

**Ministère de l'Education Nationale
l'Enseignement Supérieure et de la
recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTOSTOMATOLOGIE**



Année universitaire 2020 – 2021

N° :

THESE

L'ABSENCE DE SUIVI DES GROSSESSES CHEZ LES PARTURIENTES ADMISES À LA MATERNITÉ DU CSREF CV

Présentée et soutenue publiquement le 22/11/2021 devant la
faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par : M. Moussa TELLY

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ETAT)**

JURY

Président : Pr TRAORE Cheik B

Membre : Dr TRAORE Soumana Oumar

Membre : Dr DIAKITE Nouhoum

Co-Directeur : Dr DOUMBIA Saleck

Directeur : Pr MAIGA Aboubacar

Je dédie ce travail :

A Dieu Tout Puissant, Je te rends grâce pour le don de la vie et tes immenses bienfaits. Mon âme te bénira toujours !

A mes parents : Mon père feu Hamadou Telly et ma mère Fatoumata Telly, Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que j'ai pour vous. Votre dévouement, vos soucis permanents de notre bien - être, vos bénédictions, vos prières, votre amour, votre courage et votre soutien m'ont permis d'être là aujourd'hui. Papa repose en paix, Maman que Dieu le tout puissant vous donne encore une longue vie pour goûter les fruits de ce travail.

A mon ami et grand frère : Aba Tamboura et sa tendre épouse Kadidia Tamboura,

Recevez mes considérations venant du fond du cœur, c'est grâce à vous que je suis ce que je suis aujourd'hui. Aucun mot ne convient pour vous remercier. Que Dieu vous le rende au centuple.

A mes défunts grands parents :

Vous avez été arrachés à notre affection, cependant vous continuez de faire partie de notre existence.

A mes frères et sœurs,

Ce travail est le vôtre. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches. Serrons d'avantage la ceinture. Que nos liens fraternels se resserrent d'avantage !

Bon courage et bonne continuation à vous tous.

A mes amis,

Vous avez été plus que des amis. Je garde de vous l'image des frères. Je me souviendrai toujours des moments durs et agréables vécus ensemble. Je demande au Tout puissant de renforcer d'avantage notre amitié et de réaliser tous nos vœux. Bonne chance et courage !

A mes cousins et cousines,

Je vous dédie ce travail en espérant de vous voir faire mieux. Soyez courageux, disciplinés et déterminés.

A mon (tuteur) feu Boureima Doumbo

Je sais que tu aurais aimé assister à cela mais Dieu en a décidé autrement. Merci pour ton soutien incessant. Que la terre te soit légère.

A mes (neveux et nièces)

Mon souhait le plus ardent est que vous atteigniez ou dépassiez mon niveau un jour, mais d'abord sachez que le seul chemin pour cela est l'étude. Courage et bonne chance.

REMERCIEMENTS

A DIEU,

Pour m'avoir permis de mener à terme ce modeste travail.

Au corps professoral de la FMOS en général,

Pour vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre amour du travail bien fait, mes chers maîtres, je suis fier de toute la formation que j'ai reçue auprès de vous.

A mon Directeur de thèse (Pr Maiga Aboubacar)

Travailler avec vous a été un honneur pour moi. Vous êtes un exemple à suivre. Votre rigueur dans la démarche scientifique, votre disponibilité, votre sens de la compréhension ont été très utiles pour l'aboutissement de ce travail. Merci cher maître.

A mon codirecteur de thèse (Dr Doumbia Saleck)

Merci pour votre écoute attentive et bienveillante tout au long de ces années.

Aux personnels de csref CV

J'ai beaucoup apprécié votre courage et votre détermination pour soulager vos patientes en leur offrant services et conseils. Merci infiniment pour l'encadrement offert et pour votre disponibilité.

A mes formateurs :

A mes chers maitres formateurs :

Pr TROARÉ Mamadou ; Dr TRAORÉ Oumar Moussokoro ; Dr TRAORÉ Soumana Oumar ; Dr Tall Saoudatou ; Dr Fa Issif Kouyaté ; Dr SYLLA Niagale ; Dr Saleck DOUMBIA et Dr DIAKITE Nouhoum, Dr Karounga CAMARA.

Votre présence à chacune de mes formations est singulière et chère à mon cœur. Merci d'être là. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

Aux faisant fonctions d'Internes,

Ce travail est le vôtre, merci pour toutes ces années vécues ensemble dans la paix, la solidarité et la sincère collaboration.

A la famille Ouologuem au Point G,

Je me suis toujours senti bien chez vous. Merci pour votre accueil, votre soutien et franche collaboration. Que le tout puissant vous récompense et vous donne longue vie.

A tous les personnels du cabinet Médical National :

Dr Diakité sekou, Dr Diakité Nouhoum, Dr Karounga Camara ,Sangaré Moussa, Babemba Berthé , Diarra Aboubacar Sidiki , Sinè B Diallo , Famory Coulibaly

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, que Dieu vous récompense

Aux groupes : Ginna Dogon, A.E. SA.C.BA.S, État-major les BATTISSEURS

Je ne saurai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour nous. J'espère que ce travail vous plaira.

A tous mes oncles et leur famille,

Pour leur encouragement ; la disponibilité ; l'assistance ; votre soutien et votre confiance m'ont été d'un apport considérable.

Trouvez en ce travail, l'expression de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

A mon Ami : Docteur Banou Noel

Qui accepte de m'accompagner partout où le besoin se fera sentir, que Dieu te récompense ; qu'il t'accorde une longue vie, santé, plein de bonheur et de succès.

A mon cousin, grand frère, collaborateur : Docteur Hama Barobo

KANAMBAYE

Ton dynamisme, tes conseils, et ta sympathie n'ont jamais fait défaut. Que le bon Dieu t'accorde prospérité et bonheur. Retrouve ici mes considérations et ma gratitude.

A tous mes amis et grands frères de Csréf : Alassane DJIRE, Aly

GUINDO, Guindo Moumini, Zouma DEMBELE, Martin LOUA, Mamadou TIMBO, Drissa DRAME, Jean Pierre keita, Tahirou Bah, Kourekama, Wilson, Daouda GOITA, Dr TEMBELY Luc Oumar, Dr Alpha TRAORE, Dr Talibé HAIDARA, Dr MALLE Modibo.

Je vous souhaite une bonne carrière professionnelle.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur TRAORE CheiK Bougadari

- ❖ **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS**
- ❖ **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la FMOS**
- ❖ **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G**
- ❖ **Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ❖ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali**
- ❖ **Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP)**

Cher maître,

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Nous avons été séduit par votre spontanéité, votre simplicité et votre rigueur pour le travail bien fait.

La qualité de vos enseignements, vos qualités intellectuelles et pédagogiques font de vous un maître exemplaire et admiré de tous.

Trouvez ici, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Docteur TRAORE Soumana Oumar

- ❖ **Gynécologue-obstétricien;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- ❖ **Maître assistant à la FMOS ;**
- ❖ **Attestation de reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ❖ **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- ❖ **Leaders d'opinion Local de la surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en commune CV du District de Bamako.**

Cher maître,

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury. Votre dynamisme, votre respect, votre esprit d'équipe et de partage, votre simplicité, votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Dr DIAKITE Nouhoum

- ❖ Gynécologue-obstétricien ;
- ❖ Praticien hospitalier au CS Réf CV ;

Chers maitre nous sommes très honorés de vous compte dans ce jury et de bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maitre de référence.

Croyez ici chers maitre à notre profonde gratitude et à notre sincère gratitude que Dieu vous bénisse.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Docteur DOUMBIA Saleck

- ❖ **Gynécologue-obstétricien**
- ❖ **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- ❖ **DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- ❖ **Master Class en Colposcopie obtenu Algérie**
- ❖ **DIU en épidémiologie et méthodologie statistique à L'INSTITUT AFRICAIN de Santé Publique de OUAGADOUGOU**
- ❖ **DIU en méthodologie de recherche à L'INSTITUT AFRICAIN de Santé Publique de OUAGADOUGOU**

Cher maître,

Votre qualité de formateur, de guide est sans commentaire. Ce travail est le vôtre. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à vos côtés.

Que Dieu vous donne longue vie.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur MAIGA Aboubacar

- ❖ **Titulaire d'un PhD ;**
- ❖ **Maître de Conférences en Immunologie ;**
- ❖ **Médecin Chercheur au MRTC ;**
- ❖ **Modérateur de Promed-Francophone pour les Maladies Infectieuses.**

Cher maître,

C'est une grande joie pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse.

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger ce travail. Soyez-en remercié. Au-delà du Maître, nous voudrions vous réitérer notre admiration pour votre simplicité et votre ardeur au travail.

Espérant que cet humble travail sera à la hauteur de vos espérances.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

BCF :	Bruit du Cœur Fœtal
CSRéf CV :	Centre de Santé de référence commune v
Cm :	Centimètre
CPN :	Consultation Périnatale
DNS :	Direction Nationale de la Santé
HGT :	Hôpital Gabriel Touré
HTA :	Hypertension Artérielle
HU :	Hauteur Utérine
Km :	Kilomètre
MAF :	Mouvements Actifs Fœtaux
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuro
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
RPM :	Rupture Prématuroe des Membranes
VAT :	Vaccination Antitétanique
VIH :	Virus d'Immunodéficiency Humaine

Table des matières

Table des matières	XIII
A. Introduction	1
❖ Objectifs	4
• Objectif général :	4
• Objectifs spécifiques :	4
B. Généralités	6
1-Rappels sur les modifications anatomiques de l'utérus au cours de la grossesse	6
2. Historique de la consultation prénatale	8
3. La surveillance prénatale	10
C. Méthodologie	19
1. Lieu d'étude :	19
2. Type d'étude	23
3. Période d'étude :	23
4. Population d'étude :	23
5. Critères d'inclusion	23
6. Critères de non inclusion	23
7. La collecte des données	24
8. L'analyse et traitement des données	25
9. Définitions opératoires	25
D. Résultat	27
E. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	38
Conclusion	42
REFERENCES	44
Annexes	548

Liste des Tableaux

Tableau I: Dimensions de l'utérus lors des modifications pendant la grossesse. .	6
Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge	26
Tableau IV: Répartition parturientes selon leur profession	27
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la notion d'instruction.....	28
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial.....	28
Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'antécédent d'avortement	29
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon l'accouchement antérieur non assisté.....	30
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'intervalle inter-génésique....	30
Tableau XV: Répartition des parturientes selon l'utilisation de la contraception	30
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement.....	31
Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le type d'accouchement	31
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon le pronostic du	31
Tableau XIX : Tableau croisé entre la profession des parturientes et les facteurs d'absence de la CPN.....	32
Tableau XX: Tableau croisé entre la profession du conjoint et les facteurs d'absence de la CPN.....	33
Tableau XXI: Tableau croisé entre la multigestité et les facteurs d'absence de la CPN	33
Tableau XXII: Tableau croisé entre la primigestité et les facteurs d'absence de la CPN	34
Tableau XXIII: Tableau croisé entre la multiparité et les facteurs d'absence de la CPN	34
Tableau XXIV: Tableau croisé entre la primiparité et les facteurs d'absence de la CPN.....	35

INTRODUCTION

A. Introduction

Dans le monde 211 millions de femmes contractent une grossesse chaque année [1]. La grossesse est un événement naturel et physiologique particulier qui ne se déroule pas toujours normalement et est responsable d'une morbidité et d'une mortalité évitables. Les consultations prénatales constituent l'un des actes de référence pour l'éradication des effets néfastes pouvant découler d'une grossesse et en grande partie responsable du taux élevé de mortalité maternelle. C'est une pratique médicale qui s'organise autour d'un ensemble de gestes techniques contribuant à trois fins essentielles :

- Vérifier le bon déroulement de la grossesse et dépister tous les facteurs de risque antérieurs ou contemporains,

- Traiter ou orienter le cas échéant vers une surveillance ou une thérapeutique Spécialisée en raison d'un des facteurs précédents,

- Etablir le pronostic de l'accouchement, prévoir les conditions d'accouchement et s'il le faut le transfert dans un centre équipé pour faire face à d'éventuelles complications. Dans le monde, 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement [2]. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou au cours l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart aurait pu être évité [2, 3]. En République Démocratique du Congo (RDC), selon les récentes estimations, le ratio de mortalité maternelle s'établit à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 28‰ [4]. Selon l'EDMS VI 2018, le taux de mortalité maternelle est estimé à 325 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes [5].

Ainsi, selon une compilation de l'OMS sur la couverture prénatale, 98% des femmes enceintes dans les pays développés suivent les consultations prénatales tandis que ce taux restait inférieur à 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [6].

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales et 9 contacts à intervalles réguliers tout au long de la grossesse [1]. Ce nombre diffère d'un pays à un autre selon les recommandations nationales de chaque pays. Il est de 11% aux Etats-Unis, de 10% en Allemagne et en Angleterre, de 9% en France et de 8% en Italie [7]. Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en quantité dans les pays en développement. Le taux de grossesses non ou mal suivies retrouvé est très variable, selon l'époque, le pays ou la région. Le taux de grossesses non suivies était de 38% en Centre-Afrique [8] et 32% au Kenya [9].

Au Mali on estime que trois femmes sur quatre (74%) se rendent en CPN dispensée par un personnel qualifié. Ces consultations sont effectuées principalement par les sages – femmes ou les infirmières dans 36% des cas et par des matrones dans 33%. Dans une proportion beaucoup plus faible, elles sont fournies par des médecins (1, 4%). En outre dans un peu moins de 3 cas sur 10 (29%), les mères n'ont effectué aucune CPN [5]. Les grossesses non suivies se caractérisent par leur morbi-mortalité et maternelle et fœtale importante [10]. Une action préventive et des soins appropriés permettraient de réduire ces décès. Les consultations prénatales doivent permettre de mener la grossesse à bien pour la mère et son enfant surtout que la plupart des facteurs de risque liés à la grossesse peuvent être détectés au cours de celles-ci.

Quelle explication peut-on donner à ce phénomène ? Plusieurs hypothèses ont été émises :

- Manque de moyen financier.
- Ignorance des femmes.
- Insuffisance de personnel.
- Mauvais accueil dans les centres de santé.
- Eloignement des structures sanitaires.
- Problème culturel. Plusieurs travaux ont été faites sur les CPN, mais pas sur les causes réelles de l'absence de suivi des grossesses d'où l'intérêt de ce travail.

❖ Objectifs

- **Objectif général :**

Etudier les facteurs d'absence du suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité de centre de santé de référence de la commune V (CV) de Bamako.

- **Objectifs spécifiques :**

-Décrire le profil sociodémographique des femmes n'ayant fait aucune consultation prénatale au cours de leur grossesse ;

-Déterminer la prévalence des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la CV ;

Identifier les facteurs pouvant expliquer l'absence de suivi des grossesses

GENERALITE

B. Généralités

1-Rappels sur les modifications anatomiques de l'utérus au cours de la grossesse

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement. Il subit au cours de la grossesse des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. Au point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : Le corps, le col entre lesquels se développe dans les derniers mois une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

1.1. Le corps de l'utérus :

Anatomie macroscopique : l'utérus augmente progressivement de volume d'autant plus vite que la grossesse est avancée.

La première phase est celle d'épaississement des parois et la seconde de distension.

Tableau I: Dimensions de l'utérus lors des modifications pendant la grossesse.

L'utérus non gravide	hauteur	largeur
Normale	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3 ^{ème} mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22cm

*Le poids : l'utérus non gravide pèse 50g, à terme il fait 900-1200g

*La capacité : non gravide 2-3 millilitres, à terme 4-5 litres

*L'épaisseur : des parois à terme 8-10 mm au fond et 5-7 mm au niveau du corps.

*Consistance : non gravide elle est ferme et se ramollit pendant la grossesse.

*Situation : pelvien au début, devient abdominale à terme.

*Direction : au début conserve ou accentue son antéversion, puis s'élève dans l'abdomen derrière la paroi abdominale.

Rapports :

-Au début : encore pelvien, sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse ;

-à terme : abdominal,

*avant : face antérieure répond à la paroi abdominale

*arrière : colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, muscle psoas croisé par les uretères avec une partie des anses grêles.

*En haut le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les côtes.

*Le bord droit regarde en arrière et entre en contact avec le cæcum et le colon ascendant.

*Le bord gauche répond à la masse des grêles refoulées et en arrière au colon descendant.

Structure : elle est composée de 3 tuniques qui sont :

-la séreuse

-la musculuse

-la muqueuse

1-2 Le segment inférieur

C'est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide située entre le corps et le col.

-Forme : c'est une calotte évasée ouverte en haut.

-Caractère : c'est essentiellement sa minceur de 2 à 4 mm qui s'oppose à l'épaisseur du corps.

- Limites :

La limite inférieure correspond à l'orifice interne du col et la limite supérieure qui est marquée par changement d'épaisseur de la paroi, devenant corporéale.

-Origine et formation : se développe au dépens de l'isthme utérin.

-Rapports :

Il est en rapport avec les organes suivants :

*En avant avec le péritoine viscéral ;

*Latéralement avec la gaine hypogastrique ;

*En arrière avec le profond cul de sac de Douglas, s'éparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

-Structure : elle est essentiellement formée de fibres conjonctives et élastiques.

1.3. Le col de l'utérus

Contrairement au corps, se modifie peu pendant la grossesse.

Anatomiquement : son volume et sa forme restent les mêmes. Sa situation et sa direction ne changent à la fin de la grossesse que lorsque la présentation s'améliore ou s'engage. Sa structure : est essentiellement constituée de tissus conjonctifs.

1.4. Vascularisation de l'utérus gravide

-Les artères : ce sont les branches de l'utérine qui s'anastomosent entre elles de chaque côté.

-Les veines : sont constituées par les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporeales.

-Les lymphatiques : sont au nombre de 3 réseaux : un muqueux, un musculaire et un sous-séreux communiquant largement entre eux.

-L'innervation de l'utérus gravide : se fait par deux systèmes : un intrinsèque, un extrinsèque et les centres (médullaires, supérieurs sous – corticaux, et corticaux [11].

2. Historique de la consultation prénatale

L'histoire de la CPN moderne semble avoir débuté en Occident au début du Siècle dernier. Les Britanniques ont attribué la conception à John William Ballantyne en 1901, les Australiens à Wilson en 1910 [12] et les Américains à leur instructive District Nursing Association du Boston Ling-In Hospital, aussi en 1901 [14]. C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera

plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants :

- Prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ;
- Détecter et traiter la toxémie ;
- Prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ;
- Diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ;
- Assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénataux ;
- Reconnaître l'effet éducationnel d'une consultation bien organisée.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin. Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas. Reynolds F.N dans une lettre au Lancet (29 Décembre 1934) précisait que 80% des décès maternels étaient dus à des états (asepsie, hémorragies, choc) non détectables en prénatale. La réponse des promoteurs de la consultation prénatale a été qu'on n'avait pas donné de chance à un essai randomisé bien conduit sur la consultation prénatale. Les arguments invoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient :

- La faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ;
- Le nombre insuffisant de visites prénatales ;
- Le standard de soins inadéquats [12].

3. La surveillance prénatale

3.1. Définition :

Toute grossesse offre à la femme un risque potentiel de mourir d'où la nécessité de suivi prénatal. La consultation prénatale apparaît alors comme étant un élément déterminant dans la prévention, le dépistage et le traitement de la grande majorité des pathologies gravido-puerpérales pouvant causer la morbidité et la mortalité materno-fœtale.

Elle se définit comme : l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, de dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse (qui dure 266 à 270 jours), de dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son issu [13].

3.2. Intérêts :

La consultation prénatale ou surveillance prénatale est l'un des actes les plus indispensables dans la prévention de la mortalité materno-fœtale. Elle permet de surveiller et de dépister les anomalies au cours de la grossesse, de sélectionner les grossesses à risque, prévenir les complications, et enfin permet l'éducation sanitaire et nutritionnelle, ainsi que la préparation à l'accouchement.

3.3. Buts de la CPN :

Ce sont :

- Surveiller l'état de santé de la mère et l'évolution de la grossesse.
- Prévenir et prendre en charge les affections pouvant survenir pendant la grossesse. -préparer l'accouchement. La consultation prénatale se fait selon un rythme d'une consultation par trimestre au moins et une consultation du 9^{ème} mois dans le but de porter le pronostic de l'accouchement [14].

3.4. Matériels de CPN [15]

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

Les matériels nécessaires sont :

- ✓ Une table de consultation gynécologique ;
- ✓ Une source lumineuse ;
- ✓ Un appareil à tension, un stéthoscope médical ;
- ✓ Une toise et un pèse-personne ;
- ✓ Un mètre ruban ;
- ✓ Un stéthoscope obstétrical de pinard ;
- ✓ Des spéculums ;
- ✓ Des gants stériles ;
- ✓ Des matériels pour réaliser un frottis vaginal : spatules d'Ayre, lames, fixateurs ;
- ✓ Des tubes stériles plus écouvillons pour prélèvement bactériologiques ;
- ✓ Des verres à urines plus bandelettes pour la recherche de sucre d'albumine et de nitrites ;
- ✓ Une solution antiseptique ;
- ✓ Un seau contenant une solution désinfectante.

3.5. Contenu des CPN par trimestre et leurs objectifs. [16]

1ère consultation : elle comprend :

a. L'interrogatoire pour rechercher :

Les antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, et le contexte social de la gestante.

b. La calcul du terme de la grossesse à partir de la date des dernières règles.

c. L'examen clinique : consiste à rechercher une protéinurie si antécédent d'HTA, ou si présence d'éléments cliniques tels qu'œdème, HTA, etc. Vaccination antitétanique (VAT) à faire ; Echographie de datation.

Objectifs :

ce sont : confirmer la grossesse, dépister les facteurs de risque, calcul de l'âge réel de la grossesse.

2ème Consultation et suivantes : consiste à surveiller tous les paramètres materno-fœtaux, à contrôler l'évolution de la hauteur utérine (HU),

Vérifier l'apparition des BCF, des MAF, l'absence d'œdème chez la mère. Deuxième vaccination antitétanique au moins un mois après la première, au moins un mois avant la date présumée de l'accouchement.

Actuellement selon l'OMS il faut 5 doses pour couvrir la mère définitivement : les deux premières doses T1 et T2, puis rappel au moins 6 mois après (T3), T4 au moins un an après, T5 un an après au moins.

Les objectifs sont : surveiller l'évolution normale de la grossesse, et le bien-être de la mère et l'enfant.

La dernière consultation avant le terme : consiste à apprécier la présentation fœtale, la HU, les BCF, le bassin et l'état du périnée.

L'objectif : c'est de déterminer les conditions de l'accouchement.

3.6. Principales anomalies susceptibles d'être décelées par les CPN

3.6.1 Les hémorragies :

Elles constituent la première cause de décès maternel dans les pays en voie de développement. Elles peuvent survenir à tout âge de la grossesse. Mais ce sont les hémorragies du 3^{ème} trimestre et de la délivrance qui entraînent le plus des décès maternels [16]. Qu'elles soient anté ou post-partum, ces hémorragies constituent une urgence médicale et/ou chirurgicale qui nécessite une prise en charge rapide et correcte.

Les principales causes d'hémorragie sont :

* Avant et pendant l'accouchement :

-Au 1^{er} et 2^{ème} trimestre : la grossesse ectopique, l'avortement, grossesse molaire, décollement prématuré du placenta normalement inséré.

-Au 3^{ème} trimestre et pendant le travail d'accouchement : le placenta prævia, l'hématome retro placentaire, rupture utérine.

*En post-partum : la rétention placentaire, l'atonie utérine, les troubles de la coagulation sanguine, les déchirures des parties molles (col, vagin et périnée). Les facteurs favorisant la survenue des hémorragies du post-partum sont nombreux : ce sont :

- La primarité et la grande multiparité ;
- Les grossesses multiples ;
- L'anémie ;
- Le travail excessivement long ;
- La mort fœtale in-utéro. Les hémorragies de la délivrance représentent la principale cause de mort maternelle par hémorragie, soit 56% des hémorragies et ceci par manque de produits sanguin [17].

Au Mali les hémorragies de la délivrance représentent 46,18% des complications de la délivrance avec un taux de décès de 6,47% [18].

3.6.2. Les infections puerpérales :

Surviennent dans les suites de couche et ont pour porte d'entrée les voies génitales, plus précisément la surface d'insertion placentaire. Elles constituent l'une des premières causes de décès maternels. Elles sont encore responsables de 7% de décès aux USA [13].

En Afrique, les taux varient selon les auteurs et les pays : 20,4% de décès au Niger [17, 33] et 20% au Mali [13].

Les facteurs favorisant les infections sont :

- Les hémorragies ;
- Les lésions des voies génitales et leur surinfection éventuelle ;
- Le manque d'hygiène et d'asepsie. L'infection peut être prévenue par les mesures suivantes :
 - Le dépistage et le traitement des vulvo-vaginites et des infections urinaires au cours de la grossesse ;
 - La recherche de germes lors des menaces d'accouchement prématuré (MAP) ;
 - L'exploration des fièvres maternelles ;
 - L'asepsie des mains et matériels ;
 - La prise en charge immédiate des ruptures prématurées des membranes (RPM) ;
 - L'institution d'une antibiothérapie adaptée juste après l'accouchement ;

3.6.3. Les dystocies et les ruptures utérines :

Sont le plus souvent mécanique donc elles sont permanentes et sont en corrélation étroite avec la petite taille de la femme, ou elles sont dues à une disproportion foeto-pelvienne. Sans traitement, ces dystocies aboutissent à la rupture utérine qui est une urgence chirurgicale, sinon il y a un risque de mort par hémorragie.

Les ruptures utérines sont de deux groupes :

- Ruptures survenant au cours de la grossesse.
- Ruptures survenant au cours du travail d'accouchement.

En Afrique le taux de décès maternels par rupture utérine est de :

- 16, 27% au Togo [19] ;
- 9, 5% et 14,63% à Bamako [20,21] ;
- 19, 3% à 19,3% au Niger [22].

3.6.4. La toxémie gravidique et l'éclampsie

L'hypertension gravidique est une affection fréquente qui complique 5 à 10% des grossesses [23,24]. Une femme enceinte est considérée comme hypertendue lorsque la pression artérielle systolique (maxima) est supérieure ou égale à 140mmHg et /ou la pression artérielle diastolique (minima) est supérieure ou égale à 90mmHg. Elle est dite induite par la grossesse quand elle survient après la 20^{ème} semaine d'aménorrhée et qu'elle disparaît vers la 6^{ème} semaine après l'accouchement [24]. La toxémie gravidique serait la cause de 17% des décès maternels [23,25] et se complique dans 10% des cas [24]. La mortalité périnatale liée aux hypertensions gravidiques est de l'ordre de 3 à 5% dans les pays industrialisés. A Bamako selon les résultats de certains travaux, elles représentent entre 6,5 à 30% [26,13] des causes de décès maternels.

Le tribut payé par le fœtus (20 à 30% de mortalité périnatale) et la mère (3 à 10% de mortalité) reste lourd, inscrivant l'hypertension gravidique au 3^{ème} rang des causes de mort maternelle [15,27]. La pré-éclampsie est caractérisée par l'élévation de la pression artérielle, l'apparition d'une protéinurie et des œdèmes

au cours de la deuxième moitié de la grossesse. Les signes cliniques sont caractérisés par des céphalées, des vomissements, des troubles visuels et des douleurs abdominales hautes accompagnées souvent d'une insuffisance rénale. Les femmes très jeunes et celles de plus de 35 ans sont particulièrement les plus touchées. Les complications sont de deux ordres :

❖ Chez la mère, ce sont : l'éclampsie l'hématome retro placentaire, l'insuffisance rénale, l'hémorragie cérébro-méningée.

❖ Chez le fœtus : la mort in-utero, l'hypotrophie fœtale, la prématurité (dans 30% des cas d'HTA). La surveillance prénatale augmente les chances de détecter la pré-éclampsie à un stade précoce. Son traitement est basé sur les antihypertenseurs. L'éclampsie est la complication ultime de la toxémie gravidique. Cliniquement on a une poussée hypertensive avec des crises convulsives tonico-cloniques avec parfois morsure de la langue. Sans traitement l'issue est fatale. L'éclampsie reste une cause de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale dans les pays en voie de développement. Les facteurs favorisants sont : le mariage précoce, l'insuffisance ou le manque de consultations prénatales [28,13].

A Bamako le décès maternel par éclampsie est de 3,77% et 11 ,5% à Niamey. D'autres problèmes peuvent être cités tels que : les affections respiratoires, rénales, cardiovasculaires, hépatiques (hépatite virale), l'anémie sévère, le paludisme, les infections urinaires, la drépanocytose, le diabète, etc. [13].

3.7. Rôle de la référence dans la surveillance prénatale

C'est le but ultime de la CPN dans les pays disposant de peu de ressource. IL faut mettre à la disposition des parturientes qui en ont le plus besoin, les moyens adaptés existants. L'amélioration des références nécessite des consignes claires devant être appliqués par le personnel chargé de la CPN, et inclus dans les fiches de CPN, ainsi que les conduites à tenir pour chaque facteur ou groupe de facteurs de risque. Ceci facilitera au maximum la tâche du personnel : référence immédiate, consultation médicale, accouchement à l'hôpital [29].

Ces fiches doivent être simples et efficaces. Les références sont aussi améliorées par l'éducation dispensée pendant les consultations prénatales. Il faut apprendre aux femmes les signes d'alerte devant les amener à consulter en urgence : l'hémorragie, la rupture prématurée de la poche des eaux, la fièvre, les céphalées etc. Les deux facteurs les plus importants qui déterminent le taux de réussite de la référence sont : l'accessibilité géographique et la perception du risque par la parturiente.

3.8. Les activités préventives :

3.8.1. La vaccination antitétanique :

Elle protège contre le tétanos néonatal. Le taux de couverture vaccinal chez les femmes de 15 à 49 ans est de 49% à Bamako (Mali) alors que l'objectif du Programme Elargi de Vaccination (PEV) était de 80% en 1995 [13].

3.8.2 Le dépistage du VIH :

Vu l'ampleur du VIH dans nos pays aujourd'hui, ce dépistage se faisant en cas de terrain suspect, doit être systématique chez toute femme enceinte.

La transmission mère-enfant du VIH est de 30 à 50% dans les pays en voie de développement contre 15 à 25% dans les pays industrialisés [30,13].

3.8.3. La supplémentation en substances nutritionnelles

L'état nutritionnel maternel satisfaisant permet de baisser les taux de mortalité et de morbidité périnatale. Pendant la grossesse on note une augmentation des besoins en nutriments qui, dans les normes, est de 2000 à 2500 kilocalories par jour. Le besoin en fer pendant toute la grossesse est estimé à 1200 g.

Le traitement de l'anémie de la femme enceinte est basé sur l'administration de fer et l'acide folique, qui servent également à prévenir les malformations du tube neural chez l'enfant. A cela on ajoute la chimio prophylaxie antipaludéenne, la recherche et le traitement de certaines parasitoses digestives : bilharziose, ankylostomiase. Au Mali les normes recommandent 120 mg de fer par jour plus 500 mg d'acide folique de la première CPN au 6^{ème} mois après l'accouchement ;

300 mg de chloroquine par semaine de la 1ère CPN jusqu'à deux semaines après l'accouchement [13].

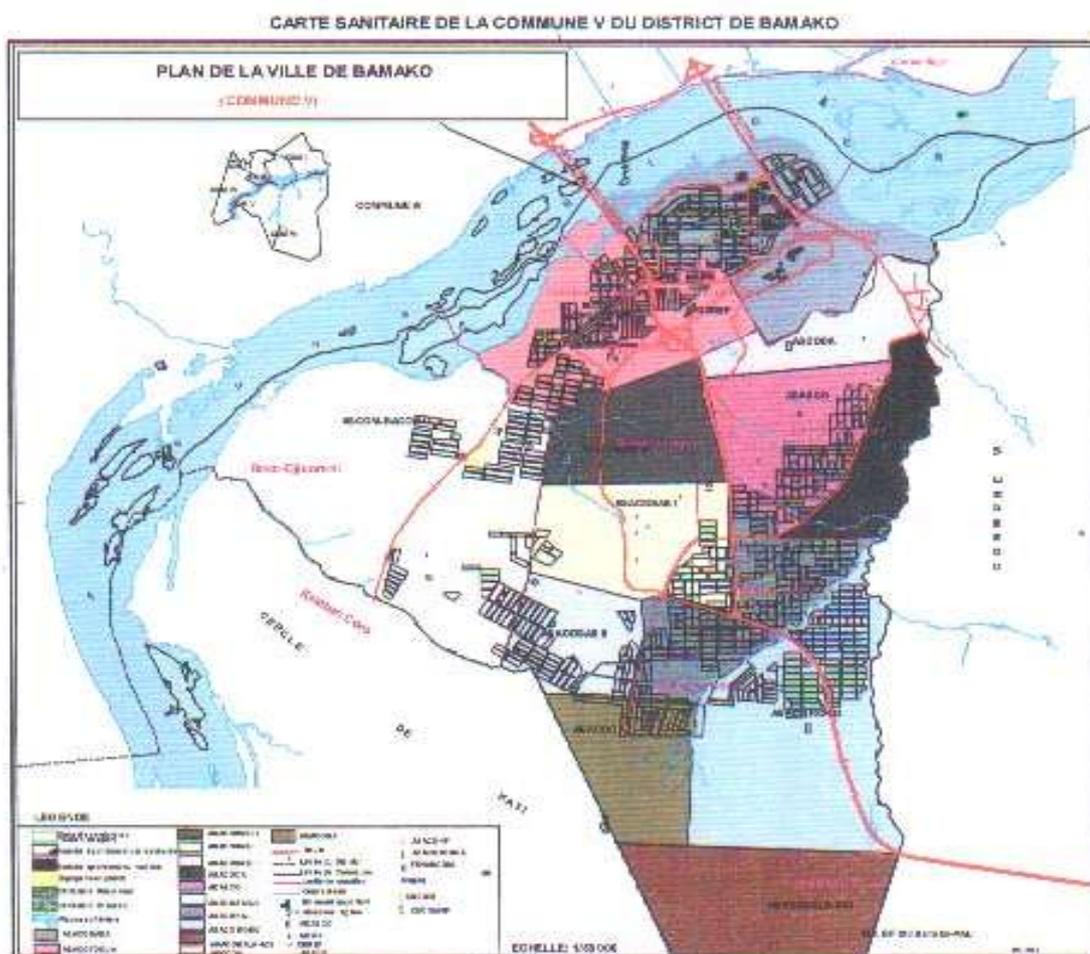
MATERIEL - PATIENTES

C. Méthodologie

1. Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako.

✚ Situation géographique et service



La commune 5 couvre une superficie de 41,59 Km² soit environ 18% de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- Au nord par le fleuve Niger.
- Au Sud-Ouest par kalaban-coro cercle de Kati.

À l'Est par la commune 6 du district de Bamako

La Commune V du district de Bamako comporte 8 quartiers (Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Daoudabougou, Kalaban-coura, Baco-djicoroni, Sabalibougou, Garantigui-bougou).

Le centre de santé se trouve au Quartier Mali

✚ Description du centre de santé de référence de la commune V

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé,

Le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM). Sur les 14 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le Centre Santé Référence de la Commune V comporte plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration
- La pharmacie
- Le service de chirurgie générale
- Le service d'oto-rhino-laryngologie
- Le service d'ophtalmologie

- Le service de médecine générale
- Le service de gynécologie obstétrique
- Le service d'odontostomatologie
- Le service de pédiatrie
- Le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Une unité Radiologique et Échographique
- USAC (unité de soins d'accompagnement et de conseils)
- Morgue
- Cantine
- Une unité de dépistage de tuberculose et de lèpre
- Une unité SIS (Système d'Information Sanitaire)
- Unité laboratoire
- Unité de nutrition
- Unité ressources Humaines
- Unité de brigades d'hygiènes
- Une unité urologique
- Une unité cardiologique
- Une unité de grossesse pathologique
- Une salle de réveil

Description d'unité gynécologie obstétrique du Centre Santé Référence de la Commune V

Elle comporte :

- Une unité de consultation prénatale
- Une unité de planning familial
- Une unité de post-natale
- Une unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- Une unité technique du bloc opératoire
- Dépistage du cancer de col de l'utérus
- Une unité de soins après avortement (SAA)

- Une unité assistance psycho sociale

✚ **Le personnel d'unité de Gynécologie Obstétrique :**

- Sept médecins gynécologues obstétriciens dont deux femmes

- Une sage-femme maitresse

- Sept anesthésistes réanimateurs, dont :

- 01 Médecins

- 06 assistants (techniciens supérieurs)

- Trente-cinq sages-femmes

- Seize infirmières obstétriciennes

- Quatre manœuvres

NB : En plus de ce personnel, le service accueille des médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique, des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers pour leurs formations pratiques.

✚ **Fonctionnement d'unité de gynécologie obstétrique :**

Il existe 4 jours de consultation gynécologique, 4 jours d'opération en dehors des urgences. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h 15 mn unissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et les événements qui se sont déroulés les 24heures durant la garde.

La visite est journalière et la générale, chaque mercredi après le staff.

Au moins une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois.

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

- Un gynécologue-Obstétricien, DES (diplôme d'étude spécialisée

- Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;

- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et son aide-soignante ;

- Un infirmier anesthésiste ;

- Une technicienne de laboratoire ;

- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales. Ce kit de médicaments a été constitué sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale avec recrutement prospectif.

3. Période d'étude :

L'étude a été réalisée sur une période de 12 mois, allant de 17 Septembre 2019 à 17 Aout 2020.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes ayant accouché au centre de santé de référence de la commune V au cours de la période d'étude.

5. Critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché au Cs réf de la commune V et n'ayant effectué aucune consultation prénatale attestée.

6. Critères de non inclusion

- Femme suivies en CPN ;
- Age gestationnel inférieur à 28 SA ;
- Les nouveau-nés moins de 1000g ;
- Carnet de CPN non vu ;
- Refus de participer à l'étude.

7. La collecte des données

7-1. Support des données :

- *Une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- *Les dossiers d'accouchement ;
- *Les registres de déclaration de naissance ;

7-2. Technique de collecte des données

Consistait en une lecture des dossiers obstétricaux et une interview de chaque femme d'étude conformément au questionnaire.

7-3. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire comprenait 26 questions qui étaient posées point par point à chaque femme ayant accouché et n'ayant effectué aucune consultation prénatale dans notre cadre d'étude au cours de la période d'étude.

7-4. Les variables étudiées :

- L'âge
- La gestité
- La parité
- Nombre d'enfant vivant
- Nombre d'enfant décédé
- Nombre d'avortement
- L'intervalle inter gènesique
- La résidence
- L'ethnie
- Le statut matrimonial
- La profession de la femme
- Le niveau d'étude de la femme
- La profession du conjoint
- L'âge du conjoint
- Le niveau d'étude du conjoint
- Les caractéristiques sociodémographiques

- Connaissances des femmes sur la CPN
- Notion de CPN dans les grossesses antérieures
- Causes de l'absence de suivi des grossesses
- Désir ou non de la grossesse
- Facteurs influençant l'absence de suivi des grossesses
- Personne autorisant les CPN
- Distance entre la résidence et le centre de santé
- Connaissance des mères sur une éventuelle relation entre leurs hospitalisations et le non CPN.

8. L'analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2016 puis analysées par le logiciel Statistique SPSS version 21.

Le test du chi² ou le test exact de Fischer ont permis de comparer les proportions des variables catégorielles.

Les tests statistiques donnant des valeurs de $p < 0,05$ étaient considérés significatifs

9. Définitions opératoires

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

-La grossesse ou gestation est la période qui va de la fécondation de l'œuf à l'accouchement. Elle dure en moyenne 266 à 270 jours [20].

-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) [20].

-Grossesse non suivie : Il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation Périnatale.

RESULTAT

D. Résultat

I. Fréquence

Pendant la période d'étude 3022 parturientes ont accouchés parmi lesquelles 209 n'ont réalisé aucune consultation périnatale, soit une fréquence de 6,9%.

II. Profil sociodémographiques

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge

Tranche d'âge des Parturientes	Effectif	Pourcentage
13-19ans	42	20
20-34ans	142	68
35-42ans	25	12
Total	209	100

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 20-34 ans avec un taux de 68%. La moyenne d'âge était de 20,18ans de l'extrême de 13ans et de 42ans.

Tableau III : Répartition des parturientes selon l'ethnie

Ethnie des parturientes	Effectif	Pourcentage
Bambara	93	44
Sonrhäï	14	7
Soninké	17	8
Malinké	20	10
Dogon	9	4
Peulh	29	14
Mianka	3	1
Bobo	4	2
Autres	20	10
Total	209	100

Dans notre étude l'ethnie Bambara était la plus représentée avec un effectif de 93 soit 44% de cas.

Tableau IV : Répartition parturientes selon leur profession

Profession des parturientes	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	163	78
Etudiante ou Elève	15	7
Commerçante	13	6
Aide- Ménagère	4	2
Fonctionnaire	5	3
Autres	9	4
Total	209	100

Dans notre étude, les parturientes étaient des femmes au foyer dans 78% des cas.

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la notion d'instruction

Notion d'instruction	Effectif	Pourcentage
Instruite	31	15
Non instruite	178	85
Total	209	100

Les parturientes n'étaient pas instruites dans 85% des cas.

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	194	92
Célibataire	14	7
Divorcée	1	1
Total	209	100

Dans notre étude, les parturientes étaient mariées dans 92% des cas.

Tableau IX : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	64	31
Multi gestes	145	69
Total	209	100

Dans notre étude, les multigestes ont représenté 145cas soit 69% de l'effectif.

Tableau X : Répartition des parturientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	4	2
Primipare	66	32
Multipare	139	66
Total	209	100

Dans notre étude, les multipares ont représenté 139 cas soit 66% de l'effectif.

Tableau XIII: Répartition des parturientes selon l'accouchement antérieur non assisté

Accouchement antérieur non assisté	Effectif	Pourcentage
Oui	69	33
Non	140	67
Total	209	100

Dans notre étude, la majorité de nos parturientes n'avaient pas subi un accouchement antérieur assisté avec un effectif de 140 soit 67% des cas.

Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'intervalle inter-génésique

Intervalle inter-Génésique	Effectif	Pourcentage
Toute 1ère grossesse	60	29
[1mois-6mois]	4	2
[7mois-12mois]	22	10
[13mois-24mois]	106	51
[25mois-36mois]	15	7
37mois et plus	2	1
Total	209	100

Dans notre étude, la majorité de nos parturientes avait un intervalle inter-génésique compris de [13mois et de 24mois] avec un effectif de 106 soit 51% des cas.

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

Le mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie basse	207	99
Voie haute	02	1
Total	209	100

Dans notre étude, le mode d'accouchement par voie basse était le plus représenté soit 99% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon le pronostic du nouveau-né

Pronostic du nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	178	85
Décédé	31	15
Total	209	100

Dans notre étude, les nouveau-nés étaient vivants dans 85% à la sortie des mères après l'accouchement.

III- Analyse générale des différents facteurs d'absence de CPN

TableauXX: Tableau croisé entre la profession du conjoint et les facteurs d'absence de la CPN

Facteurs d'absence de CPN	Profession du conjoint						Total
	Ouvrier	Etudiant	Fonctionnaire	Chauffeur	Vendeur	Sans emploi	
Economique	77(37%)	16(8%)	5(3%)	9(4%)	11	48	166
Volontaire	15(7%)	2(1%)	4(2%)	1(1%)	11	5	38
Géographique	0	0	0	0	0	1	1
Socioreligieux	1(1%)	0	0	0	1	2	4
Total	93	18	9	10	23	56	209

Dans notre étude, le facteur d'absence de CPN pour des raisons économiques était observé chez les conjoint de profession d'ouvrier avec un effectif de 77 soit 36% des cas.

Le test de Chi-deux de Pearson=27,837 avec un degré de liberté à 15 et une $p = 0,023 < 0,05$ donc il y'a de lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et la profession des conjoints.

Tableau XXI: Tableau croisé entre la multigestité et les facteurs d'absence de la CPN

Facteurs d'absence de CPN	Multigestité		Total
	Oui	Non	
Economique	109(52%)	57(27%)	166
Volontaire	33(16%)	5(3%)	38
Géographique	0(0%)	1(1%)	1
Socioreligieux	3(2%)	1(1%)	4
Total	145	64	209

Dans notre étude, le facteur d'absence de CPN pour des raisons économiques était observé chez les parturientes avec un effectif de 109 soit 52% des cas.

Le test de Chi-deux de Pearson=8,859 avec un degré de liberté à 3 et une $p = 0,031 < 0,05$ donc il y'a de lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et la multigestité.

Tableau XXII: Tableau croisé entre la primigestité et les facteurs d'absence de la CPN

Facteurs d'absence de CPN	Primigesté		Total
	Oui	Non	
Economique	57(27%)	109(52%)	166
Volontaire	5(3%)	33(16%)	38
Géographique	1(1%)	0(0%)	1
Socioreligieux	1(1%)	3(2%)	4
Total	145	64	209

Dans notre étude, le facteur d'absence de CPN pour des raisons économiques était observé chez les parturientes Primigeste avec un effectif 57 soit 27% des cas. Le test de Chi-deux de Pearson=8,859 avec un degré de liberté à 3 et une $p = 0,031 < 0,05$ donc il y'a de lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et la Primigesté.

Tableau XXIII: Tableau croisé entre la multiparité et les facteurs d'absence de la CPN

Facteurs d'absence de CPN	Multiparité		Total
	Oui	Non	
Economique	104(50%)	62(30%)	166
Volontaire	33(16%)	5(3%)	38
Géographique	0(0%)	1(1%)	1
Socioreligieux	3(2%)	1(1%)	4
Total	145	64	209

Dans notre étude, le facteur d'absence de CPN pour des raisons économiques était observé chez les multipares avec un effectif 104 soit 50% des cas.

Le test de Chi-deux de Pearson=10,331 avec un degré de liberté à 3 et une $p = 0,016 < 0,05$ donc il y'a de lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et la multiparité.

Tableau XXIV: Tableau croisé entre la primiparité et les facteurs d'absence de la CPN

Facteurs d'absence de CPN	Primipare		Total
	Oui	Non	
Economique	57(27%)	109(52%)	166
Volontaire	5(3%)	33	38
Géographique	1(1%)	0	1
Socioreligieux	1(1%)	3	4
Total	64	145	209

Dans notre étude, le facteur d'absence de CPN pour des raisons économiques était observé chez les primipares avec un effectif 57 soit 27% des cas.

Le test de Chi-deux de Pearson=8,859 avec un degré de liberté à 3 et une $p = 0,031 < 0,05$ donc il y'a de lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et la primiparité.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

F. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. Fréquence des grossesses non suivies :

Pendant notre période d'étude nous avons enregistré 3022 accouchements dont 209 parturientes qui n'avaient fait aucune consultation prénatale soit une fréquence de 6,9%.

Notre résultat est inférieur à celui de Dembélé B qui avait trouvé 10,2% en 2014 au Cs réf CII de Bamako [31] .Mais largement inférieur à ceux de Sangala M [32] et Maleya A et al[33] qui ont eu respectivement 28,7 % et 21,23% dans leur étude. En effet notre étude montre une augmentation du taux de consultation prénatale dans notre pays.

II. Profil socio-démographique

➤ Selon l'aspect d'âge

Les parturientes de tranche d'âge de 20 à 30 ans représentaient (68%) de notre étude, rejoint l'étude de Sangala M avec 62% [32] mais contraire à celui de Koné Y [34] qui a trouvé 50,2% chez les patientes moins de 20 ans. Cette disparité de résultat pourrait s'expliquer par la négligence de la CPN des patientes ayant déjà accouchés une fois ou plus.

➤ Selon leur statut matrimonial

Dans notre étude, les parturientes étaient mariées dans 92% des cas et 7% étaient des célibataires. Le statut matrimonial a un impact à la fréquentation dans les centres de santé en général et à la consultation prénatale en particulier. Notre étude rejoint plusieurs auteurs dans la littérature [11,31, 33,34]

Les femmes célibataires ont représenté 7%. Ce taux est largement inférieur au taux de l'OMS [1], (21,9%) ; et de Koné Y [34] avec 36% dans leur étude.

➤ Selon leur profession

Dans notre étude, les parturientes étaient des femmes au foyer dans 78% des cas. Les condition socio-économique a un gros impact sur la consultation prénatale car un revenu faible du couple est un mauvais facteur des soins de qualités en général dans les pays en voie de développement.

Ce constat a été fait par plusieurs auteurs dans la littérature. Les femmes au foyer représentaient 78% dans notre étude dont ce taux était inférieur à celui de Dembélé B qui avait eu 54,3% dans son étude [31]. Mais largement inférieur au résultat trouvé par Sangala M en 2014 avec 96,8% à l'hôpital Somine Dolo [32]. Notre résultat peut être expliqué par son milieu d'étude qui s'est passé à Bamako par rapport à celle de Sangala M dans une région du Mali. Ceci pourrait s'expliquer 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.

➤ **Selon leur niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction a une influence sur la compréhension facile et l'intérêt des suivis et des consultations prénatales.

Dans notre étude, les patientes non scolarisées représentaient 85% des cas. Il apparaît donc que l'analphabétisme est un facteur de risque dans l'absence de suivi de la grossesse. Nous sommes en accord avec la plupart des auteurs [31,32,35] qui ont noté un taux élevé d'analphabétisme associé au manque de suivi prénatal. En effet une patiente non instruite comprend moins bien l'importance des consultations prénatales. Elle est de ce fait moins enclin à se présenter en consultations prénatales qu'une femme instruite.

Selon les antécédents obstétricaux

Dans la littérature plusieurs études ont cherché un lien statistique entre les facteurs d'absence des consultations prénatales et les antécédents obstétricaux des parturientes.

Dans notre étude, les multigestes ont été les plus nombreuses (69%) et Primigesté (31%). Ces taux nous montrent que les grossesses multiples associées à l'âge un peu avancé de la parturiente constituent un facteur de risque de non-recours aux soins prénatals.

Dans notre étude plus de 66% des patientes étaient des multipares, ce taux était supérieur au résultat trouvé par Maleya A et al dans leur étude avec 30,96% [33].

Malgré cette disparité, nous pensons tous que la parité en elle seule n'explique pas ce faible taux de CPN.

➤ **Selon les antécédents d'avortement, l'accouchement antérieur non assisté et le mode d'accouchement**

Dans notre étude, la majorité de nos parturientes n'avait pas un antécédent d'avortement avec un effectif de 202 soit 97%, 140 parturientes soit 67% avaient un antécédent d'accouchement non assisté et dans 99% le mode d'accouchement par voie basse a été observé chez ces parturientes. Ce résultat rejoint à ceux de B Koné et al et Traoré Y et al qui ont trouvé respectivement 84,5% et 72,4% [10,11] et l'étude de M Sangala qui avait notée 50,8% le mode d'accouchement par voie basse[34].

➤ **Selon l'intervalle inter génésique**

Dans notre étude, l'intervalle inter génésique était compris entre de 13 à 24 mois dans 51% des cas, ce taux est proche à celui de Koné Y [34] qui avait trouvé 53,7% avec un intervalle inférieur ou égale à 24 mois. Contrairement à celui de Bagayoko N [14] qui avait trouvé 51,4% d'intervalle inter génésique supérieur à 24 mois. Nous n'avons pas d'explication à ces différences de taux.

III- Les Caractéristiques des analyses des facteurs de non suivi des parturientes

L'Afrique continue à enregistrer une lourde perte de vie humaine malgré le progrès important de la médecine suite aux manques des services de soins de qualités et les mauvaises conditions socio-économiques dans nos milieux ruraux. La morbidité et la mortalité maternelle et néo-juvino-infantiles est toujours un problème de santé publique.

Dans notre étude la profession des conjoints montre une valeur significative entre les facteurs d'absence à la consultation et la profession soit $p=0,023 < 0,05$.

Ce constat est fait par plusieurs études comme **Gandhien et Maleya Amina** [33,35].

Dans la littérature surtout dans les pays en voie de développement, les femmes ayant plus de quatre grossesses ont une négligence à fréquenter les centres de santé pour les soins prénatals. **El Hamdani et collaborateur et Mustafa MH et al** dans leur études ont observé que le taux de consultations prénatales diminue au fur et à mesure que la parité de la femme augmente et ce de manière significative [36, 37].

Notre étude partage cette remarque car l'analyse statistique montre qu'il y'a une relation entre la multigestité, multiparité et la raison d'absence aux consultations prénatales $p = 0,031 < 0,05$. Par contre, **Baumann** [38] et **Roth** [39] avaient enregistré un nombre élevé de primipares.

Il est important de sensibiliser les femmes enceintes dans nos centres de santé que le pronostic de l'accouchement n'est pas lié au nombre de grossesse ni au nombre d'accouchement antérieur.

Conclusion

Les grossesses non suivies constituent un phénomène touchant au Csref Commune V du District de Bamako.

Les raisons les plus évoquées ont été le problème financier des procréateurs et la notion de multigestité et de la multiparité aux soins prénataux.

La majorité des femmes non suivies sont des ménagères, non scolarisées vivant dans des conditions socioéconomiques défavorables, dont les conjoints sont des ouvriers.

La plupart des parturientes sont des multipares venues d'elles-mêmes et sans antécédent chirurgical particulier. L'analyse statistique des facteurs a montré un lien entre la multigesté, la multiparité et la profession des parturientes avec les raisons d'absence de la consultation prénatale dans le service.

Le pronostic des nouveau-nés après l'accouchement était bon dans l'ensemble.

Le taux de morbi-mortalité materno-fœtale qui reste encore un problème de santé publique au Mali. Pour cela, la participation active des autorités publiques, des personnels de santé ainsi que chaque individu dans sa société doit avoir un esprit de combat pour une vie meilleure.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités :

- Informer, sensibiliser, les femmes en âge de procréer sur l'importance de la CPN et les risques inhérents à l'absence de suivi prénatal à travers des émissions radiophoniques et télévisées sur nos chaînes publique et privées.

- Elaborer des projets d'appui à la scolarisation des jeunes filles, et à l'alphabétisation des femmes.

- La gratuité de la CPN

- Renforcer la formation continue des agents de santé.

Aux personnels de santé :

- Développer les bons rapports agents de santé-parturiente.

- Organiser les systèmes de bon accueil dans les structures sanitaires.

Aux parents et à l'entourage

- Permettre une plus grande scolarisation des enfants plus particulièrement les jeunes filles.

- Conseiller et encourager les femmes enceintes à aller aux CPN.

Aux femmes :

- Consulter systématiquement en cas d'aménorrhée afin de poser le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficiente

REFERENCES

- [1]. OMS : Rapport sur la santé dans le monde : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, avril 2005 ; 261p.
- [2]. OMS. Mortalité maternelle. 16 février 2018. Accessed February 24 2019.
- [3].L Alkema , D Chou ,D Hogan , S Zhang , A Moller , A Gemmill et al . Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet.2016; 387 (10017): 462-74. PubMed | Google Scholar .
- [4]. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en oeuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA. MPSMRM, MSP et ICF International.
- [5]. DNSI-CPS/MSSPA : Enquête Démographique et Santé du Mali, EDSM VI Mali 2018 ; Rapport de synthèse. Septembre 2018.
- [6]. World Health Organization. Coverage of maternity care. A tabulation of available information, 3rd edn. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva. 1993.
- [7]. B Breton, A Peres , E Barranger . Grossesses non suivies : historique, issues materno-fœtales et devenir. Gynécologie Obstétrique & Fertilité.2013; 41(3): 173-178. Google Scholar
- [8].A Sepou , M Yanza , E Nguembi , J Bangamingo , M Nali . Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine: fréquence, facteurs influençant, pronostic maternel et néonatal. Médecine tropicale. 2000; 60(3): 257-261. Google Scholar

- [9].C Brown , S Sohani,K Khan , R Lilford , W Mukhwana . Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008; 8: 2. PubMed | Google Scholar
- [10]. T Youssouf, T Ibrahim, T Tioukani, JK Mulbah , M Niani, D Issa et al . Aspects socio-démographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Medical. 2007; 22(2): 39-43. PubMed| Google Scholar
- [11].K Yaya.Aspects socioculturels et économiques de l'absence du suivi prénatal gynéco-obst au CHU Gabriel Touré[Thèse de médecine].Bamako : Université de Bamako – FMOS de Bamako ;2006 P(22-24).
- [12].A Oakley. The capture womb. A history of the medical care of pregnant women, Oxford 1984.Basil Blackwell.
- [13].Thiam H D. Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse médecine (Bamako) 2000 (62).
- [14]. Bagayoko N: Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies à propos d'une étude cas-témoins dans le service de gynéco-obstétrique à L'HGT (2003-2004). Thèse médecine (Bamako) 2004, 82p ; 39.
- [15].Dakouo G .Contribution à l'étude de la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement (Bilan de dix ans d'observation (1980-1989). Thèse médecine (Bamako) 199(40): 93p.
- [16].OMS.Bureau Régional d'Europe. Symposium sur l'identification des personnes et groupes de population exposés à un risque élevé, Windsor 1970; Copenhague 1973 (Euro ,4911).
- [17].EDSM-II : Enquête Démographique et de Santé au Mali (1995-1996).
- [18].Traoré A F.Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine (Bamako) 1988 (20).

- [19].K Akpadza , Kotorkt, S Baeta, A Hodonou. Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sogodé. Médecine d'Afrique Noire 1994; 41(11) : 604-607
- [20]. Diakité M, Les ruptures utérines à propos de 41 cas observés à Bamako. Thèse médecine (Bamako).1985 (10):122p.
- [21]. Dolo A, Keita B, Diabate FS, Maiga B .Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 21 cas à l'Hôpital National du Point G. Bamako médecine d'Afrique Noire 1991,38(2):113-134
- [22].A Prual, journée de réflexion sur la contraception, Niamey, du 1ER au 4 Octobre 1991.
- [23].R Merger, J Levy , J Melchior , Précis d'obstétrique. MASSON: Paris 6ème Edition ; 1995 : 597Pp71.
- [24].E Nicolose, D'ercole, N Cassel, P Azoulay, L Cravello, L Boubli,B Blan et al. Formes graves de l'hypertension artérielle gravidique. Rev.Fr.Gynécol, Obstét 1994; 89(10): 476-488.
- [25].Talibo A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de mortalité maternelle évitable dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse médecine (Bamako) 1998 (29).
- [26]. Kaunizt A, Hughest, Grimes D et Al. Causes of maternal mortality in United States. Obstét gynécol.1985, (65) :605-612.
- [27].Vokaer A. Les hypertensions gravidiques. La prééclampsie-éclampsie. In : Pathologie médico-chirurgicale de la grossesse. Masson (Paris) 1988 : 10-48p.
- [28].Faye A, Picaud A, Ogwet I, Nlome NRA, Nicolas Ph. L'éclampsie au centre hospitalier de Libreville. 53 cas pour 41285 accouchements de 1985 à 1989.Rev.Fr. Gynécol .Obstét 1991; (86) :7, 9,503, 510.
- [29]. Nasah B T.Conférence régionale sur la maternité à risque. La prévention des grossesses à haut risque. Niger 1989.Pp 27.
- [30].Anonyme : Normes et procédure pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la république du Mali ; vol 2,1990.

- [31]. D M Bakary. Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de sante de référence de la commune ii du district de Bamako. Thèse de médecine ; faculté de médecine, Bamako,2015, Pp69.
- [32]. S Moise. Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies a l'hôpital somine Dolo de Mopti. Thèse de médecine ; faculté de médecine, Bamako ,2015 ;Pp 49.
- [33].M Amani, M M Roger, N B Joseph, N I Hugues,M Olivier, K Xavier et al. Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo.Pan African Médical journal.2019;33:66. doi:10.11604/pamj.2019.33.66.18528 .
- [34].N Mariétou,D Sophie et B Emmanuelle.Le non recours aux soins prénatals au Burkina Faso.Afrique,santé publique et developpement.2015 ;vol3,P405-414.
- [35].Gandzien PC.Les grossesses non suivies pronostic obstétrical et néonatal. Méd Afr Noire. 2007; 54: 166-168
- [36].F ElHamdani ,P Vimard ,A Baali, M Zouini, M Cherkaoui.Soins prénatals dans la ville de Marrakech. Med Sante Trop. 2013; 23: 162-167.
- [37].M Mustafa, A Mukhtar. Factors associated with antenatal and delivery care in Sudan: analysis of the 2010 Sudan household survey. BMC Health Services Research. 2015; 15: 452. PubMed | Google Scholar
- [38].M Baumann, D Deschamps,J Deschamps."Maternité et extrême pauvreté; modalité de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement."Rev Fr Gynecol Obst.1988; 83: 183-191.
- [39].P Roth, R Maillet, N Ruat, C Colette.Les grossesses non suivies médicalement: pronostic obstétrical et néonatal, étude rétrospective de 88 cas. Rev Fr Gynecol Obstet.1993; 88: 55055.

Annexes

FICHE SIGNALYTIQUE

Nom : TELLY

Prénoms : Moussa

Titre de la thèse : Les raisons d'absence du suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité du Csref CV

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynéco-obstétrique

Résumé :

Objectif :

Etudier les facteurs d'absence du suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité de centre de santé de référence de la commune V (CV) de Bamako

Patientes et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale avec recrutement prospectif.

Une collecte prospective, transversale, portant sur les femmes n'ayant effectuées aucune consultation prénatale.

Résultats : Il ressort de cette étude une fréquence de 6,9% de grossesses non suivies. La tranche d'âge de 20 à 34ans était la plus représentée 68%.

Les femmes au foyer ont représentées 78% des cas.

Les femmes non scolarisées étaient majoritaires soit 85%.

Les multigestes représentaient 69% et la multipare dans 66%.

Les parturientes avaient un intervalle inter gènesique de 13 à 24 mois dans 51% des cas.

Le mode d'accouchement par voie basse et eutocique était de 99% de l'ensemble.

Les nouveau-nés étaient vivant dans 85% et décédé dans 15% des cas.

Les principales raisons du non suivi des grossesses ont été la notion du problème financier des procréateurs et la notion de multigesté et la multiparité.

Mots clé. Grossesse non suivie.

FICHE D'ENQUETE

« Q = Question »

I. Renseignements généraux

Identification de la patiente

Q1 : N° dossier /___/

Q2 : Année : /___/

Nom

Prénom.....

Q3 : Age en Année

a) 13- 19 ans/ ___/, b) 20-34ans/___/, c)35 -42 ans / ___/,d) 43 et plus/___/

d) Non préciser/___/

Q4 : Ethnie : a) Bambara/___/, b) Sonhaï /___/, c) Soninké /___/

d) Malinké /___/, e) Dogon /___/, f) Peulh /___/, g) Miniaka /___/,

h) Bobo /___/, i)

Autres :

Q5 : Profession de la patiente :

a) Femme au foyer /___/, b) Elève/ Etudiante /___/, d) Commerçante /___/,

e)Aide-Ménagère/___/ d) fonctionnaire/___/f) si fonctionnaire a
précisé

Q6 : Profession du conjoint :

a)sans profession/___/b) ouvrier/___/c)élevé/étudiante/___/d)

chauffeur/___/e)commerçante/___/f) fonctionnaire/___/g) si fonctionnaire a
précisé.....

Q7 : Mode D'admission :

a) Venue d'elle-même /___/, b) Evacuée /___/

Provenance :

a)Bamako /___/ b) hors Bamako/___/

Q8 : Notion d'instruction :

a) Instruite : a) oui /___/,b) Non /___/, si oui

b) Primaire/___/,b) Secondaire/___/, Supérieur/___/

Q9 : Statut matrimoniale :

a) Mariée /___/, b) Célibataire /___/, c) Divorcée /___/, d) veuve /___/

Q10 : Régime matrimonial :

a) Monogame /___/, b) Polygame /___/ c) Aucun /___/

II. Antécédents du malade :

✓ **Personnels :**

Q11 : Médicaux

a) Cardiopathies : a) oui /___/, b) Non /___/

b) Ictère: a) oui /___/, b) Non /___/

c) Asthme : a) oui /___/, b) Non /___/

d) Drépanocytose: a) oui /___/, b) Non /___/

e) Anémie: a) oui /___/, b) Non /___/

f) Diabète: a) oui /___/, b) Non /___/

g) Autres à préciser _____

Q12: Chirurgicaux:

a) Césarienne: a) oui /___/, b) Non /___/

b) Appendicectomie: a) oui /___/, b) Non /___/

c) Kystectomie : a) oui /___/, b) Non /___/

d) Autres _____

Q12 : Obstétricaux :

a) Gestite :

Nulligeste /___/ Primigeste /___/ Multi geste /___/

b) Parité

Nullipare/___/ Primipare/___/ Multipare/___/

c) Enfant vivant/___/, d) Avortement /___/

e) Accouchement antérieur non assiste/___/

e.1) oui, e.2) non

f) Intervalle inter génésique/___/

g) Mort nés/___/

Q13 : Gynécologiques :

a) Contraception : a) oui /___/, b) Non /___/

b) Fibrome: a) oui /___/, b) Non /___/

c) kyste de l'ovaire: a) oui /___/, b) Non /___/

Q14 : Familiaux :

Q15 : HTA : a) oui /___/, b) Non /___/

Q16: Diabète : a) oui /___/, b) Non /___/

Q17: obésité : a) oui/___/, b) Non /___/

Q18 : Drépanocytose : a) oui/___/, b) Non /___/

Q19 : _____ : _____ Autres _____ à préciser

A) Examen Général :

Q20 : Etat général : a) Bon /___/, Passable /___/,

Q21 : Etat de conscience : a) Bon /___/,

Q22: Conjonctives : a) Colorées /___/, b) Pales /___/,

Q23 : TA : a) 120/80 mm Hg /___/, b) 120/80 mm Hg /___/,

a) \geq 140/90 mm Hg /___/

Q24 : Température : a) $<$ 38°C /___/, b) 38- 39°C/___/, c) 39°C /___/

Q25 : Pouls : a) 100/puls /mn /___/, b) 100/puls/mn /___/

Q26: Respiration : a) 16 cycles/mn /___/, b) 16 cycles/mn /___/

III. **MODE D'ACCOUCHEMENT**

Q27 : Voie basse:/___/

a) Voie basse instrumentale /___/

b) Voie basse après manœuvre obstétrical/___/

Q28 : Voie haute :

a) Césarienne /___/

b) Hysterorraphie(RU) /___/

c) Hystérectomie(RU) /___/

Q29 : TYPE D'ACCHOUMENT/___/

Eutocique

Dystocique

IV. **PRONOSTIC** :

Q 30 : Nouveau-né a) Vivant :

Sexe : M/___/, F/___/

b) Décédée :

Sexe : M/___/, F/___/

V. **RAISON DE CONSULTATION PRENATAL**

a) Inaccessibilité géographique :

b) Inaccessibilité économique : _____

c) Raisons socioculturelle et religieuses : _____

d) Volontaire: _____

e) Antécédent de non suivi: _____

V1.3.CONSEIL A DONNER :

A ton donné des conseils :

Oui :

Sur le repos/ ___/Alimentation/ ___/Planning familiale/ ___/MST/SIDA/ ___/

Autres/ ___/

A ton expliquer les signes d'alerte et que faire s'il survenait : oui/___/ OU b)

Non / ___/

Si oui quels sont les signes d'alerte :

Métrorragie/ ___/ Douleur abdominale intense / ___/ perte liquidienne / ___/

Autres (à préciser) : / ___/

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, 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 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 leurs pères.

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

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

Je le jure