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève. 2011

**12. Dugas M.** Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux Stratégie avancée de consultations prénatales

*Med Trop* 2011; 71 : 526-528

- 13. OMS.** Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet.2016; 387 (10017): 462-74
- 14. OMS.** Statistiques sanitaires mondiales **groupe inter institution pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (IGME), 2015 p126 -127.**
- 15. Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique.** Enquête Démographique et de Santé du Mali Décembre 2006 (EDSM-V).
- 16. Division santé de la reproduction.** Procédure en santé de la reproduction, soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post natals, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme Juin 2005, p : 219.
- 17. Procédures en santé de la reproduction. Gravido-Puerpuralité :** soins prénatals, soins pernatals, soins post natals. juin 2013, p : 2-5,132
- 18. Alkema, Choud, Hogan D, Moller AB, Gemmill A, et al** Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projection to 2030; a systematic analysis by the UN maternal mortality estimation inter-Agency groupe, lancet 2016:387-474p
- 19. Merger R, Lévy J, Melchior J.** Mortalité périnatale. Tiré de Précis d'obstétrique, 6e édition Paris : Masson, 2001 :135-149
- 20. Mouyeaux V.** Parturientes à « bas risque » : quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? Disponible sur le site:  
[http://www.scd.uhpncancy.fr/docnum/SCDMED\\_MESF\\_2009\\_MOUYEAUX\\_VIRGINIE.pdf](http://www.scd.uhpncancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MOUYEAUX_VIRGINIE.pdf)
- 21. Coulibaly E.** Etude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas clinique. Thèse de Médecine, Bamako 1995- M .40 p.

- 22. Sentilhes L, Vayssière C, Mercier FJ, étal Hémorragie du post-partum :** Recommandation pour la pratique clinique (texte court). JGynecol Obst et Biol Reprod 2014 ; 43 :1170-9.
- 23. Précis d'obstétrique, R. Merger, J. Levy, J. Melchior.** Soins en Obstétrique 6eme édition Masson : 471-474
- 24. A. SEPOU, M.C. YANZA, E. NGUEMBI, J-P. BANGAMINGO, M.N. NALI** Les Consultations prénatales en zone semi urbaine centrafricaine: Fréquence, facteurs influençant, pronostic maternel et néonatal Med Trop 2000 ; 60 :257-261.
- 25. ROTH PH, MAILLET R, RUAT N, COLETTE C.** Les grossesses non suivies médicalement : Pronostic obstétrical et néonatal. Etude rétrospective de 88cas. Revu. Fr. Gynéco-Obst. 1993 ; 88, 11 : 550-555.
- 26. B. Breton, A. Peres, E. Barranger**Grossesses non suivies : historique, Issues materno-fœtales et devenir / Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2013); 41: 173–178.
- 27. VogelHabib Na, Sonza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, CarroliG,etal.** Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality; a secondary analysis of the who antennal care trial. Reproductive Heath.2013 ; p10-19
- 28. Sy I.** pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CSRéf commune V (Bamako) Thèse de Médecine, 2012- M- 97.
- 29. Niaré A.** Evacuations obstétricales au CS Réf de la Commune II. Thèse de Médecine(Bamako) FMPOS, 2009.
- 30. Camara B.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf Commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2009-M -15.
- 31. Dembélé .B.D.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2013.
- 32. Sanogo S.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf de la Commune VI. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2009.

**33. Thiam H. D.** Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain :

A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse de médecine

2000- M- 62.

**34. Jacques Lansac, Philippe Descamps, François Goffinet.**Pratque de l'accouchement 6<sup>ème</sup> édition

# **ANNEXE**

**ANNEXE**

**FICHE D'ENQUETE**

**I. STATUT SOCIODEMOGRAPHIQUE**

Q1 Date d'entrée : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Q2 Numéro du Dossier : / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Q3 Nom & Prénom : .....

Q4 Age : / \_\_ / \_\_ / ans

Q5 Ethnie : .....

Q6 Tel : .....

Q7 Etat matrimonial : / \_\_ / 1= mariée ; 2= célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve

Q8 Profession de la femme : / \_\_ / 1= ménagère ; 2= secrétaire/employée de bureau ; 3=commerçante ; 4= élève/étudiante ; 5= enseignante ; 6= vendeuse ; 7=autres.....

Q9 Niveau d'instruction : / \_\_ / 1= non scolarisée ; 2= primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ; 5=école coranique

Q10 Profession du conjoint : / \_\_ / 1= cultivateur ; 2=commerçant ; 3= enseignant ; 4=élève/étudiant ; 5= ouvrier ; 6= autres.....

**II. ADMISSION**

Q11 Mode d'admission : / \_\_ / 1= référée ; 2= évacuée, 3= venue d'elle-même

Q12 Si référée, Provenance : / \_\_ / 1= CSCOM ; 2= CSRéf ;

Q13 Motif d'admission:

.....  
.....

### III. ANTECEDENTS

#### 4.1. Antécédents médicaux

Q14 HTA : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q15 Cardiopathie : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q16 Drépanocytose : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q17 Diabète : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q18 Asthme : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q19 Autres : /\_\_/ 1= à préciser.....  
; 2= non

#### 4.2. Antécédents chirurgicaux

Q20 Césarienne : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q21 Si oui indication : /\_\_/ 1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ; 3= Souffrance fœtale aigue ; 4= pathologie maternelle.

Q22 Myomectomie : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q23 GEU ( Salpingectomie) : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q24 Autres : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q25 Si oui, à préciser.....

#### 4.3. Antécédents obstétricaux

Q26 : /\_\_ / 1 .Gestité : /\_\_\_/ ; 2.Parité : /\_\_\_/ ; 3. nombre Mort-née : /\_\_\_/ ; 4. nombre Vivant : /\_\_\_/ ; 5.nombre Avortement : /\_\_\_/ ; 6. nombre Décédé : /\_\_\_/

Q27 Intervalle inter génésique : /\_\_\_/ mois.

### IV. DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

#### 4.1. Examen Clinique

##### Q28 Examen général

Q28.1. Etat général : /\_\_/ 1= bon ; 2= mauvais

Q28.2. Conjonctives : /\_\_/ 1= colorées ; 2= pâles

Q28.3. Tension Artérielle : PAS : /\_\_\_/\_\_\_/ et PAD : /\_\_\_/\_\_\_/ mm hg

Q28.4. Température : /\_\_\_/\_\_\_/°C

Q28.5. Œdèmes : /\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q28.6. Taille : /\_\_/\_/\_\_\_/ cm

Q28.7. Poids : /\_\_/\_/\_\_\_/ kg

### Q29 Examen obstétrical

Q29.1. HU : /\_\_/\_/ cm

Q29.2. BDCF : /\_\_/\_/\_\_\_/ bpm

Q29.3. Age présumé de la grossesse : /\_\_\_/ 1= à terme, 2= non à terme

Q29.4. Col (dilatation) : /\_\_/\_/ cm

Q29.5. Présentation : /\_\_\_/ 1= Céphalique ; 2= siège ; 3= transversale.

Q29.6. Bassin : /\_\_\_/ 1= normal ; 2= limite ; 3= BGR.

Q29.7. Membranes : /\_\_\_/ 1= intactes ; 2= rompues

Si rompues : /\_\_\_/ 1= < 6 heures ; 2= 6-12 heures ; 3= >12 heures

Coloration du liquide amniotique : .....

### 4.2. Bilan

Q30 Taux d'hémoglobine : /\_\_\_/\_/ g/dl

Q31 Groupage/Rhésus : /\_\_\_\_\_/\_/

Q32 Protéinurie significative : /\_\_\_/ 1=oui ; 2= non

Q33 Glycosurie : /\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q34 Autres : /\_\_\_/ 1= non ; 2=oui

Q35 Si oui, précisé.....

### 4.3. Accouchement

Q36 Mode d'accouchement : /\_\_\_/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps ;  
3=Césarienne

Q36.1. si césarienne, indication : .....

Q36.2. si ventouse ou forceps, indication.....

Q37 Episiotomie : /\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q38 Si épisiotomie, indication: .....

Q39 Délivrance : /\_\_\_/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

#### 4.4. Complications

Q40 Complications obstétricales : /\_\_\_/ 1= hémorragie ; 2= HTA sévère ; 3=souffrance fœtale ; 4= procidence du cordon ; 5= rupture utérine ; 6= placenta prævia ; 7= éclampsie ; 8= HRP ;

9= déchirure du périnée ; 10=déchirure du col ; 11=déchirure du vagin ; 12=autres.....

Q41 Suites de couche : /\_\_\_/ 1= simples ; 2= anémie ; 3= suppuration pariétale ; 4= endométrite ; 5= éviscération ; 6= pelvipéritonite ; 7= péritonite ; 8= éclampsie ; 9 septicémie ; 10= paludisme ; 11= hémorragie du post-partum immédiat ; 12=autres.....

#### 4.5. Traitement

Q42 Traitement médicaux : /\_\_\_/ 1= utero toniques ; 2= antibiotique ; 3= antipaludéens ; 4=

fer ; 5= anti hypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ; 7= autres.....

Q43 Traitement chirurgicaux :

Q43.1. Laparotomie : /\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q43.2. Si Oui,

Indication :.....

Q43.3. périnorrhaphie : /\_\_\_/ 1= oui ; 2= non

Q43.4. Si Oui, indication :.....

## V. PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

### 6.1. Pronostic maternel :

Q44 Mère : /\_\_/ 1= vivante ; 2= décédée

### 6.2. Pronostic foetal :

Q45 Score d'Apgar : /\_\_/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥

7 (bon score)

Q46 Morbidité foetale : /\_\_/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3=Macrosomie foetale ; 4= hypotrophie ; 5= malformation ; 6=autres.....

Q47 Foetus : /\_\_/ 1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mort-né macéré

Q47.1. Si référé, cause : .....

Q47.1. si décédée, cause :.....

## VI. CPN non faites, préciser le motif /\_\_/

1=pas d'argent

2=distance du centre

3=mauvais accueil des prestataires

4=pas motif

5=Autres

Si autres raisons,

Précisé.....

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Mariam

**Date et lieu de naissance :** 18Septembre 1990 à Markala

**Nationalité :** Malienne

**Année universitaire :** 2018-2019

**Pays d'origine :** Mali

**G-mail:** mariambamatraore@gmail.com

**Titre de la thèse:** Etude des grossesses non suivies au centre de santé de référence de Kalaban-Koro

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-obstétrique et santé publique.

### **Résumé :**

Le but de notre étude était d'étudier les grossesses non suivies au centre de sante de référence de Kalaban-Koro.

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale sur une période de 8 mois portant sur les accouchées n'ayant effectué aucune consultation prénatale.

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 126 cas d'accouchement dont la grossesse n'a bénéficié aucune CPN sur un total de 1725 accouchements soit une fréquence de 7,3%.

La tranche d'âge de 15à25ans était la plus représentée 56,3%.

Les femmes au foyer étaient majoritaires soit 77,8%.

Les facteurs de risque ont été l'illettrisme des patientes avec 57,9% ; la profession du conjoint avec 44,5% des ouvriers.

Les complications obstétricales ont été dominées par l' HTA sévère 28,6% suivies de l'hémorragie de la délivrance 17,6% et la procidence du cordon 14,3%.

Les suites de couches ont été dominées par l'anémie 61,9% et la morbidité foetale dominée par la prématurité avec 42,1% suivie de l'hypotrophie avec 36,8%.

La mortinatalité a représenté 11,1% par contre aucun décès maternel n'a été enregistré.

Le manque de moins a été le principal motif de non réalisation des CPN 56,3%.

**Mots clés :** grossesses non suivies ; morbidité; mortalité.

## **SHEET**

**Name:** TRAORE

**First name:** Mariam

**Date of birthday:** 1990

**Nationality:** Malian

**Year:** 2018-2019

**Country:** Mali

**Thesis title:** Study of pregnancies not followed at the Kalaban-Koro Reference Health Center

**Discharge point:** Gynecology-Obstetrics and Public Health.

## **SUMMARY**

The purpose of our study was to study unchecked pregnancies at the Kalaban-Coro Reference Health Center.

We conducted a descriptive cross-sectional study over a period of 8 months for women who did not perform prenatal consultations.

During our study period we recorded 126 cases of unattended pregnancies out of a total of 1725 deliveries, is a frequency of 7.3%.

The 15 to 25 age group was the most represented 56.3%.

Housewives accounted for a majority of 77.8%.

Risk factors were illiteracy of patients with 57.9%; the spouse's profession with 44.5% of the workers.

Obstetric complications were dominated by severe hypertension 28.6% followed by delivery hemorrhage 17.6% and cord procdence 14.3%.

The puerperium was dominated by anemia 61.9% and fetal morbidity dominated by prematurity with 42.1% followed by hypotrophy with 36.8%.

Stillbirth accounted for 11.1%, but no maternal deaths.

The lack of less was the main reason for the non-fulfillment of the NPC 56.3%.

**Key words:** pregnancy not followed; morbidity; mortality.

## **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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**