

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE 1996

N°.....50.....

TITRE :

**INTERETS DE LA CONSULTATION PRENATALE
SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.
A PROPOS DE 1872 GESTANTES.**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1996
devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

Par : Madame KOITA Fatouma TOURE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'ETAT)

Président : Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membres : Professeur Mamadou M. KEITA
Docteur DOUCOURE Arkia DIALLO

Directeur de Thèse : Docteur SY Aïda SOW

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1995-1996

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCES
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécurisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousseïni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS
Mr Nouhoum ONGOIBA

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie
Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUHARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA
Mr Adama DIARRA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie
Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigue Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUHARE

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneümo-Phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med. Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

3. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharm.Chim. (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique (chef D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Mme SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine Nucléaire

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE

H.G.T.

Docteur Tahirou BA	H.G.T:
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M.BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

je dédie ce travail ...

A mon père Feu Abdoulaye SOW

Avec toute ma reconnaissance et mon affection, je souhaite que cette thèse me rende digne de votre estime.

A ma mère

Brave femme courageuse, patiente et très sage. tu as consenti des efforts énormes pour que tes enfants ne manquent de rien et pour qu'ils puissent être dans les meilleures conditions d'études. Tu as porté ce travail. Je souhaite que cette thèse qui ne représente qu'une infime partie de ma reconnaissance et de mon indéfectible attachement Mère-Fille t'apporte satisfaction, fierté et honneur.

Je te souhaite longue vie pour que tu puisses savourer les fruits de ton dur labeur.

Aux Familles :

Feu Soro Cheickna TOURE

Feu Moussa Balla TOURE

Gaoussou TRAORE

Moctar GAKOU

Malamine TOUNKARA

Boubacar Midi COULIBALY

Baba TOURE

Moulaye Aly Kalil ASCOFARE

Pour le soutien moral, la confiance et l'intérêt constamment grandissant que vous avez toujours porté à mes études.

A mes Tantes :

Anne Marie CARVALHO

Néné SY

Sitamba TOURE

Neïssa TOURE

Tara TOURE

Madani TOURE

Mme ASCOFARE Diahara Hamadoun

Ce travail est le fruit de votre affection et de votre soutien. Je vous serai toujours reconnaissante.

A mon mari Oumar KOITA

Qui a accepté et compris mes exigences d'Epouse-Etudiante.

Puisse notre union surmonter les obstacles de la vie.

A mon fils Hamadoun KOITA

En témoignage de mon affection

A mes frères Abdoulaye TOURE et Baba SOW. Ce travail est aussi le vôtre.

Toute mon affection en vous souhaitant bon courage dans vos études.

A ma soeur Kadiatou SOW. toute ma tendresse.

A Mme SANGARE Kadiatou KEITA Sage-Femme. Vos conseils m'ont toujours été d'un appoint inestimable. Vous m'avez inspirée, encouragée, dirigée, corrigée. Je vous serai toujours reconnaissante.

A mes Amis :

Bakarou KAMATE

Binta TOURE

Seydou Assétou COULIBALY

Je tiens à vous exprimer mes profonds sentiments de gratitude et à vous dire que les meilleurs amis sont ceux qui restent à vos côtés pendant les moments difficiles.

À tout le personnel du Centre de santé de Missira.

En guise de remerciement pour leur collaboration ouverte et fraternelle.

A tous mes camarades de Promotion.

Que Dieu nous protège et nous donne une bonne chance dans la vie.

A tout le corps professoral de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Toute ma profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY

A notre Maître et Président du Jury

Le professeur Sidi Yaya SIMAGA Chef du DER de Santé Publique du Mali

Vous nous faites l'insigne honneur d'accepter malgré vos multiples occupations de présider ce jury.

Toujours compréhensif et tolérant, votre dimension scientifique et vos qualités pédagogiques nous ont beaucoup impressionnées.

Qu'ils nous soit permis cher maître de vous exprimer à travers ce travail notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Professeur Mamadou Marouf KEITA, Professeur en Pédiatrie.

Nous avons été touché par votre participation à ce jury. Votre présence nous honore.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux et soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge : Docteur DOUCOURE Arkia DIALLO

Vous nous avez maintes fois aidé dans ce travail en nous apportant vos précieux conseils et toute l'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise.

Veillez_ accepter ici modestement, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directrice de Thèse : Docteur Mme SY Aïda SOW Maître de
Conférence Agrégé Médecin-chef du Service socio-sanitaire de la Commune II.

Vous êtes pour nous un exemple de conscience professionnelle, de
gentillesse et de simplicité.

Pendant toute notre carrière universitaire, nous avons pu largement
bénéficier de vos hautes qualités pédagogiques, humaines et morales.

Nous avons toujours apprécié votre disponibilité et vos critiques constructives.
Nous n'oublierons jamais l'attention particulière avec laquelle vous avez dirigé
ce travail.

Nous vous prions de trouver le témoignage de notre respect et d'accepter nos
chaleureux remerciements.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. GENERALITES

III. METHODOLOGIE

IV. RESULTATS

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. CONCLUSIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

BW	Bordet Wasserman
CPN	Consultation Prénatale
IEC	Information- Education- Communication
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PMI	Protection Maternelle et Infantile
VAT	Vaccination Anti-tétanique
DDR	Date des dernières règles

INTRODUCTION

La Grossesse a toujours été et reste pour toute femme une aspiration légitime. Bien menée, elle constitue un critère de valorisation sociale.

Très généralement, la grossesse est un état physiologique qui se déroule normalement.

Malheureusement, surtout dans nos pays en voie de développement, la grossesse constitue encore un problème de santé publique à cause des conditions socio-économiques défavorables, de ce fait peut présenter de graves dangers pour la vie de la mère et de l'enfant. (1, 8, 18)

La mortalité maternelle dans les pays en voie de développement constitue une immense tragédie. En effet, le risque de mourir d'une grossesse en Afrique atteint 100 000 naissances (40,50) alors que celui du Canada était de deux décès pour 100 000 accouchements en 1985 (40).

Cet état de fait est bien illustré par une expression du folklore tanzanien révélée par une mère à ses enfants lorsque le moment lui semble venu d'accoucher: " Je vais à l'océan chercher un nouveau bébé, mais le voyage est long et dangereux, et il se peut que je ne revienne pas.... " (45)

Cette formule nous indique d'emblée le problème immense que représente aujourd'hui encore la mortalité maternelle liée à la grossesse et à l'accouchement. Les femmes procréatrices restent encore tributaires des grossesses rapprochées, d'une grande multiparité et surtout d'un non suivi ou d'une ignorance des consultations prénatales.

La couverture prénatale, si elle a atteint des proportions satisfaisantes dans certains pays, reste encore très insuffisante dans nos pays en voie de développement.

Au Mali des études faites à Bamako ont montré que le taux de consultation prénatale était de 59,2% en 1988. (14).

Une enquête effectuée par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales en 1987 a montré que 75% des femmes enceintes de Bamako fréquentent les consultations prénatales contre 15% seulement sur l'ensemble du territoire.

Il a été établi qu'un suivi médical de la grossesse permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications ainsi qu'une surveillance obstétricale de

l'Accouchement, contribuent à la réduction de la mortalité et de la morbidité prénatale et maternelle. (15,22, 30)

C'est avec une surveillance prénatale rigoureuse que nous pourrions réunir toutes les conditions chez la mère et le fœtus pour un accouchement aussi eutocique que possible.

L'ensemble des femmes enceintes doit être touché par la surveillance prénatale et celles qui y échappent représentent une population où les risques sont élevés.

Notre travail porte sur une étude, cas témoins ayant comme les objectifs généraux les avantages de la consultation prénatale sur la morbidité et la mortalité materno-foetale.

De cet objectif général découlent les objectifs spécifiques suivants :

- Etude de profil des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation prénatale et celles n'ayant pas bénéficié de consultation prénatale en fonction d'un certain nombre de paramètres.
- Etudier l'issue de la grossesse présente.
- Evaluer l'état des nouveaux-nés à la naissance.
- Rechercher les consultations pouvant exister entre la pratique des CPN et certains paramètres liés aux patientes.
- Suggérer quelques recommandations pouvant entraîner un meilleur suivi des CPN.

GENERALITES

CONSULTATIONS PRENATALES ET SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

A/ RYTHME DES CONSULTATIONS

- Le plus régulier possible, à adapter selon la population concernée et les structures sanitaires.
- Au mieux, tous les mois, plus en cas de grossesse à risque, surtout à l'approche du terme.
- Au pire, trois consultations :
 - . début de grossesse
 - . sixième mois
 - . avant le terme

Mais c'est souvent à l'approche du terme que la femme consulte pour la première fois.

B. OBJECTIFS

- Diminution de la mortalité et morbidité maternelle et infantile
- Surveillance et dépistage d'anomalies, sélection de grossesse à risque.
- Prévention des complications, des anémies, du paludisme s'il est endémique et du tétanos néonatal.
- Education sanitaire et nutritionnelle, préparation à l'accouchement.

PREMIERE CONSULTATION PRENATALE

I. Interrogatoire : Il portera sur :

- Les antécédents familiaux
 - contexte social : conditions de vie, activités
- Les antécédents obstétricaux
 - . nombre de grossesses antérieures
 - . accident obstétrical
 - . avortement ou fausse couche
 - . enfants vivants et morts
 - . césarienne
- Les antécédents médicaux
 - . chirurgie
 - . traitement médical
 - . problème cardiaque
 - . hypertension artérielle, diabète
 - . transfusion, ictère récent, accès fébrile

II. CALCUL DU TERME

A partir de la date des dernières règles, essayer d'être le plus précis possible.

III. EXAMEN CLINIQUE

Il porte sur l'aspect général de la femme :

- sa taille : on se méfiera de l'accouchement chez toute femme dont la taille n'atteint pas 1,50 cm.

- son poids : dont la courbe devra être suivie régulièrement jusqu'au terme.

- sa morphologie générale : qui laissera souvent préjuger de la morphologie pelvienne.

- son squelette en général par l'examen de la femme debout, puis marchant à la recherche d'une éventuelle boiterie.

- Plus spécialement, l'examen portera sur les organes génitaux.

. examen des seins

. examen de la vulve et du périnée : en notant l'ampleur de l'une et la longueur puis la souplesse de l'autre ; la présence de lésions cicatricielles ou inflammatoires.

. examen du vagin : il portera sur sa forme, sa profondeur, son extensibilité. On recherchera des lésions de vaginite manifestées par une leucorrhée dont l'aspect varie avec le germe en cause .

. examen du col utérin : on notera sa longueur sa fermeture ou béance, la présence de lésions inflammatoires ou dystrophiques.

. examen du corps utérin et des annexes.

IV. EXAMENS PARACLINIQUES

Les uns sont faits à la consultation même. Ainsi la prise de la tension artérielle et la pesée sont obligatoires lors de tout examen prénatal.

Les autres examens obligatoires sont :

- . l'examen des urines
- . le B W
- . le groupe sanguin et le rhésus
- . le test d'Emmel

D'autres examens, quoique non obligatoires doivent être faits suivants les circonstances cliniques par exemple :

- . l'étude bactériologique des leucorrhées ;
- . le sérodiagnostic de la rubéole et de la toxoplasmose

V. PROPHYLAXIE ANTI PALUDIQUE ET ANTI ANEMIQUE

Elles sont recommandées dès la première CPN en prescrivant à la femme de la chloroquine et du sulfate ferreux.

Chloroquine : 300 mg par semaine.

sulfate ferreux : 1 comprimé de 200 mg deux à trois fois par jour pendant pratiquement toute la grossesse.

VI. Dès la première consultation procéder à la première injection de la vaccination anti-tétanique.

D) DEUXIEME CPN ET SUIVANTES

- Même surveillance du poids, de la tension artérielle.
- Recherche de douleurs pelviennes, de contractions de fièvre, de signes urinaires, de leucorrhées, de métrorragies.
- Contrôle de l'évolution de la hauteur utérine, de l'apparition des bruits du coeur foetal, des mouvements foetaux, de la présence ou l'absence d'oedèmes.
- Deuxième injection de la vaccination anti-tétanique

E. DERNIERE CONSULTATION AVANT LE TERME

1. Etude de la Présentation Foetale

- La hauteur utérine est de 32 à 45 cm à proximité du terme.
- Recherche du côté du dos : Appuyer sur le fond utérin vers le bas pour ployer le rachis du foetus et explorer les faces latérales de l'utérus. Le dos est palpé comme un plan dur, les membres sont perçus comme de petites saillies irrégulières. Le dos est défini par rapport à la droite ou gauche de la mère et en cas de présentation céphalique indique le côté de l'occiput foetal. Il faut se méfier des présentations hautes.

2. Auscultation des Bruits du coeur foetal

Dans la région ombilicale, du côté du dos du foetus, au niveau de l'épaule : ils doivent être réguliers, rapides (entre 120 et 160 par minute) non synchrones au pouls maternel.

3. Le Toucher Vaginal

Il est souhaitable de le faire à cette période.

- Col : souvent postérieur, atteint à bout de doigt : Il est normalement fermé chez la primipare et perméable à l'orifice externe en général chez la multipare.
- Segment inférieur : partie de l'utérus qui se développe pendant la grossesse entre le corps et le col évasé et mince permettant de palper la présentation.

La présentation : de nature céphalique, dure et régulière, ou siège, molle et irrégulière. En cas d'épaule il n'y a pas de présentation accessible avant le déclenchement du travail.

- Situation de la présentation par rapport au détroit supérieur : présentation haute et mobile chez la multipare avant le travail, fixée voire engagée à partir du 8ème mois.

- Etude du Bassin osseux.
- Examen du périnée à la recherche d'une cicatrice d'un retrecissement, d'une infibulation

F. SELECTION DES GROSSESSES A RISQUE

Ce sont des grossesses qui nécessiteront une surveillance et un traitement particulier : consultations plus fréquentes ou hospitalisation voire dispositions particulières en milieu adapté pour celles dont on soupçonne des complications lors de l'accouchement.

Facteurs de Risques

On peut distinguer les facteurs de risques mineurs, intermédiaires et majeurs. Cette classification permet d'élaborer une stratégie en fonction de l'équipement sanitaire, du système d'évacuation en cas d'urgence et de la compétence du personnel responsable de la CPN.

a) Facteurs de Risques Mineurs

- Age :
 - . inférieur à 16 ans
 - . supérieur à 40 ans
- Parité
 - . Primipare
 - . Grande multipare (plus de 6 accouchements)
- Poids
 - . inférieur à 45 kgs
 - . supérieur à 80 kgs

Le Gain de poids au cours de la grossesse est compris entre 8 et 12 kgs.

- Contexte socio- économiques ou conditions de vie difficile.
- Hémorragies du premier trimestre
- Taille inférieure à 1,50 m

b) Facteurs de Risques Intermédiaires

- Taille inférieure à 1,45 m
- Boîterie, séquelles de poliomyélite

- Antécédents Obstétricaux

- . enfants morts-nés, accouchements prématurés
- . hémorragies de la délivrance
- . Symphyséotomie, ventouse, forceps.
- . Infections urinaires
- . Pré- éclampsie modérée

C) Facteurs de Risques Majeurs

- Taille inférieure à 1,40 m ou anomalie évidente du bassin comme un diamètre promontoire retropubien inférieur ou égal à 9 cm, ou asymétrie notable.
- Antécédent de Césarienne : se renseigner si possible sur l'indication antérieure et sur la technique .
- Antécédent de chirurgie utérine (myomectomie...)
- Pré- éclampsie majeure
- Diabète, tuberculose , asthme, insuffisance cardiaque, anémie sévère.
- Grossesse gémellaire
- Siège
- Présentations dystociques : face, front, transverse
- Hydramnios
- Hémorragies du troisième trimestre.

METHODOLOGIE

A) CADRE D'ETUDE

B) MATERIEL D'ETUDE ET METHODE

A. CADRE D'ETUDE

1. CADRE TEMPOREL

Notre étude a démarré le 1er janvier 1995. Le lot de 1 100 femmes a été constitué du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1995. Il est aussi évident que toutes ces femmes enregistrées n'ont pas accouché pendant la période d'étude.

L'idéal était pourtant de suivre toutes les femmes enregistrées jusqu'à l'accouchement.

Le 2ème lot de 772 femmes a été recensé à la même période au niveau de la salle d'accouchement. Il s'agit de femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN.

2. CADRE GEOGRAPHIQUE

Ce travail s'est déroulé au centre de santé de Missira situé en Commune II du District de Bamako.

Il reçoit les consultantes de divers quartiers de Bamako en général, mais en particulier des quartiers de la Commune II. Ce centre est constitué d'une maternité et d'un dispensaire. La maternité s'occupe des femmes et le dispensaire s'occupe des enfants donc un centre conçu pour la protection de la mère et de l'enfant. Ce centre a été érigé en centre pilote du District de Bamako en 1990 et de ce fait a été l'objet d'une réorganisation qui a abouti à la constitution de deux sections avec des unités fonctionnelles.

- une section femme
- une section enfant

2.1. La Section Femme

Elle a comme responsable un médecin gynécologique et comporte les unités suivantes :

- Unité de consultations gynécologiques : s'occupe des consultations gynécologiques et de surveillance des grossesses à haut risque. Elle est assurée par un médecin-gynécologique assisté de deux sages-femmes et d'une infirmière.

- Unité prénatale : Elle s'occupe des consultations prénatales. C'est dans cette unité que s'est déroulée mon enquête. Ici les femmes sont accueillies dans un grand hall par une sage-femme et une aide soignante. Les femmes sont inscrites par ordre d'arrivée, puis un carnet de santé est délivré aux nouvelles consultantes. On procède à une vérification des carnets des anciennes en vue de confirmer leur rendez-vous.

Cette unité est composée d'un bureau et d'une salle de consultation comprenant une table d'examen et un chariot pour matériel. Des séances d'IEC sont organisées à l'intention des femmes.

- Unité accouchement et suites de couches : c'est une unité dirigée par une équipe de sages-femmes d'infirmières et d'aide-soignantes ayant à sa tête une sage-femme. Cette unité englobe la salle d'accouchement proprement dite contenant comme matériels deux tables d'accouchement et un chariot pour boîtes à instruments.

Les salles d'hospitalisation contiennent un total de 15 lits.

Dans cette unité, les accouchements sont effectués 24 heures sur 24 heures par une équipe de garde constituée d'une sage-femme, d'une infirmière et d'une aide-soignante.

Unité post-natal et planning familial : Elle est tenue par des sages-femmes, des infirmières et des aide-soignantes. Elle s'occupe de soins post-natals et de la planification familiale. L'accueil, la réception et la consultation sont faits sur place par l'équipe .

2.2. La Section Enfant

Elle occupe l'autre aile du bâtiment et comporte les unités suivantes :

- Unité enfant sain : s'occupe de la pesée, de la mesure des repères anthropométriques afin de suivre le développement harmonieux de l'enfant.

- Unité enfant malade : elle est assurée par le médecin chef et son adjoint ainsi qu'une équipe d'infirmiers d'état. Elle s'occupe de la consultation des enfants malades.

- Unité de réhydratation orale : s'occupe de l'octroi des solutions de réhydratation orale, éduque les mamans dans la conduite à tenir devant les maladies diarrhéiques et les vomissements et surtout leur apprendre la préparation de l'eau

de réhydratation orale.

- Unité Programme Elargi de Vaccination (PEV) : s'occupe de la vaccination des enfants de 0-6 ans contre les grandes endémies tropicales du programme et des femmes enceintes contre le tétanos.

- Unité statistique : s'occupe des données statistiques du centre.

- Un laboratoire : pour les analyses prénatales courantes.

3. Cadre Humain

Sur le plan humain, le personnel est constitué de :

- deux médecins généralistes assurant la direction administrative du centre.

- un médecin gynécologue

- deux internes (temporaires)

- des sage-femmes responsables d'unités et leurs adjointes au nombre de vingt trois.

- des infirmiers d'état responsables d'unités et leurs adjointes au nombre de six.

- des infirmiers du premier cycle au nombre de deux.

- des stagiaires de l'Ecole de Médecine et de l'Ecole Secondaire de la Santé

- deux assistantes sociales

- des aide-soignantes au nombre de vingt trois.

- une secrétaire

- deux comptables

- des manoeuvres au nombre de trois

- un gardien

4. Cadre Fonctionnel

le centre bien qu'organisé en différentes unités, fonctionne de façon solidaire. Cela revient à dire que les unités bien que structurellement différentes, fonctionnent en pratique d'une manière très étroite.

Une fiche d'orientation interne se trouve au niveau de toutes les sections et unités. Les accouchements se font 24 heures sur 24 heures à la moyenne de 8 accouchements par jour.

Il faut signaler également l'affluence très marquée des consultations externes surtout au niveau des consultations gynécologiques.

L'encadrement des stagiaires est effectué par un effort conjugué du médecin-gynécologue, des médecins généralistes et des sages-femmes.

Cadre Logistique

- un véhicule de liaison
- une ambulance
- téléphone

B) MATERIEL D'ETUDE ET METHODE

Il s'agit d'une étude cas témoins et prospective dans les centres où certains femmes ont été revues plusieurs fois. Elle s'est déroulée au centre de santé de la commune II de janvier à décembre 1995. Les consultations prénatales étaient faites tous les jours de 8 heures à 14 heures. Le nombre moyen de consultations était de 12 par jour. Nous avons directement participé aux consultations.

La Durée moyenne d'une consultation est de 10 minutes.

Le carnet de consultation prénatale coûte 500 FCFA et celui de vaccination coûte 100 FCFA.

1. Matériel d'Etude :

Critères d'inclusion et d'exclusion

Notre travail a porté sur deux lots de femmes :

- Un premier lot de 1 100 femmes sélectionnées sur la base de l'existence d'une grossesse c'est à dire que les fiches retenues étaient exclusivement celles présentant une amenorrhée gravidique.

Les fiches d'enquête sélectionnées portaient le maximum de renseignements.

Nous avons éliminé les fiches dont nous ne pouvions pas déterminer l'âge de la grossesse c'est à dire les fiches qui ne comportaient :

- ni date des dernières règles
- ni hauteur utérine
- ni échographie

Après cette sélection nous avons pu retenir 1 100 fiches qui ont été effectivement exploitées.

Un deuxième lot de femmes au nombre de 772 cas a été sélectionné au niveau de la salle d'accouchement sur le critère de consultation prénatale non faite au cours de la grossesse.

Les fiches ont été remplies à partir d'un interrogatoire minutieux.

2. Methode

Les consultations prénatales étaient effectuées le matin de 8 h à 14 h.

A leur arrivée, toutes les femmes étaient soumises à un interrogatoire

conformément aux termes des fiches d'enquêtes individuelles.

Il faut souligner qu'actuellement au lieu des fiches qui restaient à la PMI, on ne donne que les carnets de santé aux mères. L'inconvénient de ce système est qu'il n'existe plus de fichier à la PMI. Chaque femme emmène son carnet et le rapporte à chaque consultation. Le plus souvent il arrive que les femmes perdent leur carnet.

Après l'interrogatoire, la femme est soumise à un examen général gynécologique et obstétrical complet. Chaque fiche d'enquête comporte les renseignements suivants :

- Identité, de la femme et de son mari ou du procréateur
- Age de la femme
- Profession de la femme
- Profession du mari ou du procréateur
- la DDR
- Poids
- Taille
- Tension artérielle
- Antécédents médicaux
- Antécédents chirurgicaux
- Antécédents gynéco-obstétricaux
- Age de la grossesse
- Examens gynécologiques, obstétricaux et biologiques
- Existence ou non d'une grossesse à risque et la nature du risque
- Pathologies diagnostiquées
- Prescriptions médicamenteuses
- Vaccinations
- Nombre de consultations prénatales

RESULTATS

PREMIERE PARTIE

Nous avons un lot de 1 100 femmes qui sont venues consulter en Prénatale.
Il sagit de femmes qui ont fait au moins une consultation prénatale.

Tableau N° 1

Age des femmes.

Les femmes ont été réparties en tranche d'âge selon le tableau suivant :

Tranche d'âge	Nombre de Femmes	Pourcentages
Moins de 15 ans	7	0,6%
15-19 ans	294	26,7
20-24 ans	279	25,3
25-29 ans	189	17,1
30-34 ans	109	9,9
35-39 ans	52	4,8
40-44 ans	22	2,0
Non indiqué	148	13,4
Total	1 100	

Nous voyons que la majorité est jeune, moins de trente ans. (69,7%).

Nous n'avons pas pu situer l'âge d'un petit groupe de femmes malgré les calculs portant sur le nombre d'années de mariage.

Tableau N° 2

Répartition des Femmes en Fonction de leur Profession.

Professions	Nombre de Femmes	Pourcentages
Sans Profession (Menagère)	506	46%
Commerçantes	333	30,27%
Artistes, Artisan	187	17%
Etudiants, Eleves	61	5,54%
Autres	13	1,18%
Total	1100	

Nous voyons selon ce tableau que 506 femmes sur 1100 sont sans profession. Nous pouvons aussi constater un assez grand nombre de commerçantes soit 30,27%

Tableau N° 3

Répartition des Femmes en fonction de leur niveau d'Alphabétisation

Niveau d'alphabétisation	Nombre de Femmes	Pourcentages
Ni Scolarisées Ni alphabétisées	1053	95,72%
Alphabétisées en Arabe ou en Bambara	29	2,63%
Niveau Primaire	14	1,27%
Niveau Secondaire et Supérieur	4	0,36%
Total	1 100	

Cette répartition nous montre que 1053 sur 1 100 de nos femmes soit 95,57% ne sont ni scolarisées ni alphabétisées.

Tableau N° 4Situation Matrimoniale

La Répartition des Femmes se fait comme suit :

997 femmes mariées	90,6%
103 Célibataires	9,3%

Répartition des Femmes en fonction du Régime matrimonial

	Nombre de Femmes	Pourcentages
Sans Coépouse	608	60,98%
1 Coépouse	276	27,68%
2 Coépouses	51	5,11%
3 Coépouses	15	1,50%
Non indiqué	47	4,71%
	997	

Nous constatons que les femmes sans coépouses représentent 60,98 %.

Tableau N°5

Répartition des Femmes en fonction de la Profession
du Mari ou du Procréateur.

Professions des Maris	Nombre de Femmes	Pourcentages
Cultivateurs, Eleveurs et Pêcheurs	451	41%
Fonctionnaires	43	3,90%
Commerçants	349	31,72%
Artistes, Artisans	47	4,27%
Ouvriers	182	16,54%
Etudiants , Eleves	15	1,36%
Autres	11	1%
Non Indiqué	2	0,18%
Total	1 100	

41% des maris ou procréateurs font parti du groupe cultivateurs-éleveurs pêcheurs.

Tableau N°6

Répartition des femmes en fonction du Niveau d'alphabétisation,
du Mari ou du Procréateur.

Niveau d'alphabétisation des Maris ou Procréateurs	Nbre de Femmes	Pourcentage
Ni Scolarisés Ni Alphabétisés	832	75,63%
Alphabétisés en Arabe ou en Bambara	62	5,63%
Niveau Primaire	112	10,18%
Niveau Secondaire	94	8,54%
Total		

Plus de la moitié des hommes ne sont ni scolarisés ni alphabétisés soit 75,63%
 La Proportion de ceux qui ont dépassé le niveau primaire est de 8,54% .
 5,63% sont alphabétisés en Arabe ou en Bambara.

Tableau N°7

Répartition des femmes en fonction du lieu de résidence

Lieu de Résidence	Nombre de femmes	Pourcentages
Commune II	1092	99,27%
En dehors de la Commune II	8	0,72%
TOTAL	1 100	

Nous voyons que ce sont surtout les femmes de la Commune II qui consultent en prénatale à la PMI de Missira.

Tableau N° 8

Répartition des femmes en fonction de la Date de la première
consultation Prénatale.

Date de la 1ère CPN	Nombre de femmes	Pourcentages
Premier trimestre de la grossesse	207	18,8%
Deuxième trimestre de la grossesse	583	52,9%
Troisième trimestre de la grossesse	310	28,1%
TOTAL	1 100	

52,9% consultent pour la première fois au deuxième trimestre de la grossesse.

Tableau N° 9

Répartition des femmes selon le nombre de Consultations
Prénatales au cours de la grossesse
Estimation de la Fidelité des femmes

Nombre de Visites Prénatales	Nombre de Femmes	Pourcentages
Inférieur à 4 CPN	772	70,18%
4 CPN	139	12,16%
Supérieur à 4 CPN	189	17,18%
TOTAL	1 100	

Seulement 29,78% des femmes ont fait 4 CPN ou Plus.

Tableau N° 23

Métrorragies au cours de la grossesse

	Nombre de femmes	Pourcentages
Femmes ayant présenté une métrorragie au cours de la grossesse	208	18,90%
Femmes n'ayant pas présenté de métrorragie	892	81,09%
TOTAL	1 100	

Selon cette répartition nous voyons que 18,90% ont eu une hémorragie au cours de la grossesse.

Nous avons pu constater aussi que sur ces 208 cas 12 femmes ont entre 40-44 ans et sont de grandes multipares soit 5,76%

Sur les 208 femmes, 76 n'ont pas d'antécédents médicaux. 132 ont des antécédents médicaux.

Diabète : Sur les 1 100 cas nous avons recensé seulement 8 femmes qui ont eu une glycémie élevée au cours de leur grossesse soit 2,54 %.

Insuffisance Cardiaque

Nous n'avons enregistré que 4 femmes avaient été adressées en cardiologie et qui avaient présenté effectivement une insuffisance cardiaque. Nous avons donc 0,36% des cas.

Grossesse Gemellaire

Dans ce lot de femmes, il y avait 12 cas de grossesses gémellaires soit 1,9 %.

Paludisme

441 femmes ont fait le Paludisme soit 37,36% des femmes de notre échantillonnage.

Tableau N° 24

Prise de poids au cours de la grossesse

Prise de poids	Nombre de femmes		pourcentages	
	femmes qui ont été régulières	femmes qui ont été irrégulières	femmes régulières	femmes irrégulières
Moins de 5 kgs	4	8	0,95%	3,13%
5 à 12 kgs	410	245		96,07%
supérieure à 12 kgs	6	2	14,28%	0,84%
TOTAL	420	255		

Il s'agit ici des femmes qui sont venues accoucher à la PMI. Nous voyons qu'un petit nombre de femme n'ont pas pris plus de 5 kgs soit 3,13% de cas.

ACCOUCHEMENTS

Sur les 1 100 femmes qui ont bénéficié de CPN, 675 ont accouché à la PMI.

Tableau N°25

Répartition des femmes selon la durée d'hospitalisation après Accouchement

Durée d'Hospitalisation	Nombre de femmes	Pourcentages
1-3 jours	644	95,40%
Supérieure à 3 jours	31	4,59%
TOTAL	675	

Sur les 644 femmes, seules 22 ont fait deux ou trois jours. Elles ont eu moins de 4 CPN.

Les principales causes de la durée d'hospitalisation supérieure à 24 heures sont les infections. Ensuite nous avons les nouveaux-nés réanimés et les hémorragies de la délivrance. La répartition est la suivante :

Infections = 33 femmes soit 4,88%

Hémorragies : 18 femmes soit 2,66%

Nouveaux-nés réanimés retenus à la PMI : 2 soit 0,29%

Tableau N° 26

Poids de nouveaux-nés à la naissance chez les femmes
ayant bénéficié de CPN

Poids du nouveau-né	Nombre de femmes	Pourcentages
Inférieur à 3 kgs	413	61%
Supérieur ou égal à 3 kgs	264	38,99%
TOTAL	677	

38,99% des nouveaux-nés ont un poids supérieur ou égal à 3 kgs .

Sur les 413 nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 3 kgs, 72 ont un poids inférieur à 2 kgs 500 soit 9,32% et 3 ont un poids inférieur à 2 kgs soit 0,40%.

Tableau N° 27

Répartition des Nouveaux-nés en fonction de l'APGAR

1. Nouveaux-nés des femmes qui sont venues régulièrement aux CPN.
(plus de 4 CPN).

APGAR	Nombre de femmes	Pourcentages
Supérieur ou égale à 7/10	393	93,57%
Inférieur à 7/10	27	6,42%
TOTAL	420	

Tableau N° 28

2. Nouveaux-nés des mères ayant été irrégulières

APGAR	Nombre de femmes	Pourcentages
Supérieur ou égale 7/10	212	82,49%
Inférieur à 7/10	45	17,50%
TOTAL	257	

Il y a eu en tout 8 nouveaux-nés évacués sur l'hôpital Gabriel TOURE. 2 dont les poids étaient inférieurs à 2 kgs sont décédés.

Tableau N° 29

Evacuations au cours de l'Accouchement

Causes des Evacuations	Nombre de Femmes	Pourcentages
Hémorragies au cours du travail	8	47,05%
Dystocie du col	5	29,41%
Disproportion Foeto-maternelle	4	23,52%
TOTAL	17	

Il y a eu en tout 17 évacuations sur l'hôpital Gabriel TOURE.

- Dans le cas de disproportions maternelles les 4 femmes ont été césarisées. Ces femmes n'ont pas fait plus de 4 CPN. Elles ont respectivement 16,19,26, et 28 ans. Seule celle ayant 28 ans est mariée.

- Dystocie du col : 3 femmes ont été régulièrement aux CPN. Elles sont mariées et ont respectivement 26, 29 et 32 ans.

- Hémorragies : Il s'agit de femmes qui n'ont pas suivi régulièrement les CPN. Elles ont entre 25 et 30 ans. 5 d'entre elles sont célibataires. Nous avons eu 6 cas de Placenta Praevia.

DEUXIEME PARTIE

Il s'agit du deuxième lot de femmes n'ayant bénéficié d'aucune consultation prénatale. Nous avons recensé 772 cas dans la salle d'Accouchement.

Tableau N° 30

Age des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale

Tranche d'Âges	Nombre de Femmes	Pourcentages
Moins de 15 ans	17	2,20%
15 - 19 ans	98	12,69%
20 - 24 ans	162	20,98%
25 - 29 ans	251	32,51%
30 - 34 ans	149	19,30%
35 - 39 ans	61	7,90%
40 - 44 ans	23	2,97%
Noms Indiqué	11	1,42%
TOTAL	772	

Selon cette répartition 68,38% des Femmes ont moins de 30 ans.

Tableau N° 31

Répartition des Femmes qui n'ont bénéficié d'aucune
CPN en fonction de leur profession.

Professions	Nombre de Femmes	Pourcentages
Sans Profession (ménagère)	469	60,75%
Commerçants	213	27,59%
Artistes, Artisan	52	6,73%
Etudiantes, Elèves	27	3,49%
Autres	11	1,42%
Total	772	

Selon cette répartition 60,75 % des femmes sont sans profession.

Les Commerçantes sont également nombreuses représentant 27,59 %.

Tableau N° 32

Répartition des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN
en fonction de leur niveau d'alphabétisation

Niveau d'instruction	Nombre de femmes	Pourcentages
Ni scolarisées Ni alphabétisées	612	79,27%
Alphabétisée en Arabe ou en Bambara	52	6,73%
Niveau Primaire	77	9,97%
Niveau Secondaire	31	4,01%
Total	772	

79,27 % des femmes ne sont ni scolarisées, ni alphabétisées.

Nous n'avons enregistré aucune femme de niveau supérieur.

Tableau N° 32

Répartition des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN
en fonction de leur niveau d'alphabétisation

Niveau d'instruction	Nombre de femmes	Pourcentages
Ni scolarisées Ni alphabétisées	612	79,27%
Alphabétisée en Arabe ou en Bambara	52	6,73%
Niveau Primaire	77	9,97%
Niveau Secondaire	31	4,01%
Total	772	

79,27 % des femmes ne sont ni scolarisées, ni alphabétisées.

Nous n'avons enregistré aucune femme de niveau supérieur.

Tableau N° 33

Répartition des Femmes n'ayant bénéficié d'aucune consultation
prénatale en fonction de la Profession du mari ou Procréateur

Profession Maris ou Procréateurs	Nombre des Femmes	Pourcentages
Cultivateurs + Eleveurs + Pêcheurs	298	38,60%
Fonctionnaires	26	3,36%
Commerçants	263	34,6%
Artistes Artisans	18	2,33%
Ouvriers	82	10,62%
Etudiants Eleves	32	4,14%
Autres	16	2,07%
Non Indiqué	37	4,79%
TOTAL	772	

Le groupe cultivateur-Eleveur Pêcheur représente 38,60% des maris ou procréateurs.

Tableau N° 34

Répartition des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN
en fonction du niveau, d'alphabétisation du Mari ou Procréateur

Niveau d'alphabétisation des Maris ou Procréateurs	Nombre de Femmes	Pourcentages
Ni scolarisés, Ni alphabétisés	525	68%
Alphabétisés en Arabe ou en Bambara	127	16,45%
Niveau Primaire	83	10,75%
Niveau Secondaire et supérieur	37	4,79%
Total	772	

Nous voyons que 60% des Maris sont analphabètes, seulement 4,79 % ont un niveau de scolarisation secondaire et supérieur.

Situation Matrimoniale des Femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN.

La Répartition se fait comme suit :

- 539 femmes mariées soit 69,81 %

- 233 célibataires soit 30,18 %

Le nombre de Célibataires est assez élevé.

Tableau N° 35

Répartition des femmes selon le régime matrimonial

	Nombre de Femmes	Pourcentages
Sans coépouse	55	10,20%
1 coépouse	76	14,10%
2 coépouses	247	45,82%
3 coépouses	149	27,64%
Non indiqué	12	2,22%
TOTAL	539	

Tableau N° 36

Communes de résidence chez les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN

Communes	Nombre de Femmes	Pourcentages
I	51	6,60%
II	492	63,73%
III	49	6,34%
IV	61	7,90%
V	39	5,05%
VI	62	8,03%
Autres	18	2,33%
Total	772	

Tableau N° 37

Répartition des Femmes n'ayant bénéficié d'aucune
CPN en fonction des Antécédents Médicaux.

Antécédents Proprement dits

Antécédents Médicaux	Nombre de Femmes	Pourcentages
Pas d'Antécédents	309	40,02%
HTA	20	2,59%
Ictère	128	16,58%
Diabète	15	1,94%
Goître	37	4,79%
Paludisme	223	28,88%
Cardiopathies	5	0,64%
Autres	35	4,53%
Total	772	

40 % des femmes ne signalent pas d'Antécédents.

28,88 % des femmes ont déjà fait le paludisme.

Tableau N° 38 :

Antécédents	Nombre de femmes	Pourcentages
Pas d'Antécédents	309	40,02%
Au moins un antécédent médical	463	59,97%
TOTAL	772	

59,97% des femmes ont eu au moins un antécédent médical. Malgré tout ces femmes ne sont pas venues aux CPN.

Tableau N° 39

Gestité chez les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN

Gestité	Nombre de femmes	Pourcentages
Gestité inférieure ou égale à 6	451	58,41%
Gestité supérieure à 6	321	41,58%
TOTAL	772	

41,58% ont fait plus de 6 grossesses.

Tableau N° 40

Parité chez les Femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN.

Accouchements Antérieurs	Nombre de femmes	Pourcentages
0	208	26,94%
Parité inférieure ou égale à 6	346	44,81%
Parité supérieure à 6	218	28,23%
Total	772	

Nous avons 28,23% de grandes multipares.

Tableau N° 41Enfants décédés chez les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN

Enfants décédés	Nombre de femmes	Pourcentages
Ne s'applique pas (primipares plus celles n'ayant pas perdu d'enfants)	218	28,24%
Nombre inférieur ou égal à 3	435	56,34%
Nombre supérieur à 3	119	15,41%
TOTAL	772	

Tableau N° 42

Fausses Couches antérieures spontanées ou provoquées chez les femmes
qui n'ont pas bénéficié d'aucune CPN.

Nombre fausses couches	Nombre de femmes	Pourcentages
0	297	38,47%
Au moins une fausse couche	475	61,52%
TOTAL	772	

61,52% des femmes ont fait au moins une fausse couche.

Tableau N° 43Accouchements Prématurés chez les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN

Nombre d'Accouchements Prématurés	Nombre de femmes	Pourcentages
0	486	62,95%
Au moins un accouchement prématuré	286	37,04%
TOTAL	772	

Tableau N° 44

Incidents de la grossesse chez les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN.

Signes fonctionnels	Nombre de Femmes	Pourcentages
Céphalées	106	13,73%
Oedèmes	57	7,38%
Vertiges	10	1,29%
Douleurs Abdominales	450	58,29%
Vomissements	106	13,73%
Courbatures	26	3,36%
Autres	17	2,20%
TOTAL	772	

Tableau N° 45

Antécédents Chirurgicaux chez les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN

	Nombre de femmes	Pourcentages
Ont été opérées	4	0,51%
Non opérées	768	99,48%
TOTAL	772	

Nous n'avons enregistré que 4 anciennes césarisées.

Tableau N° 46

Répartition des femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN en fonction
du Traitement subi au cours de la grossesse.

Traitements	Nombre de femmes	Pourcentages
Pas de traitements	189	24,48%
Traditionnel	291	37,69%
Moderne	92	11,91%
Moderne et Traditionnel	157	20,33%
Non indiqué	43	5,56%
Total	772	

24,48% des femmes n'ont reçu aucun traitement durant toute leur grossesse.

37,69% passent par les tradipraticiens donc ceci nous permet d'affirmer que ces femmes ont bel et bien eu des problèmes au cours de leur grossesse.

Tableau N° 47

Répartition des femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN selon
les motifs de non consultation prénatale.

Motifs	Nombre de Femmes	Pourcentages
Ignorance des consultations Prénatales	110	14,24%
Eloignement	78	10,10%
Pauvreté	394	51,03%
Grossesse indésirée	92	11,91%
Multiparité (Routine)	19	2,46%
Consultations Pré natales sans Importance	40	5,18%
Autres	39	5,05%
Total	772	

14,24 % des femmes ignorent les CPN. 5,18 % des femmes pensent que les CPN sont sans importance. 51,03 % parlent plutôt de pauvreté.

Nous pouvons donc affirmer que la pauvreté reste un facteur très important empêchant les femmes de venir en consultation prénatale.

ACCOUCHEMENTS

Chez les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN.

Tableau N° 48

Durée d'hospitalisation des femmes n'ayant pas bénéficié d'aucune CPN
après leur accouchement

Durée d'hospitalisation	Nombre de Femmes	Pourcentages
1-3 jours	700	90,67%
Supérieure à 3 jours	72	9,32%
TOTAL	772	

9,32% ont fait plus de 3 jours à la PMI après leur accouchement. Sur les 700 femmes 523 ont fait 24 heures, 92 ont fait 2 jours.

Celles qui sont restées plus de 24 heures après l'accouchement présentaient surtout des problèmes d'infections, d'hémorragies et d'Anémie.

Il y a également celles dont les nouveaux-nés ont été réanimés.

Nous avons la répartition suivante :

- Infections : 74 femmes soit 9,58%
- Hémorragies : 56 femmes soit 7,25%
- 27 femmes dont les nouveaux-nés ont été réanimés à la PMI soit 3,49% .

Tableau N° 49

Poids des Nouveaux-nés chez les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN

Poids du nouveau-né	Nombre de femmes	Pourcentages
Poids inférieur à 3 kgs	656	84,97%
Poids supérieur ou égale à 3 kgs	116	15,02%
TOTAL	772	

- 84,97% des nouveaux-nés de femmes n'ayant pas bénéficié de CPN ont un poids inférieur à 3 kgs.

- Il faut souligner que parmi les 656 nouveaux-nés, 228 ont eu un poids inférieur à 2 kgs 500 soit 29,53%.

- Nous avons enregistré 7 prématurés soit 0,90% .

Ils ont été évacués sur l'hôpital Gabriel TOURE, 4 sont décédés.

Tableau N° 50

APGAR des Nouveaux-nés des femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN

APGAR	Nombre de nouveaux-nés	Pourcentages
Supérieur ou égale à 7/10	485	62,82%
Inférieur à 7/10	287	37,17%
TOTAL	772	

37,17% des nouveaux-nés ont eu un APGAR inférieur à 7/10.

Après une tentative de réanimation sans résultat à la PMI, 32 nouveaux-nés ont été évacués sur l'hôpital Gabriel TOURE. Sur ces 32 Nouveaux-nés 18 sont décédés. soit 2,33%.

Parmi ces 32 nouveaux-nés, 25 avaient un poids inférieur à 2 kgs 500.

Tableau N° 51

Causes des 81 évacuations sur l'hôpital Gabriel TOURE

Causes des Evacuations	Nombre de femmes	Pourcentages
Hémorragies au cours du travail	46	56,79%
Dystocie du col	7	8,64%
Disproportion foeto-maternelle	28	34,56%
TOTAL	81	

56,79% des femmes ont eu un problème d'hémorragie.

Sur les 46 cas d'hémorragie nous avons eu 22 cas de Placenta Praévia et 16 cas d'hématomes retroplacentaires.

Nous avons eu en tout 8 morts-nés .

L'âge de ces femmes variant de 18 à 24 ans nous avons pu constater que sur 81 femmes évacuées 56 sont des célibataires soit 44,44% des évacuées.

TROISIEME PARTIE

ETUDE COMPARATIVE DES CORRELATIONS

Tableau N° 51

GESTITE

Gestité	Pourcentages de femmes CPN	Pourcentages des femmes non CPN
Gestité inférieure ou égale à 6	88,18%	58,41%
Gestité supérieure à 6	11,81%	41,58%

Khi2 = 219,72 P= 0,000.

Tableau N° 52

PARITE

Parité	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes Non CPN
0	30,09%	26,94%
Parité inférieure ou égale à 6	49,72%	44,81%
Parité supérieure à 6	20,18%	28,23%

P= 0,0005

28,23% des femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN sont de grandes multipares contre 20,18% chez celles qui ont fréquenté la prénatale.

Tableau N° 53

NOMBRE D'ENFANTS DECEDES

Enfants décédés	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
Ne s'applique pas (primipare) Celles n'ayant pas perdu des enfants	30,09%	26,94%
Nombre inférieur ou égale à 3	55,18%	57,64%
Nombre supérieur-à 3	14,72%	15,41%

P= 0,29

Ici le test de probabilité est non significatif.

Nous pouvons expliquer cet état de fait par le bas niveau intellectuel et économique des femmes mais aussi par le moment de la première fréquentation prénatale (première CPN au 3^e trimestre de la grossesse.)

Tableau N° 54

FAUSSES COUCHES SPONTANÉES OU PROVOQUÉES

Nombre de fausses couches	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
0	78,81%	38,47%
Au moins fausse couche	21,18%	61,52%

P= 0,005

61,52% des femmes qui ne sont pas venues en CPN avait fait au moins une fausse couche contre 21,18% chez celles ayant bénéficié de CPN.

Tableau N° 55

ACCOUCHEMENT PREMATURES

Nombre d'accouchements Prématurés	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
0	98,8%	62,95%
Au moins un accouchement prématuré	1,1%	37,04%

P= 0,000

Le test de probabilité est très significatif. Nous voyons que 37,04% des femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN avait fait au moins un accouchement prématuré contre 1,1% chez celles venues en prénatale.

Tableau N° 56

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédents Médicaux	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
Pas d'Antecedents	55,36%	40,02%
Au moins un antécédent médical	44,63%	59,97%

Le test de khi2 est très significatif avec $P = 0,000$.

Nous avons constaté que les femmes qui ne vont pas en CPN ont beaucoup plus d'Antécédents.

Tableau N° 57

POIDS DES NOUVEAUX-NES A LA NAISSANCE

Poids	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
Inférieur à 3 kgs	61%	84,97%
supérieur ou égal à 3 kgs	38,99%	15,02%

P = 0,000

Les femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN ont un taux beaucoup plus élevé de nouveaux-nés hypotrophiques.

Tableau N° 10

Répartition des femmes en fonction des motifs de Consultation Périnatale

Motifs Consultations	Nombre de femmes	Pourcentages
Vomissements	507	46,09%
Fièvre	103	9,36%
Douleur abdominale	14	1,27%
Pour Diagnostic de Grossesse	399	36,27%
Par principe	77	7%
TOTAL	1 100	

Sur les femmes qui ont été vues seulement 77 femmes soit 7% sont venues en consultation périnatale spontanément. (par principe).

Tableau N° 11

Répartition des Femmes en fonction des Antécédents MédicauxRépartition selon les Antécédents proprement dits

Antécédents Médicaux	Nombre de Femmes	Pourcentages
Pas d'Antécédents	609	55,36%
HTA	13	1,18%
Ictère	24	2,18%
Diabète	8	0,72%
Goître	18	1,63%
Paludisme	412	37,45%
Cardiopathies	4	0,36%
Autres	12	1,09%
TOTAL	1 100	

Il faut souligner ici que les cas d'HTA et de cardiopathies ont été vus surtout chez les femmes de 40-44 ans.

Selon cette répartition 44,61% des femmes ont des antécédents médicaux.

Tableau N° 12Répartition selon la Présence ou non d'Antécédents

Antécédents Médicaux	Nombre de femmes	Pourcentages
Pas d'antécédents	609	55,36%
Au moins un Antécédent médical	491	44,63%
TOTAL	1 100	

43,63% des femmes ont eu au moins un antécédent médical.

Tableau N° 13

Répartition des femmes en fonction de la Gestité

(Nombre de grossesses antérieures à la grossesse en cours)

Gestité	Nombre de femmes	Pourcentages
Gestité inférieure ou égale à 6	970	88,18%
Gestité supérieure à 6	130	11,81%
TOTAL	1 100	

Tableau N° 14

Répartition des femmes en fonction de la Parité

Parité	Nombre de Femmes	Pourcentages
0	331	30,09%
Parité inférieure ou égale à 6	547	49,72%
Parité supérieure à 6	222	20,18%
TOTAL	1 100	

20,18% des femmes sont de grandes multipares.

Tableau N° 15

Répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants décédés	Nombre de Femmes	Pourcentages
Ne s'applique pas (primipares + celles n'ayant pas perdu d'enfants)	352	32%
Nombre inférieur ou égale à 3	586	53,28%
Nombre supérieur à 3	162	14,72%
TOTAL	1 100	

14,72% des femmes ont eu plus de 3 enfants décédés.

Tableau N° 16

Répartition des femmes en fonction
des Fausses Couches Antérieures Spontanées ou Provoquées

Nombre de fausses couches	Nombre de femmes	Pourcentages
0	867	78,81%
Celles qui ont fait au moins une fausse couche	233	21,18%
TOTAL	1 100	

Tableau N° 17

Répartition des femmes en fonction du nombre
d'Accouchements Prématurés

Nombre d'Accouchements Prématurés	Nombre de Femmes	Pourcentages
0	1087	98,8%
Celles qui ont fait au moins un accouchement prématuré	13	1,1%
TOTAL	1 100	

Tableau N° 18

Répartition des femmes en fonction des Antécédents Chirurgicaux

	Nombre de femmes	Pourcentages
Ont été opérées	68	6,18%
Non opérées	1032	93,81%
Total	1 100	

Sur les 68 opérées nous avons 17 césariées soit 0,25%.

Tableau N° 19Répartition des femmes en fonction de leur taille

Taille	Nombre de femmes	Pourcentages
Inférieure ou égale à 1,50 m	78	7,09%
Supérieure à 1,50 m	1022	92,90%
TOTAL	1 100	

7, 09 % de nos femmes ont une taille inférieure ou égale à 1,50 m. Ceci pourrait constituer un facteur de risque majeur au moment de l'accouchement.

Tableau N° 20

Répartition des femmes en fonction de leur tension artérielle à la première
CPN

Tension Artérielle	Nombre de femmes	Pourcentages
Inférieure ou égale à 14/9	798	72,54%
supérieure à 14/9	302	27,45%
TOTAL	1 100	

Tableau N° 21

Albumine chez les femmes à la première CPN

Albumine	Nombre de femmes	Pourcentages
+	266	24,8
-	834	75,81
TOTAL	1 100	

Tableau N° 22

Anémie Clinique au cours de la grossesse.

	Nombre de femmes	Pourcentages
Femmes ayant fait une anémie au cours de leur grossesse	617	56,09%
Femmes n'ayant pas fait d'anémie	483	43,90%

Nous constatons que plus de la moitié des femmes ont fait une anémie au cours de leur grossesse.

Tableau N°58APGAR DES NOUVEAUX-NES

APGAR	Pourcentages femmes CPN	Pourcentages femmes non CPN
Supérieur ou égale à 7/10	89,36%	62,82%
Inférieur à 7/10	10,63%	37,17%

Khi2 = 138

P= 0,000.

Nous voyons à partir de cette répartition que les femmes qui n'ont bénéficié d'aucune CPN ont eu un taux d'enfants réanimés beaucoup plus élevé soit 37,17% contre 10,63% chez les nouveaux-nés de mère ayant bénéficié de CPN.

Tableau N° 59

Professions des Femmes

Professions	Femmes Non CPN	Femmes CPN	Total
Sans Professions (Ménagères)	469	247	716
Commerçantes	213	293	506
Artistes-Artisans	52	79	131
Etudiantes Elèves	27	49	76
Autres	11	7	18
Total	772	675	1447

$X^2 = 88,20$

$P = 0,000$

Il s'agit là aussi de la comparaison de deux groupes de femmes : Celles qui ont consulté et accouché à la PMI et celles n'ayant bénéficié d'aucune CPN.

Nous avons constaté que celles qui ont une profession consultent beaucoup plus que celles qui n'en ont pas.

Tableau N° 60

Niveau d'Alphabétisation des Femmes

Niveau d'instruction	Femmes CPN	Femmes Non CPN	Total
Ni scolarisées Ni alphabétisées	631	612	1243
Aphabétisées en Arabe ou Bambara	27	52	79
Niveau Primaire	13	77	90
Niveau Secondaire et Supérieur	4	31	35
Total	675	772	1447

$$X^2 = 68,35$$

$$P = 0,000$$

Nous avons comparé les niveaux d'Alphabétisation des femmes qui ont consulté et accouché à la PMI et celles qui n'ont bénéficié d'aucune CPN.

Le Khi 2 a été significatif. Il nous montre que les alphabétisées viennent beaucoup plus en CPN.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

L'Analyse de nos résultats nous amène à donner des explications et à faire certains rapprochements avec d'autres résultats.

1. Etude de l'Age des Femmes

Nous voyons que dans les deux lots de femmes, la majorité est jeune. 69,70% des femmes qui ont bénéficié de CPN ont moins de trente ans contre 68,38% chez celles qui n'ont effectué aucune CPN avec des âges de 14 ans au minimum et 44 ans au maximum.

Cette étude nous montre qu'il s'agit bien de femmes en activité génitale. FOFANA A. dans son étude faite à Kolondiéba avait trouvé que 24,5% de ces femmes avaient un âge compris entre 19 et 23 ans et que 15,7% avaient un âge supérieur à 34 ans.

2. Etude de l'Etat Matrimonial des Femmes

90,6 % des femmes venues en CPN sont mariées. Ce taux est de 69,81% chez celles qui n'ont bénéficié d'aucune CPN. Nous avons constaté aussi que les femmes sans coépouses sont très nombreuses à venir consulter soit 60,98%.

Les taux de célibataires sont de 9,3% pour le premier lot de femmes et de 30,18% pour le premier lot de femmes et de 30,18% pour les gestantes qui ne sont pas venues en CPN.

TRAORE H (51) dans une étude faite sur la surveillance prénatale en milieu rural au Mali en 1994 avait trouvé que les adolescentes représentaient 20,5% de son effectif.

DIAWARA (10) en 1977 avait eu un taux de 60,49% de célibataires.

Dans notre cas, nous avons pu constater aussi que la plupart de ces jeunes filles portant des grossesses illégitimes avaient soit abandonné l'école ou étaient en exode dans la ville de Bamako. Nous voyons que leur taux (30,18%) est relativement élevé chez celles qui n'ont pas consulté.

3. Etude du Niveau de Scolarisation ou d'Alphabétisation des Gestantes.

95,57% des femmes qui sont venues en CPN ne sont ni scolarisées, ni alphabétisées. Ce taux est de 79,27% dans le second lot de femmes. Le test de probabilité donne une différence non significative mais le taux étant plus bas dans

le deuxième lot nous pouvons expliquer cet état de fait par un nombre assez élevé de gestantes qui ont abandonné leur scolarisation.

BERTHE (2) avait trouvé que 82,90% des femmes de son étude étaient illétrées.

Il est très important de signaler dans notre cas le faible taux de femmes intellectuelles. Cette situation s'explique par le fait que ces femmes préfèrent être prises en privé au lieu de rester dans le rang d'ordre d'arrivée des femmes.

Le faible taux de scolarisation enregistré dans notre étude peut s'expliquer par ce comportement des femmes intellectuelles.

4. Etude des Activités des Femmes.

46% des femmes du premier lot sont sans profession contre 60,75% des femmes qui n'ont pas consulté. Nous pouvons constater aussi la présence d'un assez fort contingent de commerçantes soit 30,27% pour le premier lot et 27,59% pour le second.

5. Etude du Niveau d'Instruction et des Activités des maris ou Procréateurs

41% des maris ou procréateurs du premier lot de femmes font parti du groupe cultivateur élève pêcheur. Ce taux est 38,60% chez celles qui n'ont pas bénéficié de CPN.

Cet état de fait s'explique bien par la prédominance de la fonction agropastorale dans notre pays.

Nous avons remarqué dans notre étude que 75,63% de maris ou procréateurs du premier lot de femmes ne sont ni scolarisés ni alphabétisés.

Ce taux étant de 68% pour les femmes du second lot.

D'après EDS haute vallée 1990, 58,4% des maris de leur étude n'étaient ni scolarisés ,ni alphabétisés.

Nos résultats ici sont à prendre avec prudence car beaucoup de femmes ignorent en réalité le niveau d'instruction précis de leur mari.

6. Etude de la Fidélité des Femmes aux CPN

Cette étude concerne seulement le premier lot de femmes. Nous avons pu constater que dans ce lot de 1 100 femmes venues en CPN, 52,90% ont consulté pour la première fois au deuxième trimestre de leur grossesse.

70,18% de ces femmes ont fait moins de quatre consultations prénatales.

17,18% des femmes seulement ont eu à faire plus de quatre consultations

prénatales.

L'Etude de TALL .M. (46) dans certains centres de santé de Bamako, a montré que sur les 813 gestantes de son enquête, seuls 11,51% ont eu à faire entre 5 à 7 visites prénatales.

Dans le District de Bamako, une étude (17) a montré que le taux de femmes qui viennent consulter avant le 3ème mois de la grossesse est de 23,03% et celui de l'ensemble du pays est de 32,71% .

7. Etude des Antécédents

- Antécédents Médicaux

44,63% des femmes qui ont bénéficié de CPN ont au moins eu un antécédent médical contre 59,97% chez celles qui ne sont pas venues en CPN. Les femmes qui ne viennent pas en CPN ont beaucoup plus d'Antécédents.

Dans son étude à Kolondiéba, Fofana avait trouvé que 58,6% de ces femmes ont eu au moins un antécédent médical.

- Antécédents Chirurgicaux. 68 femmes du lot de 1 100 cas ont été opérées. Sur ces 68 femmes, 17 ont été césarisées. Ce taux est de 0,51% seulement dans le second lot.

- Gestité et Parité

28,23% des femmes qui ne sont pas parties en CPN sont de grandes multipares contre 20,18% chez celles qui sont venues en CPN. On peut penser à une lassitude à venir consulter chez ces femmes du second lot.

Nous voyons aussi que 41,58% des femmes n'ayant pas bénéficié de CPN ont une gestité supérieure à 6 contre 11,81% seulement chez celles qui ont fréquenté la prénatale.

Dans cette étude notre test de khi2 a été significatif.

TALL (46) a trouvé que 26,73% des femmes de son enquête ont entre 4 et 5 enfants.

- Nombre d'Enfants Décédés

Ici nous avons un rapprochement des deux pourcentages soit 68% pour le premier lot et 71,75% pour le deuxième lot. La Mortalité Infantile reste encore élevée au Mali. Nous pouvons expliquer cette situation par le bas niveau socio-économique, le faible taux de scolarisation et la non fréquentation des CPN.

- Fausses Couches Spontanées ou Provoquées et Accouchements Prématurés

Nous avons constaté que les femmes qui vont en CPN avaient fait moins de fausses couches que celles qui ne viennent pas soit 21,18% contre 61,52%. On peut le confirmer à partir du test de probabilité qui est dans ce cas très significatif. (P = 0,005).

La CPN peut donc être un facteur limitant des fausses couches.

Dans le cas des Accouchements prématurés le test de probabilité a été aussi significatif. Celles qui ne vont pas en CPN avaient fait beaucoup plus d'Accouchements Prématurés (1,1% contre 37,04%).

TALL. M (46) dans son étude avait trouvé que 16% de ces femmes ont perdu au moins un enfant, 2,58% ont eu au moins un antécédent chirurgical.

Ces différents antécédents peuvent expliquer aussi la non fréquentation des CPN par les femmes, à partir de ces constatations elles peuvent juger inutiles de venir en CPN.

8. Etude des Facteurs de risque rencontrés dans le lot des 1 100 femmes venues en CPN.

- Taille

7,09% des femmes qui sont venues en CPN ont une taille inférieure ou égale à 1,50 m. Ceci constitue un facteur de risque majeur au moment de l'accouchement.

- Pesée des Femmes

Toutes les 1 100 femmes ont été pesées dès la première CPN mais nous n'avons pu faire le suivi que chez les 675 femmes qui ont consulté et accouché à la PMI.

Nous constatons que 97,03% des femmes ont eu un gain de poids compris entre 5 et 12 kgs.

Seulement 4,08% ont eu une prise de poids inférieure à 5 kgs. Ce qui peut s'expliquer par l'irrégularité des femmes aux CPN.

- Tension au cours de la Grossesse

27,45% des femmes avaient une tension supérieure à 14/9 dès leur première CPN.

Une étude de la tension au cours des différents mois de grossesse a

montré que 9,68% des femmes qui sont revenues en CPN avaient une tension supérieure à 14/9 au 3ème mois de la grossesse ; 10,6% des femmes au 6ème mois de la grossesse ; 10,8% au 9ème mois de la grossesse. Ces résultats ne sont pas toujours fiables (tensiomètre défectueux).

TALL. M (46) avait trouvé un taux d'hypertension artérielle de 1,95% au service socio-sanitaire de la Commune III et de 100% au niveau du service gynéco-obstétrical du point G.

- Albumine au cours de la grossesse

Selon une étude du taux global de l'ALbuminurie nous constatons que celle-ci à peu près un même pourcentage sauf dans les 2 derniers mois de la grossesse.

Nous pouvons avoir plusieurs causes : infections urinaires, albumine liée à l'hypertension, albuminurie isolée, néphropathies.

- 56,09% de nos femmes ont fait une anémie clinique au cours de leur grossesse. Nous pouvons dans ces cas penser au paludisme qui était de 37,36% dans notre étude.

- 18,90% des femmes de notre lot de 1 100 cas ont fait une métrorragie au cours de leur grossesse.

- 2,54% des femmes ont été révélées diabétiques au cours de leur grossesse.

- 0,36% des femmes ont fait une insuffisance cardiaque.

- Dans ce lot de femmes, nous avons enregistré 12 cas de grossesses gemellaires soit 1,09%.

9. Etude de l'Etat du nouveau-né

- Poids

15,02% des nouveaux-nés de femmes n'ayant bénéficié d'aucune CPN ont eu un poids supérieur ou égal à 3 kgs. Ce taux est de 38,99% chez celles qui ont consulté.

D'autre part , dans le premier lot de femmes ayant accouché à la PMI, nous avons enregistré 72 nouveaux-nés dont le poids est inférieur à 2 kgs 500 soit 9,32% et 3 nouveaux-nés aux poids inférieurs à 2 kgs soit 0,40%. Dans le second lot de femmes 228 nouveaux-nés ont eu un poids inférieur à 2 kgs 500 soit 29,53% , 7 avaient un poids inférieur à 2 kgs soit 0,90% .

Le test de probabilité a été significatif, ce qui nous a permis de constater

que les enfants hypotrophiques ont été rencontrés surtout chez les femmes qui ne sont pas venues en CPN.

- APGAR

Le taux de nouveaux-nés dont l'APGAR a été inférieur à 7/10 était de 10,63% seulement chez ceux dont les mères ont consulté contre 37,17% chez ceux dont les mères n'ont bénéficié d'aucune CPN.

Dans le premier lot, nous avons eu à évacuer 8 nouveaux-nés sur l'hôpital Gabriel TOURE. 2 de ces évacués sont décédés.

Pour le second lot, 32 nouveaux-nés ont été évacués sur l'hôpital Gabriel TOURE, 18 sont décédés soit 2,33% .

10. Etude des Evacuations de Femmes sur l'Hôpital Gabriel TOURE

Dans le premier lot de 675 femmes nous avons eu à évacuer 17 femmes alors que dans le second lot de 772 il y a eu 81 évacuées.

Les causes majeures sont surtout les hémorragies au cours du travail, les dystocies du col et les disproportions foeto-maternelles.

- Concernant les 81 évacuations, nous avons enregistré 56,79% de dystocies du col et 34,56% de disproportions foeto-maternelles. Il y a eu 8 morts-nés.

- Sur les 17 évacuations des femmes ayant bénéficié de CPN, il y a eu 47,05% d'hémorragies au cours du travail, 29,41% de dystocie du col et 23,52% de disproportions foeto-maternelles. Il s'agit pour la plupart de femmes qui ont été irrégulières aux CPN.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSIONS GENERALES

Sur le plan épidémiologique, toutes les variables utilisées ont eu un rapport avec les CPN.

Au terme de ce travail, nous avons constaté que :

- la fréquentation des CPN est directement liée au niveau d'instruction des gestantes.
- La grande multiparité et l'adolescence restent encore les facteurs de risque les plus rencontrés.
- la Pauvreté et l'analphabétisme restent des handicaps majeurs, à la fréquentation des Consultations Périnatales.
- L'ignorance et la négligence des femmes enceintes face aux consultations prénatales les exposent davantage aux risques.
- Les pertes d'enfants chez ces femmes sont très élevées jusqu'à présent. La Mortalité infantile reste encore un problème imminent de santé publique au Mali.
- La consultation prénatale a un impact sur le déroulement de la grossesse et l'Etat du nouveau-né. Celles qui ont bénéficié de consultations prénatales ont présenté moins de problèmes au cours de leur grossesse.

RECOMMANDATIONS

Ce travail a permis de faire quelques recommandations :

- Intensifier la formation et le recyclage du personnel socio-sanitaire.
- Intensifier la sensibilisation des femmes sur l'importance de la CPN.
- Renforcer l'éducation pour la santé au sein de la population féminine.
- Mettre en place des groupes d'animateurs se déplaçant de quartiers en quartiers en informant les femmes sur les risques encourus lorsqu'elles ne sont pas surveillées au cours de leur grossesse et en leur démontrant l'intérêt d'un suivi prénatal régulier (que la grossesse soit légitime ou non).
- Multiplier et mieux équiper les centres de santé afin de désengorger les services de référence et de permettre une prise en charge des grossesses à risque sur place.
- Renforcer l'éducation liée à la planification familiale.
- Informer et sensibiliser la population sur l'importance de la scolarisation des filles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Backett A, Maurice E, Michael DAVIES, Angele Petros, Barvation
L'approche Fondée sur la notion de risque et les soins de santé notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)
Genève, OMS, 1984.
2. Berthé, S.
Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (Approche Epidémiologique) Thèse de Medecine, Bamako 1983, N°9.
3. CERPOD (Centre d'Etude et de recherche sur la population pour le Développement) Enquête démographique et de santé (EDS) au Mali. Institut du Sahel, Bamako, 1987, 187 P.
4. CERPOD
Enquête démographique et de santé (EDS) au Mali. Haute Vallée. Bamako, Novembre 1990, 101 p.
5. CIE (Centre International de l'Enfance)
Séminaire sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en Développement.
6. Colin Christine.
Maternité et extrême pauvreté : étude sur les conditions de la grossesse et de la naissance en quart monde dans une ville de l'Est de la France.
Nancy, Université de Nancy 1, 1980.
7. Cousineau, L
Le compagnon de l'agent de santé
USA, 1981, 281 P.

8. Demayer EM

Prévenir et combattre l'anémie ferriprive dans le cadre des soins de santé et des responsables du Programme de l'organisation mondiale de la santé.

OMS, Genève, 1989.

9. DIALLO, Diakaridia

L'accouchement chez l'Adolescente en milieu péri-urbain de Bamako à propos de 150 observations recueillies au SSS CV.

Thèse de Médecine, Bamako 1995 N° 48.

10. DIAWARA H.

Surveillance prénatale en PMI. Réalités socio- médicales perspectives d'éducation sanitaire.

Thèse de Médecine, Bamako 1977, N° 65.

11. DICKO Inna

Contribution à l'Organisation et à l'Administration des services de santé maternelle et infantile dans la région de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako, 1975.

12. Direction Nationale de la Santé Publique

Rapports annuels des services de santé de 1972 à 1989.

13. Division de l'Epidémiologie et de la prévention, Bamako, Données épidémiologiques de morbidité et mortalité.

14. DJILLA B.

Contribution à l'étude de la mortalité maternelle au cours de la gravidopuerperalité à l'hôpital Gabriel TOURE de Bamako (Mali) sur 10 ans (1979-1988) Thèse de Médecine, Bamako, 1989, N° 54.

15. Du Jardin B, H. Van Balen

L'initiative pour une maternité sans risque : quelles perspectives.
Journal de Gynecologie obstétrique et biologie de la reproduction.
Organe de la fédération des gynécologues, Volume 20 Paris 1991.

16. Enfants et Femmes du Mali : une analyse de situation : Paris : L'harmattan,
1989

17. Environnement de la grossesse et poids de naissance à propos d'une étude
prospective de cinq maternités du Mali Bamako , MSPAS, 1985

18. Fofana, Assétou

Etude des facteurs influençant la participation des femmes enceintes aux
consultations prénatales à Kolondiéba.

Thèse de Médecine Bamako 1994, N° 40.

19. Fritz (MT) Le Bovici (S)

La Grossesse : évolution et surveillance Nouvelles Modalités

Ouvrage, 1987, P 457

20. Garba Tchang S.

Aspects obstétricaux de la prématurité à l'hôpital du Point G. Thèse de Medecine,
Bamako 1995, N° 29.

21. Hart (RH) Belsey (MA) Tarino (E)

L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé
primaires. Considérations pratiques OMS Genève, 1991.

22. Hersb Meashama R

Programme pour la maternité sans danger. Programme d'Action 1987. Document
de travail de la banque Mondiale.

23. KANE B.

Contribution à l'étude des grossesses à risque élevé en zone rurale dans l'arrondissement de Sanankoroba) Thèse de Médecine.

24. KASSAMBARA, M.

Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain (appliquée à la Commune VI du District de Bamako) Thèse de Médecine (Bamako, 1989 N°15.

25. KENNETH R. Niswander M. D.

Manuel d'Obstétrique : surveillance, complications, traitements Paris 1991, P 31 P 41.

26. KOUYATE H. T.

Enquête Bioclinique à la recherche d'une étiologie infectieuse des interruptions prématurées de la grossesse.

Thèse de Médecine, Bamako, 1994.

27. Lansac J/ Lecomte P

Gynécologie pour le praticien, 8è édition ISBN Paris 1989.

28. Larousse Médical 3è édition ; edition larousse 75-006 Paris (France)

29. La santé des Femmes à travers l'âge et les frontières OMS, Geneve , 1995.

30. Les soins pré et postnataux : Famille et Développement N° 3 Juillet 1975.

31. Mahler H.

Conférence sur la maternité sans risque.

Nairobi, OMS 1987.

32. Merger R Melchior J.

Précis d'Obstétrique 5ème édition revue et augmentée Edition Masson 1989.

33. OMS

L'agent de santé communautaire Edition révisée.

Guide d'action, Guide de formation, Guide d'Adaptation OMS, Geneve, 1981,
43 98 P.

34. OMS

Maternités sans risques

OMS, Division de la santé de la famille, Geneve 1994.

35. OMS

Mortalité Maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS,
Genève, 1986.

36. OMS/ F160

Santé de la femme et maternité sans risques.

Le rôle de l'obstétricien et du Gynécologue.

Compte rendu d'un atelier organisé par le groupe spécial mixte . OMS/ FIGO, RIO
de Janeiro, 12 au 20 Octobre 1988.

37. OMS/ Confédération internationale des sages-femmes Fonds des Nations
pour L'Enfance.

La santé maternelle et la sage-femme : perspective mondiale Rapport d'un atelier
collectif pré-congrès. La Haye Pays Bas ,21,27 Août 1987.

38. OMS

Soins Prénatals et maternité sans risques

La clé de la grossesse sans risque.

Geneve 1993, 1978.

39. Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque OMS Genève, 1978.

40. Rayton E (Armstrong, S.)

Prévention des décès maternels, OMS Geneve, 1990, 231 P.

41. SAMAKE , F.

Contribution à l'approche épidémiologique des consultations gynéco- obstétricales dans le District de Bamako. Thèse de Médecine

42. SEBAG S.

Grossesse et Naissance

Thèse de Médecine, Faculté Pitié Salpêtrière, 5 Juin 1987

Université Pierre et Marie Curie, Paris 6.

43. Seguy B Bandet J. M.

Révision accélérée en obstétrique, 2ème édition, Maleine Paris, 1983.

44. SISSOKO Mariam

Approche épidémiologique de la mortalité maternelle liée à la gravido- puerperalité à Bamako de 1975 à 1979.

Thèse de Medecine, Bamako, 1980, N° 27.

45. TALL FAdima S.

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de la deuxième région du Mali (1987-1992) Thèse de Médecine , Bamako, 1993, N° 6.

46. TALL Madina

Surveillance prénatale dans trois formations sanitaires du District de Bamako.

A propos de 813 cas.

Thèse de Medecine, Bamako, 1996.

47. Tarino E /Creese A.

La santé pour tous d'ici l'an 2000

A mi chemin, le point de la situation dans divers pays. OMS Geneve, 1991.

48. TOURE M, COULIBALY B, DOLO A., TRAORE M, KEITA B, DIABATE FS, DIAWARA D. Etude de la gravido- puerperalité chez l'adolescente à la maternité de l'Hôpital du Point G.

49. Tournaire, M

Physiologie de la Grossesse

Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan Mexico, Sao Polo, 1986.

50. TRAORE, A.

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE.

Etude prospective de Juillet 1988 à Septembre 1989.

Thèse de Medecine, Bamako, 1989, N° 46.

51. TRAORE H.

Les Urgences obstétricales du milieu rural dans la région de Bamako.

Thèse de Medecine, Bamako, 1976.

52. Troubles Tensionnels de la grossesse

Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS Genève, 1987.

53. Vers une grossesse sans risques : Monaco 2,27, 28 Avril 1973 Courbevoie.

54. Zanafou O.

Contribution à l'étude des anémies de la femme enceinte dans le District de Bamako.

Thèse de Médecine, Bamako, 1995, N° 15.

ANNEXES

- PROCEDURES DES CONSULTATIONS PRENATALES

AU MALI

- FICHE D'ENQUÊTE

PROCEDURES DES CONSULTATIONS PRENATALES AU MALI

Les visites prénatales constituent une des principales causes de fréquentation des services de santé par les femmes. Elles se déroulent suivant des étapes et des gestes cliniques nécessaires à suivre par le prestataire de service dans la prise en charge des gestantes. L'ensemble de ces étapes et gestes constituent les procédures.

I. Information -Education-Communication en Groupe en CPN

Le début de chaque séance de CPN doit être l'occasion pour le personnel de santé de s'entretenir avec le groupe de consultations afin qu'elles puissent acquérir les connaissances et attitudes qui concourent au maintien de leur santé et celles de leurs enfants.

Les thèmes proposés en surveillance prénatale sont les suivants :

- avantages des soins prénatals
- importance du carnet de santé maternelle et infantile ;
- signes d'alarme pendant la grossesse ;
- avantages de l'allaitement maternel ;
- hygiène de la grossesse ;
- techniques du sevrage ;
- les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- excision et autres pratiques traditionnelles ;
- la CPN proprement dite
- les préparatifs de l'accouchement ;
- importance du vaccin anti-tétanique
- l'eclampsie
- l'anémie
- l'importance de la prophylaxie antipaludiste
- les avortements spontanés
- les avantages de l'Accouchement en maternité
- l'importance de la consultation post-natale

II. Consultation et Prise en charge en Périnatale

les différents étapes en CPN sont :

1) L'accueil de la femme

2) Interrogatoire :

Il faut informer la femme de l'importance et le déroulement de la CPN ensuite recueillir les informations :

- identification de la femme
- antécédents médicaux
- antécédents obstétricaux
- histoire de la grossesse actuelle
- date des dernières règles
- pathologies prénatales
- primiparité ou multiparité
- âge
- taille

3) Examen Général

4) Examen Obstétrical

Il est fonction de l'âge de la grossesse

5) Demande des Examens Complémentaires

Certaines analyses sont demandées systématiquement

- groupage sanguin et facteur rhésus
- BW
- test d'Emmel
- recherche de l'albumine dans les urines
- Recherche de sucre dans les urines

Toutes les analyses sont faites dans un laboratoire d'analyses. D'autres examens non systématiques peuvent être demandés en fonction de l'examen clinique.

6) Prescrire les Soins Préventifs

Leur but est de protéger la mère et l'enfant contre certaines affections au cours de la grossesse. Ces soins comprennent :

- LA VAT
- l'ordonnance de la chloroquine
- la supplémentation en fer et acide folique
- la prescription de soins curatifs au besoin
- la référence des urgences

7) Les Soins Curatifs

L'Administration de certains médicaments à la femme enceinte peut engendrer des troubles différents selon l'âge de la grossesse ou même risquer de déclencher un avortement ou un accouchement prématuré. Dans ce cas, l'administration des médicaments doit nécessiter une connaissance des effets possibles de ces médicaments.

8) Suivi en Prénatal

Le code de prévoyance sociale fixe le nombre des CPN à quatre, considéré comme un minimum acceptable.

Actuellement, dans nos formations sanitaires, les femmes sont invitées à se présenter une fois par mois jusqu'au huitième mois de la grossesse, ensuite une fois tous les quinze jours jusqu'à l'accouchement.

CALENDRIER DES VISITES PRENATALES

a) Première Visite

Elle a lieu avant le troisième mois de la grossesse et permet de :

- vérifier l'état gravide
- s'informer sur les autres antécédents obstétricaux ;
- deceler et traiter les signes d'alarme et les maladies bénignes
- referer les cas qui dépassent la compétence à un niveau supérieur
- informer la femme sur son état actuel et la nécessité de faire suivre sa grossesse.
- donner des conseils d'hygiène et d'alimentation ainsi que les recommandations qui s'imposent.

b) deuxième visite

Elle a lieu le 6ème mois. Son but est de :

- surveiller l'évolution de la grossesse, les bruits du coeur foetal et de

s'informer des mouvements actifs du fœtus.

- s'informer des malaises qui surviennent
- deceler à un niveau supérieur les cas dépassant la compétence
- donner des conseils d'hygiène, d'alimentation et les recommandations qui s'imposent.

c) Troisième Visite

Elle a lieu vers le 8ème mois. Son but est de :

- surveiller la présentation
- déterminer l'état du bassin
- dépister tout signe anormal dans l'évolution de la grossesse.
- déterminer le pronostic de l'accouchement
- informer la femme sur les avantages d'accoucher à la maternité

d) Quatrième Visite

Elle a lieu au 9ème mois. Elle est également appelée consultation pré-terme. Elle permet :

- d'apprécier l'évolution de la grossesse
- de préparer la femme à l'accouchement

III. GROSSESSE A RISQUE

Le choix des facteurs à risque pour une population donnée doit se faire de la qualité des services de référence.

Ces risques peuvent être de deux types :

- 1) Les risques prévisibles : découverts généralement lors de la première visite par l'interrogatoire et l'examen clinique.
- 2) Les risques imprévisibles : découverts soit au cours des consultations suivantes : soit par la constatation des signes d'alarme.

Les facteurs de risque en prénatal sont :

- primipare jeune (moins de 18 ans)
- primipare âgée (plus de 43 ans)
- femme de plus de 40 ans
- Grande multipare (6 grossesse et plus)
- grossesses multiples

- grossesses rapprochées
- femmes de petite taille (moins de 1, 50 m)
- mauvais état de santé
- antécédents d'accouchements difficiles
- antécédents d'avortement
- grossesse après traitement de stérilité
- décès et maladies chez les enfants antérieurement nés
- niveau socio- économique faible.

FICHE D'ENQUÊTE

- Nom
- Prénom
- Ethnie
- Adresse
- Date et lieu de naissance
- statut matrimonial
- Nombre de coépouses
- Profession
- Niveau d'instruction
- Nom et Prénom du mari ou du Procréateur
- Profession
- Niveau d'instruction
- Nom et Prénom du Mari ou du Procréateur
- Profession
- Niveau d'instruction
- Motif de la consultation prénatale
- Antécédents gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux et médicaux
- Curetage
- Fausses couches
- Cycles
- D.D.R.
- Dysménorrhées
- HTA :
- Paludisme
- Asthme
- Cardiopathie
- Diabète
- Goitre
- Ictère
- Mort-né
- Prématuré

- Antécédents chirurgicaux
- Gestation
- Parité
- Intervalle intergénérisique
- Poids en kgs
- Taille en m
- Tension artérielle
- Examen physique général
 - Anémie
 - Goître
 - Nodules
 - Varices
 - Oedèmes
- Auscultation
- Examen au spéculum
- Toucher vaginal
- Groupage sanguin
- Test d'Emmel
- B W :
- Albumine
- Vaccination : VAT1
 VAT2
 Rappel
- Séances d'Education pour la santé :

Oui	Nom
- Hauteur utérine	
- Bruits du coeur foetal	
- Mouvements foetaux	
- Age présumé de la grossesse	
- Grossesse	
* à risque	_____
* normale	_____
- Observations :

- Traitements :

- Suivi Prénatal

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Madame KOITA née TOURE

Prénom : Fatouma

Titre de la Thèse : Interêts de la Consultation Périnatale
sur la santé de la mère et de l'enfant.

A propos de 1872 Gestantes.

Année 1996

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Secteur d'Interêt : gynéco- Obstétrique

RESUME DE LA THESE :

La surveillance périnatale doit viser à sauvegarder la santé de la mère et du fœtus pendant la durée de la gestation. Elle doit permettre de réunir toutes les conditions pour un accouchement aussi eutocique que possible. Dès cet instant on doit noter les facteurs de haut risque et commencer à éduquer la femme.

Notre étude portant sur 1872 gestantes nous a permis d'évaluer l'impact de la consultation périnatale sur le déroulement de la grossesse et l'état du nouveau-né.

Mots Clés :

- Consultations Périnatales
- Facteurs de Risques
- Accouchement

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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