

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences Techniques et des Technologies de Bamako



U.S.T.T-B

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



Année universitaire : 2022- 2023

Thèse N °

THESE

COMPLICATIONS MATERNO - FOETALES DES GROSSESSES NON SUIVIES DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE DIEMA DU 1^{er} FEVRIER 2021 AU 31 AVRIL 2022

Présentée et soutenue publiquement le 18/ 12 /2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Soya MAGUIRAGA

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

JURY :

Président du Jury : M. Oumar SANGHO, Maître de Conférences Agrégé

Membre du Jury : M. Zakaria KEITA, Médecin Épidémiologiste

Co-directeur de Thèse : M. Nouhoum TELLY, Maître-Assistant

Directeur de Thèse : M. Housseini DOLO, Maître de Conférences Agrégé



DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A ma mère Goundo DIABY

Pour son amour et le sacrifice consenti pour notre éducation ; ce travail est le vôtre, la somme de votre amour, de vos sacrifices, de vos bénédictions, de vos conseils, de vos suggestions, de vos critiques et de vos prières. Vous avez été pour moi, une réelle source de motivation.

Mère, que ce travail soit le témoignage de notre profonde admiration et de notre grand amour. Puisse Allah vous prêter, santé et longévité.

A mon père Mamadou MAGUIRAGA

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans nos actions.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille.

Père, j'espère que tu seras fier de ton fils.

Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés.

A ma famille d'accueil

Ma tante Massitan MAGUIRAGA et famille : avoir une bonne famille d'accueil est déterminant pour la réussite à Bamako. Vous avez été une famille d'accueil pour moi où je n'ai manqué de rien. Vous m'avez adopté comme votre propre fils.

Je ne saurai vous remercier pour tous les bienfaits que vous m'avez procurés.

Merci.



REMERCIEMENTS

Remerciements

Je rends grâce à Allah, le Tout-puissant, le Clément et le très Miséricordieux.

Que la paix et le salut éternel soit sur le sceau des Prophètes et leur disciple.

Merci, de m'avoir donné la vie, la santé, et l'inspiration nécessaire pour mener à bon port ce travail.

A ma chère patrie le Mali

Que la paix et la prospérité puissent te couvrir pour un développement plus harmonieux et durable.

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, merci pour la qualité des enseignements que vous nous aviez prodigués tout au long de notre formation.

A l'ensemble du personnel du CSRéf de Diéma, par crainte d'omettre des noms, je m'abstiens d'en citer nommément. La formation que j'ai reçue à vos côtés, me comble de satisfaction. Merci pour tout.

A ma tendre épouse : Niamé SEMEGA

Perçois à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude, de mon immense amour.

Que Dieu te procure santé, bonheur et longévité, afin que vous demeuriez le flambeau illuminant mon chemin et celui du reste de la famille.

A ma princesse : Ma fille chérie Fatoumata Soya MAGUIRAGA

Que Dieu te donne une longue vie pieuse, pétrie de santé.

A mon grand frère : Tahirou MAGUIRAGA

Merci pour votre soutien et votre accompagnement.

Que le bon Dieu vous garde et vous accorde une longue vie pleine de bonheur
Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

A mes frères et sœurs : Oumar, Fodé, Mabinta, Souleymane

Je n'ai aucune expression pour traduire mes sentiments à vos regards.

Que Dieu vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

A mon Ami : Mamedi TANDJA

Aucun mot ne pourra exprimer l'étendue de notre longue amitié. J'espère que l'avenir te rendra fier de m'avoir choisi comme ami.

A tous mes collègues en thèse ou déjà docteur, je vous souhaite beaucoup de courage et bonne carrière de médecin. Que nos liens se consolident d'avantage et demeurent pour toujours.

A ma grande sœur

Madame Seyba Fatoumata DIALLO Sage-Femme d'état

Les mots me manquent pour vous remercier. Vous êtes une personne exceptionnelle. Vous avez été plus qu'une mère pour moi.

Merci pour votre aide, votre accompagnement et votre confiance. Que Dieu vous donne une longue vie comblée de joie et de bonheur ainsi qu'à toute votre famille.

Mention spéciale à Dr KEITA Zakaria, épidémiologiste

Les mots me manquent pour vous remercier, vous êtes une personne exceptionnelle plus qu'un enseignant vous avez été un frère de sang.

Merci pour votre aide et votre accompagnement.

A tous mes aînés médecins du CSRéf de Diéma :

Dr KONE Moussa, Dr KONE Adama, Dr FOFANA Boubacar, Dr TOGOLA Badian, Dr SAMAKE Sibiry, Dr DIABATE Moussa.

Merci pour votre précieux encadrement.

Au major du service d'accueil des urgences : Fousseny SOGOBA

Je manque de mots justes pour traduire mes sentiments à votre égard. Votre courage, votre disponibilité, votre sympathie et votre sagesse m'ont été d'un apport capital. Que Dieu vous prête longue vie dans la santé et dans le bonheur.

Merci infiniment.

**A toutes les sages-femmes, infirmières obstétriciennes
et anesthésistes du CSRéf :**

Merci pour votre accueil, votre collaboration et votre disponibilité.

A tous les internes du CSRéf de Diéma :

Int KONATE Zakaria, Int FOMBA N'golo, Int KONATE Assetou.

A tous mes amis et collègues du CSRéf :

Moussa YARO ; Moulaye TRAORE, Guimba KANTE, Diakaridia KONATE ;
Binta KONTE.

Au personnel de l'hôpital du District de Nioro.

Merci pour votre soutien, le meilleur reste à venir.

Au personnel de la Clinique Médicale OUELEYE SY :

Merci pour vos encouragements.

Aux groupes :

L.I.E.E.MA (Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali) ;

AERNS (Association des Etudiants Ressortissants de Nioro et Sympathisants).

Je ne saurai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous avez fait pour
moi.

A mes frères et sœurs en islam :

Djibril MAIGA, Mamadou TOGOLA, Sinaly CISSE, Abdoulaye WATTARA,
Assetou KONATE, Issouph COULIBALY, Issa DIARRA, Madame Seyba
Fatoumata DIALLO, Drissa SANOGO, Bakary NIMAGA, Ahmed ANSARY,
Diakaridia SACKO.

Veillez recevoir de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude pour votre
amitié sans faille, votre bonne compréhension et vos encouragements.

A mes aînés de la Faculté de médecine :

Dr Emile Mouhamed, Dr Berthé Ismaël, Dr Cissé Synali, Wattara Abdoulaye.

Aux Familles : MAGUIRAGA (Daoudabougou) ; DIABY (Sokorodji) ;
SYLLA (Daoudabougou) ; KONATE (Point-G)

A tous ceux et celles qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de
cette thèse.



**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAÎTRE ET CODIRECTEUR DE THÈSE :

Dr Nouhoum TELLY

- **MD, MPH, PhD épidémiologie ;**
- **Maitre-assistant /charger de recherche en épidémiologie au
Département d’Enseignement et de Recherche en Santé Publique à la
Faculté de Médecine et d’odontostomatologie, Bamako ;**
- **Chef de Section Surveillance Epidémiologique à la Cellule Sectorielle
de Lutte Contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les maladies Virales
(CSLS-TB-H) du Ministère de la Santé et Développement Social
(MSDS).**
- **Secrétaire Générale adjoint de la Société Malienne d’Epidémiologie
(SOMEPI).**

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. 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.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY :

Dr Zakaria KEITA

- **Médecin Epidémiologiste au Centre Universitaire de Recherche Clinique du point G (UCRC) ;**
- **Coordinateur du projet BlockRabies Mali ;**
- **Candidat PhD à l'école Doctorale des Sciences et Technologies du Mali (EDSTM).**

Cher maître, vous avez toujours été à l'écoute de vos étudiants. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogie et votre grande disponibilité. Votre amour du travail bien fait a fait de vous un maître respecté et admiré de tous.

Recevez ici cher maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Housseini DOLO

- **MSc, PhD. Médecine, Santé Publique, Contrôle de la Maladie, Epidémiologie, Sciences Médicales ;**
- **Enseignant-chercheur, Maître de conférences en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- **Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN).**

Cher maitre, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre attachement au travail bien fait, votre amour pour la recherche font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici, toutes nos reconnaissances.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Oumar SANGHO

- **Professeur en Epidémiologie ;**
- **Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de 3^{ème} cycle en Organisation et Management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les pays en Développement (DIU EPIVAC) ;**
- **Certificat de Promotion de la Santé ;**
- **Maître de conférences en Epidémiologie au DER des Sciences Biologiques et Médicales, FAPH/USTTB/Mali ;**
- **Chef de Section Planification et Etudes à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Information Médicale (ANTIM) ;**
- **Assistant à la coordination du Master de santé publique, du Diplôme Universitaire en Système d'Information Sanitaire de Routine (DU-SISR) et du Diplôme Universitaire en Formation des Epidémiologistes de Terrain (DU-FETP) au DERSP/ FMOS ;**
- **Secrétaire Générale de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI) ;**
- **Membre du Groupe Technique Consultatif pour les Vaccins et la Vaccination au Mali (GTCV-MALI) ;**
- **Membre du Comité de réflexion et de Suivi de la mise en place des dispositifs de protection sociale pour l'opérationnalisation de la Couverture Maladie Universelle au Mali (Groupe d'Experts AMO) ;**
- **Ancien Membre du Comité de réflexion pour la mise en place de la cohorte intermédiaire du Programme de Formation en Epidémiologie de Terrain ;**
- **Ancien Médecin Chef du District Sanitaire de Niono ;**
- **Ancien Responsable du Volet Santé de l'ONG Inter Vida, Mali, à Niono et Ségou.**

Honorable maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien fait et votre sens élevé de la responsabilité font de vous un maître modèle. Tout au long de notre cycle, nous n'avons cessé d'être impressionnés par la rigueur et la facilité avec lesquelles vous transmettez le savoir. Nous n'oublierons jamais vos précieux conseils. Respecté et respectable, trouvez à travers ce travail cher maitre l'expression de notre haute considération.



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	4
2.1	Objectif général	4
2.2	Objectifs spécifiques	4
3	GENERALITES	6
4	METHODOLOGIE	18
4.1	Cadre d'étude.....	18
4.2	Type d'étude	20
4.3	Période d'étude	20
4.4	Population d'étude.....	20
4.5	Technique de collecte des données	21
4.6	Déroulement de l'enquête.....	21
4.7	Traitement et analyse des données	22
4.8	Aspects éthiques	23
5	RESULTATS.....	25
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	39
7	CONCLUSION.....	44
8	RECOMMANDATIONS	45
9	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46
	ANNEXES	50



LISTE DE FIGURES

Liste des figures

Figure I : Carte annotée du Cercle de Diéma	18
Figure II : Répartition des accouchés selon le taux d'hémoglobine au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022	27
Figure III : Le graphique de la moyenne / Ecartype du taux d'hémoglobine des parturientes au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	28
Figure IV : Représentation graphique du pourcentage des accouchés selon la voie d'accouchement au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	29
Figure V : Répartition des nouveau-nés selon le type de morbidité foetal présente après l'accouchement au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022	36



LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des accouchés en fonction du suivie de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	25
Tableau II : Répartition des accouchés selon les caractères sociodémographiques au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022	26
Tableau III: Répartition des accouchés selon leur mode d’admission au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	26
Tableau IV : Répartition des accouchés selon leur antécédent médical au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	26
Tableau V: Répartition des accouchés selon le terme de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	28
Tableau VI: Répartition des accouchés selon l’état de la poche des eaux au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	29
Tableau VII: Répartition des accouchés selon l’aspect du liquide amniotique au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	29
Tableau VIII: Répartition des accouchés selon l’indication de la césarienne au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	30
Tableau IX: Répartition des accouchés selon le type de complications obstétricales à l’entrée au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	31
Tableau X: Répartition des accouchés selon le type de complications obstétricales pendant la surveillance au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	31
Tableau XI: Répartition des accouchés selon les suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022	32
Tableau XII: Répartition des accouchés selon les complications des suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	33
Tableau XIII : Croisement entre les suites de couche et l’âge des accouchés au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	33

Tableau XIV : Croisement entre le taux d'hémoglobine des accouchés et les suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	34
Tableau XV: Répartition des accouchés selon le devenir de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	34
Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon le pronostic fœtal selon l'APGAR au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	35
Tableau XVII: Répartition selon le pronostic fœtal au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	36
Tableau XVIII : Croisement entre l'âge des accouchés et le pronostic fœtal au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	37
Tableau XIX : Croisement entre le taux d'hémoglobine et le pronostic des nouveau-nés au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.....	37



ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

- APGAR** : Aspect, pouls, grimace, activité, respiration
- CHU** : Centre hospitalière universitaire
- CPN** : Consultation prénatale
- CSCom** : Centre de santé communautaire
- CSRéf** : Centre de santé de référence
- EDS** : Enquête démographique et de santé
- FM** : Frottis mince
- GE** : Goutte épaisse
- ODD** : Objectifs de développement durable
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONU** : Organisation des nations unies
- RU** : Rupture utérine
- SA** : Semaine d'aménorrhée
- SOMAGO** : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique
- SP** : Sulfadoxine pyriméthamine
- UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund
- VIH/SIDA** : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome
d'Immunodéficience Acquise.



INTRODUCTION

1 Introduction

La grossesse est un événement naturel et physiologique particulier qui ne se déroule pas toujours normalement et est responsable d'une morbi-mortalité évitable. 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 [1].

Dans le monde, 211 millions de femmes contractent une grossesse chaque année [1]. En 2020, près de 800 femmes par jour sont mortes de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Un décès maternel est survenu presque toutes les deux minutes en 2020 dans le monde suite à des complications [2]. Pour réduire les complications maternofoetales à l'origine des décès, l'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales et neuf contacts à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Ce nombre diffère d'un pays à un autre selon les recommandations nationales de chaque pays. Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en quantité dans les pays en développement [1].

En Afrique, 65% des naissances sont assistées par un personnel de santé qualifié ; il s'agit du taux le plus faible au monde et largement en-dessous de la cible fixée à 90 % pour 2030, indique l'Atlas des statistiques sanitaires africaines en 2022 [3]. Selon l'enquête démographique et de santé au Mali (EDSM) VI en 2018, le taux de mortalité maternel est estimé à 325 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatal est estimé à 101 décès sur 1000 naissances vivantes [4]. Les grossesses non suivies se caractérisent par leur morbi-mortalité maternelle et fœtale importante [1].

Au Mali, selon l'Enquête Démographique et de Santé en 2018 les grossesses non suivies représentent 19,3%. Elles s'observent surtout chez les pauci pares, les célibataires et chez les femmes de bas niveau socio-économique [4].

De nos jours aucune étude n'a été réalisée sur les complications maternofoetales des grossesses non suivies dans le centre de santé de référence (CSRéf) de Diéma, d'où l'intérêt de notre étude.



2 Objectifs

2.1 Objectif général

Evaluer les complications materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma entre le 1^{er} février 2021 au 31 avril 2022.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchés non suivies au CSRéf de Diéma ;
- Déterminer la morbidité et la mortalité materno-fœtale des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma ;
- Déterminer le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma ;
- Identifier les facteurs associés à la morbidité et à la mortalité materno-fœtale des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma.



GENERALITES

3 Généralités

3.1 Définition des concepts

La grossesse : est un terme générique qui désigne tous les phénomènes qui ont lieu depuis la conception jusqu'à l'accouchement. Une femme en état de grossesse est une femme enceinte. Dans l'espèce humaine, la durée de la grossesse est de 9 mois, plus précisément, de 37 à 41 semaines d'aménorrhée (SA). Avant 37 semaines, c'est un accouchement prématuré (prématurité).

Au-delà de 42 semaines on parle de terme dépassé [10].

Grossesse non suivie : Il s'agit d'une femme n'ayant fait aucune consultation prénatale [5].

La grossesse à risque : est une grossesse au cours de laquelle le fœtus et/ou la mère court un risque accru de mortalité ou de morbidité, soit avant, soit pendant, ou après la naissance [6].

Les principaux facteurs de risque pour la femme enceinte sont : l'âge à ses deux extrêmes (inférieur à 16 ans et supérieur à 35 ans). La parité à ses deux extrêmes (nullipare et grande multipare). Les antécédents obstétricaux : mort-né, mort-néonatale, césarienne. La taille, inférieure à 1,50 mètre. Les pathologies maternelles telles que (le diabète, l'hypertension artérielle, hépatopathies, etc.) [6].

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 il a atteint le terme théorique de six mois (28 semaines d'aménorrhée) [6].

La césarienne : La césarienne est une intervention chirurgicale. Elle permet l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus [7].

Les hémorragies de la délivrance : se définissent comme des pertes de sang supérieures à 500 millilitres survenant au cours de la délivrance ou dans les 24 heures suivant l'accouchement, et entraînant une altération de l'état général de la parturiente. Il s'agit d'hémorragie dont l'origine se situe au niveau de la zone d'insertion placentaire [6].

Pronostic materno-fœtal : nous entendons par pronostic materno-fœtal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité [2].

La mortalité maternelle : c'est le décès d'une femme survenant au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quel que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [11].

La mortalité néonatale : est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré, jusqu'à 28 jours révolus. La mortalité néonatale précoce concerne les décès, de la naissance à 7 jours. La mortalité néonatale tardive est de 8 à 28 jours [11].

La morbidité maternelle : La morbidité maternelle recouvre un large éventail de troubles qui surviennent pendant la grossesse et le post-partum ou qui sont aggravés par la grossesse. Ces troubles causent des maladies, des invalidités ou des malaises mais n'entraînent pas nécessairement la mort [11].

Mortalité périnatale : La mortalité périnatale désigne la somme des enfants nés sans vie et des décès d'enfants de moins de 7 jours. [13]

Mortinatalité : La mortinatalité désigne les enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse [8].

Nombre d'accouchement et de gestation : [6]

Gestité : nombre total de grossesses contractées par une femme

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

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

Multi geste : c'est une femme qui est à sa 4^{ième}, 5^{ième} ou 6^{ième} grossesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'anémie: est une diminution du taux de l'hémoglobine fonctionnelle en dessous des valeurs normales qui selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont de 12g/dl chez la femme non enceinte et 11g/dl chez la femme enceinte [9].

Echelle de Glasgow : c'est une échelle allant de 3(coma profond) à 15 (personne parfaitement consciente), et qui s'évalue sur trois critères :

Ouverture des yeux ; Réponse verbale ; Réponse motrice.

Référence sanitaire : C'est l'orientation d'une patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence [10].

Évacuation sanitaire : C'est lorsque la patiente est adressée à un service plus spécialisé dans un contexte d'urgence [10].

3.2 Rappels sur la consultation prénatale

3.2.1 Définition :

Selon l'OMS, en 2016 les consultations prénatales (CPN) sont des conduites destinées aux femmes enceintes afin de prévenir les complications de la grossesse et de diminuer la mortalité maternelle et périnatale par « personnel de santé qualifié ou accoucheuse qualifiés » on attend un ou des personnels de santé tels qu'une sage –femme, un médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et des compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et au besoin dispenser des soins d'urgence et / ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé [11].

3.2.2 Historique de la Consultation Périnatale (CPN)

C'est après la seconde guerre mondiale que les programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants ont véritablement commencés. A la lumière des événements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait pour acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avance durable par rapport à la préoccupation d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique [9].

En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enracinée dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créée par la société, notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société » [9].

Au cours, XXème siècle plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus aux droits de la mère et de l'enfant [9].

Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituent une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 1980. Elles ont montrés que 500.000 femmes mourraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite de la conférence mondiale pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995 [9].

En 1996, l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont révisés ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montrés que, ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [11].

3.2.3. Les éléments de la CPN (non exhaustif)

Les objectifs de la CPN : [12]

- Faire le diagnostic de la grossesse
- Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère, du fœtus ;
- Surveiller le développement et du fœtus ;
- Dépister et prendre en charge les facteurs de risque et les pathologies de la grossesse ;
- Préparer l'accouchement et en faire le diagnostic du travail ;
- Faire le pronostic de l'accouchement ;
- Eduquer et informer les mères.

Calendrier de CPN : [13]

Le Modèle de l'OMS en 2016 recommande au moins 8 contacts.

Premier trimestre

Contact 1 : jusqu'à 12 semaines

Contact 2 : 20 semaines

Deuxième trimestre

Contact 3 : 26 semaines

Contact 4 : 30 semaines

Contact 5 : 34 semaines

Troisième trimestre

Contact 6 : 36 semaines

Contact 7 : 38 semaines

Contact 8 : 40 semaines

3 .2.4. La consultation prénatale recentrée :

1.Définition

Cette CPN recentrée se définit comme l'ensemble des soins médicaux qu'une femme reçoit pendant la grossesse, aidant à s'assurer qu'elle et son nouveau-né survivent à la grossesse et à l'accouchement en bonne santé. Elle met l'accent sur la qualité des CPN plutôt que sur leur nombre [14].

Les normes et procédures recommandent au moins 8 contacts :

- 1^{ère} CPN avant le 3^{ème} mois (pour diagnostiquer la grossesse et identifier les facteurs de risque) ;
 - 2^e CPN vers le 6^{ème} mois ;
 - 3^e CPN vers le 8^{ème} mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;
 - 4^e CPN vers le 9^{ème} mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).
- ✓ Une Echographie par CPN

2. Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales, plutôt que le nombre de visites. Elle reconnaît que les consultations fréquentes n'améliorent pas nécessairement l'issue de la grossesse et que dans les pays en de développement, elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier. Elle reconnaît aussi que beaucoup de femmes identifiées comme étant «à haut risque» développent rarement des complications, tandis que celles qui sont censées être « à faible risque » en développent souvent [15].

3. Principes de la CPN recentrée :

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- Le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine et Pyriméthamine ;
- La préparation à l'accouchement [10].

4. Les étapes de la CPN recentrée : [15]

Préparer la CPN

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

Accueillir la femme avec respect et amabilité

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

NB : Les clientes sont prises par ordre d'arrivée, exceptés les cas urgents qui sont prioritaires.

Procéder à l'interrogatoire/enregistrement

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

Procéder à l'examen

- Examen général, examen des seins, examen obstétrical et examen du bassin (uniquement au 3^{ème} Trimestre).

Demander les examens complémentaires

A la première consultation qui a lieu au premier trimestre :

- Demander le Groupage Rhésus ;
- Demander le test d'Emmel, la NFS, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines ;
- Demander/faire le test VIH après counseling ;
- Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément.
- Les autres examens seront demandés selon le besoin.

Pour les autres consultations :

- Demander albumine/sucre systématiquement dans les urines et d'autres examens complémentaires au besoin.
- Demander l'échographie :
 - ✓ A 22 SA pour la morphologie fœtale (élimine les malformations) ;
 - ✓ A 32 SA pour la croissance fœtale.

Prescrire les soins préventifs : **Vacciner la femme contre le tétanos**

- Vaccin antitétanique (VAT) 1 (0,5 ml) : Dès le 1^{er} contact ou 1^{ère} consultation au cours d'une grossesse et le plus tôt ;
- VAT 2 (0,5 ml) : 1 mois après VAT1 ;
- VATR1(0,5 ml) 6 mois après VAT2, ou au cours d'une grossesse ultérieure ;
- VATR2 (0,5 ml) 1 an après VATR1 ou au cours d'une grossesse ultérieure;
- VATR3(0,5 ml) 1 an après VATR2 ou au cours grossesse ultérieure ;

Prescrire la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)

Demander à la femme de prendre les trois comprimés de SP en prise unique :

- 1^{ère} Prise : 4^{ème} mois de la grossesse ou hauteur utérine à 16 cm + sensation des mouvements fœtaux. Dans les régions de transmission modérée à élever du paludisme, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse (TPIg) avec SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes, lors de chaque consultation prénatale prévue.
- Chaque dose de TPIg-SP devrait être donnée à un mois d'intervalle au moins.
- La dernière dose du TPIg-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement sans qu'il y ait de risques pour la santé.
- Le TPIg devrait être administré, dans l'idéal, comme traitement sous observation directe.
- La SP peut être donnée à jeun ou avec des aliments.
- L'acide folique à une dose quotidienne égale ou supérieure à 5 mg ne devrait pas être donné avec la SP car cela interfère avec son efficacité comme antipaludique.
- La SP ne doit pas être donnée aux femmes sous prophylaxie à base de cotrimoxazole.

Prescrire le fer acide folique

- Du 1^{er} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 60 mg de fer élément + 400 µg d'acide folique par jour (1 cp) ;
- Du 2^{ième} ou 3^{ième} trimestre de la grossesse à 3 mois après accouchement : donner 120 mg de fer élément + 800 µg d'acide folique par jour (2 cp) ;
- Si la supplémentation ne couvre pas 6 mois de la grossesse, continuer la prise au moins 6 mois après l'accouchement.
- Si la femme se présente au moment de l'accouchement, commencer la supplémentation après l'accouchement et durant au moins 6 mois.

Donner des conseils sur l'hygiène, l'alimentation et la planification familiale

L'alimentation (œufs, lait, poissons, viande, feuilles vertes, fruit etc.),

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

- Donner à la femme séropositive toutes les informations sur les risques et les avantages des différentes options d'alimentation et ensuite soutenir son choix.

Prescrire le traitement curatif (si nécessaire)

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Préparer un plan pour l'accouchement avec la femme/famille

- Identifier un prestataire compétent ;
- Identifier le lieu de l'accouchement ;
- Clarifier les conditions de transport même en cas d'urgence ;
- Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence ;
- Identifier la personne qui doit prendre la décision de recours aux soins ;
- Informer de la nécessité de recourir tôt aux soins adéquats (notion de retard) ;

- Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement ;
- Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement ;
- Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

✓ **Signes du travail**

- Contractions utérines régulières progressivement douloureuses ;
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux) ;
- Modification du col (effacement et dilatation).

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

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile
- Fièvre
- Douleurs abdominales graves
- Maux de tête prononcés/vision trouble
- Vertiges, bourdonnements d'oreilles
- Convulsions/pertes de conscience
- Douleur de l'accouchement avant la 37^{ème} semaine
- Rupture prématurée des membranes (pertes liquidiennes avant tout début de travail).

Donner le prochain rendez-vous

- Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :
 - Une au 1^{er} trimestre
 - Une au 2^{ème} trimestre
 - Deux au 3^{ème} trimestre dont une au 9^{ème} mois
- Insister sur l'importance du respect de la date des rendez-vous et la nécessité de revenir avec le carnet de grossesse et les résultats des analyses demandées.

Raccompagner la femme après l'avoir remerciée



METHODOLOGIE

4 Méthodologie

4.1 Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Diéma.

4.1.1 Situation géographique

Le cercle de Diéma est situé au Nord de la 1^{ère} région (Kayes).

Il est limité :

- au Nord par les communes de Béma et Grouméra ;
- au Sud-Est par la commune de Dianguirdé ;
- au Sud-Ouest, la commune de Madiga-Sacko ;
- à l'Ouest par la commune de Diangounté-Camara.

Le cercle de Diéma a une superficie totale de 1183 km². Il est constitué de 22 villages.

Figure I : Carte annotée du Cercle de Diéma



L'accès de la commune est facile par les routes nationales (Didiéni-Diéma, Diéma-Kayes en passant par Sandaré et Diéma-Nioro), mais les routes secondaires sont difficilement praticable en période hivernale [16].

4.1.2 Historique

L'histoire du cercle de Diéma s'est déroulée entièrement au cœur du royaume Massassi du Kaarta. Fondé par les COULIBALY venus de Ségou. Le royaume atteint son apogée sous le règne de Bodian Moriba (1815- 1832). Son successeur Mamadou Kandian a soumis les DIAWARA Sangoné de Nioro avant d'être vaincu par El Hadj Oumar TALL en 1885, qui installa Amadou TALL et imposa l'Islam. Ce dernier se heurta aux français en 1891, date à laquelle le colonisateur regroupa les entités traditionnelles en cantons tels que ceux du Kaarta, Koussata, Kingui, Sangha etc. Relevant de la subdivision de Nioro du Sahel, à l'indépendance, l'actuel cercle de Diéma était constitué de cinq arrondissements : Diéma, Béma, Diangounté Camara, Dioumara et Lakamané. Il a été cercle le 12 Juillet 1977 suivant l'ordonnance N° 77/CMLN. Le cercle de Diéma compte aujourd'hui 15 Communes [17].

4.1.3 Population

Le cercle de Diéma compte une population de 227 605 habitants (source RGPH en 2009) [18].

Cette population est composée essentiellement de Soninké, Bambara, Peuhl, Maure, Kagoro et Kassonkhé [19].

Il faut signaler que dans ces dernières années le cercle a perdu beaucoup de ces fils qui tentaient de franchir les côtes de la mer méditerranéenne. Le taux de scolarisation est en nette progression y compris celui des filles [17].

4.1.4 Le climat

Le cercle de Diéma, situé dans la zone soudano sahélienne classique, il est caractérisé par deux saisons : une saison sèche et une saison pluvieuse. La saison sèche s'étend de novembre à mai, avec une période froide (novembre- février), où les températures oscillent en moyenne entre 15 à 25°celsius et une période chaude (mars- mai), caractérisée par une amplitude thermique très élevée avec des températures variantes entre 25 et 45°c. Quant à la saison pluvieuse, elle va de juillet à octobre avec une pluviométrie moyenne de 500 mm par an. Pendant cette période la température oscille entre 20 et 40°c [17].

4.1.5 Santé

La couverture sanitaire dans le cercle est assurée par 23 centres de santé communautaire (CSCOM), 12 cabinets médicaux, 41 centres secondaires, 24 sites ASC (Agent de Santé communautaire) et un centre de santé de référence (CSRéf) [19].

4.2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétrospective des données. Nous avons exploité l'ensemble des dossiers d'accouchement au CSRéf de Diéma pour noter les cas de grossesses non suivies qui étaient survenues pendant la période de l'étude.

4.3 Période d'étude

Nous avons collecté les données en 15 mois, soit du 1^{er} février 2021 au 31 avril 2022.

4.4 Population d'étude

L'étude a portée sur les dossiers des accouchés à la maternité du CSRéf de Diéma et n'ayant pas suivie de CPN au cours de la grossesse.

4.4.1 Critère d'inclusion

Les dossiers des femmes ayant accouchés au centre de santé de référence de Diéma, mais n'ayant effectués aucune consultation prénatale documentée ont été inclus dans notre étude.

4.4.2 Critère de non-inclusion

Les dossiers incomplets et les dossiers des femmes ayant suivies au moins une CPN n'ont pas été prise en compte dans notre étude.

4.4.3 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz :

$$n = \frac{z^2 pq}{i^2}$$

n est la taille de l'échantillon

p = prévalence estimative de la non CPN = 19.3 % [4]

q=1-p

i= précision souhaitée (5%)

z = 1,96 (test de l'écart réduit)

$$n = \frac{(1,96)^2 * (0,807)(0,193)}{(0,05)^2} = 239,33$$

En prenant 10 % de cette taille comme taux de non-réponse possible, nous aurons une taille minimale de l'échantillon $n = 239,33 + 23,4 = 254$.

$$\boxed{n = 263}$$

4.5 Technique de collecte des données

Dépouillement des registres d'accouchement (GESIR) et des dossiers médicaux (partogramme ; dossier d'accouchement). Nous avons adopté une approche documentaire pour la collecte d'information des cas de grossesses non suivies au CSRef de Diéma en collectant des variables quantitatives et qualitatives.

4.6 Déroulement de l'enquête

Le questionnaire comprend des questions qui étaient tirées dans les dossiers des femmes ayant accouchés, mais qui n'avaient effectués aucune consultation prénatale (Voir annexes).

4.7 Traitement et analyse des données

- Les données ont été collectés par le logiciel Kobotoolbox, analysées sur SPSS version 20 et les graphiques sur Excel.
- **Analyse descriptive :**
 - Description des caractéristiques de l'échantillon par des tableaux de fréquences relatives des variables qualitatives et quantitatives catégorisées comme l'âge des mères.
 - Nous avons calculé les tableaux de fréquence relative (tableaux statistiques à simple entrée) des variables qualitatives binaires (fœtus vivant/ fœtus décédé...) et polychotomiques comme les caractéristiques sociodémographiques, la gestité, la parité, la résidence et l'ethnie, la mortalité des enfants et le pronostic fœtal.
 - Calcul des statistiques descriptives (moyenne, écart-type, le minimum, le maximum) des variables quantitatives. L'âge des mères a été catégorisé en tranche d'âge en calculant la moyenne et l'écart-type. Aussi, l'histogramme avec la courbe de Gauss du taux d'hémoglobine a été représenté avec l'écart-type estimé.
 - La voie d'accouchement a été représenté sur un diagramme en barre. Les pourcentages de la morbidité fœtale sont représentés sur un diagramme circulaire.
- **Analyse Binaire :**
 - Le calcul des tests de khi² de Pearson, de Fisher et la probabilité (p) avec le risque alpha fixé à 5%.
 - Tableaux statistiques à double entrée (tableaux croisés) avec le calcul du Chi carré de Pearson. Le Chi carré de Fisher est calculé au cas où un des effectifs théoriques (20% des cellules sur des tableaux avec degré liberté supérieur à 1) est inférieur à 5 pour étudier la liaison entre deux variables qualitatives.
 - Calcul de probabilité avec le risque alpha fixé à 5%.
 - La Version finale a été établie sur Microsoft Word 2016.

4.8 Aspects éthiques

Pour mener cette étude, nous avons demandé l'accord des autorités administratives du CSRéf Diéma. La confidentialité en termes d'accès et de protection des données individuelles a été garantie et l'accès aux données individuelles pouvant identifier les participantes a été strictement limité aux seuls investigateurs. Les fiches d'enquêtes ont été codifiées.



RESULTATS

5 Résultats

5.1 Fréquence du suivi des grossesses au CSRéf de Diéma

Tableau I : Répartition des accouchés en fonction du suivi de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Grossesse	n	%
Grossesses suivies	996	79,6 %
Grossesses non suivies	255	20,4 %
Total	1251	100 %

La proportion des grossesses non suivies était de 20,4 %.

5.2 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition des accouchés selon les caractères sociodémographiques au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Tranche d'âge	n	%
13-19ans	63	24,7
20-25ans	80	31,4
26-35ans	88	34,5
36-40ans	23	9,02
Sup à 40ans	01	0,4
Total	255	100

Statut matrimonial	n	%
Célibataire	10	3,9
Mariée	244	95,7
Veuve	01	0,4
TOTAL	255	100

Provenance	n	%
CSCOM périphériques	77	30
Structures sanitaires Diéma ville	178	70
TOTAL	255	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 26 à 35ans avec un taux de 34,5% ; les âges extrêmes étaient de 13 ans et 44 ans, les accouchés étaient mariées dans 95,7% des cas et la fréquence des accouchés qui provenaient des structures sanitaires de Diéma ville étaient majoritaire avec 178 cas soit 70% de l'effectif total.

5.3 Données cliniques et paraclinique

Tableau III: Répartition des accouchés selon leur mode d'admission au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Mode admission	n	Fréquence
Venue d'elle-même	91	35,37
Référent	45	17,6
Evacuer	119	46,7
Total	255	100

Les femmes évacuées par d'autres structure de santé étaient majoritaire avec 46,7%.

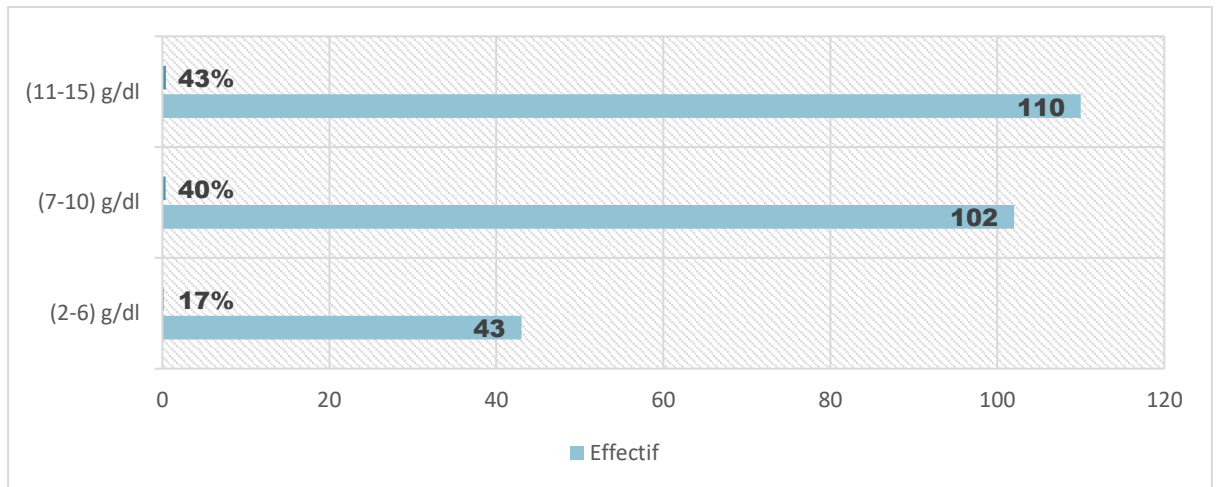
Tableau IV : Répartition des accouchés selon leur antécédent médical au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Antécédent	n	%
HTA	19	7,5
Diabète	2	0,8
Asthme	1	0,4
Drépanocytose	1	0,4
Aucun	221	86,7
Autres*	11	4,3
Total	255	100,0

* : notion de cardiopathie, non déterminer

7,5% des accouchés avaient un antécédent d'HTA (non documenté).

Figure II: Répartition des accouchés selon le taux d'hémoglobine au CSRef de Diéma de février 2021 à avril 2022



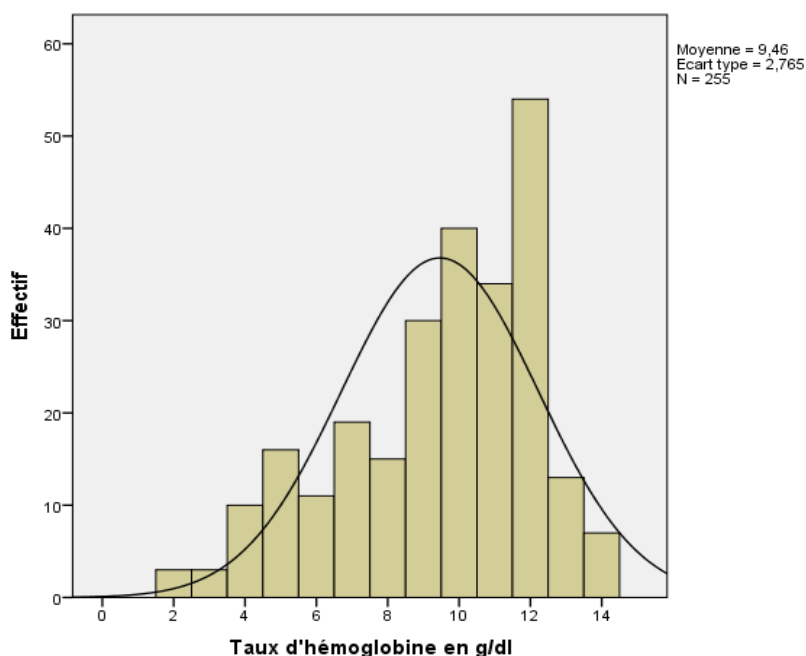
43 cas soit 17% ont présentés une anémie sévère.

Tableau V : Répartition des accouchés selon le terme de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Age de la grossesse selon la hauteur utérine	n	%
A terme	55	22
Non à terme	130	51
Post terme	70	27
Total	255	100

51% des grossesses n'étaient pas arrivées à terme.

Figure III : Le graphique de la moyenne / Ecartype du taux d'hémoglobine des parturientes au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022.



La moyenne était de 9,46 et l'écart-type 2,76.

Tableau VI: Répartition des accouchés selon l'état de la poche des eaux au
CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Poche des eaux	n	%
Rompue	88	35
Intact	167	65
Total	255	100

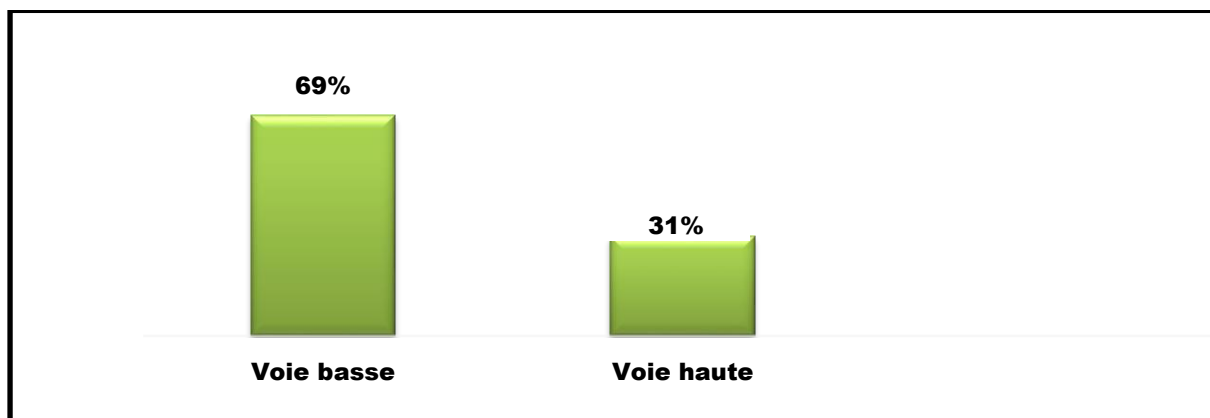
La membrane des eaux était rompue dans 35%.

Tableau VII: Répartition des accouchés selon l'aspect du liquide amniotique au
CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Liquide amniotique	n	%
Claire	145	57
Teinté	10	4
Méconial	5	2
Non déterminer	95	37
Total	255	100

Le liquide amniotique était teinté dans 4% et méconial dans 2% des cas.

Figure IV : Représentation graphique du pourcentage des accouchés selon la
voie d'accouchement au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022



L'accouchement par la voie haute était de 31%.

Tableau VIII: Répartition des accouchés selon l'indication de la césarienne au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Indication de césarienne	n	%
Dystocie dynamique	5	2
Dystocie mécanique	15	6
Souffrance fœtale aigue	45	18
Pathologie maternelle*	13	5
Aucun (voie basse)	177	69
Total	78	100

*: HTA ; diabète

La souffrance fœtale était l'indication de la césarienne la plus représentée soit 18%.

5.4 Les complications et les pronostics

5.4.1. Maternel

Tableau IX: Répartition des accouchés selon le type de complications obstétricales à l'entrée au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Complication obstétricale à l'entrée	n	%
Hémorragie	138	54,1
HTA et ses complications	17	6,8
Souffrance fœtale aigue	31	12,1
Paludisme	24	9,4
Autres*	14	5,5
Aucun	31	12,1
Total	255	100

* : mort fœtal in utero ; grossesse arrêtée ; infection du liquide amniotique.

Les complications obstétricales les plus représentées ont été l'hémorragie 54,1% suivie de la souffrance fœtale 12,1% et le paludisme 9,4%.

Tableau X: Répartition des accouchés selon le type de complications obstétricales pendant la surveillance au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Complication obstétricale Pendant le travail	n	%
Hémorragie	147	57,6
HTA et ses complications	24	9,4
Paludisme	24	9,4
Souffrance fœtale aigue	34	13,3
Autres*	17	6,7
Aucun	9	3,5
Total	255	100

* : Crise d'asthme ; Anémie décompensée, état de choc.

Les complications les plus fréquentes au cours du travail d'accouchement étaient successivement l'hémorragie 57,6% ; la souffrance fœtale 13,3% ; l'HTA avec ses complications 9,4%.

Tableau XI: Répartition des accouchés selon les suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Les Suites de couche	n	%
Simple	125	49
Complicquée	130	51
Total	255	100

Les suites de couche étaient compliquées majoritairement dans 51% contre 49% pour les suites de couche simples.

Tableau XII: Répartition des accouchés selon les complications des suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Les suites de couche	n	%
Hémorragie	20	7,8
HTA et ses complications	23	9,02
Paludisme	24	9,4
Anémie	60	23,5
Autres*	3	1,2
Non compliqué	125	49,01
Total	255	100

* : *Septicémie ; Péritonite ; Endométrite*

23% des accouchés ont présentés une anémie pendant les suites de couches.

Tableau XIII : Croisement entre les suites de couche et l'âge des accouchés au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

	Tranche d'âge	Suite de couche		Total
		Complicquée (%)	Simple (%)	
	13 à 19 ans	33(52,4)	30(47,6)	63(100,0)
	20 à 21 ans	32(41,0)	46(59,0)	78(100,0)
	26 à 35 ans	51(57,3)	38(42,7)	89(100,0)
	36 à 40 ans	15(62,5)	9(37,5)	24(100,0)
	>=41 ans	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)
Total	Effectif	131(51,4)	124(48,6)	255(100,0)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge des accouchés et les suites de couches (X^2 de Pearson=6,9).

Tableau XIV : Croisement entre le taux d'hémoglobine des accouchés et les suites de couche au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

		Suite de couche		Total
		Compiquée (%)	Simple (%)	
Tranche du taux d'hémoglobine	2 à 6 g/dl	41(95,3)	2(4,7)	43
	7 à 10 g/dl	58(55,8)	46(44,2)	104
	>=11 g/dl	32(29,6)	76(70,4)	108
Total	Effectif	131(51,4)	124(48,6)	255

Plus le taux d'hémoglobine des accouchés est faible plus les complications pendant les suites de couche sont fréquentes avec une différence statistiquement significative (X^2 de Pearson=54,5).

Tableau XV: Répartition des accouchés selon le devenir de la grossesse au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Devenir de la grossesse	n	%
Libérer	219	85,9
Référent vers un CHU	22	8,6
Evacuer vers un CHU	13	5,1
Décéder	1	0,4
Total	255	100

Un cas de décès en post abortum et 13 patientes évacuer vers un CHU pour une meilleure prise en charge.

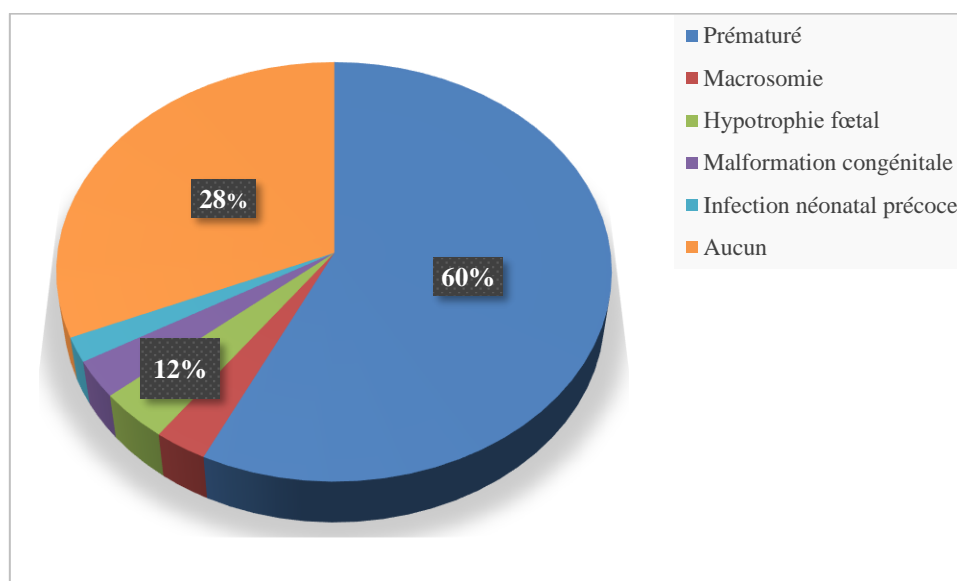
5.4.2 Fœtal

Tableau XVI: Répartition des nouveau-nés selon le pronostic fœtal selon l'APGAR au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Pronostic fœtal	n	%
Mort-né	47	18,4
Mort apparent	6	2,3
Morbide	35	13,7
Bon score	95	37,2
Avortement	72	28,2
Total	255	100

34,4% des nouveaux nés avaient un mauvais score d'APGAR dont 18,4% de mort-né ; 13,7% morbide et 2,3% de mort apparent. La fréquence de l'avortement était de 28,2%

Figure V : Répartition des nouveau-nés selon le type de morbidité foetal présente après l'accouchement au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022



La prématurité était présente chez 152 nouveau-nés soit 60% ; l'hypotrophie 4%, la macrosomie 3%, les malformations 2% et les infections néo-natales 3%.

Tableau XVII: Répartition selon le pronostic foetal au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Pronostic du nouveau-né	n	%
Vivant	136	53
Décédé *	119	47
Total	255	100

* : avortement + mort-né

La mortalité foetale était de 47%.

Tableau XVIII : Croisement entre l'âge des accouchés et le pronostic fœtal au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

Tranche d'âge	Pronostic fœtal		Total
	Décédé (%)	Vivant (%)	
	Effectif (%)	Effectif (%)	
13 à 19 ans	23 (36,5)	40 (63,5)	63
20 à 21 ans	31 (39,7)	47 (60,3)	78
26 à 35 ans	53 (59,6)	36 (40,4)	89
36 à 40 ans	13 (54,2)	11 (47,8)	24
>=41 ans	0 (0,0)	1 (100,0)	1
Total	120 (47,1)	135 (53,1)	255

Le taux de décès fœtal est élevé chez les mères âgées avec une différence statistiquement significative (X^2 de Fisher =6,16).

Tableau XIX : Croisement entre le taux d'hémoglobine et le pronostic des nouveau-nés au CSRéf de Diéma de février 2021 à avril 2022

		Pronostic fœtal		Total
		Décédé (%)	Vivant (%)	
Le taux d'hémoglobine	2 à 6 g/dl	28(65,1)	15(34,9)	43
	7 à 10 g/dl	40(38,5)	64(61,5)	104
	>=11 g/dl	52(48,1)	56(51,9)	108
Total	Effectif	120(47,1%)	135(52,9%)	255

Plus le taux d'hémoglobine de la gestante est faible plus le pronostic fœtal est mauvais avec une différence statistiquement significative (X^2 de Pearson=8,8).



**COMMENTAIRES
DISCUSSION**

6 Commentaires et discussion

6.1 Fréquence des grossesses non suivies

Durant notre période d'étude de 15 mois nous avons enregistré 1251 accouchements dont 255 cas de grossesse non suivies, soit une fréquence de 20,4%. Toutefois ce taux de femmes non suivies pendant la grossesse est légèrement élevé par rapport à l'échelle nationale qui est de 19,3% en 2018 [4]. Nos résultats sont comparables à ceux de **THIERO. M.** en 1995 qui avait obtenu 21,3% au cours d'étude transversale descriptive sur une période de 12mois [20] et inférieurs à celui de **M. SANGALA** avec 28,7% il s'agissait d'une étude cas/témoins sur une période de 12 mois en 2015 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [5].

6.2 Caractères sociodémographiques

Dans notre étude, les adolescentes représentaient 24,7%. Ce résultat est inférieur à celui de **MAIGA S.M.** avec 38,4% en 2018 au CSRéf CIV du district de Bamako sur une période de 6 mois d'étude [10] . Nos résultats montrent qu'une bonne partie des parturientes étaient constituées d'adolescentes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie de la population pense que le mariage précoce des adolescentes permet de mieux éduquer la jeune fille ; d'assurer la virginité de la fille et de respecter les préceptes de la religion [21]. Le statut célibataire représentait 3,9% dans notre étude, ce qui est largement inférieur à la proportion des célibataires dans l'étude de **S. MAIGA M** 11,2% en 2018 au CSRéf CIV du district de Bamako [10] et **TELLY M**, 7% en 2021 [1], cela s'expliquerait par l'augmentation de la fréquence du mariage précoce dans les zones urbaines qui est l'un des facteurs responsable des complications obstétricales pendant l'accouchement.

6.3 Données cliniques et paraclinique

Dans notre étude les femmes évacuées étaient majoritaires avec 46,7%. Cela pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des routes ; la négligence ou la méconnaissance des symptômes des complications liées à la grossesse. En revanche les femmes venues d'elles-mêmes étaient de 35,4%. Ce résultat est largement inférieur à ceux de **DEMBELE.B.D** en 2015 au CSRéf de la commune II avec 86,5% [22] mais proche de celui rapporté par **M.TRAORE** avec 46% en 2018 au CSRéf de Kalaban Coro [23].

Dans notre étude, 7,5% des femmes avaient un antécédent d'HTA. Les résultats rapportés par notre étude sont supérieurs à ceux rapportés par les études de **M. TRAORE** 5% en 2018 au CSRéf de Kalaban Coro [23] et de **S.M. MAIGA** 2,5% en 2018 au CSRéf CIV du district de Bamako [10]. Ceci s'explique par la mauvaise observance du traitement de l'HTA et l'absence de suivi des CPN.

Pendant l'examen obstétrical plus de la moitié soit 51% des grossesses n'étaient pas arrivées à terme. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par **M.TRAORE** 13,5% en 2018 [23] et de **M. SANGALA** 11,6% en 2015 à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti [5]. Mais rejoint les résultats de l'étude de **CAMARA B** dont la fréquence des grossesses non à terme étaient de 40%.

Au cours du touche vaginal, la poche des eaux était rompue dans 35% des cas. Ce taux est comparable à celui de **DEMBELE.B.D** en 2015 au CSRéf de la commune II [22] qui a trouvé 33,6%. L'aspect du liquide amniotique était teinté dans 4% et méconial dans 2% des cas. Le liquide amniotique étant un marqueur du bien être fœtal, un suivi régulier des CPN permet d'éviter ou de diminuer toute anomalie de ce dernier responsable de séquelles neurologiques graves du nouveau-né. Selon **M.TRAORE** le liquide amniotique était méconial dans 15,9% en 2018 au CSRéf de Kalaban Coro [23].

Au cours de l'accouchement, 69% des cas des patientes avaient accouchés par voie basse et 31% par césarienne. Ce taux élevé de césarienne dans notre étude serait les conséquences de diverses complications de la grossesse et du travail (HTA avec ses complications...) évitables pendant les CPN.

6..4 Les complications et les pronostics

➤ Maternelles

Le non suivi des grossesses est un facteur de risque important pouvant exposer la femme enceinte à des nombreuses complications.

Dans notre étude les complications les plus fréquentes au cours du travail étaient successivement les hémorragies 57,6% ; la souffrance fœtale 13,3% ; le paludisme 9,4%. L'HTA avec ses complications 9,4%. Selon **TRAORE M** en 2018 les complications obstétricales à l'entrée ont été dominées par l'HTA sévère qui a représentée 28,6% suivie de l'hémorragie de la délivrance 17,8% et la procidence du cordon 14,3% [23].

Les suites de couche étaient compliquées dans 51% des cas dont l'anémie 23,5% ; l'HTA et ses complications 9,4% ; le paludisme 9,4% ; l'hémorragie de la délivrance 7,8%. L'augmentation de la fréquence de l'anémie et du paludisme s'expliquerait par l'absence de la réalisation des CPN pendant laquelle la stratégie de supplémentation en fer et la prise de SP sont appliquées, l'HTA étant le premier facteur de risque de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale dans le monde, un suivi régulier de la CPN associé à la formation continue des agents de santé permettent de prévenir les complications liées à cette maladie. Nos résultats sont supérieurs à celui de S. M. **MAIGA** qui a retrouvé 45,8% de complications dont l'anémie 24,4%, les hémorragies 4,8% et l'HTA dans 1,3% en 2018 au CSRéf CIV du district de Bamako [10].

Au cours de notre enquête 5,1% des patientes ont été évacuées vers le centre hospitalo-universitaire (CHU) du Gabriel TOURE ou du POINT G pour une meilleure prise en charge et une (1) patiente est décédée en post abortum soit 0,4%, le décès survenu dans un contexte de septicémie (notion d'IVG ?).

➤ **Fœtal**

Dans notre étude, selon l'APGAR 18,4% des nouveaux nés étaient des morts nés et 13,7% étaient morbides ; après l'accouchement 152 nouveaux nés soit 60% étaient des prématurés et 4% hypotrophes. Selon la deuxième enquête démographique et de santé de la république démocratique du Congo en 2013 (EDS-RDC II 2013-2014) et la Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM-VI) en 2018, la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais score d'Apgar [24].

La formation continue des agents de santé et la participation active de la population contribuent à diminuer la prématurité et les complications péri-néonatales.



**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

7 Conclusion

Cette étude démontre que les grossesses non suivies sont fréquentes et représentent environ un cinquième des accouchements au CSRéf de Diéma.

Les complications maternelles étaient surtout dominées par les hémorragies représentant la moitié des complications, suivi par la souffrance fœtale aigue, le paludisme, l'hypertension artérielle avec ses complications.

Le pronostic fœtal était marqué par la prématurité et les morts nés.

8 Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

❖ **Aux autorités**

- ✓ Inclure dans le programme d'enseignement une éducation à la vie familiale, le danger que peuvent engendrer la grossesse et l'accouchement ainsi que l'importance des suivis prénatals.
- ✓ Restitution des résultats de cette étude aux autorités et aux ONG féminine pour une large sensibilisation des femmes.
- ✓ Rendre gratuits les soins prénatals.
- ✓ Assurer la formation continue des praticiens

❖ **Aux prestataires de santé**

- ✓ Motiver les femmes enceintes à utiliser les services de santé de la reproduction ;
- ✓ Informer, sensibiliser, éduquer régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance des suivis prénatals précoces et réguliers.

❖ **Aux parents**

- ✓ Accompagner les gestantes durant toute la grossesse en les encourageant à aller vers les structures de santé pour faire les CPN.

9 Références Bibliographiques

- [1] Telly M. L'absence de suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité du CSRéf de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2021.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Mortalité maternelle 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> (accessed August 10, 2022).
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. Les progrès réalisés par l'Afrique en matière de mortalité maternelle et infantile sont en recul, selon un rapport de l'OMS 2022. <https://www.afro.who.int/fr/news/les-progres-realises-par-lafrique-en-matiere-de-mortalite-maternelle-et-infantile-sont-en#:~:text=La%20r%C3%A9duction%20de%20la%20mortalit%C3%A9,vi-vantes%20d'ici%20%C3%A0%202030>. (accessed February 12, 2023).
- [4] Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête Démographique et de Santé 2018. Rockville, Maryland, USA: 2018.
- [5] Sangala M. Pronostic maternofoetal des grossesses non suivies à l'hôpital Sominé de Mopti. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2015.
- [6] Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique,. 6ème édition. Paris: Masson; 2011.
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS). La Césarienne 2013. www.has-sante.fr (accessed October 27, 2023).
- [8] Organisation Mondiale de la Santé. Estimations révisées pour 1990 de la Mortalité maternelle 2020. <https://iris.who.int/handle/10665/63598> (accessed August 8, 2023).

- [9] Diarra T. Anémie et grossesse : Aspects épidémio-cliniques au CHU Gabriel Touré. Mémoire de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2022.
- [10] Maïga S. Complications materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRef commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2019.
- [11] Koné T. Pronostic maternel et perinatal des grossesses non suivies au CSRef de la commune VI du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2021.
- [12] Médecin sans frontière. Guides médicaux MSF. 2023.
<https://medicalguidelines.msf.org/fr/viewport/ONC/francais/> (accessed September 18, 2023).
- [13] Dowswell T, Carolli G, Duley L, Gates S, Gumeglu AM, Khan D, et al. Grandes lignes et messages clés des recommandations 2016 de l'organisation mondiale de la santé pour les soins prénatals systématiques 2018:14.
- [14] Baldé IS, Diallo FB, Diallo MH, Sylla I, Bah EM, Many MN, et al. Évaluation de la qualité de la dernière consultation prénatale dans une maternité périphérique à Conakry, Guinée 2016:39–45.
- [15] Christian KK. Evaluation de la qualité de la CPN récentrée dans les centres de santé communautaire de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2018.
- [16] Relief Web. Plan de sécurité alimentaire - Commune rurale de Diéma 2011. <https://reliefweb.int/> (accessed February 4, 2023).
- [17] le Conseil de Cercle avec l'appui technique et financier du PRECAD et de HELVETAS Mali. Programme de Développement Economique Social et Culturel du Cercle de Diéma 2010 – 2014 2009.

- [18] Ledoux H. Le difficile recouvrement des impôts 2012.
<https://revuedepressecorens.wordpress.com/2012/03/01/le-difficile-recouvrement-des-impots/> (accessed February 23, 2023).
- [19] Komé M, Fédération Intercommunale du Cercle de Diéma en France.
Programme de développement économique social et culturel du cercle de Diéma 2012. <http://caderkaf.fr/index.php/blog/cercle-de-diema> (accessed February 4, 2023).
- [20] Thiero M. Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique au CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine. Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, 1995.
- [21] WilDAF-Mali. Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles au mali. Bamako: 2019.
- [22] Dembélé B. Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2015.
- [23] Traoré M. Etude des grossesses non suivies au centre de santé de référence de Kalaban-koro. Thèse de médecine. Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2019.
- [24] Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité de la RDC. Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014). 2e ed. Rockville, Maryland, U.S.A.: 2014.



ANNEXES

3. Antécédents :

Antécédents médicaux :

HTA : /__/ 1= oui ; 0= non Diabète : /__/ 1= oui ; 0= non

Cardiopathie : /__/ 1= oui ; 0= non Drépanocytose : /__/ 1= oui ; 0= non

Asthme : /__/ 1= oui ; 0= non Autres (à préciser).

Antécédents chirurgicaux :

Césarienne : /__/ 1= oui ; 0= non

Si oui indication : /__/

1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ; 3= souffrance fœtale aigue ;

4= pathologie maternelle préciser.....

Myomectomie : /__/ 1= oui ; 0= non 5= inconnu

GEU : /__/ 1= oui ; 0= non Autres (à préciser).

Antécédents obstétricaux :

Gestité : /___/ ; Parité : /___/ ; nombre Mort-née : /___/ ; nombre

Vivant : /___/ ; nombre Avortement : /___/ ; Nombre Décédé : /___/

Intervalle inter génésique : /___/ mois.

4. Admission

Mode d'admission : /__/

1= référée ; 2= évacuée, 3= venue d'elle-même

Si référée, Provenance : /__/ 1= CSCOM ; 2= Si autre à préciser

Motif d'admission : 1..... 2.....

3..... 4.....

5. Déroulement du travail d'accouchement

Examen Clinique :

Examen général :

Etat général : /__/ 1= bon ; 0 = passable ; 2= mauvais

Conjonctives : /__/ 1= colorées ; 0= moyenne 2= pâles

Tension Artérielle : PAS : /__/_/_/ et PAD : /__/_/_/ mm hg

Température : /__/_/°C

Cédèmes : /__/ 1= oui ; 0= non

Taille : /__/_/_/ cm

Poids : /__/_/_/ kg

Examen obstétrical :

HU : /__/_/ cm

BDCF : /__/_/_/ BPM

Age présumé de la grossesse : /__/_/ en semaine d'aménorrhée

Col (dilatation) : /__/_/ cm

Présentation : /__/ 1= Céphalique ; 2= siège ; 3=transversale.

4= Epaule ; 5= face ; 6= si autre à préciser

Bassin : /__/ 1= normal ; 2= limite ; 3= BGR.

Membranes : /__/ 1= intactes ; 2= rompues

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

Coloration du liquide amniotique :

6. Bilan complémentaire :

Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl

Groupage/Rhésus : /_____/

Protéinurie significative : /__/ 1=oui ; 0= non

Glycosurie : /__/ 1= oui ; 0= non

BW : / / (+) = positif ; (-) = négatif

Test d'Emmel : / / (+) = positif ; (-) = négatif

HIV (PTME) : / / (+) = positif ; (-) = négatif

Echographie : /__/ 1= oui ; 0= non

7. Accouchement :

Mode d'accouchement : /__/

1= voie basse simple ; 2= accouchement avec ventouse ou forceps ;

3= Césarienne Si césarienne, indication :

Si ventouse ou forceps, indication.....

Épisiotomie : /__/ 1= oui ; 0= non

Si épisiotomie indication :

Délivrance : /__/

1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

8. Complications

Complication obstétricale à l'entrée : /__/

1= hémorragie ; 2= HTA ; 3= Infection amniotique ; 4= souffrance fœtale

5= procidence du cordon ; 6= autres.....

Complication obstétricale au cours du travail : /__/

1= Hémorragie ; 2= éclampsie ; 3= toxémie gravidique ;

4= procidence du cordon ; 5= souffrance fœtale aiguë ;

6 = autres.....

Suites de couches : /__/ 0= simples ; 1= CMPP

2= anémie ; 3= suppuration pariétale ; 4= endométrite ;

5= éviscération ; 6= pelvipéritonite ; 7= péritonite ; 8= éclampsie ;

9= septicémie ; 10= paludisme ; 11= hémorragie du post-partum

12= Si autres à préciser.....

9. Traitement :

Traitement médicaux : /__ / 0=non

1=utero tonique ; 2= antibiotique ; 3= antipaludéen ; 4= fer ; 5= anti HTA

6= transfusion/macromolécules ; 7= autres.....

Traitements chirurgicaux :

Césarienne : /__ / 1= oui ; 0= non

Si Oui, indication :

Laparotomie : /__ / 1= oui ; 0= non

Si Oui, indication :

Suture du périnée : /__ / 1= oui ; 0= non

Si Oui, indication :

10. Pronostic maternal-foetal:

Pronostic maternal

Mère: /__ / 1=Glasgow (5-10) 2=Glasgow (10-14) 3= Glasgow (15)

Pronostic foetal: Score d'Apgar: /__ /

1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score)

Morbidité foétale : /__ /

1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie foétale ;

4= hypotrophie foétale ; 5= malformation ; 6= autres.....

Nouveau-né : /__ /

1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mort-né macéré

Si référé, cause :

Si décédé, cause :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Prénom : Soya

Nom : MAGUIRAGA

Titre : Complications materno - fœtales des grossesses non suivies dans le centre de sante de référence de Diéma du 1er février 2021 au 31 avril 2022.

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

E-mail : soyakare@gmail.com

Lieux de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, d'odontologie et stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Secteur d'intérêt : Santé publique et Gynécologie Obstétrique.

Résumé

Introduction : Les consultations prénatales contribuent à la réduction de la mortalité maternelle et fœtale. Les grossesses non suivies augmentent la survenue des décès maternels et fœtaux. Ce travail visait à évaluer les complications maternelles et fœtales des grossesses non suivies au CSRéf de Diéma.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective transversale de tous les cas de grossesse non suivi enregistrés dans le service de maternité du CSRéf de Diéma sur une période de 15mois allant du 1^{er} février 2021 au 31 avril 2022.

Résultats : Les grossesses non suivies sont fréquentes et représentent environ un cinquième des accouchements dans le CSRéf de Diéma soit 20,4%. L'absence de suivi prénatal au cours d'une grossesse fait courir des risques de complications aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Les complications maternelles étaient dominées par les hémorragies 57,6% ; la souffrance fœtale 13,3% ; le paludisme 9,4% ; l'HTA avec ses complications 9,4%. Le pronostic fœtal était marqué par la prématurité et les morts nés. Ces complications peuvent être évitables en faisant un suivi régulier des consultations prénatales.

Conclusion : Les grossesses non suivies sont fréquentes et représente environ un cinquième des accouchements au CSRéf de Diéma. Les complications maternelles étaient surtout dominées par les hémorragies représentant la moitié des complications, suivi par la souffrance fœtale aigue, le paludisme, l'hypertension artérielle avec ses complications. Le pronostic fœtal était marqué par la prématurité et les morts nés.

Mots clés : complications, Consultation Prénatale, grossesse non suivie, accouchement.

Abstract:

Introduction: Prenatal consultations help reduce maternal and fetal mortality. Unattended pregnancies increase maternal and fetal deaths. The aim of this study was to assess maternal and fetal complications of unattended pregnancies at the Diéma CSRéf.

Material and method: This was a retrospective cross-sectional study of all cases of unattended pregnancy recorded in the maternity ward of Diéma CSRéf over a fifteen months period from 1^{er} February 2021 to 31 April 2022.

Results: Unattended pregnancies are frequent, accounting for around one-fifth of deliveries in the Diéma CSRéf (20.4%). The absence of prenatal follow-up during pregnancy entails risks of complications for both mother and fetus. Maternal complications were dominated by haemorrhage (57.6%), foetal distress (13.3%), malaria (9.4%) and hypertension (9.4%). Fetal prognosis was marked by prematurity and stillbirth. These complications can be avoided by regular follow-up prenatal consultations.

Conclusion: Unattended pregnancies are frequent, accounting for around a quarter of deliveries at the Diéma CSRéf. Maternal complications were dominated by haemorrhage, accounting for half of all complications, followed by acute fetal distress, malaria, arterial hypertension and other complications. Fetal prognosis was marked by prematurity and stillbirth.

Key words: complications, prenatal consultation, unattended pregnancy, delivery.

Le Serment de Médecin

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le sure.