

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2023- 2024

THEME

Thèse N° :..... /

**Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies
au Centre de Santé de Référence
de la Commune II du District de Bamako**

Présentée et Soutenue publiquement le 23/07/2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Ali KEITAGOU

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Amadou BOCOUM, Maitre de conférences agrégé

Membre : M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre de conférences

M. Saleck DOUMBIA, Gynécologue obstétricien

Co-Directeur : M. Bakary Abou TRAORE, Maitre de recherche

Directeur : M. Soumana Oumar Traore, Maitre de conférences agrégé

DÉDICACES

De tout mon cœur je dédie cette thèse :

À ma mère Bana DIALLO

Pour ton amour, tes prières et tes encouragements durant toute ma vie. Avec un cœur rempli de joie et d'amour, je te remercie ma très maman, puisse Dieu vous accorde une longue vie. Je t'aime maman

À mon père Oumar KEITAGOU

Pour ton amour, ta compréhension et surtout tes innombrables sacrifices. Je te remercie infiniment d'être pour moi un exemple de persévérance, de patience, de courage et de Foi en DIEU.

Que Dieu te procure bonne santé, bonheur, longue vie et du courage dans son ministère et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À mes oncles et Tantes,

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier ; merci pour vos bénédictions, votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Trouvez ici ma profonde gratitude. Que Dieu vous accorde longue vie

À mes frères et sœurs,

« En témoignage de mon affection fraternelle et de ma profonde reconnaissance je vous souhaite une vie de bonheur et de succès, puisse Dieu nous bénir dans nos projets, ensemble nous pouvons mieux faire. Que Dieu le tout puissant, vous protège et vous garde. »

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

À « DIEU »

Le Tout Puissant, le très miséricordieux, qui m'a donné la force, le courage, la patience, la persévérance pour réaliser ce modeste travail. Mon rêve devient enfin une réalité, merci pour tout, Père.

« Gloire à Toi »

À tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie de Bamako,

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères »

Au médecin chef du CSRéf de la CII

Merci de m'avoir accueilli dans votre Centre et permis de réaliser ce travail.

À mes chers maîtres du service de Gynéco-Obstétrique de la CII :

Pr Seydou Z Dao, Dr Traoré Abou Bakary, Dr Konaté Sackoba, Dr Togo Etienne.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de ma formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

À mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la CII

Dr Dembélé Bakary dit Django, Dr Koné Bakary, Dr Boité Adama, Dr Camara Youssouf, Dr Mamadou Traore, Dr Abdoul Aziz Togo, Dr Boré Mamadou, Dr Sangaré Brehima, Dr Ibrahim Dabo.

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

À toutes les sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CSREF de la CII :

Merci pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

À tous mes collègues internes du CSREF de la CII :

Alassane Poudiougou, Abdoulaye Fofana, Yaye Camara, Samaté Yékégnou, Santara Moctar, Ali Keitagou, Awa Sy et Condé Ibrahim.

Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

À toute ma promotion (P13) : Merci pour les bons moments partagés. Fraternité, solidarité et entente nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour nous tous. Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie de médecin qui commence, courage.

À toutes ces personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin :

Mon grand frère Mamadou keitagou, Sindé keitagou ; sidy Keitagou mes sœur Sirandou keitagou ; Maya Keitagou et mes tentes.

Merci pour vos soutiens multiples, Que Dieu vous bénisse et vous rendre au centuple.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Amadou BOCOUM

- **Maitre de conférences agrégé de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**

Cher maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maitre de référence. Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect. Qu'Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde !

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Abdoulaye SISSOKO

- **Gynécologue-Obstétricien à la clinique périnatale de Mohamed VI**
- **Maitre de conférences de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS**

Cher maitre C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail. Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance

**À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU
JURY**

Dr Saleck DOUMBIA

- **Praticien hospitalier au service de gynécologie du centre de référence de la commune V**
- **Gynécologue obstétricien**

Cher maitre merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un maitre de référence puisse Dieu vous accorder longue vie

**À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE
THESE, Dr Bakary Abou TRAORE**

- **Praticien hospitalier,**
- **Maitre de Recherche**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la**

Commune II. Cher maître,

Cher maitre, vous nous faites honneur en acceptant de siéger ce jury malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE
THESE,**

Pr Soumana Oumar TRAORE

- **Maitre de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence de la Commune V,
Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique
(SOMAGO),**
- **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la
Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur
du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société
des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- **Leader d'Opinion Local de la Surveillance des Décès
Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de
Bamako ;**
- **Enseignant chercheur**

Cher Maître Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse. Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

Qu'Allah vous accorde sa grâce et sa miséricorde

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Affections maternelles et risques potentiels. [17].....	12
Tableau II : Risques potentiels des antécédents gynécologiques.[17]	13
Tableau III : Facteurs de risques et complications materno-fœtales.....	15
Tableau IV: Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel Interprétation de la hauteur utérine.	18
Tableau V : Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine	20
Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge.....	29
Tableau II : Répartition des patientes selon la profession du conjoint	29
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession	30
Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	31
Tableau V: Répartition des patientes selon l'état matrimonial.....	31
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	32
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	32
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité	33
Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité	33
Tableau X: Répartition des patientes selon le mode d'admission	33
Tableau XI : Répartition des patientes selon la présentation	37
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction de l'état des membranes.....	38
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la voie d'accouchement	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIV : Répartition des patientes enceintes en fonctions des complications obstétricales à l'entrée.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction des complications dans les suites de couches	Erreur ! Signet non défini.

Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés en fonction de score l’Apgar à la naissance.....	39
Tableau XVII : Répartition de l’état des nouveau-nés à la naissance.....	39
Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction des raisons des non réalisation des CPN.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIX: Répartition des patientes enceintes en fonction de la voie basse.....	40
Tableau XX: Répartition des patientes selon la voie d’accouchement au CSRéf de la commune de II.....	38
Tableau XXI : Répartition des nouveau- nés selon la morbidité au CSRéf de la Commune II.....	40
Tableau XXII : Répartition des patientes évacuées selon leur voie d’accouchement	41
Tableau XXIII: Relation entre les complications à l’entrée et les suites de couches.	36
Tableau XXIV: Relation entre les complications à l’entrée et l’état des nouveaux à la naissance	37
Tableau XXV : Tableau comparatif entre les complications à l’entrée et la non réalisation de la consultation prénatale.....	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mesure de la hauteur utérine..... 18
Figure 2 : Le signe de FARABEUF 21

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

APGAR : Aspect, pouls, grimace, activité, respiration

CPN : Consultation prénatale

CHU : Centre hospitalière universitaire

CSRéf C II : Centre de Santé de Référence de la Commune IV

CSCom : Centre de santé communautaire

VIH/SIDA : Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

ONU : Organisation des nations unies

ODD : Objectifs de développement durable

HTA : Hypertension artérielle

HRP : Hématome rétro-placentaire

GE : Goutte épaisse

FM : Frottis mince

BW : Bordet Wassermann

BIP : Bipariétal (diamètre)

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

SP : Sulfadoxine pyriméthamine

SA : Semaine d'aménorrhée

PPH : Placenta prævia hémorragique

RU : Rupture utérine

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	1
Introduction.....	2
Objectifs.....	3
II. GENERALITES.....	4
1. Définitions des concepts.....	4
III. METHODOLOGIE.....	25
1. Cadre d'étude.....	25
Type et période d'étude.....	25
Population d'étude.....	26
Variables étudiées.....	26
Critères d'inclusion et critères de non inclusion.....	27
Techniques et outils de collecte des données.....	27
Saisie et Analyse des données.....	28
Aspects éthiques.....	28
Définitions opérationnelles.....	28
IV. RESULTATS.....	Erreur ! Signet non défini.
1. Profils sociodémographiques et cliniques des femmes.....	Erreur ! Signet non défini.
V Commentaires et discussion.....	43
Conclusion.....	49
Recommandations.....	50

Références51

I. INTRODUCTION

La grossesse si elle est bien menée, aboutit à une naissance vivante et constitue pour la femme un des critères de valorisation sociale. Cependant, pour des milliers de femmes, une naissance n'est pas la cause d'allégresse qu'elle devrait être, mais plutôt une souffrance dont l'issue peut être fatale [1]. Ainsi « *la grossesse est une aventure et l'accouchement un combat entre la vie et la mort* » dit un proverbe Bambara. Le suivi de la grossesse permet de la mener généralement à terme et d'éviter les incertitudes de cette "aventure".

La consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, de dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, de dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement, et déterminer les conditions de l'accouchement et son [1]. Cependant, les grossesses non suivies se caractérisent par leur morbidité maternelle et fœtale importante [2].

Dans le monde, 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement [3]. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités [4]. Le taux des femmes en Afrique subsaharienne n'ayant pas fait l'objet de consultation prénatale s'élevait à 53% et 56% en Afrique de l'ouest et centrale [5]

La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées dans le monde avec respectivement 700 pour 100.000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances [5,6]

Au Mali les grossesses non suivies représentent 57% selon les données EDSM-VI [54]. Elles s'observent surtout chez les pauci pares, les célibataires et chez les

femmes de bas niveau socio-économique. L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématurité avec un mauvais score d'Apgar [12]. Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Elles permettent :

- de dépister les grossesses à risque (dès le premier trimestre de la grossesse),
 - d'apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse),
 - de faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse) [12].
- Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en nombre dans les pays sous-développés comme le nôtre. Malgré les efforts faits au Mali, le nombre de femmes enceintes ne faisant pas de consultation prénatale semble augmenter, d'où l'intérêt d'initier ce travail dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II avec les objectifs suivants :

1 OBJECTIFS

1.1 Objectif général

Etudier le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako.

1.2 Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynécologie- obstétrique du CSRéf de la commune II du District de Bamako.
- ❖ Décrire le profil sociodémographique des femmes enceintes non suivies.
- ❖ Etudier les complications maternelles au cours des grossesses non suivies.
- ❖ Identifier les raisons de non réalisation des CPN au CSRéf de la commune II en 2022
- ❖ Préciser le pronostic materno-fœtal dans les grossesses non suivies

II. GENERALITES

1 Définitions des concepts

- **La consultation prénatale (CPN)** : la consultation prénatale est l'ensemble de actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risque pour la suite de la grossesse et de l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue [13]
- **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 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) [14].
- **La mortalité maternelle** : c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 45 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite [14].
- **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 de 8 à 28 jours [15].

2 Rappels sur la grossesse et l'accouchement

- **Grossesse** : elle se définit par l'état d'une femme enceinte. Elle commence par la fécondation et se termine par l'accouchement. Repartie en trois trimestres, elle dure en moyenne 9 mois ou 273 jours à partir de la date de la fécondation. C'est un état physiologique qui comporte deux périodes bien distinctes au cours desquelles le développement de l'œuf se fait de façon continue.

- **La période embryonnaire** : elle couvre les soixante premiers jours de la vie intra-utérine. Elle constitue l'individualisation et la mise en place des différents organes ou l'embryogénèse,
- **La période fœtale** : elle s'étend du début du troisième mois de la grossesse jusqu'à la naissance. La croissance et la maturation progressive des différents organes fœtaux marquent cette deuxième partie de la vie intra-utérine [16].
- **Grossesse normale** : Une grossesse est dite « normale » si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant [17].
- **Grossesse pathologique** : La grossesse pathologique est définie par la survenue d'un événement qui comporte un risque soit pour la mère soit pour l'enfant voire pour les deux. Elle peut concerner toutes les femmes enceintes même si elle est plus fréquente chez celles ayant un facteur de risque ou ayant eu des complications lors des grossesses précédentes.

3 Facteurs de risques [15,16].

Une grossesse est dite « à risque » si un ou plusieurs facteurs de risque l'accompagnent et la rendent pathologique. Ces derniers sont nombreux et la liste n'est pas exhaustive. Néanmoins, on peut les classer en trois grandes catégories : les facteurs de risque selon le terrain, selon les antécédents obstétricaux et enfin selon les antécédents généraux.

4 Facteurs de risque selon le terrain

➤ Age maternel

L'âge maternel constitue un facteur de risque sur lequel on ne peut pas agir. Les jeunes filles âgées de moins de 18 ans et les femmes âgées de plus de 35 ans sont les plus à risque de développer une complication durant la grossesse ou lors de l'accouchement.

➤ **Poids maternel [18].**

Une femme qui a un poids inférieur à 40 kg a un débit cardiaque faible, ce qui entraîne une mauvaise vascularisation utéro placentaire et donc un risque d'hypotrophie. Tandis que la femme obèse, quant à elle, présente souvent un terrain diabétique et une HTA entraînant ainsi des conséquences maternelles telles que la pré-éclampsie, l'éclampsie, et des conséquences fœtales comme la macrosomie, la mort fœtale in utéro (MFIU) et tant d'autres.

➤ **Taille maternelle**

Elle constitue un risque si la femme mesure moins de 1m 50. La taille maternelle est en corrélation directe avec les dimensions de son bassin. La petite taille est ainsi dans la majorité des cas le reflet d'un petit bassin.

➤ **Autres facteurs de risque liés au terrain**

Il existe d'autres facteurs de risques liés au terrain, on peut citer :

- Les conditions socio-économiques défavorables,
- L'infertilité, primaire ou secondaire,
- Les maladies génétiques (la trisomie 21, l'hémophilie...)
- L'alcoolisme,
- La toxicomanie.

Facteurs de risque selon les antécédents obstétricaux

Il existe un certain nombre de facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :

- La fausse couche spontanée (FCS)
- L'interruption volontaire de la grossesse (IVG)
- La prématurité
- La mort fœtale in utéro (MFIU)

Facteurs de risque selon les antécédents généraux

Certaines maladies générales augmentent le risque de complications liées à la grossesse. Les plus redoutables sont : L'HTA, les troubles neuropsychiatriques, les maladies métaboliques, les maladies auto-immunes.

5 Consultations prénatales [17,18]

La consultation prénatale est une consultation clinique. Elle permet une prise en charge globale de la femme enceinte et du fœtus par un personnel qualifié.

5.1 Objectifs de la CPN [17,18]

5.1.1 Objectif général

5.1.2 Accompagner les femmes enceintes, dépister les risques précocement lors des différentes consultations afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale.

5.1.3 Objectifs spécifiques

- Accueillir, écouter, informer et conseiller la femme enceinte.
- Confirmer le diagnostic de la grossesse.
- Assurer le suivi de la grossesse.
- Dépister et prendre en charge les pathologies gravidiques et ou associées à la grossesse.
- Sensibiliser les femmes sur l'importance du suivi régulier de la grossesse et de l'accouchement a un centre de santé.

5.2 Avantages

- Surveillance de l'évolution de la grossesse.
- Recherche et traitement des maladies qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement.
- Dépistage des grossesses à risque en vue de les prendre en charge et ou de les orienter vers un centre de référence.

- Prévention :
 - Du tétanos par la vaccination antitétanique ;
 - Du VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
 - Des carences par les apports en fer et en acide folique.
- Education de la femme sur les signes d'alarme et les signes d'entrée en travail ●
Promotion de l'accouchement en milieu surveillé.
- Conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le postpartum pour la mère et l'enfant.
- Conseils sur la planification familiale.

5.3 Nombre de consultations prénatales [17,18]

Un optimum de quatre consultations et 8 contacts sont recommandés pour la surveillance d'une grossesse :

- La première consultation doit être faite le plus précocement possible avant la fin du 3ème mois de la grossesse (12 -15 Semaine d'Aménorrhées (SA)).
La deuxième au 6ème mois (24 - 28 SA).
- La troisième au 8ème mois (32-34SA).
- La quatrième au 9ème mois (36-38SA)

En cas de pathologie, le nombre de consultations doit être déterminé par le médecin.

Les 8 contacts selon OMS : [4]

- **Au premier trimestre**
Contact 1 : jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.
- **Au deuxième trimestre**
Contact 2 : 20 semaines d'aménorrhée.
Contact 3 : 26 semaines d'aménorrhée.

- **Au troisième trimestre**
 - Contact 4 : 30 semaines d'aménorrhée.
 - Contact 5 : 34 semaines d'aménorrhée.
 - Contact 6 : 36 semaines d'aménorrhée.
 - Contact 7 : 38 semaines d'aménorrhée.
 - Contact 8 : 40 semaines d'aménorrhée.

La femme doit revenir pour l'accouchement à 41 SA.

5.3.1 Les soins préventifs

- **Vacciner la femme contre le tétanos**
- **Prescrire la sulfadoxine pyriméthamine (SP)**

La dose recommandée en traitement préventif lors de la CPN est de 3 comprimés soit 300 mg en prise unique :

Prescrire au moins trois doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) à la femme enceinte à partir du quatrième mois (hauteur utérine à 16 cm à la sensation des mouvements actifs fœtaux) jusqu'à l'accouchement.

- **Prescrire le fer acide folique**

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

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

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

5.4 Première consultation prénatale [19]

La consultation prénatale du premier trimestre est fondamentale et déterminante pour le suivi, ses objectifs sont les suivants :

- Confirmer l'état de la grossesse et le siège
- Préciser le terme
- Dépister les complications précoces
- Prévoir un plan de surveillance de la grossesse
- Réaliser les examens complémentaires indispensables.
- Prodiguer des conseils.

5.4.1 Déroulement

La consultation prénatale doit se dérouler dans un cadre humanisé. L'accueil et l'entretien devront constituer une étape importante de la consultation prénatale.

En effet, l'histoire sociale, médicale et obstétricale de la femme aide à définir le contexte de la grossesse et à en établir le pronostic.

a) Anamnèse [13]

5.4.2 • Datation

La date des dernières règles doit être précisée avec certitude afin de dater la grossesse et de situer la date d'accouchement. Toute imprécision concernant cette date devra conduire à la réalisation d'une échographie, celle-ci déterminera l'âge de la grossesse et sera d'autant plus précise que la gestation est jeune.

La connaissance de l'âge gestationnel permet de :

- Fixer le calendrier des consultations prénatales.
- Préciser la période présumée de l'accouchement.

Les signes biologiques de grossesse sont représentés par :

- L'Hormone Chorionique Gonadotrophine (HCG)

La HCG peut être détectée 8 jours seulement après la fécondation (c'est-à-dire, avant même que le retard menstruel soit constaté). La HCG atteint sa valeur maximale entre le 60 e et 70eme jour de la dernière période menstruelle

- Le signe de certitude : Sous-unité bêta d'HCG

La sous-unité β HCG est détectable avant même la nidation et est exclusivement produite par le syncytiotrophoblaste, ce qui permet d'éviter les réactions croisées avec d'autres hormones. Il s'agit de la méthode de diagnostic de grossesse la plus précoce et la plus sensible.

Examen clinique

Pesée : la prise de poids moyenne durant la grossesse est de 12 kg : un kg par mois pour les six premiers mois, puis un kg par 15 jours durant le dernier trimestre.

- **Tension artérielle**

La prise de la tension artérielle est pratiquée dans les mêmes conditions qu'au 1er trimestre : Une systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, est/sont pathologique/s.

- **Evaluer les facteurs de risques [20]**

Un interrogatoire minutieux est réalisé, révélant tous antécédents médicaux, familiaux, gynécologiques, chirurgicaux et obstétricaux, afin de détecter une éventuelle pathologie contre-indiquant la grossesse ou la classant dans la rubrique des grossesses à risque nécessitant alors une surveillance et une prise en charge particulière.

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

La présence de pathologies maternelles préexistantes à la grossesse peut entraîner un risque d'aggravation en terme de morbidité et de mortalité périnatale et /ou maternelle : allergies,

trouble de l'hémostase, troubles vasculaires, pathologies endocriniennes, cardiopathies, néphropathies, neuropathies...

Tableau I : Affections maternelles et risques potentiels. [17]

Affections maternelles	Risques potentiels
Cardiopathie	Décompensation, RCIU, Accouchement prématuré
Insuffisance respiratoire, Asthme	Décompensation, RCIU
Diabète	Décompensations, complications, Malformations, mort fœtale in utero, macrosomie, traumatisme obstétrical.
Syndrome vasculo-rénal et Hypertension Artérielle Gravidique (HTAG)	Pré-éclampsie, éclampsie, hématome rétro placentaire
Pathologies des voies urinaires, néphrologiques	Hypertension, RCIU, Accouchement prématuré(AP)
Lupus	Aggravation, RCIU, AP, mort fœtale in utero
Épilepsie	Aggravation, risque malformatif
Traumatisme du bassin et de la colonne	Dystocie
Hépatite, VIH	Transmission mère-enfant
Anémie	Accouchement à risque, RCIU, AP
Forte myopie	Décollement de rétine si accouchement par Voie Basse

Toutes les maladies préexistantes à la grossesse entraînent un risque d'aggravation de la morbidité périnatale. La surveillance doit être multidisciplinaire car le bon déroulement de la grossesse dépend autant du traitement de la maladie que de la surveillance prénatale.

▪ **Antécédents gynécologiques [17]**

Des interventions gynécologiques ou autres pourraient modifier la voie d'accouchement ou constituer des facteurs de risque d'accouchement prématuré.

Tableau II : Risques potentiels des antécédents gynécologiques.[17]

Facteurs gynécologiques	Risques potentiels
Antécédents infectieux Pathologie pelviens, tubaire connue	Grossesse Extra Utérine (GEU)
Endométriose	Avortement
Malformation utérine	Avortement
Fibromyomatose utérine	AP, avortement, RCIU, hématome rétro placentaire

▪ **Prise de médicaments [13]**

Une consommation de médicaments doit toujours être recherchée : a-t-elle l'habitude de consommer des médicaments ? La patiente doit être informée de l'effet tératogène de certains médicaments d'usage courant entre autres (aspirine, antihistaminique, produits conseillés pour le rhume). Il vaut mieux appeler son médecin pour n'importe quel autre médicament.

▪ **Facteurs individuels et sociaux**

Il faut aussi évaluer les facteurs de risque sociaux et psychologiques. Une charge de travail importante, une profession difficile, un niveau socio-économique bas sont des facteurs de risque de prématurité. Il peut être nécessaire de suivre cette patiente en collaboration avec les services sociaux.

▪ **Habitudes de vie [21]**

Tabac, Alcool

Effets indésirables : Une consommation d'alcool ou des ivresses épisodiques tout au long de la gestation nuisent au développement du cerveau de l'enfant.

La principale complication est le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF), avec les conséquences suivantes :

- Un retard de croissance harmonieux (dans 80 % des cas) qui est le principal critère diagnostique du SAF.
- Une dysmorphie crâniofaciale qui est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero
- Des malformations congénitales (10 à 30 %)
- Des atteintes neuro comportementales de l'enfant.
- La débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée.
- Plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention, la faible efficacité intellectuelle interdisent une scolarité normale et une intégration correcte dans la société.

● **Examen général**

Durant chaque consultation prénatale, un certain nombre d'examens doit être réalisé systématiquement notamment la prise des constantes (tension artérielle, pouls, température), Enfin de surveiller l'état général de la patiente. En cas de résultats anormaux, des examens complémentaires devront être prescrits. Un dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisé avant chaque entretien. L'apparition de protéines et de sucre dans les urines doit faire l'objet d'investigations plus approfondies telles que, une protéinurie des 24 heures ou un test selon l'OMS.

Poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) doivent toujours être pris en considération, en pré-gestationnelle ainsi qu'au cours de la grossesse. En effet, certaines

complications materno-fœtales telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale sont liées au surpoids et à l'obésité.

Tableau III : Facteurs de risques et complications materno-fœtales

Facteurs	Risques potentiels
Âge inférieur à 16 ans	Accouchement prématuré.
Âge supérieur à 38 ans	Aberration chromosomique, AP, hypertension, morbidité périnatale
Maigreur	RCIU, Accouchement Prématuré
Obésité	Diabète gestationnel, HTAG, Macrosomie
Taille inférieure à 1,50 m	RCIU, dystocie

- **Examen cardiovasculaire et pleuropulmonaire**

Ces examens permettent de déceler des pathologies cardiaques, pulmonaires ou une éventuelle anémie.

- **Examen des seins**

- Les seins augmentent de volume, surtout au niveau de l'aréole qui s'œdématie et se pigmente.
- Les tubercules de Montgomery (glandes sébacées hypertrophiées) apparaissent.
- Un réseau veineux sous-cutané (réseau de Haller) se développe.
- La surveillance des seins pendant la grossesse fait partie des mesures générales de prévention et s'inscrit, en outre, dans le cadre de la préparation à l'allaitement maternel.
- L'examen des seins (palper) doit être fait systématiquement surtout en début de grossesse, Il doit rechercher :

✓ Une anomalie du mamelon (mamelon ombiliqué, écoulement mamelonnaire)

✓ Un nodule avec ou sans adénopathie au niveau du creux axillaire.

- **Examen gynécologique [17]**

Il doit être pratiqué sur table gynécologique, vessie et rectum vides. Un examen gynéco-obstétrical est bien entendu réalisé, il recherchera une anomalie morphologique de l'appareil génital, une lésion ou une infection évolutive pouvant mettre en péril le bon déroulement de la grossesse.

- **Auscultation des bruits du cœur**

Les bruits du cœur fœtal ne sont perçus que vers la 11^{ème} Semaine d'Aménorrhée (SA), à l'aide d'un appareil à effet Doppler.

- Une palpation de l'utérus.
- Une inspection de la vulve à l'œil nu.
- L'examen au spéculum est fait systématiquement :

- En début de grossesse,

- En cas de leucorrhées pathologiques, d'un écoulement de liquide ou de métrorragies.

▪ **Diagnostic différentiel d'une grossesse** : L'utérus est trop gros : grossesse plus âgée que prévue, grossesse molaire, gémellaire, grossesse accompagnée d'une tumeur (fibrome, kyste ovarien), fibrome ou kyste sans grossesse,

a) **Biologiques** : A la première consultation

- Demander le Groupe sanguin et Rhésus (Gs - Rh).
- Demander l'électrophorèse de l'Hb si possible, la NFS, la glycémie, le BW (titrage), albumine/sucre systématiquement dans les urines.
- Demander/faire le test VIH après counseling.
- Demander l'AgHbs (recherche de l'hépatite B).

- Demander l'échographie pour préciser le siège de la grossesse et dater précisément l'âge... Les autres examens seront demandés selon le besoin.

5.4.3 Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre [17]

La consultation prénatale du deuxième trimestre doit être effectuée vers 24 SA (24-28SA).

Déroulement

d. Anamnèse

- Se renseigner sur le déroulement de la grossesse depuis la dernière consultation.
- Demander à la femme si elle perçoit les mouvements fœtaux (normalement présents à partir de la 20 SA).

e. Examen clinique

- **Pesée :** la prise de poids moyenne durant la grossesse est de 12 kg : un kg par mois pour les six premiers mois, puis un kg par 15 jours durant le dernier trimestre.
- **Tension artérielle** La prise de la tension artérielle est pratiquée dans les mêmes conditions qu'au 1er trimestre : Une systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou une diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, est/sont pathologique(s).
- **Mesure de la hauteur utérine**

Technique de mesure de la hauteur utérine :

La hauteur utérine est la mesure de la distance entre la symphyse pubienne et le fond utérin à l'aide d'un mètre ruban. Elle est pratiquée en décubitus dorsal, vessie préalablement vidée.

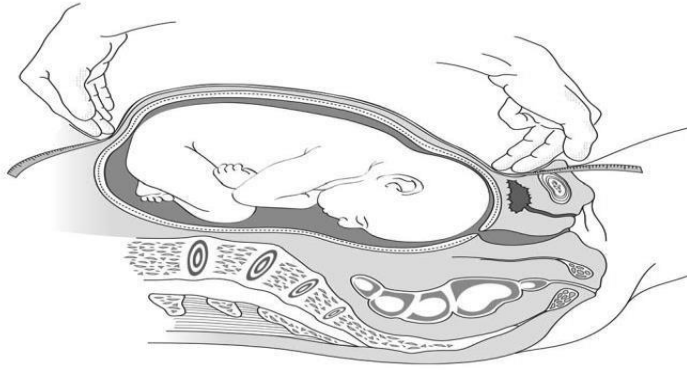


Figure 1 : Mesure de la hauteur utérine

Tableau IV: Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel
Interprétation de la hauteur utérine.

Hauteur utérine	Age probable de la grossesse
16 cm	4 mois
20 cm	5 mois
24 cm	6 mois
28 cm	7 mois

L'interprétation de la hauteur utérine se fait selon l'âge gestationnel (AG) : Si la hauteur utérine est élevée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une : de macrosomie, de grossesse multiple ou d'hydramnios.

Si la hauteur utérine est diminuée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une : une erreur de datation, d'arrêt de grossesse ou de retard de croissance intra-utérine.

- **Palpation abdominale**

Elle doit se pratiquer avec des mains réchauffées, posées à plat sur l'abdomen pour déprimer sa paroi, la palpation permet de situer le fond utérin normalement au niveau de l'ombilic au 4ème mois et d'évaluer l'augmentation du volume et la souplesse de l'utérus.

- **Auscultation des Bruits Cardiaques Fœtaux (BCF)**

- L'auscultation à l'aide d'un stéthoscope obstétrical (stéthoscope de Pinard) est pratiquée à partir de 20-22 SA.
- Après localisation du foyer des bruits du cœur qui varie avec le terme, la position, la présentation et le côté du dos ou des fœtus.
- L'auscultation fœtale doit associer le comptage de la fréquence des bruits du cœur qui se situe entre 120 et 160 bat /min, l'appréciation du rythme et la tonalité.

- **Toucher vaginal**

Il est essentiel pour dépister et confirmer une menace d'accouchement prématuré (MAP) par la recherche des modifications cervicales.

6 Troisième consultation prénatale ou consultation du 8ème mois : [17]

Au 3ème trimestre la femme doit bénéficier de deux visites prénatales. La 3^{ème} visite ou la 3^{ème} CPN doit être réalisée au 8ème mois de grossesse entre 32 et 34 SA.

I.3.6.1. Déroulement

a. Anamnèse

Se renseigner sur le déroulement et l'évolution de la grossesse.

b. Examen clinique

- **Examen général**

- Rechercher une cicatrice abdominale
- Décrire la forme de l'utérus (longitudinal ou transversal)
- Prendre le poids
- Prendre la TA qui doit rester inférieur à 140/90
- Recherche d'œdème.

- **Hauteur utérine**

Elle permet d'apprécier le volume utérin. Une hauteur utérine à terme supérieure à 35 cm est une indication de référence.

Tableau V : Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine

Hauteur utérine	Age probable de la grossesse
28 cm	7 mois
30 cm	8 mois
32-33 cm	9 mois

- **Palpation abdominale**

La palpation abdominale au 3ème trimestre de la grossesse est un élément de diagnostic et de pronostic qui a pour intérêt :

- D'étudier la consistance, la souplesse ou la tension (relâchement/ contraction) et la sensibilité de l'utérus à la mobilisation.
- De situer le ou les fœtus dans l'utérus (présentation, rapports de celle-ci avec le bassin maternel, position du fœtus, côté du dos et volume).
- D'apprécier le contenu utérin : signe du flot (hydramnios) et le volume fœtal
- La palpation doit être méthodique, indolore. Elle commence par la région suspubienne, continue par le fond utérin pour terminer par les parois latérales.
- La meilleure façon de rechercher le dos est d'utiliser la manœuvre de Budin

- **Auscultation des bruits du cœur du fœtus**

Les bruits du cœur du fœtus (BCF) sont auscultés à l'aide d'un stéthoscope de Pinard au niveau de la région péri-ombilicale.

- **Toucher vaginal**

Le toucher vaginal (TV) au 3ème trimestre permet d'explorer :

- L'état du col et du segment inférieur : consistance du col (mou, souple ou rigide), sa longueur, sa dilatation et sa position.
- La présentation fœtale : Le TV précise la hauteur de la présentation (présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée).
- Le bassin osseux (normal ou suspect)
- Le périnée (court, cicatriciel)
- L'anomalie vulvovaginale (diaphragme, cloison, varices...)
- Examen clinique du bassin

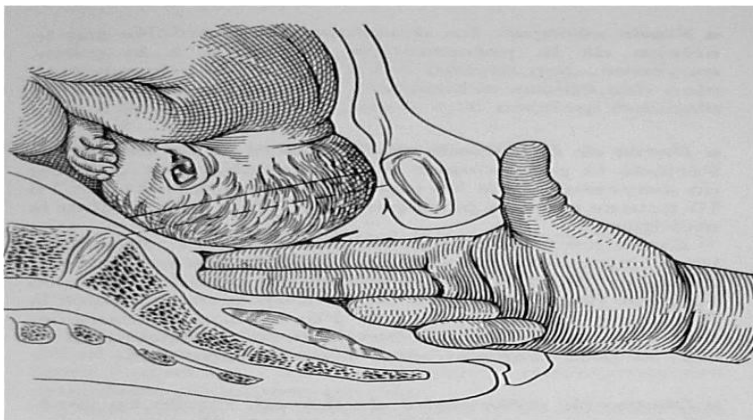


Figure 2 : Le signe de FARABEUF

7 Pronostic de l'accouchement

Au terme de l'examen il faut établir le pronostic de l'accouchement qui dépend des éléments suivants :

- Le fœtus (nombre, volume et présentation).
- Le bassin (normal, limite ou chirurgical).
- L'utérus (normal ou cicatriciel, multiparité).
- L'état de la mère (HTA, cardiopathie, ...).
- Les annexes (placenta prævia...).

Au total trois situations se présentent :

a. La voie basse est acceptée :

- Présentation céphalique.
- Bassin normal et volume fœtal normal.
- Absence de pathologie associée maternelle ou annexielle.

L'accouchement doit se dérouler dans un milieu surveillé au niveau de la maison d'accouchement ou de la maternité hospitalière.

b. La voie basse est discutable :

- Bassin limite.
- Disproportion céphalo-pelvienne.
- Utérus cicatriciel
- Présentation de siège
- Pathologies maternelles, fœtales (RCIU) ou annexielles.

c. L'accouchement par césarienne est obligatoire en cas d'un

- Antécédents sévères, MIU avant terme par exemple.
- Une souffrance fœtale
- Une affection maternelle mal contrôlée.
- Un obstacle prævia ou placenta prævia.
- Bassin chirurgical.
- Utérus cicatriciel défavorable.
- Certaines situations pathologiques d'ordre médico-social

8 Conseils

Les messages du troisième trimestre (8ème et 9ème mois) comportent :

- Les signes de danger liés au troisième trimestre.
- L'intérêt de l'accouchement en milieu surveillé et les risques d'accouchement à domicile.
- La préparation à l'accouchement
- La nutrition et l'hygiène de vie.
- La gymnastique de la femme enceinte.
- La préparation à l'allaitement maternel.
- Les soins et toilettes du nouveau-né.
- L'intérêt de la consultation du post partum.
- La visite de la salle d'accouchement.

9 Quatrième consultation prénatale ou consultation du 9^{ème} mois

9.1 Déroulement

La 4ème Visite prénatale ou CPN 4 doit être réalisée au 9ème mois de grossesse au-delà de 36 SA.

La 4ème consultation prénatale consiste principalement en l'appréciation de :

- La hauteur utérine : estimation du poids fœtal et de la quantité de liquide amniotique.
- La présentation par le palper abdominal : sommet, siège, transverse.
- Le col et de la présentation par le toucher vaginal.
- L'engagement par le toucher vaginal : signe de Farabœuf.
- L'examen de la filière génitale et du périnée.
- L'exploration du bassin par le toucher vaginal
- La Scanopelvimétrie en cas de nécessité.
- L'examen échographique.
- Le bilan biologique (NFS + plaquettes).

9.2 Conseils

En plus des conseils de la 3ème consultation du 8ème il faut informer la femme sur l'importance de l'accouchement dans un établissement de santé.

- **Expliquer pourquoi il est recommandé d'accoucher dans un établissement de santé**
 - Les établissements de santé disposent de personnel, de matériel, de consommables et de médicaments qui permettent de fournir les meilleurs soins possibles. En outre, il est doté d'un système d'évacuation.
 - Des complications diverses peuvent survenir pendant l'accouchement et ne sont pas toujours prévisibles.

- **Lui indiquer quand elle doit se présenter à l'établissement de santé [18]**
 - Si elle habite à proximité de l'établissement, il faut qu'elle s'y rende dès les premiers signes d'entrée en travail.
 - Si elle habite loin, lui conseiller à l'approche de l'accouchement de loger à proximité de la structure d'accouchement ou dans la maison d'attente, si elle existe.
 - Être accompagnée par un membre de la famille.

- **Expliquer à la femme ce qu'il faut apporter le jour de l'accouchement.**
 - Le carnet de santé de la femme et de l'enfant qui englobe les renseignements relatifs à la grossesse.
 - Des linges propres pour nettoyer, sécher et envelopper l'enfant et des vêtements pour elle et pour l'enfant.

III. METHODOLOGIE

1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II de Bamako.

Infrastructures : Le service dispose :

- D'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
- D'une salle de consultations gynécologiques et d'une salle des urgences.
- Des unités de planification familiale, de dépistage du cancer du col de l'utérus et des soins après avortement, de consultations pré et postnatales, de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) et de pansement post-opératoire dirigées par des sage-femmes sous supervision des gynécologues-obstétriciens.
- Quatre salles d'hospitalisation et une salle des suites de couches.

Fonctionnement du service

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de deux médecins généralistes, de deux internes, de deux sage-femmes, d'une infirmière obstétricienne et ou d'une aide-soignante, d'un chauffeur de l'ambulance, d'un anesthésiste-réanimateur et deux manœuvres

Une réunion quotidienne du service (staff) se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des patientes et des événements survenus lors des 24 dernières heures. La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 18 mois allant du

1 janvier 2022 au 31 juin 2023.

3 Population d'étude

La population d'étude était constituée des toutes les femmes enceintes admises dans le service durant le 18 mois allant du 01 janvier 2022 au 31 juin 2023.

4 Echantillonnage

4.1 Variables étudiées

Type de Variable	Quantitative		Qualitative	
	Continue	Discontinue	Continue	Discontinue
Age	15 à 19 ans 20 à 35ans > 35 ans			
Gestité	Primigeste Paucigeste Multigeste Grand multigeste			
Antecedent médicaux				HTA Drepanocytose Asthme VIH Diabete
Profession de la femme			Femme au foyer Eleve_Etudiant Commerçantes Aides ménagère	
Antecedent chirurgicaux				Césarienne salpingectomie Sans antecedent

Niveau d'instruction			Non scolarisée Primaire Secondaire	
Etat matrimonial			Mariée Celibataire	

4.2 Taille de l'échantillon

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

$$n = Z^2 Pq / i^2$$

Z = test de l'écart réduit (=1,96 pour un risque d'erreur de 5% (0,05).

n = Taille de l'échantillon

P = Prévalence (une étude similaire ou à défaut on prend 0,50)

$$q = 1-p$$

i = Précision souhaitée soit (le plus souvent les gens prennent i=0,05)

Notre étude portera sur 156 cas

5 Critères d'inclusion et critères de non inclusion

✓ Critères d'inclusion

Ont été incluses dans cette étude toutes les femmes enceintes qui n'ont pas effectué de consultation prénatale et qui ont accouché pendant la période d'étude dans notre service.

✓ Critères de non inclusion

N'ont pas été retenues dans cette étude :

- Femme ayant effectuée au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux.

6 Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données a été faite sur des fiches individuelles.

La technique de collecte des données a été l'observation des prestataires de services dans la tâche, l'entretien avec les patientes et l'exploitation des supports.

Les supports des données ont été :

- Les registres d'admission et de consultations postnatales ;
- Les dossiers d'accouchement.

7 Saisie et Analyse des données

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Microsoft Word et Excel Office 2019. L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS version 21. Le test statistique utilisé a été le test exact de Khi-2 avec un seuil de significativité fixé à 5%.

8 Aspects éthiques

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle. Aucune femme ne sera nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical.

9 Définitions opérationnelles

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

- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesses
- **Parité** : C'est le nombre d'accouchement
- **Primipare** : c'est une patiente ayant accouché une fois.
- **Pauci pare** : c'est une patiente ayant accouché entre 2 et 3 fois.
- **Multipare** : c'est une patiente ayant accouché entre 4 et 5 fois.
- **Grande multipare** : c'est lorsque le nombre d'accouchement est supérieur ou égal à 6.
- **L'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 6 mois (28 SA) [5].

4-RESULTATS

4.1 FREQUENCE

Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 4690 accouchements dont 156 cas de grossesses non suivies, soit une fréquence de 3,3%.

4.2 Profil sociodémographique et clinique des femmes

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
15 à 19 ans	76	48,7
20 à 35 ans	43	27,6
> 36 ans	37	23,7
Total	156	100

La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus représentée avec **48,7%**. L'âge moyen était de **27,6 ± 5ans** avec les extrêmes de 15 et 43 ans.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	45	28,8
Commerçant	16	10,3
Enseignant	7	4,5
Elève ou étudiant	8	5,1
Ouvrier	76	48,7
Chauffeur de taxi	4	2,6
Total	156	100

La majorité de la profession des conjoints soit 48,7% étaient des ouvriers.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la profession

Profession des patientes	Effectif	Pourcentage (%)
Femmes au foyer	113	72,4
Elèves/ Etudiantes	8	5,2
Commerçantes	35	22,4
Total	156	100,0

La majorité des patientes soit 72,4% étaient des femmes au foyer.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisée	90	57,7
Primaire	48	30,7
Secondaire	18	11,6
Total	156	100

Plus du 1/3 des patientes n'étaient pas scolarisées.

Tableau V : Répartition des patientes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	126	80,8
Célibataire	30	19,2
Total	156	100,0

Les patientes mariées ont été les plus représentées avec 80,8% des cas

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage (%)
HTA	11	7,1
Drépanocytose	3	1,9
Asthme	2	1,3
VIH	7	4,9
Sans Antécédent	133	85,2
Total	156	100

L'hypertension artérielle était retrouvée chez 11 patientes soit **7,1%** des cas

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgicaux	Effectif	Pourcentage (%)
Césarienne	15	9,5
Salpingectomie	1	0,6
Sans antécédent	140	89,9
Total	156	100,0

La majorité des patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical soit 89,9%

Tableau XI : Répartition des patientes selon la gestité

Nombre de gestité	Effectif	Pourcentage (%)
Primigeste	70	44,9
Paucigeste	49	31,4
Multigeste	17	10,9
Grande multigeste	20	12,8
Total	156	100,0
Nullipare	69	44,2
Primipare	27	17,3
Paucipare	39	25
Multipare	18	11,5
Grande multipare	3	2
Total	156	100,0

Les primigestes étaient les plus représentées avec 44,9% des cas

Tableau IX : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Référée	18	11,5
Venue d'elle-même	138	88,5
Total	156	100,0

Plus de 1/3 des patientes soit 88,5% sont venues d'elle-même

4.3 RAISON

Tableau X: Répartition des patientes en fonction des raisons des non réalisation des CPN

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
Problème de moyens financiers	120	76,9
Sans raison	33	21,2
Méconnaissance	1	0,6
Distance du centre	2	1,3
Total	156	100

A l'interrogatoire 76,9% n'ont pas réalisé de CPN pour des raisons de problèmes de moyen

4-4 COMPLICATIONS

Tableau XI : Répartition des patientes en fonctions des complications à l'entrée

Complications à l'entrée	Effectif	Pourcentage (%)
Eclampsie	8	5,1
Pré éclampsie	16	10,3
Procidence du cordon	3	1,9
Souffrance foetale aigue	17	10,9
Hématome –retro-placentaire	9	5,8
Placenta prævia hémorragique	6	3,8
Aucune	97	62,2
Total	156	100

Dans notre étude 37,8% des patientes présentaient des complications à l'admission dont la souffrance foetale aigue était retrouvée dans 10,9% des cas.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction des complications dans les suites de couches

Complications dans les suites de couches	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	112	71,8
Anémie	20	12,8
Endométrite	3	1,9
Eclampsie	1	0,6
Paludisme	12	7,7
Hémorragie-post-partum immédiat	8	5,1
Total	156	100

Les suites de couches ont été simples dans 71,8% des cas

Tableau XII: Relation entre les complications à l'entrée et les suites de couches.

Complications	A l'entrée	Dans la suite de couches	Total
Anémie	0	20	20
Eclampsie	8	6	14
Souffrance fœtale Aigue	17	0	17
Hématome-retro-placentaire	13	4	17
Endométrite	0	3	3
Paludisme	0	12	12
PPH	5	0	5
Pré éclampsie	0	16	16
Total	43	61	104
$\text{Khi}^2=365,34$			$\text{ddl}=1$
			$\text{P}=0,000$

Il existe une relation statistiquement significative entre les complications à l'entrée et les suites de couches

Tableau XIV : Relation entre les complications à l'entrée et l'état des nouveaux à la naissance

Complications à l'entrée	Les nouveau-nés à la naissance		Total
	Simple	Complication	
Simple	104	18	122
Hémato-retro-placentaire	3	4	7
Pré éclampsie	5	12	17
Simple	104	18	122
PPH	5	3	8
Total	117	39	156
Chi ² =503,594	ddl=1		P=0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre les complications à l'entrée et l'état des nouveau-nés

4-4 PRONOSTIC

Tableau XV : Répartition des patientes selon la présentation

La présentation	Effectif	Fréquence (%)
Céphalique	142	91
Siege	12	7,7
Transversale	2	1,3
Total	156	100

présentation céphalique a été la plus représenté avec 91% des cas

Tableau XVI : répartition des patientes enceintes en fonction d'état du bassin

Bassin obstétrical	Effectifs	Fréquence (%)
Normal	133	85,3
Limite	15	9,6
Bassin généralement rétréci	8	5,1
Total	156	100,0

Nous avons retrouvé que 85,3% des femmes avaient un bassin normal, 9,6% un bassin limite et 5,1% de nos femmes avaient un bassin généralement rétréci.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement au CSRéf de la commune de II

Voie d'accouchement	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	117	89,4
Césarienne	15	11,6
Total	132	100

La plupart des patientes ont accouché par voie basse, au centre de santé soit 89,4%

Tableau XIII : Répartition de l'état des nouveau-nés à la naissance

Etat des nouveau-nés	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	130	83,3
Mort-né-frais	16	10,3
Mort-né-macéré	10	6,4
Total	156	100

La majorité des nouveau-nés était vivant à la naissance avec 83, 3

Tableau XIVX : Répartition des nouveau-nés en fonction de score l'Apgar à la naissance.

Apgar	Effectif	Pourcentage (%)
Etat de morts apparents (1-3)	28	17,9
Morbide (4-6)	24	15,4
Bon score (≥ 7)	104	66,6
Total	156	100,0

A la naissance 66,6% des nouveau-nés avaient un bon Apgar

Tableau XX : Répartition des patientes enceintes en fonction de la voie basse.

Voie basse	Effectif	Fréquence (%)
Dans le centre (CSRéf II)	99	84,6
En dehors du centre	18	15,4
Total	117	100

La majorité des patientes ont accouché dans le centre (CSRéf), soit 84,6 de cas

Tableau XV : Répartition des nouveau- nés selon la morbidité au CSRéf de la Commune II

Morbidité fœtale	Effectif	Pourcentage (%)
Prématurité	7	4,5
Infection néonatale	5	3,2
Malformation	2	1,3
Hypotrophie	6	3,8
Macrosomie	1	0,6
Aucun	135	86,5
Total	156	100

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 4,5% de cas

Tableau XVI : Répartition des patientes évacuées selon leur voie d'accouchement

Evacuées	Effectif	Pourcentage (%)
Voie basse	8	33,3
Césarienne	16	66,7
Total	132	100

La majorité des patientes évacuée ont accouchés par césarienne soit 66,7%

Tableau XVII : Tableau comparatif entre les complications à l'entrée et la non réalisation de la consultation prénatale

Complications à l'entée	Consultation prénatale non fait				Total
	Manque de moyen financier	Distance du centre	Aucune raison	Meconnaissance	
Eclampsie	2	0	0	0	2
Pré éclampsie	5	0	1	0	6
Souffrance fœtale aigue	12	0	5	0	17
HRP	8	0	0	1	9
PPH	5	0	0	0	5
Aucune	93	2	25	0	122
Total	120	2	31	1	156

$\text{Khi}^2=26,318$ ddl=20 P=0,000

Il existe une relation statistiquement significative entre les complications à l'entrée et l'état des nouveau-nés

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Approche méthodologique

Il s'agit d'une étude intra-hospitalière transversale à collecte rétrospective, qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023 au centre de santé de référence de la commune II. Des patientes enceintes des grossesses non suivie admises dans notre service au cours du travail d'accouchement ont été incluses dans notre étude.

Nous avons collecté 156 patientes qui n'avaient effectué aucune CPN soit 3,3% parmi les 4690 admises.

Dans notre étude nous avons rencontré des difficultés lors de la collecte des données, telles que de nombreux dossiers incomplets et l'impossibilité à joindre certaines patientes. Notre étude révèle que les professionnels maîtrisent le contenu des consultations prénatales et que les femmes enceintes ne font pas le nombre de CPN exigées à cause des coûts élevés de la consultation et des analyses complémentaires. On note un facteur culturel important, ce qui entraverait la prise en charge. Ce résultat ne nous surprend guère car les CPN sont encore négligées dans les pays en voie de développement.

1. Fréquence

Durant la période d'étude, de janvier 2022 au 30 juin 2023 ; 4690 patientes ont été reçues à la maternité du CSRéf CII du district de Bamako dont 156 patientes n'avaient effectué aucune CPN soit 3,3%. Toutefois ce taux de femmes non suivi est moins élevé par rapport à l'échelle nationale qui est de 30% [44].

Cette fréquence retrouvée dans notre étude est inférieure à celles rapportées par Maiga S [45] et Telly M [46] qui ont trouvé respectivement 7% et 6,9%. Amani M et al [47] ont rapporté une fréquence de 21,23% de grossesse non suivie dans leur étude faite dans la république du Congo.

2. Caractères sociodémographiques

2.1 Age

La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus représentée dans notre étude soit 48,7% ; les extrêmes étaient de 15 à 43 ans. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par Maiga S [45] qui a trouvé 38,4%. Par contre, Dembélé BD [48] a trouvé une tranche d'âge de 20 à 25 ans avec une fréquence de 40,1%.

Nos résultats montrent qu'une bonne partie des parturientes était constituée d'adolescentes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup d'adolescentes enceintes n'ont pas désiré leurs grossesses, nombreuses sont encore célibataires et élèves/étudiantes. D'autant plus que les répressions de l'entourage envers ces jeunes gestantes qui sont moralement fragiles, l'esprit de la majorité des familles Maliennes qui préfèrent garder leurs jeunes-célibataires loin des regards et des commentaires indiscrets du voisinage pourraient avoir des impacts négatifs sur leur motivation à bien prendre soin de leurs grossesses.

2.2 Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 80,8% dans notre étude. Ce résultat est contraire à celui rapporté par Traore S et al [49] qui ont trouvé 38,8% de femmes célibataires.

Ceci pourrait s'expliquer par le manque de soutien financier, ainsi que la majorité des conjoints de nos femmes étaient des ouvriers qui ont généralement un faible revenu mensuel.

2.4 Profession

La majorité des femmes étaient des femmes au foyer, qui représentaient 72,4%. Ce taux est supérieur à celui de Dembélé A [50] qui a trouvé 48,7% et inférieur au résultat rapporté par Sangala M [51] qui a trouvé 96,8%. Traore S et al [49] ont rapporté une fréquence de 22,8% d'aide-ménagère.

Cette prédominance des ménagères s'explique par le fait que la grande majorité des femmes de nos milieux n'ont d'autres activités que les occupations domiciliaires (ménage).

2.5 Profession du conjoint

L'analyse des résultats en fonction de la profession du conjoint a montré que la profession d'ouvrier était la plus représentée avec 48,7%. Nos résultats sont similaires à ceux rapporté par Maiga S [45] et Dembélé BD [48] qui ont trouvé respectivement 49,7% et 39,1% d'ouvrier comme fonction du conjoint des patientes

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

2.6 Niveau d'étude

Dans notre étude 57,7% étaient des femmes non scolarisées. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Haidara M et al [52] 72,2% et comparable à celui rapporté par Foumsou L et al [53] qui ont trouvé 58,7% de femmes non scolarisées. Ceci pourrait être dû à la méconnaissance des risques liés à la grossesse et l'importance des CPN vu leur niveau intellectuel. Pour Ndiaye P et al [54], l'alphabétisme associé au refus du conjoint, à l'ignorance des risques et au caractère non désiré des grossesses étaient des facteurs supplémentaires de l'absence de suivi prénatal.

2.7 Parité

Les multipares représentaient 44,2% dans notre étude. Cette proportion est supérieure à celui rapporté par Amani M et al [47] qui ont trouvé une proportion de 30,9% de multipare. Les grandes multipares ont représenté 33% ans l'étude faite par Foumsou L et al [53] à la maternité de l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena

Cette tendance semble être due au manque de connaissance sur l'intérêt des visites prénatales et à la méconnaissance des complications possibles liées à la grossesse. Nous pensons que la parité à elle seule ne pourrait pas expliquer le faible taux des CPN observés chez ces parturientes ayant une grande parité.

2.8 Mode d'admission

Dans notre étude les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 88,5%. Sangala M [51] a aussi obtenu une proportion plus élevée des patientes venues d'elles-mêmes soit 31,2% par contre, l'évacuation a été le motif fréquent dans l'étude faite par Samake A et al [55] avec 23,5% des cas.

2.9 Antécédents médicaux et chirurgicaux

Nous avons retrouvé un antécédent d'hypertension artérielle chez 7,1% des femmes non suivies. Parmi les antécédents chirurgicaux, la césarienne était la seule retrouvée avec un taux de 9,5%. Maiga S [45] a rapporté la même tendance avec un taux de 2,5% de cas d'hypertension artérielle et 7,7% d'antécédent de césarienne.

3 Clinique

3.1 Terme de la grossesse

A l'examen obstétrical, 12,2% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Selon Camara B [56], la fréquence des grossesses non à terme était de 40%

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de risque de la prématurité sont majoritairement détectables au cours des visites prénatales.

3.2 Type de présentation du fœtus

Dans notre étude la présentation céphalique a été la plus fréquente avec 91%, la présentation du siège a représenté 7,7% des cas contre 1,3% de présentation transverses. Les différentes proportions obtenues dans notre étude sont proches de celles retrouvées

par Maiga S [45] qui a rapporté respectivement 93,9% de présentation céphalique, 4,5% de siège, et 1,6% de transversale.

3.3 Voie d'accouchement

Dans notre étude l'accouchement par la voie basse était le plus fréquent avec 88,6% des cas, nous avons eu recours à la césarienne chez 11,4%. Ces taux sont supérieurs à ceux rapporté par Maiga S [45] et Dembele A [50] qui ont retrouvé respectivement 75% et 65%

4. Pronostic

4.1 Pronostic maternel

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par de souffrance fœtale aigue 10,9% suivie du pré éclampsie et ses complications, qui ont représentés 10,3% et hémorragie 9,6% et la procidence du cordon 1,9%. L'étude réalisée par Sanogo S [57] rapporte respectivement 46,8% de la prééclampsie et ses conséquences, 20,7% des hémorragies et 14,3% de présidences du cordon.

Le risque de complication était multiplié par 3,55 chez les patientes non suivies en prénatal ($P=10^{-7}$, $OR= 3,55$; $IC [2,52-5,01]$) dans l'étude faite par Samake A et al [55] et les complications les plus souvent rencontrées étaient : la rupture utérine ; Hématome rétro placentaire, l'éclampsie et surtout l'hémorragie du post-partum : $p=0,059$; $OR=4,02$; $IC= [0,82-38,62]$.

Traoré Y [58] dans son travail a rapporté 5,4% de ruptures utérines chez les cas, dont 2 cas d'utérus cicatriciels. En définitive il a rapporté que les complications obstétricales ont été deux fois plus fréquentes chez les patientes non suivies par rapport aux témoins ($p=0,0007$, et $OR=2,48$). Les suites de couche étaient simples dans 71,8% des femmes non suivies.

4.2 Pronostic fœtal

Dans notre étude des grossesses non suivies, après l'accouchement nous avons retrouvé 43,7% de prématurés. Nos résultats ont également trouvé un APGAR morbide à la naissance chez 10,2% des nouveau-nés. Selon EDSM III [59] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais Apgar.

Chez la majorité de nos parturientes les nouveau-nés étaient vivants dans 83,3%. Nous avons également enregistré un taux élevé de mort-nés soit 16,7% des cas. Samake et al [55] ont rapporté 11,2% des fœtus morts –nés.

L'étude réalisée au CHU du Point-G par Fomba DD [60] a rapporté un taux élevé de mortinaissance avec le nombre de CPN : zéro CPN 44%, un à deux CPN 23%, contre 0% de mort naissances pour un nombre de CPN supérieur ou égal trois. Ainsi la morbidité et la mortalité néonatales étaient plus élevées en l'absence de suivi prénatal normal.

5. Raisons de non réalisation de CPN

Nos résultats ont montré que la principale raison de la non réalisation des CPN est le manque de moyen (financier) soit 76,9% des cas ce qui est supérieur à celui observé par Samake et al [55] qui ont retrouvé 56,4% des cas. Pour d'autres patientes, c'est-à- cause de leur gestité ou du caractère non désiré de la grossesse. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socio-économiques défavorables de notre population d'étude. Ailleurs il faut noter que notre population était à majorité non scolarisée avec 72,2% ; ce qui est corroboré par Niang M et al [61].au Burkina Faso soit 72,7%.

Il ne faut pas seulement un nombre élevé de CPN mais ces dernières doivent être de bonne qualité au cours desquelles on apprécie l'état de santé des mères, le développement du fœtus afin de dépister à temps les anomalies au cours de la grossesse et le transfert en milieu protégé. La consultation prénatale doit constituer un maillon essentiel dans la lutte contre la mortalité ainsi que la morbidité maternelle et périnatale.

CONCLUSION

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent en commune II, les raisons les plus évoquées ont été les problèmes financiers et la méconnaissance de la consultation prénatale.

Parmi 4690 accouchements dont 156 cas de grossesses non suivies, soit une fréquence de 3,3%. Dans notre étude 37,8% des patientes présentaient des complications à l'admission dont la souffrance fœtale aigüe était la principale pathologie retrouvée avec 10,9% des cas. Les complications maternelles ont été dominées par l'anémie et l'hypertension artérielle sévère.

Quant aux complications fœtales, elles étaient dominées par la prématurité et l'hypotrophie. Pour la majorité des femmes non suivies la raison était liée au problème financier. Le suivi prénatal adéquat permet de diminuer les taux de morbi-mortalité materno-fœtale qui restent encore élevés au Mali.

RECOMMANDATIONS

❖ Au Ministère de l'éducation :

Faciliter l'accès à l'école pour tous les enfants maliens, inclure dans le programme d'enseignement d'éducation à la vie familiale, le danger que peuvent engendrer la grossesse et l'accouchement ainsi que l'importance des suivis prénataux

❖ Au Ministère de la santé

Rendre gratuits les soins prénataux

❖ Aux prestataires de santé :

Accueillir chaleureusement les patientes venant consulter dans les centres quel que soit leur niveau socio -économique

Bien enregistrer les informations sur les patientes dans les dossiers médicaux respectifs

REFERENCES

1. **Traore Y, Teguede I, Thera AT, Mulbah JK, Mounkoro N, Diarra I et al.** Aspects sociodémographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Mali Médical. 2007 ; 22(2) : 39-43.
2. **Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S.** Regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016 ; 387 (10017) : 462-74.
3. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Mortalité maternelle. 16 février 2018
4. **Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef).** Situation des Enfants dans le monde 2009, p1-52.
5. **Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.** Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38 (2) :174–81.
6. **Higgins PG, Woods PJ.** Reasons, health behaviors, and outcomes of no prenatal care: research that changed practice. Health Care Women Int 1999; 20(2):127–36.
7. **Gilbert NL, Casapi'a M, Joseph SA, Ryan JA, Gyorkos TW.** Inadequate prenatal care and the risk of stillbirth in the Peruvian Amazon. Int J Obstet Gynecol 2010; 109(2) :155–6.
8. **Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE.** Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. Am J Obstet Gynecol 2010 August ; 203(2):1-6.

9. **Abu-Ghanem S, Sheiner E, Sherf M.** Lack of prenatal care in a traditional community: trends and perinatal outcomes. Arch Gynecol Obstet 2011 ; 285(5) :1237-42.
10. **Institut National de la Statistique (INSTAT).** Cellule de planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF.2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. 25p.
11. **Fomba M.** Pronostic de l'accouchement chez les parturientes non suivies dans le centre de sante de référence de la commune III du district de Bamako. Thèse Médecine, Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako. 2021, 99p.
12. **GANDZIEN P.C.** Les grossesses non suivies : Pronostic obstétrical et néonatal Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54 (3) : 166-168
13. **GRYMONPREZ G.** Programme d'appui à la prévention, au dépistage et à la prise en charge de la malnutrition aigüe au niveau communautaire du District de Bamako. Monographie du district sanitaire de la commune II, 2012
14. **Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, et al.** Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Pan Afr Med J. 29 mai 2019 ;33 :66.
15. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Recommandations concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2016
16. **Housni YE, Boussalwa E, Kharbach A, Khadmaoui A.** La Surveillance Prénatale, Au Maroc Cas Des Femmes Ayant Accouché À La Maternité Souissi, CHU (Ibn Sina) Rabat. 2016Feb.29 ;12(6):232

17. **Brown CA, Sohani SB, Khan K, Lilford R, Mukhwana W.** Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008; 8: 2.
18. **Zafar A, Shariq K, S. Suha T.** Antenatal care and the occurrence of low-birthWeight delivery among women in remote mountainous region of Chitral, Pakistan. 2012 ;800-5.
19. **Traoré Soumana, Sylla C, Samaké A, et al** (2015. Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako. *SCIENCE DE LA SANTÉ ET MALADIES*,21(8).
20. **Sangala M.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti. Faculté de médecine, Bamako 2015, N°309 ; 67p.
21. **Bennani D.** « SUIVI DE GROSSESSE, » Newdev Maroc, 2007. [En ligne]. Available : <http://drilhambennani.com>.
22. **PC Chraïbi,** « Santé : La grossesse doit être surveillée, » Aujourd'hui le Maroc, 16 - 01 - 2004. 11. Précis d'obstétrique, R.Merger, J.Levy, J.Melchior. Soins en obstétrique 6eme édition Masson.135p
23. **DM Bakary.** Pronostic maternofœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de médecine ; faculté de médecine, Bamako,2015, Pg69.
24. **M. Flory,** « Suivez-vous les grossesses ? » LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE G É N É RALE., vol. TOME 20, n°1 N ° 740/741, 12 SEPTEMBRE 2006.

25. **Mouyeaux V.** Parturientes à « bas risque » : quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? Disponible sur le site : http://www.scd.uhpncancy.fr/docnum/scdmed_mesf_2009_mouyeaux_virginie.pdf.
26. **Lansac J, Gerger C, Magnin G.** Obstétrique pour le praticien. Paris : SIMEP SA, 2ème édition, 1990 : 8.
27. **Fenomanana MS, Randriambololona DMA, Randaoharison PG ET AL** : La mort fœtale in utero au service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en 2009.
28. **Brown , S Sohani, K Khan , R Lilford , W Mukhwana .** Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. BMC Pregnancy and Childbirth. 2008; 8: 2.
29. **Brandin S,** Consultation prénatale du premier trimestre : Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal.
30. **Sy I.** pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CS Réf commune V (Bamako). Faculté de médecine, Bamako, 2012 ; N° 97 ;98 HAS, Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005.
31. **Diarra N.** Aspects épidémio-cliniques et pronostic materno-foetal de l'éclampsie dans le service de gynécologie-obstétricale du CHU Kati Secteur d'intérêt : gynécologie-obstétricale. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020
32. **B Breton, A Peres, E Barranger .** Grossesses non suivies : historique, issues materno-fœtales et devenir. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2013; 41(3): 173-178
33. **A Sepou , M Yanza , E Nguembi , J Bangamingo , M Nali .** Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine : fréquence, facteurs influençant, pronostic maternel et néonatal. Médecine tropicale. 2010; 60(3): 257-261.

34. **Gras L.** « Duration of the IgM response in women acquiring *Toxoplasma gondii* during pregnancy: implications for clinical practice and crosssectional incidence studies, » *Epidemiol Infect*, n° 1541-8, p. 132, 2004.
35. **P. Dieusaert.** Guide pratique des analyses médicales, Editions Maloine, avril 2015.
36. **J Hepatol,** Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection : Significance of maternal viral load and strategies for intervention, 2013 Jul.
37. **Sogni,** Viral hepatitis and pregnancy, Paris : Hôpital Cochin, Service d'hépatologie, Université Paris Descartes, 2013.
38. **Feig D.** Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Diabetes and Pregnancy, *Can J Diabetes* 2018, S255-S282.
39. **Camara B.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf commune II du District de Bamako. Faculté de médecine. Bamako, 2009 ; N°15 ;112p.
40. **L.Mandelbrot,** Surveillance de la grossesse normale, Service de gynécologieobstétrique, AP-HP, hôpital Louis Mourier, Colombes et Université Paris VII, Paris, France, 2006.
41. **DOUGAS.M,** (2011), donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux, stratégie avancée de consultations prénatales, *Med Trop*, 71 : 526-528.
42. **Maiga S.** Complications materno-fœtales des grossesses non suivies au Csref de la commune IV du district de Bamako. Mali ; 2019 ; N°292, 82P.
43. **Telly S.** L'absence de suivi des grossesses chez les parturientes admises à la maternité du Csref de la commune V. Mali ; 2021 ; N°323, 69P.

44. **Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, Nsambi JB, Ngwej HI, Mukuku O et al.** Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2019 May 29 ;33 : 66.
45. **Dembélé BD.** Problématique de l'accouchement des grossesses non suivies au csref de la commune II du district de Bamako. Mali ; 2015 ; N°191, 88P.
46. **Traoré S, Sylla C, Samaké A, Doumbia S, Bocoum A, Fané S et al.** Pronostic Obstétrical des Grossesses non Suivies dans le District Sanitaire de la Commune V de Bamako. *Health Sci. Dis.* [Internet]. 2020 Jul. 25 [cited 2024 Jan. 18];21(8).
47. **Dembele A.** Problématique de l'accouchement des grossesses non suivies au csref de la commune III du district de Bamako. Mali ; 2023 ; N°09, 83P.
48. **Sangala M.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Somine Dolo de Mopti. Mali ; 2015 ; N°309, 67P.
49. **Lhagadang F.** Le pronostic materno – fœtal des parturientes avec grossesse non suivie admises à la maternité de l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena. *JSAGO* [Internet]. 21août2019 [cité 18janv.2024];18(2).
50. **Ndiaye P, Tal Dia A, Diediou A, Dieye EHL, Dione DA.** Déterminants socioculturels du retard de la première Consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique.* 2005 ; 17 : 531-538
51. **Samake A, Traore S, Keita M, Albachar H, Traoré O, Diallo M, Konate M, Maiga M, Théra A et al.** Grossesses Non Suivies : Pronostic Maternel et Périnatal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. *Health Sci.* 2020 Jan. 11 ;21(2) .
52. **SANOGO S.** Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf CVI du district de Bamako. Thèse de médecine ; 2009 ; N°293 ;88P.
53. **Traoré Y, Tegueté I, Thera AT, MulbaH JK, Mounkoro N, Diarra I et al.** Les aspects sociodémographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes

admises dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré Mali Médical, 2007 T XX II, N°2.

54.**Ministère de la santé du Mali.** Sixième Enquête démographique et de santé (EDSM-VI) Mali 2018, 603P.

55.**FOMBA D.** Relation entre la consultation prénatale, devenir de la grossesse et de l'accouchement au CH du point-G ; études portant sur 1296 cas, Bamako, Thèse de médecine, Mali ; (2009), N°518 ; 70P.

56.**Niang M, Dupéré S, Bédard E.** Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso, *Santé Publique*, 2015/3 (Vol. 27), p. 405-414.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTITE DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée : /__/_/__/__/_/__/

Q2 Numéro du Dossier : /__/_/__/

Q3 Nom & Prénom:.....

Q4 Age : /__/_/ ans

Q5 Tel :.....

II- STATUT SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Q6 Etat matrimonial : /__/ 1= mariée ; 2= célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve

Q7 Profession de la femme : /__/ 1= ménagère ; 2= secrétaire/employée de bureau ; 3= commerçante ; 4= élève/étudiante ; 5= enseignante ; 6= vendeuse ; 7= autres.....

Q8 Niveau d'instruction : /__/ 1= non scolarisée ; 2= primaire ; 3= secondaire ; 4= supérieur ; 5=école coranique

Q9 Profession du conjoint : /__/ 1= cultivateur ; 2=commerçant ; 3= enseignant ; 4=élève/étudiant ; 5= ouvrier ; 6= autres.....

III- ANTECEDENTS

1- Antécédents médicaux :

Q10 HTA : /__/ 1= oui ; 2= non

Q11 Cardiopathie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q12 Drépanocytose : /__/ 1= oui ; 2= non

Q13 Diabète : /__/ 1= oui ; 2= non

Q14 Asthme : /__/ 1= oui ; 2= non

Q15 Autres : /__/ 1= à précisé.....

2- Antécédents chirurgicaux :

Q16 Césarienne : /__/ 1= oui ; 2= non

Q17 Si oui indication : /__/ 1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ; 3= Souffrance fœtale aigue ; 4= pathologie maternelle.

Q18 Myomectomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q19 GEU (salpingectomie) : /__/ 1= oui ; 2= non

Q20 Autres : /__/ 1= oui ; 2= non

Q21 Si oui, à préciser.....

3- Antécédents obstétricaux :

Q22 Gestité : /___/ ; Parité : /___/ ; nombre Mort-née : /___/ ; nombre Vivant : /___/ ;
nombre Avortement : /___/ ; nombre Décédé : /___/

Q23 Intervalle inter génésique : /___/ mois.

IV- ADMISSION

Q24 Mode d'admission : /__/ 1= référée ; 2= évacuée, 3= venue d'elle-même

Q25 Si référée, Provenance : /__/ 1= CS COM ; 2= CS Réf ;

Q26 Motif d'admission:.....

V- DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

1- Examen Clinique

Q27 Examen général :

Q27.1. Etat général : /__/ 1= bon ; 2= mauvais

Q27.2. Conjonctives : /__/ 1= colorées ; 2= pâles

Q27.3. Tension Artérielle : PAS : /__/_/___/ et PAD : /__/_/___/ mm hg

Q27.4. Température : /__/_/°C

Q27.5. Œdèmes : /__/ 1= oui ; 2= non Q27.6. Taille : /__/_/___/ cm

Q27.7. Poids : /__/_/___/ kg

Q28 Examen obstétrical :

Q28.1. HU : /__/_/ cm

Q28.2. BDCF : /__/_/___/ bpm

Q28.3. Age présumé de la grossesse : /___/ 1= à terme, 2= non à terme

Q28.4. Col (dilatation) : /__/_/ cm

Q28.5. Présentation : /__/ 1= Céphalique ; 2= siège ; 3= transversale.

Q28.6. Bassin : /__/ 1= normal ; 2= limite ; 3= BGR.

Q28.7. Membranes : /__/ 1= intactes ; 2= rompues Si rompues : /__/ 1= < 6 heures ; 2= 6-12 heures ; 3= >12 heures Coloration du liquide amniotique :.....

2- Bilan

Q29 Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl

Q30 Groupage/Rhésus : /_____/

Q31 Protéinurie significative : /__/ 1=oui ; 2= non

Q32 Glycosurie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q33 Autres : /__/ 1= non ; 2=oui Q34 Si oui, préciser.....

4.3. Accouchement :

Q35 Mode d'accouchement : /__/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps ; 4= Césarienne

Q35.1. Si césarienne, indication :.....

Q35.2. Si ventouse ou forceps, indication.....

Q36 Episiotomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q37 Si épisiotomie, indication:

Q38 Délivrance : /__/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

3- Complications

Q39 Complications obstétricale à l'entrée : /__/ 1= hémorragie ; 2= HTA sévère ; 3= infection amniotique ; 4= procidence du cordon 5=autres.....

Q40 Complications obstétricales au cours du travail : /__/ 1= rupture utérine ; 2= placenta prævia ; 3= éclampsie ; 4= HRP ; 5= toxémie gravidique ; 6= procidence du cordon ; 7= déchirure du périnée simple ; 8= déchirure du périnée compliquée ; 9= déchirure du col ; 10= déchirure du vagin ; 11 = autres.....

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

4- Traitement

Q42 Traitement médicaux : /__/ 1= utero toniques ; 2= antibiotique ; 3= antipaludéens ; 4= fer ; 5= anti hypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ; 7= autres.....

Q43 Traitement chirurgicaux :

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au Centre de Santé de Référence de la commune II

Q43.1. Césarienne : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.2. Si Oui, indication :

Q43.3. Laparotomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.4. Si Oui, indication :

Q43.5. Suture du périnée : /__/ 1= oui ; 2= non

Q43.6. Si Oui, indication :

VI- PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

1- Pronostic maternel :

Q44 Mère : /__/ 1= vivante ; 2= décédée

2- Pronostic fœtal :

Q45 Score d'Apgar : /__/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score) Q46 Morbidité fœtale : /__/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie fœtale ; 4= hypotrophie fœtale ; 5= malformation ; 6= autres.....

Q47 Fœtus : /__/ 1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mortné macéré

Q47.1. Si référé, cause :

Q46 CPN non faites préciser le motif

1=pas d'argents

6=sans raison

2=distance du centre

7=Autres

3=mauvaise accueil des prestataires

si autres

4=problème de compétence des prestataires

préciser

5=sous information

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : KEITGOU

Prénom : Ali

TEL : (00223) 74101154

Email : alikeitagou63@gmail.com

Titre de la Thèse : Pronostic materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRéf de la commune II du district de Bamako.

Année Académique : 2022 2023

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et Faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Santé Publique, Gynéco-Obstétrique

Résumé : Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence des grossesses non suivies, les pronostic materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRef CII du district de Bamako. C'était une étude retro prospective transversale qui s'est déroulée sur une période de dix-huit mois allant du 1er janvier 2022 au 30 Juin 2023 axée sur 156 femmes enceintes non suivies au cours de la grossesse admissent à la maternité. Il ressort de cette étude une fréquence de 3,3% de grossesse non suivie. La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus représentée avec 48,7%. Les femmes mariées ont représenté respectivement 80,8%. Les femmes non scolarisées étaient majoritaires soit 57,7%. La profession ouvrière a dominé chez les procréateurs avec 48,7%. Les complications obstétricales étaient dominées par la prééclampsie et ses conséquences qui ont représentées 10,3% suivies de l'hémorragie 9,6% et la procidence du cordon 1,9%. Les principales raisons du non suivi

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au Centre de Santé de Référence de la commune II

des grossesses ont été la notion de problème financier et la méconnaissance de l'avantage de la CPN sur le bon déroulement de la grossesse.

Mots clés : Grossesses non suivies ; complications maternelles ; complications fœtales

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ;

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

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

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

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

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

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

Je le jure