



U.S.T.T-B

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

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2018 – 2019

THESE

N° :

**COMPLICATIONS MATERNO-FŒETALES
DES GROSSESSES NON SUIVIES AU
CSREF C IV DU DISTRICT DE BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 09/08/2019 devant la
faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**

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

Par : *M. Seydou MAIGA*

JURY

Président : Pr Moustapha TOURE

Membre : Dr Amaguiré SAYE

Co-Directrice: Dr. Sissoko Mama Sy KONAKE

Directeur : Pr. SAMBA DIOP

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A ALLAH LE TOUT PUISSANT pour avoir maintenu ma santé et m'avoir donné la force de mener ce travail.

A ma grand-mère **Setou SIDIBE** :

Tu as toujours été une femme courageuse, brave et exemplaire. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez faits pour moi. Je prie le bon Dieu de vous donner une longue vie et meilleure santé pour que vous puissiez continuer à nous donner des conseils.

A ma mère **Haby SIDIBE** :

Pour son amour et le sacrifice consentie pour notre éducation

Ce travail est le vôtre, la somme de votre amour, de vos sacrifices, de votre bénédiction, de vos conseils, vos suggestions, vos critiques et vos prières.

Vous avez été ma réelle motivation. Votre rigueur pour les études est sans précédente.

Maman. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde admiration et de notre grand amour. Puisse Dieu vous prêter santé et longévité (Amen)

A mes oncles **Toumani SIDIBE, Lassinè SIDIBE, Dr SIDIBE Drissa** :

Je vous dédie cette thèse. Vous m'avez toujours aidé sur le plan moral, matériels et financiers. Sans vous je ne pourrai pas arriver à ce niveau aujourd'hui. Je vous souhaite courage et abnégation ; Vos affections à mon égard et vos bénédictions ont été un soutien inestimable pour la réussite de mes études ; merci pour la sauvegarde des liens familiaux, que Dieu vous bénisse.

A ma tante **Fatoumata SIDIBE** :

Je vous remercie pour tous les conseils que vous n'avez jamais cessé de me prodiguer, que Dieu vous paye pour tout ce que vous faites pour moi.

A ma grande sœur **Oumou MAIGA** :

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

AU MALI

Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté

Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie :

Recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement. Je prie Dieu afin que votre enseignement ne soit vains.

A mes honorables membres du jury :

Pr Moustapha TOURE, Dr Amaguiré SAYE, Dr Sissoko Mama Sy KONAKE, Pr Samba DIOP.

Pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Mes remerciements vont à tout le personnel du CS Réf CIV et notamment :

A Dr Diakaridia KONE Merci du plus profond de mon cœur pour l'aide inestimable que vous m'avez apportée, dans tous les domaines et sans restriction. Votre apport intellectuel et matériel, ainsi que vos conseils de Maitres ne m'ont jamais fait défaut dans les moments les plus difficiles.

A tout le personnel du CSRéf de la C IV, particulièrement ceux de l'unité de la maternité, par crainte d'omettre des personnes, je tairais les noms. La formation que j'ai reçue à vos côtés toute une vie je ne pourrai vous manifester toute ma reconnaissance. Merci pour tout

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 mes parents

A mon père : j'espère que tu seras fier de ton fils. Que DIEU te donne longue vie. Amen !

A ma maman si je suis fière d'une chose aujourd'hui c'est de l'éducation que j'ai reçu de vous, Vous m'avez toujours fait confiance et même entièrement, je me suis toujours interrogé si je le mérite vraiment.

Au Dr SIDIBE Drissa et famille sans vous je n'allais peut-être pas embrasser la médecine, trouvez ici mes sincères remerciements.

A KATILE Lamine et famille à yanfolila : Durant tout mon séjour à yanfolila, vous m'avez entouré d'une attention particulière et soutenue comme votre fils. Trouvez ici toute notre gratitude que Dieu le toutpuissant vous bénisse et vous garde longtemps auprès de nous et qu'il vous réserve son paradis.

A mon tonton Harouna AMADOU et famille au Point-G : Merci pour votre amour, votre assistance, merci pour l'hospitalité.

A la famille MAIGA Abdoulaye Houdou du Point-G : Merci pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que DIEU vous bénisse ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

A notre père KAREMBE Souleymane et famille : Merci de m'avoir accepté comme le vôtre, trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mon ami Mamadou Souleymane KAREMBE : J'ai eu le plaisir de te connaître durant des années. Tu as fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueilli, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter. Que le tout puissant raffermisse nos liens.

A mon frère COULIBALY Moussa : l'unité et la cohésion sont les gages du succès dans les entreprises.

A mon aîné et frère Dr FOFANA N'golo : Merci pour les conseils que vous n'avez jamais cessé de me prodiguer.

Aux associations : **AERMOS ; AERWS, ADERS.**

A ma famille jaune LES PAREIN : vous avez fait de moi un Patriote je vais suivre ces repères afin d'innover et atteindre les défis.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

PROFESSEUR MOUSTAPHA TOURE

- Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) du Mali ;
- Ancien Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Mali ;
- Gynécologue obstétricien diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest.
- Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie tropicale de Bale en Suisse ;
- Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;
- Titulaire d'un master en recherche sur les systèmes de santé de l'école de santé publique de l'université libre de Bruxelles ;
- Officier de l'ordre national du Mali.

Cher maître

Honorable Maître, vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'ALLAH vous donne longue vie. Amen !

A notre maitre et membre du jury

Dr SAYE Amaguiré

- **Gynécologue obstétricien au**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRéf C IV**
- **Medecin chef adjoint du CSRéf C IV**
- **Membre de la SOMAGO**

Cher Maître,

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et votre abord facile.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maître admiré.

C'est l'occasion pour nous de rappeler la clarté de votre enseignement et votre talent de gynécologue obstétricien.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de nos profonds respects.

A notre maître et co-directrice de thèse

Docteur Sissoko Mama Sy Konaké

- **Titulaire d'un Master en Santé Publique (Major de la 2^e promotion, option épidémiologie du DER de Santé Publique)**
- **Ancienne consultante à l'OMS pour la gestion de la crise humanitaire et investigatrice d'Ebola au Mali.**

- **Ancien médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.**
- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.**

Cher maître, ce travail est le vôtre, votre modestie, votre courage, votre disponibilité et surtout votre souci constant pour le travail bien fait sont des qualités que vous incarnez

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous exprimer tout notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur SAMBA DIOP

- **Professeur titulaire en anthropologie médicale,**
- **Enseignant-Chercheur en écologie humaine, anthropologie, et bioéthique au DER de santé publique,**
- **Responsable des cours d'éthique et d'anthropologie médicale à la FMOS**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse. Nous avons bénéficié, à la FMPOS, de votre enseignement de qualité. L'honnêteté intellectuelle qui vous caractérise, votre courtoisie, votre humilité, votre sagesse et l'étendue de vos connaissances font de vous un homme admiré. Trouvez dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

I. INTRODUCTION	17
II CADRE THEORIQUE	20
1.Revue de la littérature.....	20
2.Contexte et justification.....	23
3. Questions de recherche	24
4. Hypothèse de recherche.....	24
5. Définition des concepts	25
6. La consultation prénatale	29
7. La consultation prénatale recentrée.....	31
III OBJECTIFS	39
1.Objectif général:.....	39
2.Objectifs spécifiques:	39
IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE	41
1. Cadre d'étude	41
2. Type d'étude:	41
3. Période d'étude:.....	41
4. Population d'étude:.....	41
5.Echantillon:	42
6. Technique de collecte des données :	42
7. Aspects éthiques :.....	43
8.Traitement et analyse des données :.....	43
V RESULTATS	45
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	61
VII CONCLUSION.....	68
VIII SUGGESTIONS.....	69
Au Ministère de l'éducation :	69
XI REFERENCES:	71

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : répartition des femmes enceintes en fonction du suivie de la grossesse.	45
Tableau II : répartition des femmes enceintes en fonction de la résidence	45
Tableau III : répartition des femmes enceintes en fonction de la tranche d'âge	46
Tableau IV : répartition des femmes enceintes en fonction du statut matrimonial	46
Tableau V : répartition des femmes enceintes en fonction de la profession	47
Tableau VI : répartition des femmes enceintes en fonction du niveau d'instruction	47
Tableau VII : répartition des femmes en fonction de la profession du conjoint.	48
Tableau VIII : répartition des femmes enceintes en fonction des antécédents médicaux.....	48
Tableau IX : répartition des femmes enceintes en fonction des antécédents de césarienne	49
Tableau X : répartition des femmes enceintes en fonction de l'indication de césarienne	49
Tableau XI : répartition des femmes enceintes en fonction de la gestité	50
Tableau XII : répartition des femmes enceintes en fonction de la parité	50
Tableau XIII : répartition des femmes enceintes en fonction du mode d'admission.....	51
Tableau XIV : répartition des femmes enceintes en fonction de l'état général..	51
Tableau XV : répartition des femmes en fonction de la coloration des conjonctives	52
Tableau XVI : répartition des femmes en fonction de la présence d'œdème	52
Tableau XVII : répartition des femmes enceintes en fonction de l'âge de la grossesse	52
Tableau XVIII : répartition des femmes enceintes en fonction de la présentation	53
Tableau XIX : répartition des femmes enceintes en fonction d'état du bassin ..	53
Tableau XX : répartition des femmes enceintes en fonction de l'état des membranes	54
Tableau XXI : répartition des femmes enceintes en fonction de la coloration du liquide amniotique.....	54
Tableau XXII : répartition des femmes enceintes en fonction de la voie d'accouchement.	55
Tableau XXIII: répartition des femmes enceintes en fonction des complications obstétricales à l'entrée	55

Tableau XXIV: répartition des femmes enceintes en fonction des complications survenues au cours du travail.....	56
Tableau XXV : répartition des femmes enceintes en fonction des suites de couches	57
Tableau XXVI: répartition des femmes enceintes en fonction du score du Glasgow	57
Tableau XXVII: répartition des femmes enceintes en fonction de l’Apgar du nouveau-né.....	58
Tableau XXVIII : répartition des femmes enceintes en fonction de l’état du nouveau-né.....	58
Tableau XXIX : répartition des femmes enceintes en fonction de la non réalisation de CPN	59

LISTE DES ABREVIATIONS

APGAR : Aspect, pouls, grimace, activité, respiration

CPN : Consultation prénatale

CHU : Centre hospitalière universitaire

CSRef C IV : 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

OMS : Organisation mondiale de la santé

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

BGR : Bassin généralement rétréci

INTRODUCTION

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". Selon l'UNICEF en 2009, le taux des femmes en Afrique subsaharienne n'ayant pas fait l'objet de consultation prénatale s'élevait à 53%, ce taux était de 56% en Afrique de l'ouest et centrale [2]. Au Mali les grossesses non suivies représentent 26%, elles s'observent surtout chez les paucipares, les célibataires et chez les femmes de bas niveau socio-économique [3]. L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématuré avec un mauvais score d'Apgar [4]. La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées de par le monde avec respectivement 700 pour 100.000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances [5,6]. Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale 34 pour 1000 naissances vivantes [3].

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique. C'est dans ce contexte que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a été érigée au rang de priorité dans la politique nationale de santé. Elle s'intègre dans la stratégie de l'OMS vers une maternité à moindre risque à laquelle le Mali a adhéré. Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [7]

Elles permettent de :

- Dépister les grossesses à risque (dès le premier trimestre de la grossesse) ;
- Apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse) ;
- Évaluer enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse).

CADRE THEORIQUE

II CADRE THEORIQUE

1.Revue de la littérature

En Europe, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services prénatals est de 100% dans les pays comme la France, l'Italie, la Suède, la Finlande, l'Irlande, l'Allemagne, et le Portugal. Ces services sont également utilisés par la totalité des femmes enceintes dans la région des Amériques notamment au Canada et à Cuba [8].

En Afrique par contre, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services prénatals est de 46% pour le Niger, 85% pour la Cote d'Ivoire, 86% au Congo, 93% au Sénégal, 84% dans les pays comme le Bénin et 87% au Togo montrant ainsi les disparités de cet indicateur de la santé maternelle en Afrique [8].

La santé de la mère et celle du nouveau-né sont étroitement liées.

La région africaine a également le plus fort taux de mortalité néonatale dans le monde, estimé à 45/1000 naissances vivantes. Cela se compare à 34/1000 en Asie, 17/1000 en Amérique latine et 5/1000 dans les pays développés. Chaque année un million de bébés en Afrique subsaharienne sont mortnés, dont au moins 300 000 meurent pendant l'accouchement.

Après la naissance, 1,2millions de bébés meurent dans leur premier mois de vie dont presque la moitié des décès survenant le premier jour [9]

Les principales causes de mortalité néonatale sont les suivantes : les naissances prématurées (29%), infections (28%), asphyxie et traumatisme (27%), tétanos néonatal (2%), anomalies congénitales (7%), maladies diarrhéiques (2%), autres causes néonatales (5%) [10]

Au Mali la situation socio-sanitaire est caractérisée par des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale avec respectivement 368 pour 100000 naissances vivantes et 34 pour 1000 naissances vivantes [3].

La mortalité infanto juvénile enregistrée aujourd'hui au Mali se situe parmi les plus élevées au monde, la mortalité infantile est de 96 ‰. La mortalité juvénile est de 105 ‰ à l'EDSM IV.

Un tel niveau de mortalité atteste de la condition encore précaire de la femme dans le pays. Ceci est dû notamment à un manque de contrôle de sa fécondité, mais aussi au manque de soins apportés à la femme enceinte [10].

Malgré les actions entreprises par le gouvernement à savoir :

l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel sur la CPN recentrée, la mise en œuvre des activités de sensibilisation sur la CPN, le don de moustiquaires au cours des CPN. La proportion de femme ayant reçu des soins prénatals est de 70% par contre 29% n'ont effectué aucune consultation prénatale seulement un peu plus de trois femmes sur dix (35%) ont effectué au moins les quatre visites recommandées.

Dans 28 % des cas, elles n'ont effectué que (2,3) visites prénatales et, dans seulement 6% des cas, elles n'ont effectué qu'une seule visite.

Ces résultats montrent que le manque de soins prénatals pose un problème, ce qui n'est pas étrange du taux de mortalité élevé [10].

Dans les pays en développement, la mortalité maternelle et néonatale constitue un problème majeur de santé publique.

Selon l'OMS, environ 800 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 99% de tous les décès maternels surviennent dans des pays en développement [11].

Les Objectifs de développement durable de l'ONU dans ODD3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Les cibles 1,2,3,4 et 7 de ODD3 stipule que :

D'ici à 2030, faire passer le taux de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus.

D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de SIDA, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmissibles par l'eau et autres maladies transmissibles.

D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.

D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux [12].

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là.

Les principales complications, qui représentent 80% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes :

- Hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement) ;

- Infections (habituellement après l'accouchement) ;
- Hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie) ;
- Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

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

Grâce aux soins prénatals, il est possible de détecter et de gérer des affections telles que l'hypertension, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/sida et le paludisme, tout en encourageant l'immunisation et l'usage de suppléments nutritionnels, la prévention de la transmission mère-enfant liée au VIH/sida et la préparation à l'accouchement. La période prénatale offre également aux femmes la possibilité de s'informer sur les moyens d'espacer ou de limiter les naissances à l'avenir. Ces moyens constituant des facteurs importants pour l'amélioration des chances de survie de la mère et de son enfant [11].

Selon les recommandations de l'OMS, les programmes d'intervention en santé maternelle et néonatale doivent reposer sur quatre principaux piliers formant un continuum de soins obstétricaux : les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement, les soins aux nouveaux nés et les soins postnataux [11].

2.Contexte et justification

La consultation prénatale (CPN) est un des meilleurs moyens pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD3) en ce qui concerne la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. En effet, elle permet d'éviter plusieurs complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

Au regard de ces résultats, dans le cadre des Objectifs de développement durable, les cibles 1,2,3,4 et 7 de (ODD3) et sachant l'importance de la consultation prénatale dans les efforts de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, nous avons jugé nécessaire de mener une étude sur les complications

materno-fœtales des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako à la fin de laquelle nous allons répondre à certaines questions.

3. Questions de recherche

3.1. La fréquence des grossesses non suivies est-elle importante ?

3.2. Quelles sont les complications maternelles et fœtales au cours des

Grossesses non suivies ?

3.3. Le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies est-il alarmant ?

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée au CS Réf C IV du district de Bamako sur la corrélation qui existerait entre l'absence de suivi de la grossesse (CPN=0) et les complications materno-fœtales. Ce qui justifie la présente étude.

4. Hypothèse de recherche

-La fréquence des complications obstétricales serait d'autant plus élevée que les femmes seraient porteuses de grossesses non suivie

5. Définition des concepts

La grossesse : 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. [14]

La grossesse à risque : est une grossesse dans laquelle le fœtus et/ou la mère court un risque accru de mortalité ou de morbidité, soit avant, soit pendant, soit après la naissance [Nimaga, 2012, Talibo, 1998, Nasah B T, 1989].

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 (diabète, HTA, hépatopathies).

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 césarienne : L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie ou par voie vaginale [14].

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'hémorragies dont l'origine se situe au niveau de la zone d'insertion placentaire [14].

La mort 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 des 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 [14].

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 [14].

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

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

5.1. Définition de la CPN Selon l'OMS : la CPN est une démarche permettant de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostic et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément : au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, résultat et de contact humain. Par « personnel de santé qualifié ou accoucheuse qualifiée » on entend un ou des professionnels de santé tels qu'une sage-femme, un Médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et les 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'urgences et/ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé [8].

5.2. Historique de la consultation prénatale

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

A la lumière des évènements mondiaux, on s'est vite rendu compte qu'il était dans l'intérêt public, que les gouvernements jouent un rôle et prennent leurs responsabilités à cet égard et, en 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme proclamée par l'organisation des nations unies nouvellement créées leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciales aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait par-là acquis une dimension internationale et morale, ce qui représentait une avancée durable par rapport aux préoccupations d'ordre politique et économique qui prévalait cinquante ans auparavant. On s'est rendu compte que la triste situation des mères et des enfants représentait beaucoup plus qu'un problème de vulnérabilité biologique. En 1987, l'appel pour une action en faveur d'une maternité sans risque l'a explicitement qualifié «de profondément enraciné dans l'environnement social, culturel et économique néfaste créé par la société,

notamment en ce qui concerne la place réservée à la femme dans la société » Au cours du XX^{ème} siècle, plusieurs traités internationaux sur les droits de l'homme sont entrés en vigueur, rendant ainsi les pays signataires comptables des droits de leurs citoyens. Depuis deux décennies, les organes des nations unies ainsi que les juridictions internationales, régionales et nationales se préoccupent de plus en plus des droits de la mère et de l'enfant [9]. Malgré ces différentes interventions et l'implication des gouvernements, la mortalité maternelle et infantile constituait une immense tragédie dans le monde. Les premières estimations de l'étendue de la mortalité maternelle dans le monde ont été faites à la fin des années 80. Elles ont montré que 500.000 femmes mouraient chaque année dans le monde de causes liées à la grossesse [10]. En 1987, la première conférence internationale sur la maternité sans risque, convoquée à Nairobi, s'est fixée pour objectif de réduire de moitié d'ici l'an 2000 les taux de mortalité maternelle par rapport à 1990. Cet objectif a été adopté à la suite par les gouvernements et d'autres conférences internationales dont le sommet mondial pour les enfants de New York en 1990, la conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 et la quatrième conférence internationale sur les femmes de Beijing en 1995. En 1996, l'OMS et l'UNICEF ont révisé ces estimations pour 1990, le volume des informations sur l'étendue du problème ayant nettement augmenté ces dernières années. Ces nouvelles estimations ont montré que ce problème a une ampleur bien plus importante qu'on ne l'avait soupçonné à l'origine et que le nombre annuel des décès maternels est plus proche de 600.000 dans les pays en développement [11].

6. La consultation prénatale

6.1. Les objectifs de la CPN :

Faire le diagnostic de la grossesse

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

Surveiller le développement du fœtus ;

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

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

Faire le pronostic de l'accouchement ;

Eduquer et informer les mères.

6.2. Calendrier de CPN :

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

1ère CPN avant le 3e mois (pour diagnostiquer la grossesse et identifier les facteurs de risque) ;

2ème CPN vers le 6e mois ;

3ème CPN vers le 8e mois (pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante et prendre en charge les complications de la grossesse) ;

4ème CPN vers le 9e mois (pour faire le pronostic de l'accouchement).

6.3. Matériels de CPN :

- ✓ La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.
- ✓ Les matériels nécessaires sont :
- ✓ Une table de consultation gynécologique

- ✓ Une source lumineuse
- ✓ Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- ✓ Une toise et une pèse personne
- ✓ Un mètre ruban
- ✓ Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- ✓ Des spéculums
- ✓ Des gants stériles
- ✓ Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres
- ✓ Lames fixatrices
- ✓ Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- ✓ Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite,
- ✓ Solutions antiseptiques
- ✓ Un Seau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives :

- ✓ La vaccination antitétanique
- ✓ Le dépistage du VIH
- ✓ La supplémentation martiale (fer)
- ✓ La prophylaxie antipaludique.

6.4. Le bilan prénatal :

³/₄ Les examens complémentaires indispensables sont :

- Le groupe sanguin rhésus
- Le test d'Emmel et/ou électrophorèse de l'Hémoglobine
- Albuminurie, glycosurie
- Le dépistage de l'hépatite B (Ag Hbs)
- Le Bordet Wassermann (BW)
- Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)
- L'échographie obstétricale.

Il est recommandé de faire trois échographies :

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième Semaine d'aménorrhée) ; Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales (deuxième trimestres) ; Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égal à 95 millimètres) ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

¾ Les examens complémentaires non indispensables :

Ils sont très nombreux et seront demandés dans les situations spécifiques. On peut énumérer : la sérologie rubéole, la sérologie toxoplasmose, la goutte épaisse (GE), le frottis mince (FM), l'examen cytobactériologique des urines, le prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures, le test de Coombs indirect, la radio du contenu utérin, la glycémie à jeun, la créatinémie etc. La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la C.P.N recentrée pour l'amélioration de sa qualité.

7. La consultation prénatale recentrée

7.1. Concept :

C'est une approche actualisée qui met l'accent sur la qualité des consultations prénatales plutôt que sur 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 voie de développement elles sont souvent impossibles à réaliser du point de vue logistique et financier.

7.2. Principes de la C.P.N 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.

7.3. Les étapes de la C.P.N recentrée

- ✓ Préparer la C.P.N

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires

- ✓ Accueillir la femme avec respect et amabilité ;
- ✓ Saluer chaleureusement la femme ;
- ✓ Souhaiter la bienvenue ;
- ✓ Offrir un siège ;
- ✓ Se présenter à la femme ;
- ✓ Demander son nom ;
- ✓ Assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

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

- ✓ Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement
- ✓ Informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton aimable)
- ✓ Recueillir les informations sur l'identité de la gestante
- ✓ Rechercher les antécédents médicaux
- ✓ Rechercher les antécédents chirurgicaux
- ✓ Rechercher les antécédents obstétricaux
- ✓ 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 :

Cet examen comporte un examen général, un examen obstétrical avec examen des seins et du bassin ;

✓ **Demande des examens complémentaires.**

- A la première consultation :

- ✓ Demande le groupe sanguin rhésus
- ✓ Demande le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)
- ✓ Albumine / sucre dans les urines
- ✓ Demande de faire le test VIH après counseling

- Les autres consultations :

- ✓ Demande Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante peut nécessiter.
- ✓ Prescrire 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 (ou hauteur utérine à 16 cm plus sensation de mouvement fœtal) jusqu'à l'accouchement.

✓ Prescrire le fer acide folique

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

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 gestation entraîne un accroissement des besoins en nutriments notamment le fer et l'acide folique, les oligoéléments, les vitamines (A, D, C) qui interviennent dans l'hématopoïèse. Si ces éléments ne sont pas couverts, il s'en suit une anémie qui peut être responsable d'un taux élevé d'accouchements prématurés ou de morts fœtales in utero.

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

Il faut également rechercher et traiter certaines parasitoses anémiantes, comme la bilharziose et l'ankylostomiase.

Au Mali, les normes et procédures recommandent que les femmes doivent recevoir une supplémentation quotidienne de 60 mg de fer et 400 µg d'acide folique pendant toute la grossesse et les trois premiers mois du postpartum; en commençant le plus tôt possible au cours du second trimestre, le TPIp-SP est recommandé pour toutes les femmes enceintes lors de chaque consultation prénatale programmée jusqu'au moment de l'accouchement, à condition que les doses soient administrées à au moins un mois d'intervalle. La SP ne doit pas être administrée lors du premier trimestre de grossesse. Toutefois, la dernière dose de TPIp-SP peut être administrée jusqu'au moment de l'accouchement

- ✓ Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (œuf, lait, poisson, viande, feuilles vertes ...)

L'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les existants et la planification familiale ;

- ✓ Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :
- ✓ Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.
- ✓ Identifier un prestataire compétent.
- ✓ Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille
- ✓ Identifier le lieu de l'accouchement
- ✓ Clarifier les conditions de transports même en cas d'urgence
- ✓ Prévoir les ressources financières nécessaires pour l'accouchement et la prise en charge des situations d'urgence.
- ✓ Identifier les donneurs de sang, les accompagnateurs et les personnes de soutien lors de l'accouchement.
- ✓ Identifier les articles nécessaires pour l'accouchement (mère et nouveau-né) ;
- ✓ Renseigner la femme sur les signes du travail et les signes de danger.

Signes du travail :

- Contractions utérines régulières et douloureuses
- Glaires striées de sang (bouchon muqueux)

Signes de danger chez la femme enceinte :

- Saignements vaginaux
- Respiration difficile
- Fièvre
- Douleurs abdominales graves ;

- Maux de tête prononcés/visions troubles ; vertige, les bourdonnements d'oreille
- Convulsion / Pertes de conscience
- Douleur de l'accouchement avant la 37ème semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantées
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

Donner le prochain rendez-vous :

Expliquer à la femme que la fréquence des visites est de 4 au moins :

+ Une au 1er trimestre

+ Une au 2ème trimestre

+ Deux au 3ème trimestre

Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

- ✓ Raccompagner la gestante après l'avoir remerciée
- ✓ Consultation Périnatale de suivi :
- ✓ En plus des gestes de la CPN initiale,
- ✓ Recherche les signes de danger :
- ✓ Symptômes et signes de maladies
- ✓ Identifier une Présentation vicieuse
- ✓ Problèmes / changement depuis la dernière consultation
- ✓ Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives
- ✓ Sensibiliser la gestante sur la planification familiale
- ✓ Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement
- ✓ Raccompagner la femme après l'avoir remercié.

7.4. Prise en charge des pathologies et des complications.

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

Aspects cliniques de la CPN

7.5. L'examen clinique obstétrical en début de grossesse

Il est nécessaire avant 14 SA ; ayant comme objectifs :

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

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

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

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

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

Formuler des conseils.

OBJECTIFS

III OBJECTIFS

1.Objectif général:

Evaluer le pronostic des grossesses non suivies au CsRéf CIV.

2.Objectifs spécifiques:

2.1 Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynéco-obstétrique au CsRéf CIV.

2.2 Déterminer le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies

2.3 Evaluer les complications materno-fœtales des grossesses non suivies au CsRéf CIV.

2.4 Identifier les raisons de non réalisation de CPN au CsRéf CIV

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

IV DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N° 78-34 /CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34 /CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes,
- La loi N°95-008 du 11 Février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales,
- La loi N° 95-034 du 22 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Elle couvre 8 quartiers et neuf (9) CSCom qui réfèrent ou évacuent les patientes au CS Réf.

2. Type d'étude:

Nous avons réalisé une étude prospective transversale.

3. Période d'étude:

L'étude s'est déroulée sur six (6) mois allant de mars 2018 à aout 2018.

4. Population d'étude:

L'étude a porté sur les gestantes qui ont été admises en travail à la maternité du CS Réf de la commune IV au cours de la période d'étude.

4-1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes admises en travail à la maternité du CSRéf CIV et qui n'ont pas effectué de consultation prénatale ayant donné leur consentement pour participer à l'enquête au moment de l'étude.

4-2 Critères de non inclusion :

Les femmes n'ayant effectué aucune consultation prénatale qui n'ont pas donné leur consentement ou qui ont un dossier incomplet

4-3 Critères d'exclusion :

Ont été exclues toutes les femmes ayant effectué une consultation prénatale.

5. Echantillon:

Taille de l'échantillon

Il a inclus toutes les gestantes qui n'ont pas fait de CPN ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

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

$$n = \frac{Z^2pq}{i^2} = \frac{(1,96)^2 \times (0,26) \times (0,74)}{(0,05)^2} = 296$$

En prenant 15% de cette taille comme taux de non réponse possible, nous aurons une taille minimale de l'échantillon $n = 296 + 15 = 312$.

$N =$ taille de l'échantillon = 312

$P =$ prévalence estimative de la CPN = 0,26 [3]

$I =$ précision souhaitée (5%)

$Q = 1 - p$

$Z = 1,96$ (valeur dépendante du risque d'erreur)

6. Technique de collecte des données :

La technique a consisté en une lecture des dossiers d'hospitalisation et leur consignation sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été

exploités chaque fois que cela a été nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers d'hospitalisation.

7. Aspects éthiques :

Avant de débiter l'enquête nous avons tenu à informer et à avoir l'accord de toutes les gestantes.

8. Traitement et analyse des données :

L'analyse et le traitement des données ont été effectués à l'aide du logiciel Spss version 25.

RESULTATS

V RESULTATS

1 Fréquence

Tableau I : répartition des femmes enceintes en fonction du suivi de la grossesse.

Admission	Fréquence	Pourcentage
Grossesses suivies	4194	93
Grossesses non suivies	312	7
TOTAL	4506	100

Dans notre étude, nous avons enregistré 7% des grossesses non suivies.

2. Caractères sociodémographiques

Tableau II : répartition des femmes enceintes en fonction de la résidence

Residence	Fréquence	Pourcentage
Commune IV	205	65,7
Commune du Mandé	47	15,1
Commune de Bancoumana	60	19,2
Total	312	100

La majorité des femmes résidaient en commune IV avec 65,7% des cas.

Tableau III : répartition des femmes enceintes en fonction de la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
15 – 20 ans	120	38,4
21 – 25 ans	73	23,4
26 – 30 ans	63	20,2
31 – 35 ans	29	9,3
36 – 40 ans	20	6,4
> 40 ans	7	2,2
Total	312	100

La tranche d'âge de 15-20 ans prédominait soit 38,4%, les extrêmes étaient 15ans et 40 ans.

Tableau IV : répartition des femmes enceintes en fonction du statut matrimonial

Etat matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	277	88,8
Célibataire	34	10,9
Veuve	1	0,3
Total	312	100

Dans notre étude, les femmes mariées représentaient 88,8%.

Tableau V : répartition des femmes enceintes en fonction de la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Femme au foyer	266	85,3
Fonctionnaire	2	0,6
Commerçante	5	1,6
Elève / Etudiante	17	5,4
Vendeuse	14	4,5
Autres	8	2,6
Total	312	100

Autres : coiffeuse, teinturière.

Les femmes au foyer et les élèves/étudiantes ont représentées respectivement 85,3% et 5,4% dans notre étude.

Tableau VI : répartition des femmes enceintes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	221	70,8
Primaire	59	18,9
Secondaire	32	10,3
Total	312	100

Les femmes non scolarisées représentaient 70,8% dans notre étude.

Tableau VII : répartition des femmes en fonction de la profession du conjoint

Profession du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Cultivateur	72	23,1
Commerçant	29	9,3
Fonctionnaire	16	5,1
Elève / Etudiant	8	2,6
Ouvrier	155	49,7
Autres	32	10,3
Total	312	100

Autres : Imam, chauffeur, couturier, mécanicien, orpailleur.

Dans notre étude, 49,7% du conjoint de ses femmes étaient des ouvriers et 23,1% des cultivateurs.

3.Caractéristiques cliniques

Tableau VIII : répartition des femmes enceintes en fonction des antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
HTA	8	2,6
Drépanocytose	2	0,6
Asthme	1	0,3
HIV	3	1,0
Aucun	298	95,5
Total	312	100

Dans notre étude, 2,6% des femmes avaient un antécédent d'HTA.

Tableau IX : répartition des femmes enceintes en fonction des antécédents de césarienne

Antécédents de Césarienne	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	7,7
Non	288	92,3
Total	312	100

Dans notre étude, 7,7% des femmes avaient un antécédent de Césarienne.

Tableau X : répartition des femmes enceintes en fonction de l'indication de césarienne

Indications de Césarienne	Fréquence	Pourcentage
Dystocie dynamique	1	0,3
Dystocie mécanique	3	1,0
Souffrance fœtale aigue	3	1,0
Pathologie maternelle	17	5,4
Pas d'antécédent de Césarienne	288	92,3
Total	312	100

Pour les antécédents de césarienne, l'indication a été une pathologie maternelle dans 5,4%.

Tableau XI : répartition des femmes enceintes en fonction de la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	94	30,1
Pauci geste	61	19,6
Multigeste	139	44,6
Grande multigeste	18	5,8
Total	312	100

Les multigestes représentaient 44,6% de ses grossesses non suivies contre 30,1% de primigeste.

Tableau XII : répartition des femmes enceintes en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipare	63	20,2
Pauci pare	40	12,8
Multi pare	103	33,0
Grande multipare	12	3,8
Nullipare	94	30,1
Total	312	100

Les multipares représentaient 33,0% dans notre étude contre 20,8% de primipare.

Tableau XIII : répartition des femmes enceintes en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Référée	103	33,0
Venue d'elle-même	209	67,0
Total	312	100

Les femmes venues d'elles-mêmes représentaient 67,0% contre 33,0% référées.

Tableau XIV : répartition des femmes enceintes en fonction de l'état général

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Bon	295	94,6
Mauvais	17	5,4
Total	312	100

Dans notre étude, 5,4% des femmes avaient un mauvais état général à l'admission alors que 94,6% avaient un bon état général.

Tableau XV : répartition des femmes en fonction de la coloration des conjonctives

Conjonctives	Fréquence	Pourcentage
Colorées	300	96,2
Pâles	12	3,8
Total	312	100

Les femmes avaient des conjonctives pâles dans 3,8% contre 96,2% des femmes qui avaient des conjonctives colorées.

Tableau XVI : répartition des femmes en fonction de la présence d'œdème

Présence d'œdème	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	7,7
Non	288	92,3
Total	312	100

Dans notre étude 7,7% des femmes avaient des œdèmes à l'admission.

Tableau XVII : répartition des femmes enceintes en fonction de l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
A terme	157	79,9
Non à terme	45	19,8
Post terme	5	1,6
Total	312	100

Dans notre étude 19,8% des grossesses n'étaient pas à terme contre 79,9% des grossesses à terme et 1,6% de cas de dépassement de terme.

Tableau XVIII : répartition des femmes enceintes en fonction de la présentation

Présentation	Fréquence	Pourcentage
Céphalique	293	93,9
Siège	14	4,5
Transversale	5	1,6
Total	312	100

La présentation du siège représentait 4,5%, céphalique 93,9%, et transversale 1,6% dans notre étude.

Tableau XIX : répartition des femmes enceintes en fonction d'état du bassin

Etat du bassin	Fréquence	Pourcentage
Normal	299	95,8
Limite	8	2,6
BGR	5	1,6
Total	312	100

Nous avons retrouvé que 95,8% des femmes avaient un bassin normal, 2,6% un bassin limite et 1,6% de nos femmes avaient un bassin généralement rétréci.

Tableau XX : répartition des femmes enceintes en fonction de l'état des membranes

Membranes	Fréquence	Pourcentage
Intactes	212	68,0
Rompues	100	32,0
Total	312	100

A l'admission 32,0% des femmes avaient des membranes rompues.

Tableau XXI : répartition des femmes enceintes en fonction de la coloration du liquide amniotique

Coloration du liquide amniotique	Fréquence	Pourcentage
Intactes	221	70,8
Teinté	30	9,6
Clair	61	19,6
Total	312	100

Dans 9,6% de membranes rompues, le liquide amniotique était Teinté.

Tableau XXII : répartition des femmes enceintes en fonction de la voie d'accouchement.

Mode d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Voie basse	234	75,0
Césarienne	35	11,2
Evacuée	43	13,7
Total	312	100

La césarienne a été réalisée dans 11,2% des cas ; 75,0% ont accouché par voie basse et 13,7% de nos femmes n'ayant pas effectué de CPN ont été évacuées vers un CHU.

4. Pronostic materno-fœtal

Tableau XXIII: répartition des femmes enceintes en fonction des complications obstétricales à l'entrée

Complications obstétricales à l'entrée	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie	13	4,2
HTA	60	19,2
Infection amniotique	6	1,9
Souffrance fœtale aigue	24	7,7
Procidence du cordon	3	1,0
Autres	59	18,9
Aucune	147	47,1
Total	312	100

Autres : anémie, MFIU, HIV+

Dans notre étude 52,9% des femmes présentaient des complications à l'admission dont l'HTA était retrouvé dans 19,2% des cas.

Tableau XXIV: répartition des femmes enceintes en fonction des complications survenues au cours du travail

Complications obstétricales au cours du travail	Fréquence	Pourcentage
Eclampsie	15	4,8
Pré éclampsie	35	11,2
Procidence du cordon	3	1
Souffrance fœtale aigue	28	9,0
Hémorragie	56	18
Aucune	175	56,1
Total	312	100

Hémorragie : (HRP, PPH, RU, déchirure des parties molles)

Dans notre étude 43,9% des femmes présentaient des complications au cours du travail, la pré éclampsie était retrouvée dans 11,2% des cas, l'éclampsie dans 4,8%, la procidence du cordon 1% et l'hémorragie dans 18% des cas ainsi que 9% de souffrances fœtales.

Tableau XXV : répartition des femmes enceintes en fonction des suites de couches

Suites de couches	Fréquence	Pourcentage
Simple	163	52,2
Anémie	76	24,4
Endométrite	2	0,6
Eclampsie	4	1,3
Paludisme	9	2,9
Hémorragie	15	4,8
Evacuée	43	13,8
Total	312	100

Les suites de couche étaient simples dans 52,2% dans notre étude

L'anémie représentait 24,4% des complications, l'hémorragie 4,8%, paludisme 5,2%, éclampsie 1,7% et endométrite 1,1%.

Tableau XXVI: répartition des femmes enceintes en fonction du score du Glasgow

Pronostic maternel	Fréquence	Pourcentage
Glasgow (5 - 10)	1	0,3
Glasgow (10 - 14)	10	3,2
Glasgow (15)	301	96,5
Total	312	100

Dans notre étude 3,2% des femmes avaient un GLASGOW de 10-14.

Tableau XXVII: répartition des femmes enceintes en fonction de l'Apgar du nouveau-né

Apgar du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Mort-né (0)+	42	13,5
Mort apparente (1 – 3)	4	1,3
Morbide (4 – 6)	35	11,2
Bon score (≥ 7)	188	60,3
Evacuée	43	13,8
Total	312	100

A la naissance 13,5% des femmes ont accouché d'un mort-né, 11,2% des nouveau-nés avaient un APGAR morbide, et 1,3% de mort-né apparents.

Tableau XXVIII : répartition des femmes enceintes en fonction de l'état du nouveau-né

Etat du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Vivant	168	53,8
Référé	58	18,6
Mort-né frais	27	8,6
Mort-né macéré	16	5,1
Evacuées	43	13,8
Total	312	100

A la naissance 5,1% des femmes ont accouché d'un mort-né macéré, 8,6% de mort-né frais et 15,4% des nouveau-nés adressés à la néonatalogie.

Tableau XXIX : répartition des femmes enceintes en fonction de la non réalisation de CPN

Causes de non réalisation de CPN	Fréquence	Pourcentage
Problèmes de moyens	158	50,5
Négligence	107	34,2
Méconnaissance	16	5,0
Distance	32	10,4
Total	312	100

A l'interrogatoire 50,5% des femmes ont été contraintes de faire la CPN pour des problèmes de moyens, 34,2% par négligence, et 5% des femmes n'avaient pas de connaissance sur les CPN.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, de mars à aout 2018 ; 4506 patientes ont été reçues à la maternité du CSRef CIV du district de Bamako dont 312 patientes n'avaient effectué aucune CPN soit 7%. Toutefois ce taux de femmes non suivi est moins élevé par rapport à l'échelle nationale qui est de 30% [11].

Cette fréquence retrouvée dans notre étude est comparable à celle rapportée par **Dembélé. B. D** 10,2% au CSRef C II en 2015 [15]. Cette différence pourrait s'expliquer par le type et la période d'étude.

2. Caracteres sociodémographiques

2.1 Age

La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus représentée dans notre étude soit 38,4% ; les extrêmes étaient de 15 à 40 ans.

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, élèves/étudiantes et se trouvent surtout dans l'immaturité. 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 Résidence

Les taux de 65,7% et 19,2% que nous avons observé respectivement en commune IV et en commune de Bancoumana, ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre zone d'étude se situe en plein cœur de Bamako. Ces résultats sont

moins élevés de ceux obtenus par **Dembélé. B. D** en 2015 au CSRef C IV. 86,1% en milieu urbain et 5,9% en milieu périurbaine [15].

2.3 Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 88,8% dans notre étude, 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 de la femme

La majorité des femmes étaient des femmes au foyer, qui représentaient 85,3% ce taux est supérieur à celui de **Sanogo. S** en 2007 au CSRef CVI 53,3% [18]. 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 Niveau d'étude

Dans notre étude 70,8% étaient des femmes non scolarisées. Ce résultat est comparable à celui rapporté par **Dembélé. B. D** 2015 au CSRef CII avec 73,9% [15]. Ceci pourrait être dû à la méconnaissance des risques liés à la grossesse et l'importance des CPN vu leur niveau intellectuel.

2.6 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 49,7% Le fait que le conjoint soit un ouvrier exposerait au manque de suivi prénatal à cause de ses nombreuses occupations corrélées au problème financier mais également la méconnaissance de l'intérêt de la CPN. Nos résultats sont similaires à ceux de **Dembélé. B. D** (39,1% des parturientes avaient des conjoints ouvriers) [15].

3. Caractéristiques cliniques

3.1 Parité

Les multipares représentaient 33% dans notre étude.

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.

3.2 Mode d'admission

Dans notre étude les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 67%. Ce résultat est comparable à celui rapporté par **Dembélé. B. D** en 2015 au CSRef C IV avec 86,5% [15].

3.3 Antécédents médicaux et chirurgicaux

Nous avons retrouvé un antécédent d'hypertension artérielle chez 2,5% des femmes non suivies.

Parmi les antécédents chirurgicaux, la césarienne était la seule retrouvée avec un taux de 7,7%. **Dembélé. B. D** a rapporté la même tendance avec un taux 8,2% [15].

3.4 Terme de la grossesse

A l'examen obstétrical, 19,8% des femmes ont été admises avec une grossesse non à terme. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de risque de la prématurité sont majoritairement détectables au cours des visites prénatales. Leur découverte permet d'instaurer une prise en charge adaptée afin de permettre au fœtus de se développer jusqu'à terme ou du moins jusqu'à un terme raisonnable.

3.5 L'état du bassin

L'examen du bassin a été fait à la pelvimétrie clinique (interne et externe). Il a permis de noter que 95,8% des bassins étaient normaux. Ce résultat est comparable à celui de **Sanogo. S** en 2009 au CSRef C VI avec 85,6% de bassin normal [18].

3.6 Type de présentation du fœtus

Dans notre étude la présentation céphalique a été la plus fréquente avec 93,9%, la présentation du siège a représenté 4,5% des cas contre 1,6% de présentation transverses. Les différentes proportions obtenues dans notre étude sont proches de celles retrouvées par **Dembélé. B. D** qui a rapporté respectivement 9,4% de présentation céphalique, 3,3% de siège, et 1% de transversale [15]

3.7 Voie d'accouchement

Dans notre étude l'accouchement par la voie basse était le plus fréquent avec 75 % des cas, nous avons eu recours à la césarienne chez 11,9%. Ces taux sont inférieurs à ceux de **Dembélé. B. D** qui a retrouvé respectivement 84,1% et 15,9% [15]

3.8 Etat des membranes à l'admission

Dans notre étude, 32% des femmes ont été admises avec la poche des eaux rompues. Ce résultat est comparable à celui de **Dembélé. B. D** qui a retrouvé 33,6% [15].

4. Pronostic

4.1 Pronostic maternel

4.1.1 Complications obstétricales

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par l'HTA et ses conséquences, qui ont représentés 19,2% suivie de l'hémorragie avec 18%% et la procidence du cordon 1%.

L'étude réalisée en 2007 au centre de santé de référence de la commune VI par **Sanogo. S** rapporte respectivement 46,8% de l'HTA et ses conséquences, 20,7% des hémorragies et 14,3% de présidences du cordon [18]. La différence entre ces résultats et le nôtre s'explique aisément par le fait que, dans notre étude les parturientes de 15 à 20ans étaient les plus représentées ; l'âge étant un facteur favorisant de l'HTA et ses conséquences, il va de soi que l'HTA soit la complication dominante et de surcroît nos parturientes n'ont fait aucune CPN.

4.1.2 Les suites de couche et ses complications

Les suites de couche étaient simples dans 54,2% des femmes non suivies. La complication a été retrouvée dans 45,8% dont l'anémie 24,4%, les hémorragies 4,8% et l'HTA dans 1,3%.

L'étude réalisée par **Fomba. D. D** en 2009 au CHU du Point-G a retrouvé respectivement 14% d'HTA ; 0% d'anémie 12% des cas d'hémorragie où le nombre de CPN atteignait ou dépassait trois [17]. Cette différence peut s'expliquer par le fait dans notre étude aucune parturiente n'a fait la CPN et c'est lors de la CPN que la stratégie de supplémentation en fer est appliquée et bien suivie par les femmes enceintes et allaitantes.

4.1.3 Décès maternel

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel car avec la présence du système de référence/évacuation ; nous avons adressé au CHU du Gabriel Touré et du Point-G 28 de nos patientes dont leur prise en charge nécessitait la présence d'un tableau technique adéquat, mais nous n'avons pas reçu de fiche de retro-information pour la suite.

4.2 Pronostic fœtal

4.2.1 Score d'APGAR

Dans notre étude des grossesses non suivies, après l'accouchement nous avons retrouvé 19,8% de prématurés. Nos résultats ont également trouvé un APGAR morbide à la naissance chez 11,2% des nouveau-nés.

Selon EDSM III [1] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais Apgar.

4.2.2 Morbidité fœtale

Chez la majorité de nos parturientes les nouveau-nés étaient vivants dans 72,4%. Nous avons également enregistré un taux élevé de mortinaissances avec 13,7% de mort-nés.

L'étude réalisée en 2007 au CHU du Point-G par **Fomba. D. D** a rapporté un taux élevé de mortinaissances avec le nombre de CPN : zéro CPN 44%, un à deux CPN 23%, contre 0% de mortinaissances pour un nombre de CPN supérieur ou égal trois [17]. Ainsi la morbidité et la mortalité néonatales étaient plus élevées en l'absence de suivi prénatal normal.

6. Raisons de non réalisation de CPN

Il ressort dans notre étude que, les principales raisons de réalisation des CPN sont la notion de problème financier, la méconnaissance et la négligence de la CPN. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socioéconomiques défavorables de notre population d'étude ainsi que le faible niveau d'étude des filles. **Dembélé. B. D** a rapporté les mêmes raisons [15].

L'étude de **Koné. Y** a rapporté les raisons suivantes : coutume 20%, éloignement des structures sanitaires 4,6%, manque de moyens financiers 37,9% [19].

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

VII CONCLUSION

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent en commune IV du district de Bamako, les raisons les plus évoquées ont été le problème financier et la méconnaissance de la CPN.

La majorité des femmes non suivies sont des ménagères, les non scolarisées qui ont pour la grande majorité des conjoints qui sont des ouvriers avec des conditions socio-économiques défavorables.

La plupart des femmes sont des multipares venues d'elles-mêmes avec un antécédent chirurgical dominé par la césarienne.

Le pronostic fœtal est dominé par la prématurité et les mortinaissances.

Le pronostic maternel est dominé par les pathologies vasculo-renaux (HTA et ses conséquences).

Ces complications peuvent être évitables par les suivis prénataux adéquats permettant donc de réduire le taux de morbidité et mortalité materno-fœtales qui reste encore un problème de santé publique au Mali.

Pour cela, la participation active des autorités publiques, du personnel de santé ainsi que chaque individu dans la société est vivement souhaité.

VIII SUGGESTIONS

Au Ministère de l'éducation :

Il doit :

Faciliter l'accès à l'école pour tous les enfants maliens, 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 prénataux.

Au Ministère de la santé

Rendre gratuits les soins prénataux.

Aux prestataires de santé :

Ils doivent :

- 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 ;
- Motiver les femmes enceintes à utiliser les services de santé de la reproduction et les encourager à éduquer à leur tour l'entourage pour l'utilisation des mêmes services ;
- Sensibiliser les hommes à encourager les femmes enceintes dans leurs entourages de faire des suivis prénataux précoces et réguliers.

REFERENCES

XI REFERENCES:

1. Edsm III, (2000-2001), Mali
2. Unicef, (2009), *Situation des Enfants dans le monde*, 12p.
3. Edsm v Mali. (2012-2013).
4. Akpadza K, Kotor KT, Baeta S, Hodonou AKS, (1994), *Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sogodé (Togo)*. Médecine d'Afrique Noire, 41(11) :604-607.
5. OMS, (1985), *La mesure de la mortalité maternelle*. Rapport du secrétariat. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle, Genève, 14p.
6. Direction Nationale de la Santé (1990), *Normes et procédures pour la surveillance prénatale*, vol 2.
7. Direction Nationale de la Santé, (1987), *Programme de santé familiale*. Plan quinquennal 1988_1992, Mali.
8. OMS, (2012), *Statistiques sanitaires mondiales*.
9. www.aho.afro.who.int/profiles.../index.../AFRO: Neonatal...neonatal.../fr
10. EDS-IV, (Décembre 2006).
11. 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.
12. www.globalcompact-France.org
13. OMS, (2012) *Mortalité maternelle*, Aide-mémoire, N°348, p .1
14. Merger R, Lévy J, Melchior J. *Précis d'obstétrique*, 6e édition Paris 2001 :

15. DEMBELE Bakary Dianko, (2015), *Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako*. Thèse de médecine, M191.
16. NIMAGA Ibrahima, (2012), *L'influence de la surveillance prénatale sur la parturition dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du POINT-G Bamako*. Thèse de médecine, M325.
17. FOMBA Diakaridia, (2009), *Relation entre la consultation prénatale, devenir de la grossesse et de l'accouchement ; études portant sur 1296 cas, Bamako*, Thèse de médecine, M518.
18. SANOGO Sidiki, (2009), *Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CSRéf CVI du district de Bamako*. Thèse de médecine ; M293.
19. KONE Yacouba, (2006), *Aspect socio-culturels et économiques de l'absence du suivi prénatal chez les parturientes admises à l'hôpital GABRIEL TOURE. Bamako*. Thèse de médecine, M262.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

1. Identité de la femme

Q1. Numéro du dossier : /__/_/__/__/_/__/__/_/

Q2. Date d'entrée : /__/_/__/__/_/

Q3. Nom & Prénom.....

Q4 Résidence :

Commune IV

Commune du mande

Commune de Bancoumana.....

Q5 Age : [15- 20] ; [21-25] ; [26-30] ; [31-35] ; [36-40] et supérieur à 40ans

Q6 Tel :

2. Statut sociodémographique

Q7. Etat matrimonial : /__/_/ (1= mariée ; 2=célibataire ; 3= divorcée ; 4= veuve)

Q8. Profession de la femme : /__/_/ 1= femme au foyer ; 2= fonctionnaire ;
3=commerçante ; 4= élève/étudiante ; 5= vendeuse ; 6= autres (à préciser).

Q9 Niveau d'instruction : /__/_/ 1= non scolarisés ; 2= primaire ; 3= secondaire ;
4= supérieur.

Q10 Profession du conjoint : /__/_/ 1= cultivateur ; 2=commerçant ;
3=fonctionnaire ; 4=élève/étudiant ; 5= ouvrier ; 6= autres (à préciser).

3. Antécédents :

3.1. Antécédents médicaux :

Q11 HTA : /__/_/ 1= oui ; 2= non

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

Q13 Drépanocytose : /__/ 1= oui ; 2= non

Q14 Diabète : /__/ 1= oui ; 2= non

Q15 Asthme : /__/ 1= oui ; 2= non

Q16 Autres (à préciser).

3.2. Antécédents chirurgicaux :

Q17 Césarienne : /__/ 1= oui ; 2= non

Q18 Si oui indication : /__/ 1= dystocie dynamique ; 2= dystocie mécanique ;
3= souffrance fœtale aigue ; 4= pathologie maternelle.

Q19 Myomectomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q20 GEU (Salpingectomie) : /__/ 1= oui ; 2= non

Q21 Autres (à préciser).

3.3. Antécédents obstétricaux :

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

Q23 Intervalle inter gènesique : /___/ mois.

4. 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 :

.....

5. Déroulement du travail d'accouchement

5.1. 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

3= post 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 :

5.2. Bilan :

- Q29 Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl
- Q30 Groupage/Rhésus : /_____/
- Q31 Protéinurie significative : /__/ 1=oui ; 2= non
- Q32 Glycosurie : /__/ 1= oui ; 2= non
- Q33 BW
- Q34 Test d'emmél
- Q35 HIV (PTME)
- Q36 Echographie

5.3. Accouchement :

- Q37 Mode d'accouchement : /__/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps ; 4= Césarienne
- Q37.1. Si césarienne, indication :
- Q37.2. Si ventouse ou forceps, indication.....
- Q38 Episiotomie : /__/ 1= oui ; 2= non
- Q39 Si épisiotomie indication :
- Q40 Délivrance : /__/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

5.4. Complications :

- Q41 Complication obstétricale à l'entrée : /__/ 1= hémorragie ; 2= HTA ; 3= Infection amniotique ; 4= souffrance fœtale aigue ; 5= procidence du cordon ; 6=autres.....

Q42 Complication obstétricale au cours du travail : /__/ 1= Hémorragie ; 2=
éclampsie ; 3= toxémie gravidique ; 4= procidence du cordon ; 5=souffrance
fœtale aigue ; 6 = autres.....

Q43 Suites de couches : /__/ 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.....

5.5. Traitement :

Q44 Traitement médicaux : /__/ 1=utero toniques ; 2= antibiotique ; 3=
antipaludéen ; 4= fer ; 5= anti hypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ;
7= autres.....

Q45 Traitements chirurgicaux :

Q45.1. Césarienne : /__/ 1= oui ; 2= non

Q45.2. Si Oui, indication :

Q45.3. Laparotomie : /__/ 1= oui ; 2= non

Q45.4. Si Oui, indication :

Q45.5. Suture du périnée : /__/ 1= oui ; 2= non

Q45.6. Si Oui, indication :

5.6. Pronostic materno-fœtal

6.1. Pronostic maternel:

Q46 Mère: /__/

1=Glasgow (5-10) 2=Glasgow (10-14) 3= Glasgow (15)

6.2. Pronostic fœtal :

Q47 Score d'Apgar : /__/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score)

Q48 Morbidité fœtale : /__/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie fœtale ; 4= hypotrophie fœtale ; 5= malformation ; 6= autres.....

Q49 Nouveau-né : /__/ 1= vivant ; 2= référée ; 3= décédé ; 4= mort-né frais ; 5= mort-né macéré

Q50.1. Si référé, cause :

Q50.2. Si décédé, cause :

Q51. CPN non faites, préciser le motif /__/

1=Méconnaissance

2=distance du centre

3=mauvais accueil des prestataires

4=problème de compétence des prestataires

5=Sous information

6=Négligence

7=Autres : à préciser

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : SEYDOU

Contact : (00225) 75314760

Email : maigaseydou579@gmail.com

Titre de la Thèse : Complications materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRef CIV du district de Bamako.

Année Académique : 2018-2019

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 :

Noter étude avait pour but de déterminer la fréquence des grossesses non suivies, les complications materno-fœtales des grossesses non suivies au CSRef CIV du district de Bamako. C'était une étude prospective transversale qui s'est déroulée sur une période de six mois allant du 1^{er} Mars au 1^{er} Juillet 2018 axée sur 312 femmes enceintes non suivies au cours de la grossesse admissent à la maternité.

Il ressort de cette étude une fréquence de 7% de grossesse non suivie. La tranche d'âge de 15 à 20 ans était la plus représentée avec 38,4%. Les femmes mariées et célibataires ont représenté respectivement 88,8% et 10,9%. Les femmes non scolarisées étaient majoritaires soit 70,8%. La profession ouvrière a dominé chez

les procréateurs avec 49,7%. Les complications obstétricales étaient dominées par l'HTA et ses conséquences qui ont représentées 19,2% suivies de l'hémorragie 18% et la procidence du cordon 1%. Les suites de couches ont été dominées par l'anémie 24,4%, et la morbidité fœtale dominée par la prématurité avec 19,8%. Les mort-nés frais et macérés ont représenté respectivement 8,6% et 5,1%. Les principales raisons du non suivi 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 maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, 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 jure