

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique



**U.S.T.T.B**

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

*Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie*

**FMOS**

**THEME**

Thèse N° : ...../.....

**Qualité de tenue du carnet de  
Consultations prénatales dans le district  
sanitaire de la Commune V de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 15/12 / 2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie.

**Par  
M. Drissa DRAME**

**Pour obtention du grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY**

**Président : Pr. DEMBELE Bakary Tientigui**

**Membres : Dr. DOUMBIA Saleck**

**Co-directeur : Dr. TRAORE Soumana Oumar**

**Directeur : Pr THERA Tioukani Agustin**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je rends grâce à **Dieu** pour m'avoir permis de mener à bien ce travail, le Tout Puissant, le Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent.

Je rends grâce au Seigneur, Créateur de la terre et des cieux, de la vie d'ici-bas et de l'au-delà, sans Qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

J'implore ALLAH, le Maître de toutes les Créatures, Détenteur du destin ; de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin.

Je dédie ce travail :

À notre prophète **MAHAMADOU RASSOUROULAH** paix et salut sur lui.  
**AMEN !**

### **À mon père : Abdoulaye DRAME**

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour, mon respect éternel et ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi pour assurer mon instruction et mon bien être. Tu as toujours été là pour mes frères, mes sœurs et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de la loyauté, du respect, de l'honneur et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour nous car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et envers les autres. Tes prières et tes bénédictions ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser un de tes rêves et être digne de ton nom.

Que DIEU, le tout puissant te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que je puisse te rendre un minimum de ce que tu as fait pour moi. AMEN !

### **À ma mère Mariam TOGO**

Maman, ce travail est le fruit de ton endurance.

Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours soutenu, rassuré, et réconforté. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices feront de nous ce que tu souhaites incha-ALLAH. En ce jour j'espère réaliser chère mère un de tes rêves.

Papa, Maman ; que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que vous puissiez cueillir les fruits mûrs de l'arbre dont vous avez tant souffert à l'entretenir. Que le paradis soit votre dernier refuge. AMEN !

À mes amis : **Hassana TOGO, Hassana GARANGO, Aboubacar KONATE, Aziz DJIRE, Sinaly DAGNON, Karim TRAORE, Youssouf Doh DIABATE, Moussa TELLY et Oumar DEMBELE.**

Vos soutiens et affections ne m'ont jamais fait défaut au cours de ce long parcours. Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon attachement, mon amour pour vous.

Puisse ALLAH vous donne longue vie et tout le bonheur possible. AMEN

**À ma belle-famille :**

Le mariage n'est pas un hasard, certes vous m'avez porté votre confiance en acceptant de me donner votre fille. Recevez ici mes remerciements les plus sincères.

**À mon amour, ma bien aimée Halimatou TOGO**, mon amie, ma confidente, ma complice, mère de notre garçon, tu as accepté de prendre le risque d'être la femme d'un étudiant malien. Forte de caractère, tu as surmonté toutes les épreuves sans tambour, ni trompette. Tu as tout donné pour ma réussite. Ton affection et ton attention à mon égard n'ont pas d'égale et m'ont réconforté. Ce travail est le tien. Ton soutien moral et tes encouragements ne m'ont pas manqué tout le long de ce travail. Que DIEU te donne l'heureuse opportunité de jouir des fruits de ce travail. Que DIEU nous donne des enfants respectueux et obéissants. Les mots me manquent car il n'y a pas de prix pour tout ce que tu as fait. Je te serai reconnaissant et à vie.

Je te pardonne et je te demande pardon au nom du mariage sacré.

Je dis tout simplement qu'ALLAH le Tout Puissant te bénisse. AMEN !

A ma seconde épouse, ma chérie, ma préférée et ma confidente **Fanta SAMAKE**, merci pour ta confiance et ton amour à mon égard. Tu m'as accepté dans des situations difficiles. Je te remercie infiniment et je serai toujours là à

tes côtés pour te rendre heureuse. Que Dieu nous garde longtemps ensemble.  
AMEN !

**À mon fils Aboubacar Sidick DRAME** : ce travail est le tien. Que DIEU te donne l'heureuse opportunité de jouir de ses fruits. Que DIEU te donne longue vie, santé, et prospérité pour que tu puisses t'occuper si tendrement de ta mère qui s'est sacrifiée pour toi.

**À mes grands frères** : Youssouf, Siaka, Ousmane, Hamidou, Aboubacar dit Abouba et Aly. Merci pour vos encouragements et vos soutiens. Qu'ALLAH nous garde longtemps ensemble.

**À mes grandes sœurs** : Fatoumata dite Bowiri, Fatoumata dite Oumban, Maimouna dite Mata. Je vous dis merci. Qu'ALLAH vous bénisse.

À mon cousin et mon ami Issiaka DRAME, les mots me manquent pour exprimer tout ce que tu as fait pour moi. Que DIEU te prête longue vie. AMEN !

**A toutes mes tantes et oncles :**

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier. Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos bénédictions de tous les jours que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

**À tous mes frères et sœurs :**

Merci pour vos soutiens moraux et matériels. Vous avez été toujours présents à mes côtés même dans les moments difficiles. Soyez rassurés que je vous serai éternellement reconnaissant. Ce travail est le vôtre. Puisse Allah l'omnipotent perdurer entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

**À tous mes cousins et cousines :**

Ce travail est le vôtre. Je vous remercie tous et recevez à travers ce travail ma profonde reconnaissance. Merci mille fois pour vos soutiens de tous les jours.

**À toutes mes belles sœurs :**

Merci infiniment de m'avoir mis à l'aise dans vos foyers respectifs. Puisse Allah donner à vous-mêmes, à vos enfants et maris respectifs une belle part dans ce monde et une belle part dans l'au-delà.

**À mon beau pays le MALI** dont la générosité m'a permis d'avoir une instruction poussée. Que Dieu me donne la force, le courage, la longévité et surtout une santé de fer pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire. Puisse Allah le très miséricordieux, faire que tous les fils de notre cher MALI s'entendent sur l'essentiel.

**À mes Co chambriers :** Hassana TOGO, Soumaila GUINDO, Boureima DEGOGA, Hamidou DJIBO.

Les mots me manquent pour exprimer tout ce qu'on a traversé ensemble. Je remercie tous les ressortissants de la région de Mopti. Que le tout puissant vous donne longue vie et plein de santé. AMEN !

**À mon groupe d'exercice composé par :** Seydou SOUMAORO, Kaman DIARRA, Lassine TRAORE, Adama CAMARA, Assa KONE, Awa DIARRA, Mahamadou KONE, Youssouf COULIBALY, Mohamed Ould ALY. Merci

pour votre bonne collaboration et votre dévouement, car la vie estudiantine n'est pas facile. Que Dieu nous accompagne tous dans nos activités quotidiennes.

**À la famille KONATE :** de Garantiguibougou, en passant par Magnambougou pour terminer à Missabougou. Merci pour l'hébergement. Vous m'avez accepté depuis que j'étais petit jusqu'à la fin de mes études supérieures. Vous avez été pour moi plus qu'un père et mère. Les mots me manquent pour vous remercier. Ce travail est le fruit de votre encadrement et votre considération. Je ne vous oublierai jamais jusqu'à la fin de ma vie. Merci infiniment. Qu'ALLAH exauce tous vos vœux et vous élève au grade le plus élevé le jour de la résurrection.

**À la famille DIAKITE**

La vie en location n'est pas facile à Bamako. Certes vous avez accepté de m'héberger dans ces conditions. C'est l'occasion pour moi de vous remercier. Qu'ALLAH vous bénisse. AMEN !

## **Mes vifs remerciements**

### **À notre honorable Doyen et au corps professoral de la FMOS :**

Merci de votre bonne gestion de cette faculté.

### **À tout le personnel de la FMOS :**

Grâce à votre rigueur et votre dévouement pour le travail bien fait que la FMOS jouit d'une renommée internationale. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

### **À mes chers maitres et formateurs :**

Au Pr Mamadou Traoré ancien médecin chef du CS Réf CV, chevalier du mérite national :

Cher maitre, nous avons bénéficié de votre savoir médical et de votre savoir-être. Nous en sommes très fiers.

Trouvez dans ce modeste travail, cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

Que le Tout Puissant vous accorde longévité et santé. AMEN !

Dr TRAORE O M, Dr TRAORE S O, Dr TALL Saoudatou, Dr Albachar Hamidou, Dr KOUYATE Fah Issif, Dr SYLLA Niangalé, Dr DOUMBIA Saleck, Dr DIAKITE Nouhoum dit Legrand, Dr CAMARA Karounga, Dr OUATTARA Yaya Boubacar et Dr KONE Joseph : Merci chers maitres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

Merci aux : Dr TRAORE Soumana Oumar et Dr DAKITE Nouhoum dit le grand de m'avoir donné ce thème.

### **À toute l'équipe du bloc opératoire.**

À tous les anciens internes du Cs réf CV.

Plus particulièrement aux : Dr Belco TAMBOURA, Dr Oumar KOKEINA, Dr BOUARE Sidy, Dr DIARRA Tidiane.

Merci pour la formation et la disponibilité, grâce à vous, nous avons puis prendre le relai dans le service. Vous avez été toujours là pour nous sur le plan pratique ainsi que théorique. Qu'ALLAH vous donne une longue vie.



À mes aînés : Dr BAMBA Aboubacar, Dr SANOGO Souleymane, Dr CAMARA Wally, Dr SIDIBE Alou, Dr MALLE Modibo, Dr SAGARA Aboubacar, Dr KODIO Kaleb, Dr BAGAYOKO Siaka, Dr GOITA Adama, Dr SISSOKO Adama, Dr HAIDARA Talibé. Merci pour l'encadrement et la formation dans les activités quotidiennes du service.

Je ne vous oublierai jamais. Vous avez été des bons aînés et à vos côtés je ne me suis jamais ennuyé. Je vous remercie infiniment.

Je remercie particulièrement Dr DJIBO Ichaka : cher aîné, les mots me manquent pour t'attribuer. Ce travail est le vôtre, vous avez participé entièrement à l'élaboration de ce travail. Merci pour vos conseils et vos contributions. Qu'ALLAH vous récompense. Amen !

Un grand merci à YOMANE Jean Romuald : cher ami, les mots me manquent pour t'attribuer. Merci pour ton aide et ta disponibilité durant tout le long de ce travail. Qu'ALLAH te récompense. Amen !

A tous mes cadets du centre

Merci infiniment, patience, courage et persévérance.

**À mes amis médecins et internes du Cs réf CV**

**À toutes les équipes d'internes :**

- En commençant par mon équipe : Balla moussa SAMAKE, Moussa TELLY, Daouda GOITA, Jean Pierre KEITA, Martin LOUA, Mariam NADIO
- Kassoum BAGAYOKO et équipe,
- Oumar DEMBELE et équipe,
- Bakary S DEMBELE et équipe
- Baba Mamadou TIMBO et équipe

Merci pour la collaboration, bon courage et bonne carrière médicale pour chacun.

À tout le personnel du Centre de Sante de Référence de la commune V du district de Bamako.

À tout le personnel de l'ASACOMA

À tout le personnel de la clinique Renaissance de Magnambougou

À tout le personnel du cabinet Macalou de Yirimadio

À tout le personnel du cabinet Cheick Santé de Missabougou

À tout le personnel du cabinet médical Maliba de Bacodjicoroni

Je vous dis merci.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur DEMBELE Bakary Tientigui**

- ✧ **Professeur agrégé en chirurgie digestive à la FMOS ;**
- ✧ **Chirurgien généraliste au CHU Gabriel Touré ;**
- ✧ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- ✧ **Chef de filière IBODE (Infirmier de Bloc Opératoire) à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS) ;**
- ✧ **Secrétaire général de la Société Malienne de Colo- proctologie (SOMACOP)**
- ✧ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali(SO.CHI.MA) ;**
- ✧ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone (A.C.A.F) ;**
- ✧ **Membre de la Société Internationale de Hernie (AMEHS) ;**
- ✧ **Membre du collège ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;**
- ✧ **Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie Digestive (S.A.F.CHI.D).**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maitre respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous les étudiants.

Veillez agréer cher maitre, l'expression de notre profonde gratitude et notre attachement indéfectible.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Docteur DOUMBIA Saleck**

- ✧ **Gynécologue-obstétricien ;**
- ✧ **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- ✧ **Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- ✧ **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- ✧ **Détenteur d'un D.U (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie –Bio statistique à l'Institut Africain de Santé Publique de Ouagadougou ;**
- ✧ **Détenteur d'un DIU en méthodologie de recherche à l'Institut Africain de Santé publique de Ouagadougou.**

Cher Maitre,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse. Vos qualités de formateurs jointes à votre esprit communicatif et votre courtoisie font de vous un homme exceptionnel.

Nous avons admiré vos qualités scientifiques et humaines tout au long de ce travail.

Trouvez ici cher maitre l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR**

### **Docteur TRAORE Soumana Oumar**

- ✧ **Gynécologue – Obstétricien ;**
- ✧ **Praticien hospitalier au CS Réf CV ;**
- ✧ **Maitre-assistant à la FMOS ;**
- ✧ **Attestation de Reconnaissance pour son Engagement dans la Lutte contre la Mortalité Maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ✧ **Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ;**
- ✧ **Leaders d’Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher Maître,

C’est un honneur pour nous d’avoir appris à vos côtés. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique et votre caractère sociable font de vous un homme de classe exceptionnelle.

Veillez accepter, cher Maître l’expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESESE**

### **Professeur THERA Tioukani Augustin**

- ✧ **Gynécologue – Obstétricien ;**
- ✧ **Patricien hospitalier au CHU du Point G ;**
- ✧ **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- ✧ **Ancien chef de Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Nianakoro Fomba de Ségou ;**
- ✧ **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- ✧ **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie Université d'Auvergne Clermont Ferrant (France) ;**
- ✧ **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire en colposcopie et pathologie cervico-vaginales : Angers(France) ;**
- ✧ **Chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point G.**

Cher Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Vous êtes d'une grande probité professionnelle. Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances.

Votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir nous a attiré vers vous.

Veillez croire cher Maitre, l'expression de notre plus grand respect.

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

AG : Age gestationnel

AI : Albumine

ASACOMA : Association Santé Communautaire Magnambougou.

ATCD : Antécédent.

BCF : Bruit du Cœur Fœtal.

BGR : Bassin généralement rétréci

BIP : Bipariétal

BW : Bordet - Wassermann.

Cp : Comprimé.

CPN : Consultation prénatale

CS Réf : Centre de Santé de Référence.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

DAT : Département Anti Tuberculeux.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DDR : Date des dernières règles

DFP : Disproportion fœto-pelvienne

DNSI : Direction Nationale des Statistiques et de l'Information.

DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle.

DV : Dépôt de Vente.

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines.

EDS : Etude Socio Démographique du Mali

Hbts: Habitants.

Hb: Hémoglobine

HCG: human chorionic gonadotrophic

HIV: human immunodeficiency virus.

HRP : Hématome rétro placentaire

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine.

IEC : Information Education Communication.

LA : Liquide Amniotique.

LCC : Longueur Crânio-Caudale.

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORL : Oro Rhino Laryngologie

PEV : Programme Elargi de Vaccination.

PF : Planification Familiale.

PMA : Paquet Minimum d'Activité.

PMI : Protection maternelle et infantile

PO : Périmètre ombilical

PT : Terme probable

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

RAS : Rien a signalé

RDV : Rendez-vous

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SFA : Souffrance fœtale aigue

TA : Tension artérielle

TV : Toucher vaginal

## **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

### **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU I : modèle de l’OMS pour les soins prénatals 2016 [14].....	9
Tableau II : Répartition des patientes selon l’âge .....	48
Tableau III : Répartition des patientes selon la profession .....	48
Tableau IV : Répartition des patientes selon la parité .....	49
Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents renseignés dans le carnet .....	51
Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre des CPN par mois en fonction des différents contacts de l’OMS.....	51
Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre des CPN effectuées....	52
Tableau IX : Répartition des patientes selon l’âge gestationnel et les différents contacts de l’OMS à la 1 <sup>ère</sup> CPN .....	52
Tableau XI : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 1 <sup>er</sup> trimestre soit mentionnés dans le carnet de CPN.....	53
Tableau XII : Répartition des patientes selon que le résultat du bilan prénatal soit mentionné dans le carnet .....	54
Tableau XIII : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 6 <sup>ème</sup> mois soit mentionnés dans le carnet de CPN .....	56
Tableau XIV : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 9 <sup>ème</sup> mois soit mentionnés dans le carnet de CPN .....	56
Tableau XV : Répartition des patientes selon que le facteur de risque à l’examen du 9 <sup>ème</sup> mois soit mentionné dans le carnet de CPN .....	57
Tableau XVI : Répartition des patientes selon l’auteur de la CPN.....	58
Tableau XVII : Relation entre le nombre de CPN, le praticien et la période d’examen .....	59
Tableau XVIII : Relation entre la profession et la réalisation du bilan prénatal	59
Tableau XIX : Relation entre le dépistage le niveau d’instruction et le nombre de CPN .....	60

Tableau XX : Relation entre le praticien et l'état d'exécution de l'examen clinique .....	60
Tableau XXI : Relation entre le dépistage de la pré éclampsie et praticien .....	61
Tableau XXII : Répartition des patientes selon les césariennes .....	62

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Table gynécologique.....	10
Figure 2 : Appareil à tension + Stéthoscope .....	11
Figure 3 : Table d'accouchement .....	11
Figure 4 : Thermomètre électronique.....	11
Figure 5 : Mètre ruban.....	12
Figure 6 : Pèse-personne .....	12
Figure 7 : Escabeau .....	12
Figure 8 : Lampe d'éclairage .....	13
Figure 9 : Stéthoscope de pinard.....	13
Figure 10 : Spéculum .....	13
Figure 11 : Toucher combiné au palper abdominal., R. Merger, J. Levy, J. Melchior[ 19].....	21
Figure 12 : Signe de Hégar , R. Merger, J. Levy, J. Melchior[ 19]. .....	22
Figure 13 : Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel . R. Merger, J. Levy, J. Melchior [19]. .....	31
Figure 14 : palpation du fond utérin, R. Merger, J. Levy, J. Melchior[ 19]. .....	32
Figure 15 : palpation des faces latérales de l'utérus .....	32
Figure 16 : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako .....	39
Figure 17 : Répartition des patientes selon la provenance.....	49
Figure 18 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.....	50
Figure 19 : Répartition des patientes selon que la partie identité de la patiente soit complétement renseignée ou non .....	50
Figure 20 : Répartition des patientes selon que le facteur de risque soit notifié dans le carnet de CPN .....	55
Figure 21 : Répartition des patientes selon que le facteur de risque identifié au 9 <sup>ème</sup> mois soit mentionné dans le carnet de CPN .....	58
Figure 22 : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement.....	61

# TABLE DE MATIÈRE

## TABLE DE MATIÈRE

I- INTRODUCTION .....	1
II- OBJECTIFS.....	3
1. Objectif général .....	4
2. Objectifs spécifiques .....	4
III- GENERALITES.....	5
1. Historique de la consultation prénatale : .....	6
2. La consultation prénatale : .....	8
3. La consultation prénatale recentrée [16] .....	15
4. Aspects cliniques de la CPN [16].....	18
IV- METHODOLOGIE .....	34
1-Cadre d'étude .....	34
2. Type et période d'étude :.....	42
3. Population d'étude :.....	42
4. Critère d'inclusion :.....	42
5. Critère de non inclusion : .....	42
6. L'échantillonnage :.....	42
7. Le recueil des données : .....	43
8. Supports des données .....	43
9. Saisie et analyse des données .....	43
10. Considérations éthiques.....	43
11. Définitions opérationnelles : .....	43
V- RESULTATS .....	48
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	64
V1- Caractéristiques sociodémographiques .....	64
VI.2- Caractéristiques des consultations prénatales.....	65
VI.3- Qualité des bilans prénatals .....	66
VI.5- Facteurs de risque .....	66
VI.6- Les paramètres de la consultation prénatale au 6 <sup>ème</sup> mois .....	66

VI.8- Caractéristiques de l'accouchement .....	67
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	69
Conclusion .....	69
Recommandations : .....	70
VIII. REFERENCES .....	72
ANNEXES .....	77
FICHE SIGNALETIQUE .....	80
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	82



# **INTRODUCTION**

## I- INTRODUCTION

La consultation prénatale (CPN) est un acte médical préventif permettant de dépister et de traiter d'éventuelles complications au cours de la grossesse. Elle permet en outre de dicter la voie d'accouchement [1]. A cet effet l'organisation mondiale de la santé et les gouvernements ont adopté la politique de la consultation prénatale (CPN) de qualité, les soins dispensés au cours de la grossesse et après l'accouchement [1].

L' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [2] recommande au moins 4 visites prénatales et 8 contacts, la première visite devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse [3].

Selon EDSM-VI au Mali, la proportion de femmes enceintes qui ont eu au moins 4 visites prénatales est de 43 %. Cette proportion plus élevée en milieu urbain (67 %) qu'en milieu rural (37 %). Rappelons qu'en milieu rural, 23 % des femmes n'ont effectué aucun suivi prénatal.

Par ailleurs, seulement 36 % des femmes ont effectué leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de la grossesse. Ce pourcentage s'établit à 54 % en milieu urbain contre 31 % en milieu rural [3].

Au Mali, 80 % des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des 5 années avant l'enquête ont reçu des soins prénatals, dispensés par du personnel de santé formé. Dans la majorité des cas (47 %), ce sont les infirmières/sages-femmes qui ont fourni ces soins prénatals et, dans une moindre mesure (6 %), ce sont les médecins. A l' opposé, 19 % des femmes n' ont reçu aucun soin prénatal. [3]

Le 10 décembre 1990 le Mali a adopté la politique sectorielle et communautaire de santé de la reproduction (création et opérationnalisation des structures de santé communautaire ainsi que le renforcement et la redynamisation des structures) [4].

Ensuite en 1994 il a adopté le concept de santé de la reproduction tel défini par la conférence internationale pour la population et le Développement (CIPD) dont « Les soins prénatals de qualité » en est l'une de ces composantes [5,6].

Il a été établi qu'un suivi médical de la grossesse permet de dépister et de traiter d'éventuelles complications, ainsi qu'une surveillance obstétricale contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Par conséquent toutes les femmes enceintes doivent bénéficier d'une surveillance prénatale et d'un suivi obstétrical de qualité [7].

La présente étude traitera moins le nombre de CPN mais plutôt la qualité des informations portées dans le carnet de santé de la mère et de l'enfant communément appelé <<carnet de CPN>>. Ainsi, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

# OBJECTIFS

## **II- OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Évaluer la qualité de tenue du carnet de consultations prénatales dans le district sanitaire de la commune V de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la proportion des femmes n'ayant pas fait de consultations prénatales ;
- Déterminer la proportion de bonne tenue des carnets de consultations prénatales ;
- Identifier les paramètres insuffisamment renseignés dans les carnets de consultations prénatales ;
- Faire des recommandations visant à combler les insuffisances identifiées.

# GENERALITES

### **III- GENERALITES**

#### **1. Historique de la consultation prénatale :**

La mise en place de programmes de santé publique destinés à améliorer la santé des femmes et des enfants a vu le jour en Europe vers la fin du XIXe siècle [7].

Avec le recul, les raisons de cette sollicitude dévoilent leur cynisme : à l'époque, les gouvernements voyaient dans la bonne santé des mères et des enfants un moyen de soutenir leurs ambitions économiques et politiques. Nombre de responsables politiques européens estimaient que la santé déficiente des enfants de leur nation sapait leurs aspirations culturelles et militaires [8].

Ce sentiment était particulièrement marqué en France et en Grande Bretagne qui avaient de la peine à recruter des hommes suffisamment valides, bons pour le service militaire. Dans les années 1890, les initiatives de précurseurs français tels que Léon Dufour (la goutte de lait), et Pierre Budin (la consultation des nourrissons) ont été une source d'inspiration pour les gouvernements.

Ces programmes constituaient un moyen scientifique convainquant d'avoir des enfants en bonne santé, susceptible de devenir des travailleurs productifs et des soldats robustes. Ces programmes pouvaient également s'appuyer de plus en plus sur les réformes sociales et les mouvements qualitatifs qui se faisaient toujours à l'époque.

C'est ainsi que tous les pays industrialisés et leurs colonies, de même que la Thaïlande et de nombreux pays d'Amérique latine, avaient mis en place dès le début du XXe siècle au moins un embryon de service de santé maternelle et infantile. La première guerre mondiale a accéléré le mouvement et voilà comment Joséphine Baker, alors responsable de la division de l'hygiène infantile de la ville de New York résumait les choses : (au risque d'être taxé d'insensibilité, on est bien obligé de dire que la guerre a constitué une rupture équivoque dans la situation des enfants) [9].

C'est après la seconde guerre mondiale que ces programmes ont véritablement commencée. À 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 proclamé par l'organisation des nations unies nouvellement créée leur a fixé l'obligation d'assurer une aide et une assistance spéciale aux mères et aux enfants. Cette question de la santé maternelle et infantile avait 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 a explicitement qualifié «de profondément enraciné dans le risque 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 » [10].

Au cours du XX<sup>ème</sup> 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.

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 par 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 [11-12].

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].

## **2. La consultation prénatale :**

### **2.1 Les objectifs de la CPN sont :**

- ✓ Faire le diagnostic de la grossesse ;
- ✓ Surveiller et promouvoir l'état de santé de la mère ;
- ✓ 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 ;
- ✓ Faire le pronostic de l'accouchement ;
- ✓ Eduquer et informer les mères.

**2.2 Calendrier de CPN :** Les normes et procédure pour la surveillance prénatale du Ministère de sante du Mali recommandent au moins 4 visites et 8 contacts au cours de la grossesse :

- ❖ **Premier trimestre : Une visite et un contact** (avant 12 SA pour diagnostiquer la grossesse et les facteurs de risques)
- ❖ **Deuxième trimestre : Une visite et deux contacts (20 SA et 26 SA) ;**
- ❖ **Troisième trimestre : Deux visites dont une au 9<sup>ème</sup> mois et cinq contacts (30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA, et 40 SA)** pour surveiller le développement du fœtus ainsi que l'état de la gestante, prendre en charge les complications de la grossesse et faire le pronostic de l'accouchement. [12-13].

### **Modèle OMS 2016 de soins prénatals [14]**

L'objectif du modèle OMS 2016 de soins prénatals est d'assurer aux femmes enceintes des soins respectueux, individualisés, centrés sur la personne à chaque contact, en mettant en œuvre des pratiques cliniques intégrées efficaces (interventions et tests), avec des praticiens possédant de bonnes compétences cliniques et relationnelles pour leur fournir des informations pertinentes et en

temps utile ainsi qu'un soutien psychologique et affectif, dans un système de santé qui fonctionne bien. Au vu des données montrant une augmentation de la mortalité périnatale lorsque la femme ne bénéficie que de quatre visites prénatales et qu'une augmentation du nombre de contacts prénatals, indépendamment du pays, est associée à une amélioration de la satisfaction maternelle, l'OMS **recommande un minimum de huit contacts** : cinq au troisième trimestre, un au premier trimestre et deux au deuxième trimestre (voir Tableau 1).

**TABLEAU I : modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016 [14]**

<b>Premier trimestre</b>
<b>Contact 1 : jusqu'à 12 semaines</b>
<b>Deuxième trimestre</b>
<b>Contact 2 : 20 semaines</b>
<b>Contact 3 : 26 semaines</b>
<b>Troisième trimestre</b>
<b>Contact 4 : 30 semaines</b>
<b>Contact 5 : 34 semaines</b>
<b>Contact 6 : 36 semaines</b>
<b>Contact 7 : 38 semaines</b>
<b>Contact 8 : 40 semaines</b>
<b>Revenir pour l'accouchement à 41 semaines si l'enfant n'est pas encore né.</b>
<b>Remarque : le traitement intermittent préventif du paludisme pendant la grossesse doit être débuté à environ 13 semaines.</b>

### 2.3 Matériel de CPN :

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant les droits de la gestante.

**Les matériels nécessaires sont [15] :**

- Une table de consultation gynécologique
- Une source lumineuse
- Un appareil à tension, un stéthoscope médical
- Une toise et une ne pèse personne
- Un mètre ruban
- Un stéthoscope obstétrical de pinard.
- Des spéculums
- Des gants stériles
- Le matériel pour réaliser un frottis vaginal, des Spatules d'Ayres
- Des lames fixatrices
- Des tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques
- Des verres à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite, Solutions anti septiques
- Un Sceau contenant une solution désinfectante



**Figure 1** : Table gynécologique



**Figure 2** : Appareil à tension + Stéthoscope



**Figure 3** : Table d'accouchement



**Figure 4** : Thermomètre électronique



**Figure 5** : Mètre ruban



**Figure 6** : Pèse-personne



**Figure 7** : Escabeau



**Figure 8** : Lampe d'éclairage



**Figure 9** : Stéthoscope de PINARD



**Figure 10** : Spéculum

### **Les activités préventives :**

- La vaccination anti tétanique ;
- Le dépistage du VIH ;
- La supplémentation martiale (fer) ;
- La prophylaxie anti-paludisme ;
- Moustiquaire imprégné d'insecticide à longue durée d'action.

### **2.4. Le bilan prénatal :**

#### **2.4 a) Les examens complémentaires indispensables sont :**

- ✧ Le groupe sanguin rhésus ;
- ✧ Le test d'Emmel et ou électrophorèse de l'Hémoglobine ;
- ✧ L'albuminurie/sucre(dans les urines) ; la glycosurie ; la glycémie ;
- ✧ Le Bordet Wassermann (BW) ;
- ✧ La numération formule sanguine (taux d'hémoglobine) ;
- ✧ Le test de VIH après counseling ;
- ✧ L'antigène HBS (recherche de l'hépatite B) ;
- ✧ Un examen de crachat BAAR à la recherche d'une tuberculose au besoin ;
- ✧ L'échographie pelvienne : nécessaire mais pas obligatoire

Il est recommandé de faire trois échographies ;

Une première échographie dite de diagnostic et de datation (avant la seizième semaine d'aménorrhée) ;

Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement de degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou égale à 95millimètres) cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

#### **2.3 b) 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) frottis mince (FM), l'examen cyto bactériologique des urines, le

prélèvement cervical, vaginal plus antibiogramme, la protéinurie de 24 heures le test de Coombs indirect, la radiographie du contenu utérin, la créatinémie etc.

La tendance actuelle de la politique sanitaire nationale propose la CPN recentrée pour l'amélioration de sa qualité [16].

### **3. La consultation prénatale recentrée [16]**

#### **3.1. 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.

#### **3.2 Principes de la CPN recentrée**

La détection et le traitement précoce des problèmes et complications.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine pyriméthamine.

La préparation à l'accouchement.

#### **3.3 Les étapes de la CPN recentrée**

##### **3.3.1 préparer la CPN**

Préparer le local, l'équipement et les fournitures nécessaires.

##### **3.3.2 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.



### **3.3.3 Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement**

Informez 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 obstétricaux ;

Rechercher les antécédents chirurgicaux ;

Demandez 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.

### **3.3.4 Procéder à l'examen :**

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

### **3.3.5 Demande des examens complémentaires.**

#### **A la première consultation :**

Demandez le groupe sanguin rhésus

Demandez le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)

Albumine / sucre dans les urines

Demandez le test de VIH après counseling

#### **Les autres consultations :**

**Demandez Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante.**

### **3.3.6 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 3 comprimés de sulfadoxine pyriméthamine soit 300 mg en prise unique, 2 prises au cours de la

grossesse, la 1ère prise après la 13ème semaine d'aménorrhée ou à un mois d'intervalle après perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.

- Prescrire le fer acide folique
- Donner des conseils sur l'hygiène alimentaire (la consommation d'œuf, de lait, de poisson, de viande, de feuilles vertes ...) l'hygiène de vie (repos, dormir sous moustiquaire imprégnée d'insecticide, éviter les excitants) et la planification familiale ;

### **3.3.7 Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :**

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

### **3.3.8 Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille :**

- Préciser un prestataire compétent
- Préciser le lieu d'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 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/vision trouble ; vertige, bourdonnement d'oreille
- Convulsion / Perte de conscience

- Douleurs de l'accouchement avant la 37<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée
- Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus
- Pertes ensanglantées
- Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

### **3.3.9 Donner le prochain rendez-vous :**

- Expliquer à la femme que la fréquence est de 4 visites et 8 contacts
- Insister sur le respect de la date du rendez-vous et la nécessité de revenir au besoin avec le carnet de grossesse.

### **3.3.10 Raccompagner la gestante après l'avoir remerciée**

### **3.3.11 Consultation Prénatale de suivi :**

En plus des gestes de la CPN initiale, rechercher 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 remerciée.

## **3.4. Prise en charges des pathologies et des complications.**

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

## **4. Aspects cliniques de la CPN [16]**

### **4.1. 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 échographiques ;
- Formuler des conseils.

#### **4.1.1- Diagnostic de la grossesse**

Le diagnostic de la grossesse même très précoce est généralement facile.

La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel trois sortes de

Conséquences :

- ✧ L'ovulation et la menstruation sont supprimées. Le cycle menstruel est remplacé par le cycle gravidique ;
- ✧ La présence de l'œuf entraîne des modifications générales de l'organisme maternel ;
- ✧ Le développement de l'œuf entraîne des modifications locales de l'utérus et des seins.

##### **4.1.1.1- Interrogatoire**

###### **L'aménorrhée**

Est le signe le plus constant, surtout chez une femme en période d'activité génitale généralement bien réglée. La gestante a souvent fait elle-même le diagnostic de grossesse, à condition que les règles aient été auparavant normales dans leur époque, leur durée, et leur aspect.

###### **Les signes sympathiques de la grossesse :**

Inconstants et variables, non spécifiques à type de : nausées, vomissements, hyper sialorrhée, tension mammaire, pollakiurie, des troubles du caractère (émotivité, irritabilité), troubles du sommeil, vertiges, malaises, une sensation de gonflement général.

#### 4.1.1.2- Examen clinique

##### 5.1.1.2.1- Inspection

#### Les modifications mammaires :

- ✧ Les seins augmentés de volume, tendus, sensibles ; les aréoles s'œdématisent et se pigmentent ;
- ✧ Les veines sous- cutanées dilatées forment le réseau de Haller ;
- ✧ Les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent.

#### Autres :

- ✧ Pigmentation générale (plus tardive) : taches sur le front, le visage, ligne brune abdominale ;
- ✧ Le gonflement général atteint les doigts, sur lesquels bagues ou alliance glissent plus difficilement ;
- ✧ Des varices peuvent apparaître aux membres inférieurs, surtout chez la multipare ;
- ✧ La vulve parfois se pigmente, se gonfle.

##### 4.1.1.2.2- Palpation abdominale

L'augmentation du volume de l'utérus n'est perçue que vers la 9<sup>ème</sup> 10<sup>ème</sup> SA, si la paroi est mince et souple.

En fait, le diagnostic est fait par l'examen pelvien réalisé, vessie et rectum vides sur table gynécologique.

##### 4.1.1.2.3- Examen au spéculum

Il précède le toucher vaginal. Il visualise l'aspect du col qui est violacé, avec une glaire coagulée. Il n'y a pas de glaire cervicale filante dont l'observation doit faire douter du diagnostic de grossesse. Les prélèvements à visée cytologique ou infectieuse seront pratiqués à ce moment-là si nécessaire.

##### 4.1.1.2.4- Le toucher combiner au palper [16] (figure 1)



**Figure 11** : Toucher combiné au palper abdominal. R. Merger, J. Levy, J. Melchior [17].

C'est le mode d'exploration essentiel ; il permet de recueillir les signes les plus sûrs. La vessie étant vide, l'abdomen bien dégagé et détendu, le toucher explore :

**Le col :**

Le toucher vaginal objective le ramollissement cervical qui est un élément mineur de diagnostic, à cause de son inconstance, de sa difficulté d'appréciation et de ses causes d'erreur.

Le ramollissement débute au pourtour de l'orifice, puis gagne le col tout entier. Ferme comme le nez avant la grossesse, il deviendra mou comme la lèvre (**Tarnier**).

**Le corps :**

Là est la clé du diagnostic. Les changements portent sur :

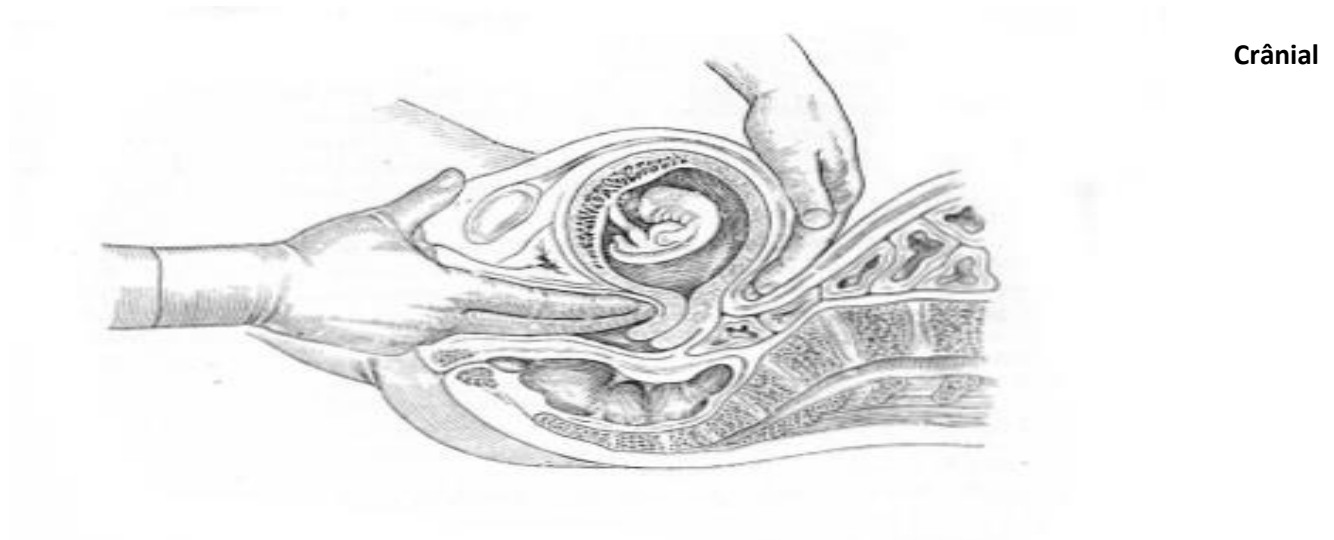
**Le volume** : il est augmenté, c'est le 2<sup>ème</sup> signe cardinal, mais il ne peut guère être affirmé au plus tôt avant un mois de grossesse (**6SA**). La main abdominale perçoit le fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne.

A trois mois, le fond utérin est à égale distance de la symphyse et de l'ombilic ; il atteint l'ombilic à quatre mois et demi.

**La forme** : l'utérus gravide change de forme. Avant la grossesse, il est piriforme, aux angles arrondis, moins épais qu'il n'est large. Gravide, il devient globuleux. Le doigt qui suit le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, butte contre le pourtour évasé de l'utérus (**signe de Noble**).

**La consistance** : l'utérus gravide est classiquement ramolli. Le ramollissement commence au niveau de l'isthme vers la fin de la 8<sup>ème</sup> SA ; les doigts vaginaux

placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps paraît au-dessus de cette charnière, comme détaché du col, et pourrait même être pris pour une masse indépendante [16]. (Signe de Hégar : voir figure 2). Ce signe n'est facilement observé que chez les femmes minces et doit être recherché sans brutalité.



**Figure 12** : Signe de Hégar, R. Merger, J. Levy, J. Melchior [17].

**La position** : en raison du ramollissement de l'isthme, l'antéflexion du corps sur le col s'exagère. Beaucoup plus rarement, pour la même raison, le corps peut tomber en rétro version.

Ainsi, le toucher vaginal combiné au palper abdominal permettra d'observer un utérus augmenté de volume, mou et globuleux.

En somme, l'arrêt des règles chez une jeune femme doit éveiller immédiatement l'idée de grossesse. La confirmation en est donnée par la perception au toucher vaginal d'un gros utérus mou et globuleux.

#### **4.1.2- Détermination du terme :**

Elle se fait initialement à l'interrogatoire dans les cas simples. Dans les autres cas, elle nécessite une échographie de datation.

#### **4.1.3- Evaluation du terrain et des facteurs de risques :**

Cette évaluation capitale permettra d'apprécier les risques, la pathologie et donc de prendre les mesures nécessaires. Elle doit donc être faite au cours du premier trimestre.

Ainsi, le premier examen prénatal est une étape essentielle pour le dépistage et pour l'organisation de la surveillance en fonction des risques.

### **Recherche d'antécédents obstétricaux :**

Leur étude est capitale chez la femme enceinte non primigeste. Ils doivent être recherchés pour déceler une cause qui peut être source de récurrence pour la grossesse actuelle. C'est ainsi que certains antécédents obstétricaux exposent à des risques potentiels : [19].

- Avortement spontané d'âge gestationnel inférieur à **12 SA** expose aux récurrences.
- Avortement spontané d'âge gestationnel supérieur à **16 SA** expose aux récurrences, et à l'accouchement prématuré.
- Avortements à répétition exposent aux récurrences (**30%**), au retard de croissance intra utérin, et à l'accouchement prématuré.
- L'accouchement prématuré expose aux récurrences (risque doublé ou triplé).
- L'allo - immunisation Rhésus expose aux récurrences, et à la mort fœtale in utero.
- La macrosomie expose au risque de récurrences, et au diabète gestationnel.
- Anomalies chromosomiques exposent aux récurrences, et à la trisomie 21.
- Le retard de croissance intra utérin expose au risque de récurrences.
- Pour chaque grossesse, il faudra faire préciser :
  - Le nombre de grossesses antérieures ;
  - Le déroulement des grossesses antérieures ;
  - Le terme de l'accouchement prématuré et grossesse prolongée ;
  - Terme et mode d'accouchement des précédentes grossesses, avec leurs éventuelles complications (HTA, diabète...)



- La durée de l'accouchement si cet accouchement s'est produit par voie basse ;
- L'indication si l'accouchement a eu lieu par césarienne ;
- L'état et le poids de l'enfant à la naissance ;
- Les suites néonatales précoces ou tardives ;
- Le mode d'allaitement.

**Recherche d'antécédents gynécologiques :**

- Caractères du cycle menstruel avant la grossesse actuelle ;
- Date du dernier frottis vaginal et son résultat ;
- Notion de stérilité, de contraception ;
- Antécédents infectieux pelviens ;
- Pathologie tubaire connue ;
- Endométriose ;

L'étude du cycle permet de dire si le calcul classique de l'âge gestationnel peut être précis ou s'il faut faire des examens particuliers pour le déterminer. Les grossesses survenant après une stérilité seront surveillées tout particulièrement au cours du premier trimestre. Le renforcement de la surveillance prénatale à cette période diminue le taux d'avortements [17].

**Recherche d'anomalies à caractères héréditaires :**

- HTA ;
- Malformations ;
- Diabète ;
- Anomalies génétiques ou chromosomiques connues.

**Recherche d'antécédents pathologiques :**

Une étude de la pathologie médico-chirurgicale est nécessaire afin de prendre les mesures préventives ou thérapeutiques que demande l'état gravidique.

**Autres facteurs de risque de grossesse pathologique :**

Le médecin précisera :

- L'âge ;
- La situation familiale (statut matrimonial) ;
- La profession exercée par la mère et les conditions de travail (nature, intensité et horaires de travail ; distance parcourue et moyen de transport utilisé pour s'y rendre) ;
- Les habitudes alimentaires (tabac, alcool, drogues, ration alimentaire) ;
- Les conditions socio - économiques ;
- Et les facteurs psychologiques.

Tous ces renseignements lui permettent de se faire une idée très précise des conditions dans lesquelles se déroulera la grossesse.

Au terme d'un interrogatoire bien conduit, de nombreux facteurs de risques peuvent être identifiés.

#### **4.1.4- Examen physique**

##### **4.1.4.1- Examen général**

✧ **La mesure de la taille** : selon la littérature, une petite taille inférieure à 1,50m est un risque de dystocie [17]. Ces dystocies surtout d'origine mécanique sont à la base de 20 à 30% des cas de césariennes [36].

✧ **La mesure du poids** : dont la courbe devra être suivie régulièrement jusqu'au terme. La prise de poids doit être régulière ; elle est de l'ordre de 1kg par mois, allant de 5 à 12kg selon le poids de départ.

✧ **Etude du squelette** par l'examen de la femme debout, puis de la femme marchante, à la recherche d'une éventuelle boiterie.

✧ **La prise de la tension artérielle** : elle sera minutieuse, par méthode auscultatoire, en position couchée puis assise, aux deux bras. Elle doit toujours rester inférieure à 140- 90mm Hg.

✧ **Auscultation cardio-pulmonaire systématique** : étude de la fréquence cardiaque, détection des anomalies (souffles...).

✧ **Examen de l'abdomen** à la recherche d'une cicatrice

- ✧ **Examen systématique des membres inférieurs** à la recherche notamment des varices ; vérification de l'état des veines afin de prévenir tout risque de phlébite.

#### 4.1.4.2- Examen obstétrical

- ✧ **Examen des seins** : la palpation doit être systématique à la recherche d'une tumeur, d'adénopathies au niveau du creux axillaire.
- ✧ La palpation de l'hypogastre est souvent non informative jusqu'à **12 SA**. Après, elle permet de percevoir l'utérus sous la forme d'un globe sus pubien ferme, régulier et indolore.
- ✧ **La recherche des battements cardiaques fœtaux** : elle se fait à l'aide d'un appareil à effet Doppler. Elle est positive à partir de **10-11 SA**.
- ✧ **L'examen au spéculum** : il visualise l'aspect du col normalement violacé, avec une glaire coagulée. L'orifice externe est punctiforme chez la primipare et allongé transversalement chez la multipare.
- ✧ **Le toucher vaginal** permet :
  - De percevoir le col utérin, normalement sous la forme d'un col de
  - 3cm de longueur, de consistance ferme chez la primipare, et parfois déhiscent chez la multipare et dont l'orifice interne doit toujours être Fermé ;
  - D'apprécier la taille de l'utérus ;
  - De palper les culs de sacs latéraux à la recherche d'une pathologie annexielle (fibrome, kyste de l'ovaire...).

#### 4.1.5- Examens complémentaires

##### 4.1.5.1- Examens obligatoires :

On doit prescrire :

- **Groupage sanguin avec phénotype (ABO Rhésus complet et Kell) ;**  
Pour toute patiente rhésus négatif, la recherche d'agglutinines irrégulières doit être systématique à chaque visite prénatale obligatoire.
- Si la femme est rhésus positif (D), recherche d'anticorps irréguliers au 3<sup>ème</sup> mois, et entre 32 et 34 SA.

- **La sérologie de la rubéole**, doit être prescrite en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise. Elle est inutile chez les femmes vaccinées.
- **La sérologie de la toxoplasmose** si elle était négative avant, à répéter dans ce cas toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à l'accouchement.
- **La sérologie de la syphilis (TPHA, VDRL).**
- L'examen des urines, recherchant une protéinurie et une glycosurie

#### **4.1.5.2- Examens conseillés et utiles :**

- **Le frottis cervico-vaginal** : il sera effectué chez toute femme ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier afin de dépister un éventuel cancer du col.
- **La numération formule sanguine (NFS)** : elle permet de dépister précocement une anémie qui sera corrigée par la prescription de fer et d'acide folique.
- **La sérologie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** : n'est pas obligatoire aujourd'hui, mais doit être conseillée notamment chez les patientes appartenant à un groupe à risque.
- **L'échographie** : elle permet de préciser le siège et le caractère évolutif de la grossesse, le nombre d'embryons, l'âge gestationnel et de déterminer précocement certaines malformations fœtales. Elle doit être prescrite dans tous les cas où la date des dernières règles n'est pas connue de façon très précise, si celles-ci étaient modifiées ou s'il existe une irrégularité menstruelle.

#### **4.1.6- Organiser la suite de la surveillance**

La fréquence des consultations est mensuelle à partir du quatrième mois de grossesse. Cette fréquence peut être augmentée en fonction des pathologies ou des facteurs de risque.

#### **4.1.7- Conseils**

C'est un des temps les plus importants et parfois le plus long de la consultation ;

**Nutrition :**

Une alimentation équilibrée, riche en calcium, légumes frais et fruits est conseillée.

L'eau est la seule boisson vraiment utile ; un apport quotidien d'un litre et demi d'eau sous forme d'eau du robinet, d'eau de source, ou de préférence d'eau minérale faiblement minéralisée est indispensable.

En cas de non immunisation contre la toxoplasmose, il est conseillé :

- d'éviter tout contact avec les chats et leurs excréments,
- de bien laver les fruits et légumes,
- de bien cuire la viande.

**La suppression de l'alcool et surtout du tabac est impérative.**

La suppression de fromage à pâte molle au lait cru, afin de prévenir le risque de listériose.

**Activité physique, sport :**

Il est souhaitable de garder une activité physique et une activité sportive si elle n'est pas trop violente.

Sont recommandés : la marche, la natation, la gymnastique, le vélo dans les six premiers mois.

Sont déconseillés : le jogging, le tennis, l'équitation, l'escrime, l'athlétisme, le basket Ball et autres sports collectifs (foot Ball, hand Ball etc.), les sports de combat et tout sport de compétition après **12 SA**.

Les rapports sexuels sans excès ne comportent aucun danger.

**Le travail :**

C'est la pénibilité des trajets, la durée de l'horaire, le travail associé à la charge familiale et non le travail lui-même qui sont dangereux pour la grossesse.

Le repos est vivement conseillé notamment par des siestes l'après-midi.

**Voyage :**

Ils créent un risque d'accouchement prématuré du fait du déplacement lui-même, de l'environnement et de la fatigue induite.

Les déplacements supérieurs à 300km, ou à 3 heures de voiture ne doivent pas être autorisés. Il faut préférer le train pour les voyages longs (train auto couchettes par exemple).

Le port de la ceinture de sécurité est vivement recommandé, y compris pour les petits trajets et même à l'arrière.

L'avion n'est pas contre indiqué si le voyage est inférieur à 2 heures, sauf au-delà de **32 SA**.

### **Les médicaments :**

Toute médication qui n'est pas formellement justifiée est à prohiber, notamment au premier trimestre de la grossesse.

L'automédication doit être formellement interdite.

### **Système dentaire et digestif :**

La grossesse accélère l'évolution des caries dentaires ; il faut contrôler l'état dentaire au début de la grossesse. Le brossage des dents est fait deux fois par jour par brosse douce, car les gencives sont plus fragiles.

Tout traitement dentaire doit être fait. Il faut se méfier des anesthésies locales ; ne pas employer d'adrénaline en raison du risque de poussée hypertensive.

La constipation est fréquente. Une consommation quotidienne de 300 à 400grammes de légumes et fruits crus suffit à assurer un transit régulier chez la majorité des femmes.

### **Hygiène corporelle :**

On ne doit pas utiliser de savons acides désinfectants (favorisant l'apparition des mycoses), pour l'hygiène intime : préférer un savon alcalin, sans additif, colorant ou parfum [17].

« Le savon de Marseille » est bien toléré.

### **Les soins :**

Il est classique de « préparer » les bouts des seins pour l'allaitement (Solution alcool- glycérine à part égale après la toilette).

#### **4.2. La surveillance pendant la grossesse :**

À ce stade de la grossesse, le médecin et la sage-femme ont un rôle essentiel de surveillance et de prévention.

##### **Objectifs :**

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse par les examens cliniques, biologiques et échographiques ;
- Confirmer que « tout se passe bien », que le couple vit bien la grossesse ;
- Prendre les mesures adéquates le plus tôt possible en cas d'anomalies.

##### **4.2.1- L'interrogatoire :**

À chaque examen prénatal, il est indispensable de s'enquérir d'éventuels phénomènes pathologiques survenus depuis la précédente consultation, qu'ils aient ou non motivés un examen médical ou thérapeutique.

Les signes sympathiques, lorsqu'ils existaient, ont disparu, sauf parfois le ptyalisme, le pyrosis.

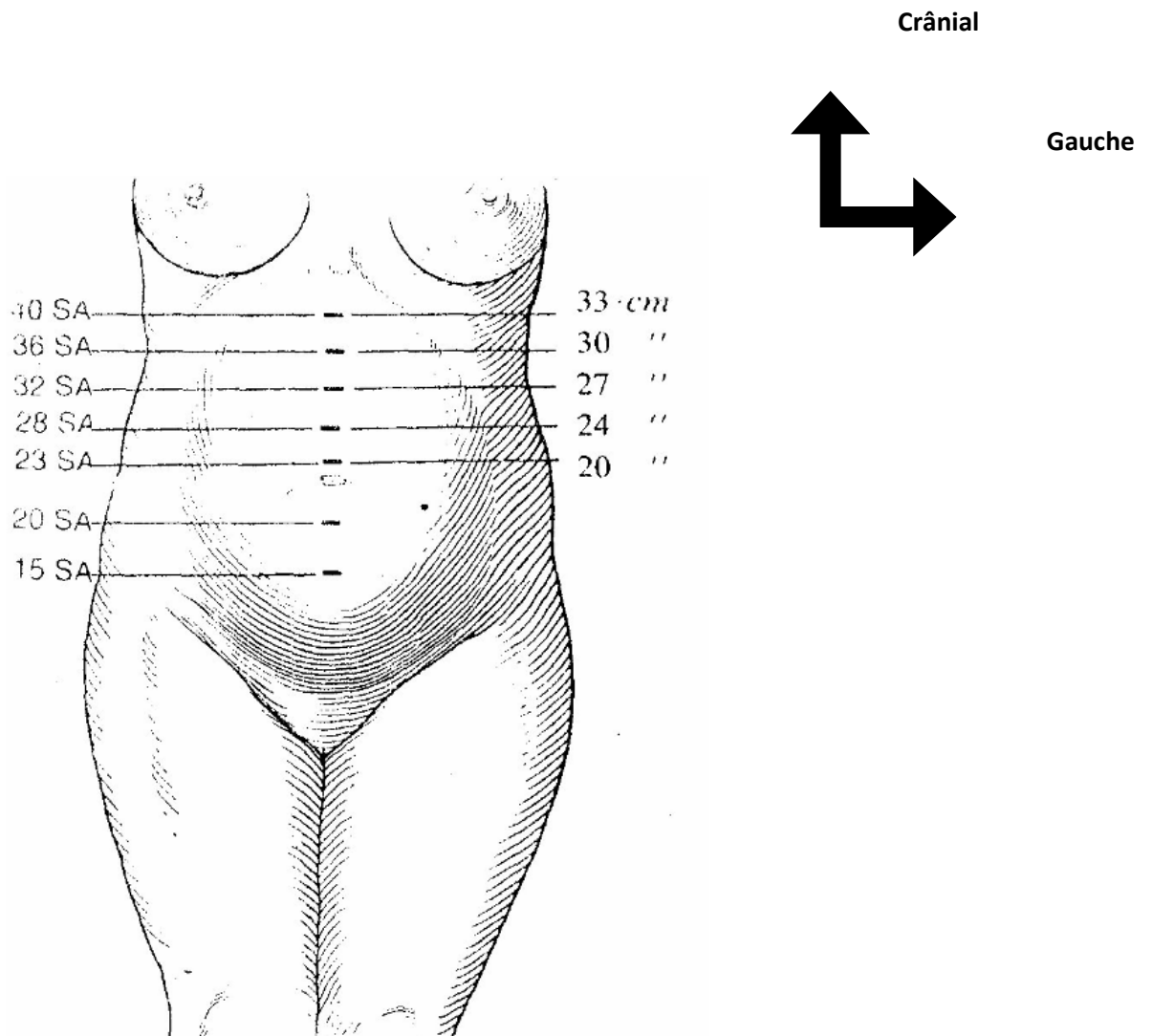
- vers 22 SA (4 mois et demi) lors de la première grossesse, plus tôt pour les suivantes, la femme perçoit les BDCF.

**Mesure de la pression artérielle :** L'association HTA et grossesse est toujours potentiellement grave : les troubles lésionnels de la grossesse sont l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale [18].

##### **La hauteur utérine et le périmètre ombilical :**

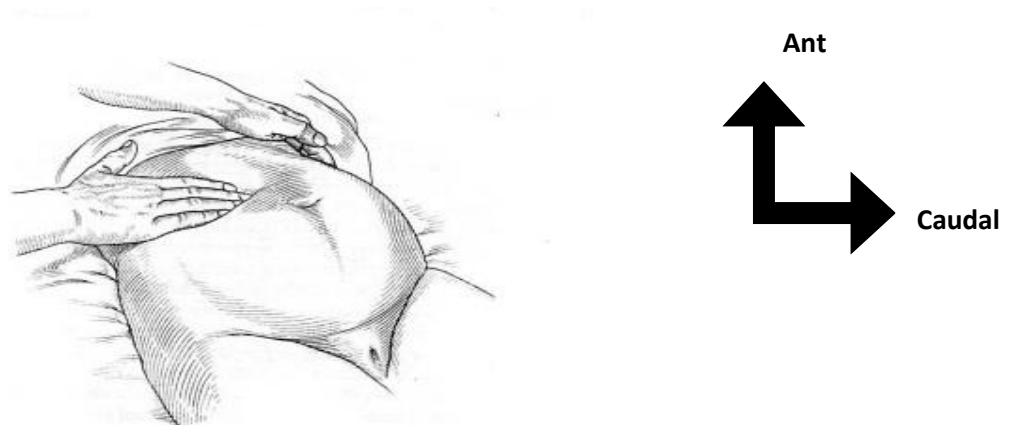
Ils seront mesurés avec précision avec un mètre ruban.

La hauteur utérine est mesurée du bord supérieur de la symphyse pubienne au fond utérin en suivant l'axe de l'utérus. Elle augmente de 4cm par mois, sauf les 8e et 9e mois où elle augmente de 2cm par mois.



**Figure 13** : Variation de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel. R. Merger, J. Levy, J. Melchior [17].

**La palpation abdominale** : Elle repère la présentation, sommet ou siège. Elle permet aussi de repérer le moignon de l'épaule et le lieu de l'auscultation. Elle s'assure du relâchement de l'utérus.





**Figure 14** : palpation du fond utérin, R. Merger, J. Levy, J. Melchior [17].



**Figure 15** : palpation des faces latérales de l'utérus  
Fomba D D [16].

#### **Auscultation des bruits du cœur foetal :**

Elle se fait à l'aide d'un stéthoscope obstétrical. Les bruits du cœur foetal seront chronométrés ; leur fréquence normale se situe entre 120 et 160 battements par minute.

#### **Le toucher vaginal :**

C'est un temps essentiel ; c'est en effet au deuxième trimestre que peuvent déjà survenir des menaces d'interruption de grossesse par béance du col.

Le toucher vaginal étudie le col utérin avec minutie et précision.

On notera :

- La topographie du col, sa longueur, le degré d'ouverture de ses deux orifices, et sa consistance ;
- La hauteur de la présentation, sollicitant ou non le col ;
- L'existence d'un segment inférieur têt formé, mince.

#### **4.3. L'examen clinique obstétrical en fin de grossesse :**

Cette consultation doit être réalisée par l'équipe obstétricale qui effectuera l'accouchement. Elle a pour but :

- De déterminer le mode d'accouchement et le pronostic obstétrical : poids maternel, présentation du fœtus, examen clinique du bassin, recherche d'une disproportion fœto-pelvienne, d'un obstacle prævia ;
- De poser l'indication éventuelle d'un accouchement programmé avant terme, d'une césarienne, ou d'accepter la voie basse ;
- De prévoir une consultation anesthésique, si on envisage une césarienne, une anesthésie péridurale.

## **IV- METHODOLOGIE**

### **1-Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

- Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.
- Douze (12) centres de santé communautaire (CSCoM).
- Un centre confessionnel à Kalabancoura (ASACORAK : Association de Santé Confessionnelle Rama de Kalabancoura).
- Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.
- De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

#### **1.1. Présentation de la Commune V**

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier- Mali. Le quartier mali est l'un des huit quartiers qui constitue la Commune V du District de Bamako. Elle couvre une superficie de 41km<sup>2</sup>. Elle est limitée au Nord par le fleuve Niger, au Sud par la zone aéroportuaire de la Commune de Kalabancoura (Kati), à l'Est par la Commune VI et le fleuve Niger. Les huit quartiers qui composent la commune V sont : Sema I, Badalabougou, Torokorobougou, Quartier Mali, Bacodjicoroni, Sabalibougou, Kalabancoura et Daoudabougou. Le Centre de Santé de Référence de la Commune V fut créé en 1982 avec comme appellation Service Socio Sanitaire de la Commune V (en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé dans chaque commune du district de Bamako, le CS Réf de la commune V fut créé pour assurer les activités courantes avec un plateau minimal.

Il fut créé aussi dans le cadre de la Politique Sectorielle de Santé et de Population ; et conformément au Plan de Développement Socio Sanitaire des Communes (PDSC).

C'est ainsi que la carte sanitaire de la Commune V a été élaborée en plusieurs aires de Santé c'est-à-dire la création de 12 CSCom (Centre de Santé Communautaire) et 1 Centre de Santé Confessionnel. Sur les 13 Aires de Santé, 12 CSCom sont fonctionnels. A ces différentes aires de santé s'ajoute le Centre de Santé de référence. Il faut noter que 2 CSCom sont en voie d'ouverture.

Toujours dans le cadre de la Politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé. Ceci a été couronné de succès grâce à l'équipement du Bloc Opérateur. C'est ainsi que le CS Réf de la commune V fut nommé Centre Pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako. De nos jours, le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf CV) est composé d'unités et de sections qui sont :

#### **Les unités**

- Gynéco-Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Laboratoire / Pharmacie ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC);
- Rhumatologie ;
- Cardiologie ;
- Gastroentérologie ;
- Chirurgie ;
- Endocrinologie ;
- Dermatologie.

- Dépistage du cancer de col de l'utérus
- Urgences Gynécologiques et Obstétricales

**Sections :**

- Bloc Opératoire /Anesthésie ;
- Hospitalisation (Bloc Opératoire) ;
- Imagerie Médicale ;
- Médecine Générale ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Ressources Humaines ;
- Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Brigade d'Hygiène ;
- Néonatalogie ;
- Pédiatrie Générale ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;
- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Consultation Prénatale (CPN) ;
- Nutrition ;
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Gynécologie ;
- Soins Après Avortement (SAA) ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Planification Familiale (PF) ;

- One Stop Center.
- Laboratoire de compétence

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500travailleurs dont plus de 200 affectés dans les CSCom. Le Personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastro-entérologue) ;
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones
- Filles de Salle
- Administration:(Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie, Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens.)

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;

- Les contractuels sur les Ressources PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relèvent de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

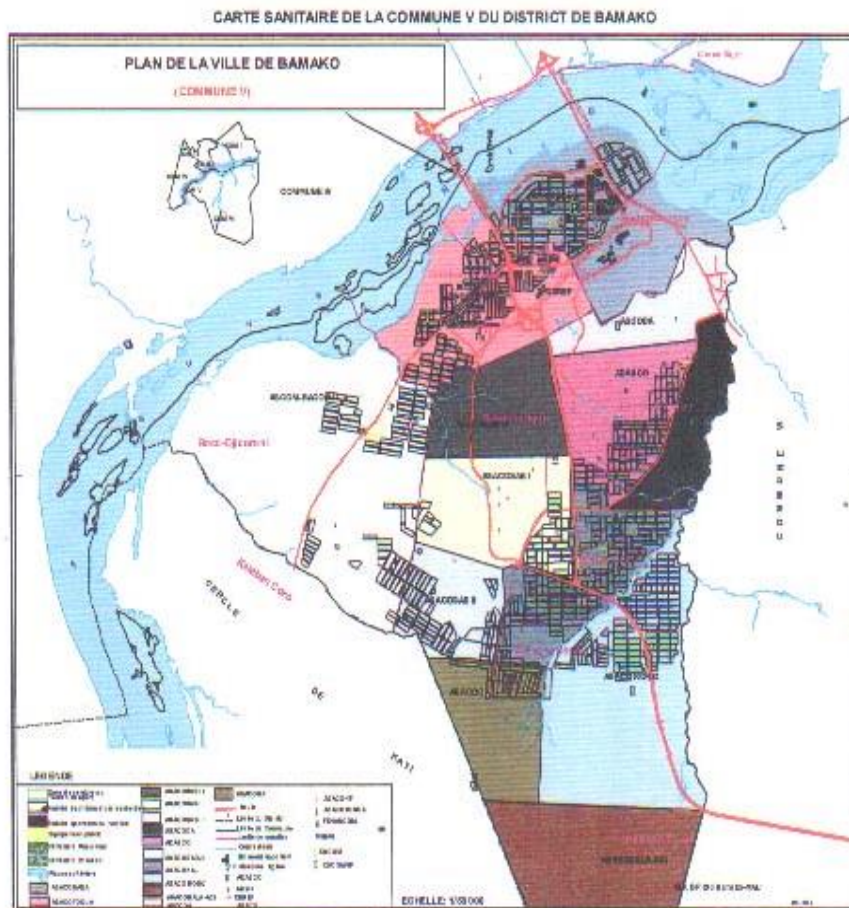
En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ciwara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques.

En 1999 le Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu un diplôme honorifique du Ministère de la promotion Féminine de la Famille et de l'Enfant.

**Les Organes de gestion sont :**

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président
- Le comité de gestion



**Figure 16** : Carte sanitaire de la Commune V du District de Bamako  
**Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :**

Il comporte :

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale (CPN),
- Unité de grossesse pathologique.
- Une unité de PTME(Prévention de la Transmission Mère Enfant)
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)



- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d’hospitalisations de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important Person) ou salle unique d’un lit avec commodité
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l’utérus,
- Un laboratoire de compétence,
- Unité de One Stop Center

○ **Le Personnel du service de gynécologie obstétrique** : Il comporte :

Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d’Obstétrique :

- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse
- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d’état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d’ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.

- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

## **1.2. Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

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

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;

- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d’ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d’accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d’un stock de sang et d’un kit de médicaments d’urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

## **2. Type et période d’étude :**

Il s’agissait d’une étude transversale prospective et descriptive allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Mars 2020 soit 3mois.

## **3. Population d’étude :**

La population d’étude était constituée de patientes ayant accouché dans le service durant la période d’étude.

## **4. Critère d’inclusion :**

Nous avons inclus dans cette étude, toutes les patientes ayant accouché dans le service, munies d’un carnet de santé de la mère et de l’enfant (carnet de consultation prénatale).

## **5. Critère de non inclusion :**

N’ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes les patientes ayant accouché dans le service, non munies de carnet de santé de la mère et de l’enfant (carnet de consultation prénatale).
- Toutes les patientes munies de fiches personnelles (petites cartes vertes).

## **6. L’échantillonnage :**

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les patientes munies d’un carnet de santé de la mère et de l’enfant (carnet de consultation prénatale).

## 7. Le recueil des données :

Les données ont été recueillies sur une d'enquête préétablie à partir du carnet de consultation prénatale, homologué par le ministère de la santé du Mali.

Pour supplément d'information, un interrogatoire a été mémé auprès des patientes

## 8. Supports des données

Les documents suivants ont servi de supports des données :

- Carnet de CPN ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de références / évacuations ;
- Registre de compte rendu opératoire

## 9. Saisie et analyse des données

- La saisie des données a été faite à partir du logiciel Word 2010 et Excel 2010.
- L'analyse des données a été faite sur le logiciel SPSS version 22.0
- Le test statistique utilisé a été le P-Value, qui a été considéré comme statistiquement significatif pour une valeur  $< 5\%$  (0,05).

## 10. Considérations éthiques

Les données ont été analysées dans le strict respect de l'anonymat et la confidentialité.

## 11. Définitions opérationnelles :

- **L'évaluation** : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.
- **Procédures** : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.
- **Normes** : ce sont des outils, voir des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue de garantir la qualité et l'efficience.

- **Grossesse** : est l'état qui commence lors de la fusion du spermatozoïde avec l'ovule et prend fin avec l'expulsion ou l'extraction du produit de conception.
- **Grossesse à haut risque** : c'est une grossesse comportant un ou plusieurs facteurs de risques. Elle entraîne un risque élevé soit pour la mère soit pour le fœtus, vital ou non, pouvant se manifester pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement.
- **Un facteur de risque** : Pendant la grossesse est une caractéristique qui lorsqu'elle est présente ; indique que cette grossesse a un risque d'être compliquée
- **Gestité** : nombre total de grossesses contractées par une femme
- **Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.
- **Pauci geste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.
- **Multi geste** : c'est une femme qui est à sa quatrième, cinquième ou sixième grossesse.
- **Grande multi geste** : il s'agit d'une femme qui a fait sept grossesses ou plus.
- **Parité** : nombre total d'accouchements d'une femme.
- **Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouché une fois.
- **Pauci pare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre, cinq ou six fois.
- **Grande multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché sept fois ou plus.
- **Travail d'accouchement** : c'est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques, qui aboutissent à l'expulsion d'un ou de plusieurs fœtus et des annexes embryonnaires hors de la voie génitale femelle à l'époque du terme de la gestation.

- **Accouchement normal à terme** : naissance entre **37-42 SA** d'un enfant immédiatement bien portant, avec un retentissement maternel et fœtal minimal.
- **Accouchement prématuré** : est ceux lui qui survient entre la 28<sup>ème</sup> SA (=20<sup>ème</sup> semaine de gestation) et la 36<sup>ème</sup> SA et **6 jours** (=34<sup>ème</sup> semaine de gestation et 6 jours).
- **Accouchement post-terme** : l'accouchement qui se produit après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire après la fin de la 42<sup>ème</sup> SA révolue (=après la fin de la 40<sup>ème</sup> semaine révolue de gestation) ; donc c'est un accouchement qui se produit à partir du début de la 43<sup>ème</sup> SA (=début de la 41<sup>ème</sup> semaine de gestation).
- **Avortement tardif** : interruption de la grossesse entre **24 et 28<sup>ème</sup> SA** de façon volontaire ou involontaire.
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS, c'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son issue, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle ni fortuite.
- **Taux de mortalité maternelle** : c'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, parfois exprimé pour 100.000 femmes en âge de procréer.
- **Naissance vivante** : c'est tout produit de conception expulsée ou extrait complètement de la mère, sans notion d'âge gestationnel, mais qui, après séparation de la mère, respire ou présente tout autre signe de la vie, tel que battements cardiaques, pulsations du cordon ombilical ou mouvement défini des muscles volontaires.
- **La mortinatalité** : Parfois appelée mort naissance, est la naissance d'un fœtus mort après 24 semaines de grossesse.

Lorsque le fœtus est mort ou expulsé avant 24 semaines de grossesse, il ne s'agit pas d'une mort naissance, mais d'un avortement ou d'une fausse couche au sens épidémiologique et non pas médical.

- **La mortalité néonatale** : Correspond au décès des enfants entre la naissance et jusqu'à de 28 jours de vie. On distingue :
- **La mortalité néonatale précoce** : pour les décès durant la 1<sup>ère</sup> semaine de naissance,
- **La mortalité néonatale tardive** : pour ceux des trois semaines suivantes.
- **La qualité** : Selon **Donabedian** « La qualité signifie de bons soins techniques, avec de bonnes relations interpersonnelles, et des locaux adéquats et confortables ».

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (selon les normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question, et susceptible d'avoir un impact sur la mortalité, les invalidités et la malnutrition.

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

# RESULTATS



## V- RESULTATS

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 1 111 accouchements dont 222 n'ayant fait aucune consultation prénatale soit 19,98%.

Sur les 889 (80,01%) patientes ayant fait la CPN, seules 300(27%) avaient le carnet de santé mère-enfant (carnet de CPN). Les 589(53,01%) autres disposaient de fiches personnelles qui n'étaient pas suffisamment renseignées.

Notre étude a donc porté sur ces 300 patientes soit 27%.

**Tableau II** : Répartition des patientes selon l'âge

<b>Tranche d'âge (année)</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 19 ans	47	15,7
20-34 ans	200	66,7
35- 45 ans	53	17,6
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

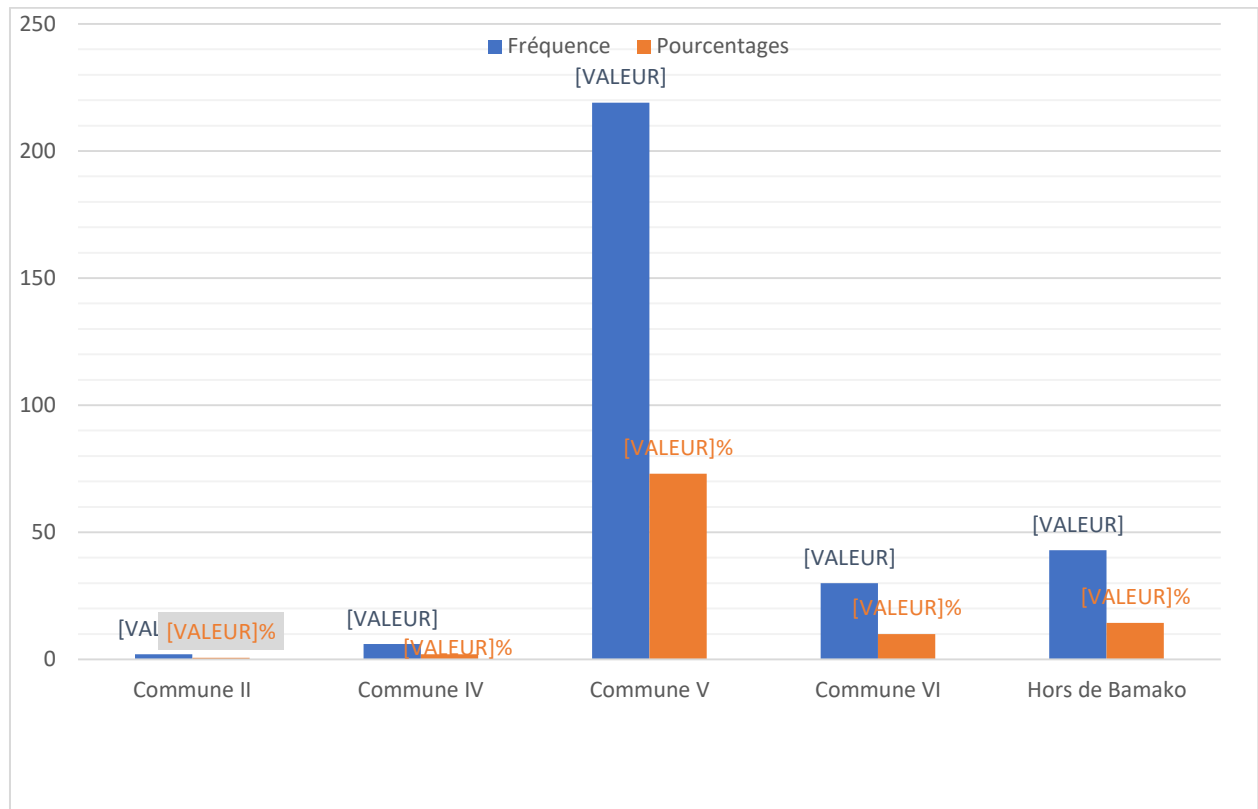
La moyenne d'âge était de  $27,6 \pm 6.8$  ans avec les extrêmes d'âge de 14 ans et 45ans. La tranche d'âge entre 20 ans - 34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66,67%.

**Tableau III** : Répartition des patientes selon la profession

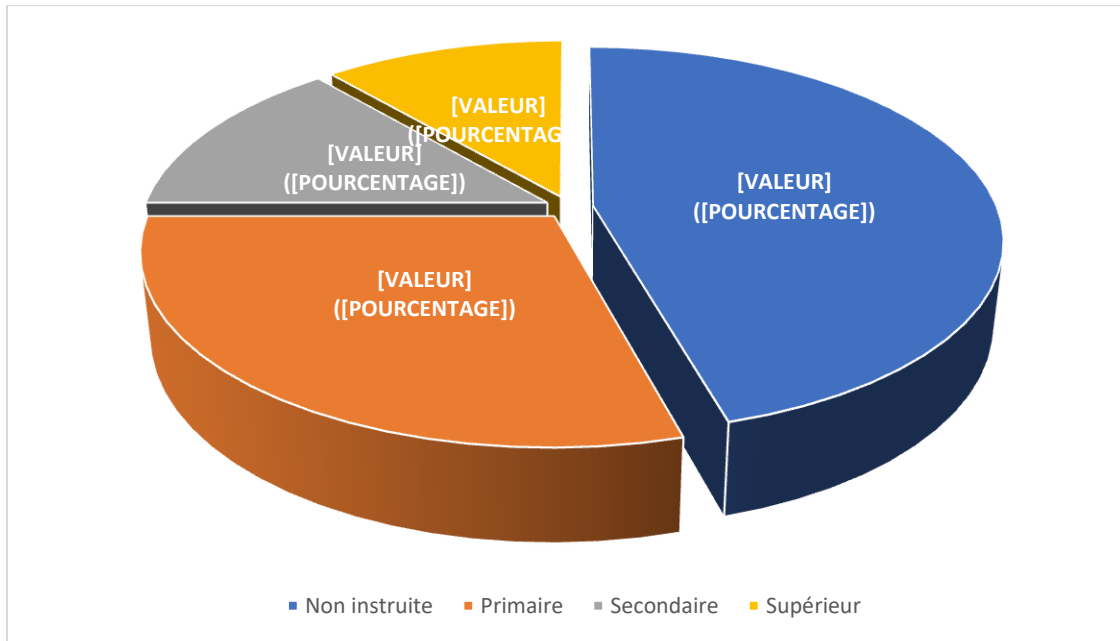
<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Ménagère	233	77,7
Commerçante	38	12,6
Élève/Étudiante	29	09,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la parité

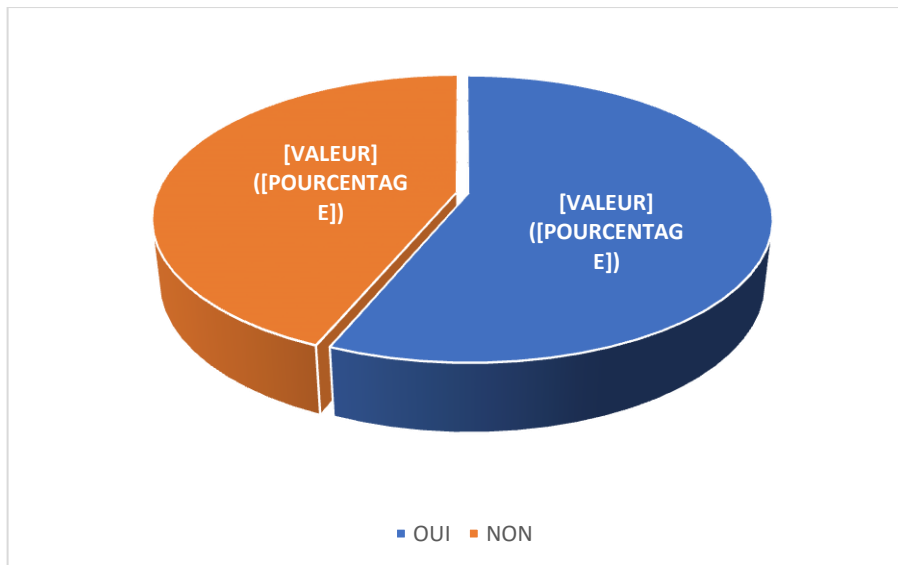
Parité	Effectifs	Pourcentage %
Primipare	79	26,3
<b>Pauci pare</b>	<b>104</b>	<b>34,7</b>
Multipare	117	39
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>



**Figure 17** : Répartition des patientes selon la provenance



**Figure 18** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction



**Figure 19** : Répartition des patientes selon que la partie identité de la patiente soit complètement renseignée ou non

**Tableau V** : Répartition des patientes selon les antécédents renseignés dans le carnet

Antécédents	Carnet renseigné			
	Oui	(%)	Non	(%)
Renseignements sur grossesses antérieures	289	96,3	11	3,7
Obstétricaux	287	95,7	13	4,3
Médicaux	272	90,7	28	9,3
Chirurgicaux	266	88,7	34	11,3
Gynécologiques	137	45,7	16	54,3

Dans la plupart des cas les antécédents n'étaient pas mentionnés dans le carnet.

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le nombre des CPN par mois en fonction des différents contacts de l'OMS

Visites (par Mois)	Contacts	Effectifs	Pourcentage %
1 <sup>ère</sup> visite	Contact 1	238	79,3
2 <sup>ème</sup> visite	Contact 2	123	41,0
2 <sup>ème</sup> visite	Contact 3	117	39,0
3 <sup>ème</sup> visite	Contact 4	216	72,0
3 <sup>ème</sup> visite	Contact 5	103	34,3
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 6	202	67,3
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 7	221	73,7
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 8	0	00

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le nombre des CPN effectuées

Visites (par Mois)	Effectifs	Pourcentage %
1	17	05,7
2	22	07,3
3	45	15,0
≥ 4 CPN	<b>216</b>	<b>72,0</b>
Total	300	100

Le nombre moyen CPN était de  $4 \pm 1$ CPN avec les extrêmes de 1 CPN et 8CPN, 72% des patientes effectuées plus de 4 CPN.

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel et les différents contacts de l'OMS à la 1<sup>ère</sup> CPN

Visites	Contacts	Effectifs	Pourcentage %
1 <sup>ère</sup> visite	Contact 1	131	43,7
2 <sup>ème</sup> visite	Contact 2	74	24,7
2 <sup>ème</sup> visite	Contact 3	42	14,0
3 <sup>ème</sup> visite	Contact 4	28	09,3
3 <sup>ème</sup> visite	Contact 5	17	05,7
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 6	8	02,7
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 7	0	00 .0
4 <sup>ème</sup> visite	Contact 8	0	00
<b>Total</b>		<b>300</b>	<b>100</b>

**Tableau IX** : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 1<sup>er</sup> trimestre soient mentionnés dans le carnet de CPN

Paramètres renseignés au 1 <sup>er</sup> trimestre	Paramètres renseignés			
	Oui	(%)	Non	(%)
Date de l'examen	238	79,3	62	20,7
Date de dernières règles	113	37,7	187	62,3
Terme probable	113	36,3	187	62,3
Age gestationnel	113	36,3	187	62,3
Poids	62	20,7	238	79,3
Taille	53	17,7	247	82,3
Tension artérielle	68	22,7	232	77,3
Conjonctives	12	4	288	96
Seins	14	4,7	286	95,3
Spéculum	06	2	294	98
Toucher vaginal	64	21,3	236	78,7
Facteurs de risque	66	22	234	78
Lieu des consultations prénatales	62	20,7	238	79,3
Auteurs des consultations prénatales	161	53,7	139	46,3
Notion de référence	76	25,3	224	76,7
Prophylaxie anti palustre	53	17,7	247	82,3
Prophylaxie antianémique	73	24,3	227	75,7
Prochain rendez-vous donné	63	21	237	79

**Tableau X** : Répartition des patientes selon que le résultat du bilan prénatal soit mentionné dans le carnet

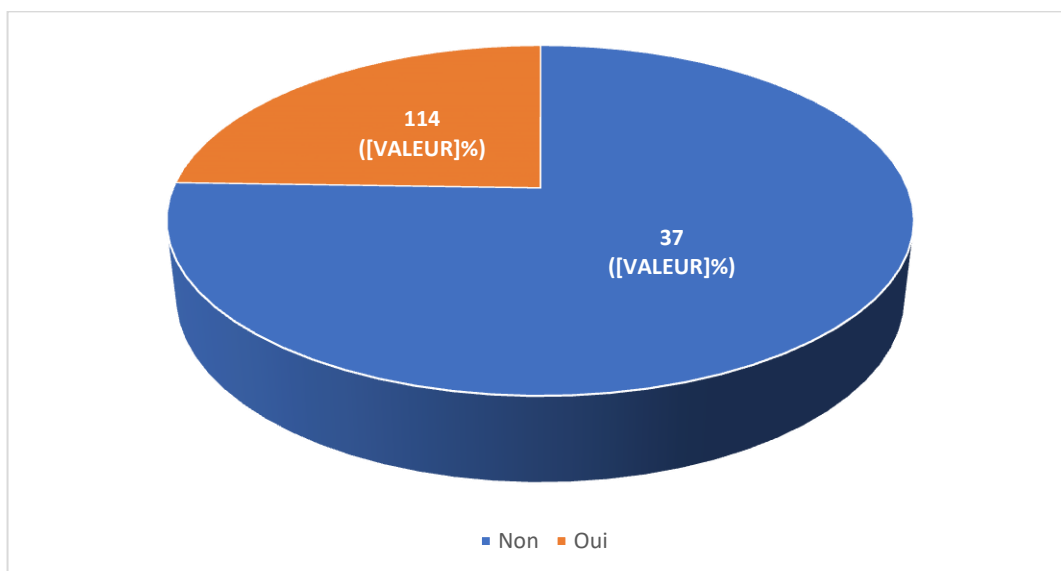
Paramètres du 1er trimestre	Mentionnés dans le carnet			
	Oui	(%)	Non	(%)
Groupage Rhésus	15	5	285	95
Taux d'hémoglobine	53	17,7	247	82,3
Glycémie	109	36,3	191	63,3
Echographie	113	37,6	187	62,3
Syphilis	124	41,3	176	58,6
Albumine /Sucre	125	41,6	175	41,7
Test d'Emmel	146	48,6	154	58,3
Sérologie human immunodeficiency virus	134	44,6	166	55,3
Toxoplasmose	169	56,3	131	43,6
Antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs)	178	59,3	122	40,6
Rubéole	19	6,3	281	93,7
Examen cyto bactériologique des urines	2	0,7	298	99,3
Echographie	113	37,7	187	62,3

**Tableau XI :** Répartition des patientes selon que l'administration des soins préventifs soient mentionnée dans le carnet de CPN

Soins préventifs	Mentionnés dans le carnet			
	Oui	(%)	Non	(%)
Vaccin anti tétanique (VAT)	239	79,6	71	20,4
Sulfadoxine Pyriméthamine (SP)	192	64	108	36
Fer acide folique (FAF)	161	53,6	139	46,4
MIILDA (Moustiquaire Imprégnés d'Insecticide à Longue Durée d'Actions)	16	5,33	284	94,6

**Tableau XII :** Répartition des patientes en fonction de l'existence des facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Oui	151	50,3
Non	149	49,7
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>



**Figure 20 :** Répartition des patientes selon le facteur de risque notifié dans le carnet de CPN



**Tableau XIII** : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 6<sup>ème</sup> mois soit mentionnés dans le carnet de CPN

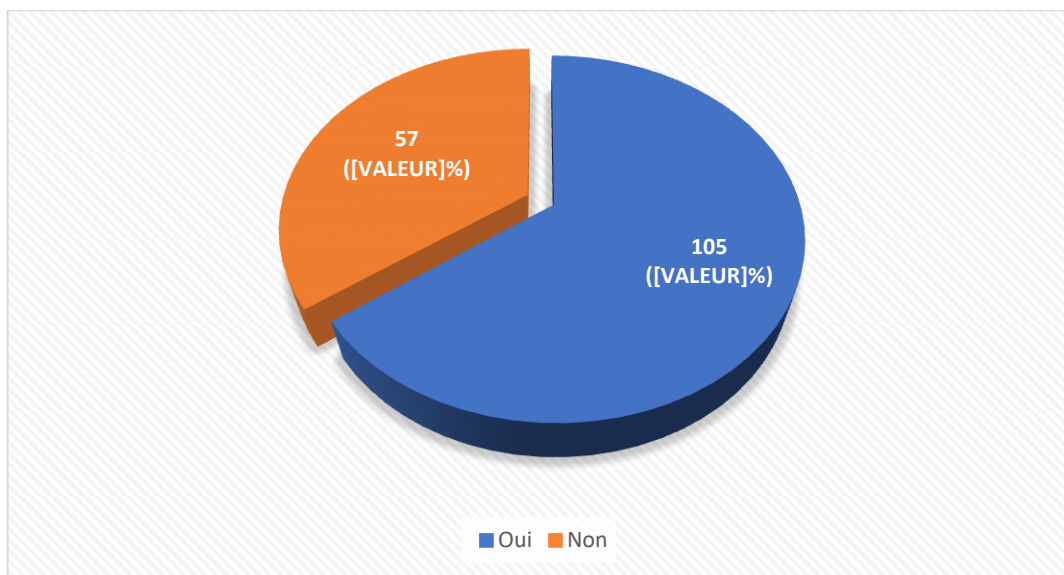
Paramètres au 6 <sup>ème</sup> mois	Mentionnés dans le carnet			
	Oui	(%)	Non	(%)
Date de l'examen	216	72%	84	28
Age gestationnel	86	28.6%	214	71.3
Poids	84	28%	216	72
Tension artérielle	89	29.6%	211	70.3
Albumine-sucre	27	9%	273	91
Conjonctives	04	1.3%	296	98.6
Seins	11	3.7%	289	96.3
Œdème des membres inférieurs	71	23.6%	229	76.3
Mouvements actifs du fœtus	91	30.3%	209	69.7
Hauteur utérine	96	32%	204	68
Périmètre ombilical	02	0.7%	298	99.3
Toucher vaginal	87	29%	213	71
Facteurs de risques	11	3.7%	289	96.3
Bruit du cœur fœtal	19	6.3%	281	93.7
Lieu des consultations prénatales	142	47.3%	158	52.6
Auteur	18	6%	282	94
Notion de référence	35	11.7%	265	88.3
Prophylaxie anti palustre	93	31%	207	69
Prophylaxie antianémique	90	30%	210	70
Prochain rendez-vous	85	28.3%	215	71.7

**Tableau XIV** : Fréquence des patientes selon que les paramètres de la CPN du 9<sup>ème</sup> mois soit mentionnés dans le carnet de CPN

Paramètres au 9 <sup>ème</sup> mois	Mentionné dans le carnet			
	Oui	(%)	Non	(%)
Date de l'examen	98	2.7	202	67.3
Age gestationnel	102	34	198	66
Poids	89	29.7	211	70.3
Bruis du cœur fœtal	115	38.3	185	61.7
Tension artérielle	101	33.7	199	66.3
Albumine-sucre	08	2.7	292	97.3
Conjonctives	05	1.7	295	98.3
Seins	12	4	288	96
Œdème des membres inférieurs	04	1.3	296	98.7
Mouvements actifs du fœtus	181	60.3	119	39.6
Hauteur utérine	106	35.3	194	64.7
Périmètre ombilical	03	1	297	99
Toucher vaginal	99	33	201	67
Segment inférieur	01	3	299	99
Présentation	96	32	204	68
Bassin	37	12.3	263	87.7
Périnée	01	1	299	99
Lieu des consultations prénatales	106	35.3	194	64.7
Auteurs des consultations prénatales	141	47	159	53
Facteurs de risques	12	4	288	96
Notion de référence	01	1	299	99
Prophylaxie anti palustre	104	34.7	196	65.3
Prophylaxie antianémique	111	37	189	63
Pronostic d'accouchement	13	4.3	287	95.7
Prochain rendez-vous donnés	198	66	102	34

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon que le facteur de risque à l'examen du 9<sup>ème</sup> mois soit mentionné dans le carnet de CPN

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Oui	162	54
Non	138	46
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>



**Figure 21** : Répartition des patientes selon que le facteur de risque identifié au 9<sup>ème</sup> mois soit mentionné dans le carnet de CPN

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteur de la CPN	Effectifs	Pourcentage %
Médecin	149	49,7
Sage-femme	151	50,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Les sages-femmes étaient auteurs de la CPN dans 50,3%.

**Tableau XVII** : Relation entre le nombre de CPN, le praticien et la période d'examen

Praticien	Nombre de CPN (mois)						
	1-3	4	5	6	7	8	9
Médecin	131	128	53	76	137	94	142
Sage-femme	107	96	117	123	134	131	76
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>224</b>	<b>170</b>	<b>199</b>	<b>271</b>	<b>225</b>	<b>218</b>

**P = 10<sup>-7</sup> (significatif)**

Il existe donc une corrélation entre le nombre de consultation prénatale par période et par praticien. Les médecins ont été plus consultés au début et vers le terme de la grossesse.

**Tableau XVIII** : Relation entre la profession et la réalisation du bilan prénatal

Profession	Bilan prénatal				Total
	Complet	Incomplet	Non fait	Non demandé	
Ménagère	29	43	3	1	76
Libérale	45	31	4	2	82
Salariée	79	13	1	1	94
Élève/étudiante	21	24	2	1	48
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>111</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>300</b>

**P = 10<sup>-5</sup> (Significatif)**

**Tableau XIX** : Relation entre le dépistage le niveau d’instruction et le nombre de CPN

Niveau d’instruction	Nombre de CPN				Total
	1CPN	2CPN	3CPN	≥4CPN	
Aucun	9	12	22	94	137
Primaire	3	3	13	69	88
Secondaire	3	2	7	29	41
Supérieur	2	5	3	24	34
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>216</b>	<b>300</b>

$P > 10^{-1}$  (non significatif)

Le test statistique n’est pas significatif.

**Tableau XX** : Relation entre le praticien et l’état d’exécution de l’examen clinique

Praticien	Examen clinique		Total
	Complet	Incomplet	
Médecin	137 (90,7)	14 (9,3)	151
Sage-femme	94 (63,1)	55 (36,9)	149
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>69</b>	<b>300</b>

$P = 10^{-7}$  (significatif)

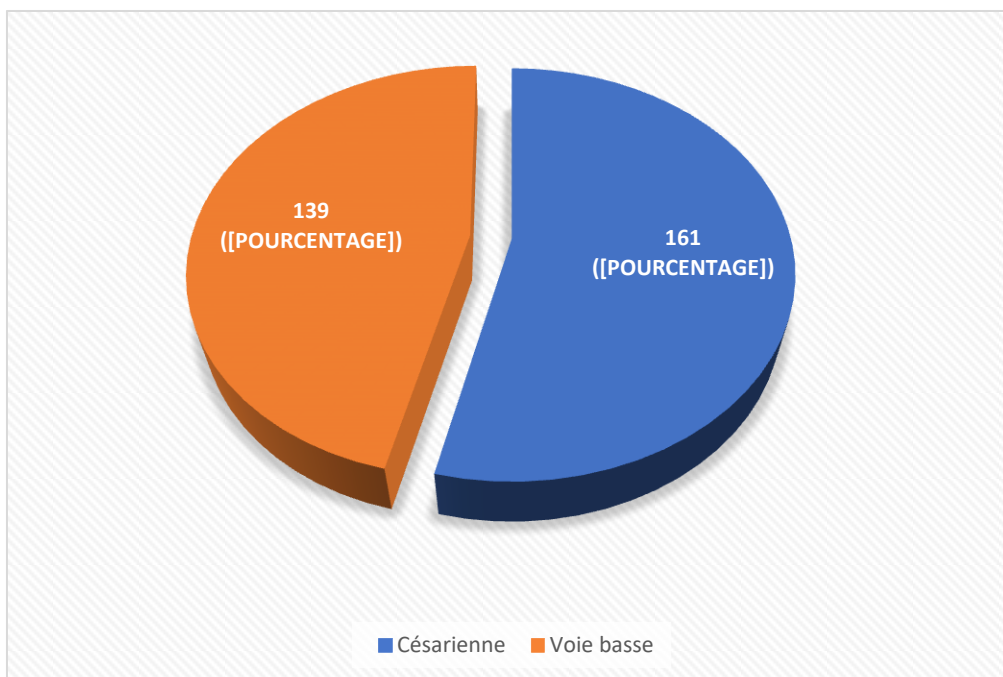
**Tableau XXI** : Relation entre le dépistage de la pré éclampsie et praticien

Praticien	Dépistage de la toxémie gravidique		Total
	Oui	Non	
Médecin	129 (85,4)	22 (14,6)	151
Sage-femme	25 (16,8)	124 (83,2)	149
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>146</b>	<b>300</b>

**P = 10<sup>-7</sup> (significatif)**

Le test est hautement significatif.

Il existe donc un lien étroit entre le dépistage de la pré éclampsie et le praticien. Les médecins s’y sont plus attelés.



**Figure 22** : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

La voie d'accouchement était césarienne dans 53,7% des cas.

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon les césariennes

Indications de la césarienne	Effectifs	Pourcentage
<b>Cicatrices utérines</b>	<b>85</b>	<b>52,8</b>
Dystocies	27	16,8
Pré éclampsie	18	11,2
Asphyxie fœtale	12	7,4
Hémorragie antépartum (HRP, PP)	10	6,21
Dépassement de terme	08	4,97
Rupture utérine	01	0,62
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100</b>

L'indication était des cicatrices utérines dans 52,8% des cas.

HRP : Hématome Retro Placentaire (7cas)

PP : Placenta Prævia (3 cas)

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**



## **VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **VI.1 Fréquence :**

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 1 111 accouchements dont 222 n'ayant fait aucune consultation prénatale soit 19,98%.

Sur les 889 (80,01%) patientes ayant fait la CPN, seules 300(27%) avaient le carnet de santé mère-enfant (carnet de CPN). Les 589(53,01%) autres disposaient de fiches personnelles qui n'étaient pas suffisamment renseignées.

Notre étude a donc porté sur ces 300 patientes soit 27%.

### **VI.2- Caractéristiques sociodémographiques**

#### **VI .2.1- Âge**

Dans notre étude la moyenne d'âge était de  $27,6 \pm 6.8$  ans avec les extrêmes d'âge de 14 ans et 45ans. La tranche d'âge entre 20 ans - 34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66,67%. Kouamé K [24] avait trouvé une moyenne d'âge de 27,07 ans. Maïga A B [4] avait également trouvé 23,64 ans comme moyenne d'âge et la tranche d'âge de 19ans- 24 ans plus représentée avec un taux de 32,5%.

#### **VI.2.2- Profession**

Dans notre série, 77,67% de nos patientes étaient des ménagères, Fomba DD [16] a rapporté 72% de ménagères. Maïga AB [4] et Kanté Y [34] avaient trouvé respectivement 83,5% et 66,5%. Kouamé K [24] a rapporté que 46,30% de ces patientes exerçaient une activité lucrative.

#### **VI.2.3- Parité**

Dans notre étude, les multipares étaient les plus nombreuses avec 39%. Kouamé K. [24] avait trouvé une fréquence de 35,5% pour les nullipares et Kouassy M [25] trouvait une fréquence de 37% des multipares.

#### **VI.2.4- Niveau d'instruction**

Les non instruites représentaient 46% de notre d'étude. Maïga AB [4] avait retrouvé 55,5% de gestantes non scolarisées et 23,5% de niveau primaire. De même Goita. N [35] avait trouvé 67,5% de gestantes non scolarisées et 20%

ayant le niveau primaire. Kouamé K [24] avait 21,98% de non scolarisées et Kouassy M [25] dans son étude avait trouvé 36% de gestantes non scolarisées. Il est aussi important de noter que Kouamé K. [24] estimait que le niveau d'instruction était un facteur déterminant dans la conduite de la surveillance d'une grossesse, quant à la compréhension des différents messages véhiculés au cours des séances de conseil pour le changement de comportement.

### **VI.2.5- Antécédents**

La recherche des antécédents est une étape importante de l'interrogatoire qui peut permettre de déceler des facteurs de risques rattachés à la grossesse.

### **VI.3- Caractéristiques des consultations prénatales**

Notre étude a révélé que nos patientes avaient effectué au moins 4 visites tout au long de la grossesse. Près de 72% des gestantes ont effectuées au moins les 4 consultations réglementaires. Kouamé K [24] a rapporté que 53,62% des gestantes ont effectué plus de quatre consultations prénatales. Kpangui [37] a aussi rapporté que 56,75% des gestantes ont effectué plus de quatre consultations prénatales. Diallo S [38] a rapporté 73% de consultations prénatales effectuées.

#### **VI.3.1- Paramètres mentionnés au 1<sup>er</sup> trimestre**

Il y'avait beaucoup de paramètres au 1<sup>er</sup> trimestre ; nous avons souligné la détermination de l'âge gestationnel chez 238 gestantes soit 79.3%, la date des dernières règles avec 37,7%, la date probable d'accouchement avec 36,3%, l'âge de la grossesse avec 36,3%, l'auteur des consultations prénatales, avec 53.7%. Kouamé K [24] avait trouvé une détermination de l'âge gestationnel dans 40,90% et la pose du spéculum dans 22,73% des cas, et la taille dans 19,87%. Il conclut en disant que la taille influençait considérablement l'aspect du bassin et qu'une taille inférieure à 1m 50 constituait un facteur de risque de bassins rétrécis.

#### **VI.4- Qualité des bilans prénatals**

Le nombre de bilan demandés et fait était de 285. Mais la plupart de ces bilans n'étaient pas renseignés dans le carnet. Kouamé K [24] dans son étude avait un taux de demande du bilan prénatal de 87,66% avec un taux de réalisation complète de 9,64%. Kouassy R [36] pour sa part avait révélé un taux de demande plus élevé de 98,5% mais avec une réalisation complète beaucoup plus faible de 6,09%.

Nous avons noté que la qualité de bilans prénataux était corrélée à la profession de nos gestantes ( $p < 5\%$ )

#### **VI.5- Administration des soins préventifs au cours des CPN**

Dans notre étude, le vaccin antitétanique, la sulfadoxine pyriméthamine, le fer acide folique et les moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'actions étaient les moyens de prévention mentionnés dans le carnet avec respectivement 79.6%, 64%, 53.6% et 5.33% avec. Thiam A [39] a rapporté 95% pour le fer acide folique, 90% pour la sulfadoxine pyriméthamine et 100% pour le vaccin antitétanique. Chez Goita N. [35] 100% pour le fer acide folique et 28.5% pour le vaccin antitétanique.

#### **VI.6- Facteurs de risque**

Dans notre étude 50,33% des patientes avaient un facteur de risque, mais seulement 24,5% des facteurs de risque étaient notifiés dans le carnet de consultation prénatale. Fomba D D [16] a rapporté que 70% des patientes avaient un facteur de risque et 62% de ces facteurs de risque étaient dominés par l'utérus cicatriciel. Kouamé K [24] a aussi rapporté que 31,58% des facteurs de risque étaient l'utérus cicatriciel.

#### **VI.7- Les paramètres de la consultation prénatale au 6<sup>ème</sup> mois**

Les principaux éléments mentionnés étaient la date de l'examen dans 216 cas soit 72%, l'âge gestationnel dans 86 cas soit 28.6%, le poids dans 84 cas soit 28%, la tension artérielle dans 89 cas soit 21 %, l'œdème des membres inférieurs dans 23.6%, les mouvements actifs du fœtus 91 cas soit 30.3% et la

hauteur utérine dans 96 cas soit 32%. Kouamé K. [24] avait trouvé l'âge gestationnel comme paramètre le moins recherché avec 29,73% et il le justifiait par le fait que cela soit lié d'abord au bas niveau d'instruction des patientes qui ne retiennent pas toujours la date de leurs règles.

### **VI.8-Les paramètres de la consultation prénatale au 9<sup>ème</sup> mois**

Les principaux éléments mentionnés étaient la date de l'examen dans 216 cas soit 72%, l'âge gestationnel dans 102 cas soit 34%, le poids dans 89 cas soit 29.7%, la tension artérielle dans 101 cas soit 33.7 %, les mouvements actifs du fœtus dans 181 cas soit 60.3% et la hauteur utérine dans 106 cas soit 35.3%.

Nous avons noté qu'un grand nombre d'éléments de la consultation prénatale n'étaient pas remplis. Il s'agissait de : la date de l'examen, l'âge de la grossesse, le poids, la tension artérielle, le mouvement actif du fœtus, le lieu des consultations prénatales, la hauteur utérine, la prophylaxie anti palustre, la prophylaxie antianémique et le prochain rendez-vous donné.

### **VI.9- Caractéristiques de l'accouchement**

#### **VI.9.1- La voie d'accouchement**

La voie d'accouchement était la césarienne dans 53,7% des cas. Kouamé K [24] a rapporté 36,15% de césariennes.

#### **VI.9.2- Les indications des interventions**

Dans notre étude, il y a eu plusieurs indications mentionnées dans le carnet. La plus retrouvée était la cicatrice utérine avec 52,8%. Kouamé K [24] avait une fréquence de 11,67% des indications de césarienne qui auraient dû être prévues au cours des consultations prénatales mais sont passées inaperçues.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

Au terme de notre étude descriptive dans le district sanitaire de la Commune V, nous pouvons dire que la qualité de tenue du carnet de consultation prénatale n'est pas à hauteur de souhait. Cependant, nous avons constaté plusieurs anomalies dans ces carnets. Beaucoup de paramètres renseignés ne sont pas mentionnés dans les carnets. Certains facteurs de risque (surtout au 6<sup>ème</sup> et au 9<sup>ème</sup> mois) ne sont pas notifiés dans les carnets.

Pour relever ce défi, il faut étroite collaboration entre les médecins et les sages-femmes.

## **Recommandations :**

Au terme de ce travail, nous voudrions faire quelques recommandations pour améliorer le rendement des consultations prénatales en termes d'efficacité.

### **1. À L'endroit des praticiens**

- Référer systématiquement tous les cas de pathologie associée à la grossesse pour les sages-femmes ;
- Etablir le pronostic de toutes les grossesses en le mentionnant dans le carnet ;
- Identifier les coordonnées du prestataire dans le carnet après chaque consultation, si possible avec l'adresse téléphonique de l'auteur des consultations prénatales ;
- Recopier correctement les bilans sanguins ainsi que les échographies dans l'endroit prévu tout en mettant la date et le lieu de réalisation ;
- Remplir correctement les carnets de consultation prénatale surtout la partie examen du neuvième mois afin de faire des recommandations en prévision de l'accouchement.

### **2. Aux autorités sanitaires et politiques**

- Confectionner un autre carnet de consultations prénatales plus pratique et contenant beaucoup plus d'informations que le carnet actuel de consultation prénatale.

### **3. Aux gestantes**

- Suivre régulièrement les consultations prénatales, en respectant les rendez-vous et en débutant à temps la première consultation prénatale ;
- Appliquer strictement les conseils donnés par les prestataires ;
- Se munir d'une pièce d'identité ou carte NINA lors de la première consultation prénatale pour éviter toutes éventuelles erreurs dans le nom ainsi que le prénom des gestantes et leurs procréateurs.

# REFERENCES



## VIII. REFERENCES

1. **OMS.** Rapport sur la sante dans le monde donnons la chance à chaque mère et à chaque femme, Edition 2005-261P.
2. **Papier ik E, Cabrol D, Pons J. C.** Réduire la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, pour un programme d'action, obstétrique-Paris, Flammarion, Médecines sciences ; 1995.
3. **EDSM-VI 2018.**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.
4. **Maïga A B.** Evaluation de la qualité des CPN au CS Réf de la commune I du district de Bamako, thèse de Médecin syphilis e (2008)
5. **Cissouma S.** Evaluation de la qualité des CPN au CS Réf de MOPTI, CSCOM de Toguel, ASCOTAMB, thèse de Médecine (2008).
6. **Enquête Démographique et de Sante du Mali (EDSM V) 2012-2013, P 207.**
7. **OMS, Blum. L'évaluation** médicale à l'Hôpital. In Creen Hébert.1<sup>er</sup> séminaire d'évaluation en gynéco obstétrique à l'APHP résumé des interventions et des débats, Paris délégation à l'évaluation, DPIMAP 1993.
8. **Rayton E.** Prévention des décès maternels. OMS Genève, 1990, 231P.
9. **Diarra M.** Evaluation de la qualité des CPN à l'Hôpital de Ségou, thèse de Médecine (2008).
10. **Keita S M.** Evaluation e la qualité des CPN au CS Réf de Kita, thèse de Médecine (2008).
11. **Konaté S :** Qualité de la surveillance prénatale dans le centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse médecine 2002, M33.56P.

12. **Sangaré F** : Evaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de la c commune IV du district de Bamako. Thèse de médecine 2007-2008.85 pages.
13. **Fomba S** : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé MIPROMA de Magnambougou en commune VI du district de Bamako d'Avril à Juillet 2002.Thèse de médecine Bamako 2003 M84. 103 P.
14. **Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.** Janvier 2018. Page 2
15. **Djongo AA.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au centre de sante de référence de Mopti. Thèse de Médecine 2017, 21-23
16. **Fomba DD.** Relation entre la consultation prénatale, devenir de la grossesse et de l'accouchement au CHU Point G, Thèse de médecine (2009)
17. **Précis d'obstétrique** R. Merger, J. Levy, J. Melchior : Soins en Obstétrique 6eme édition Masson.
18. **Précis d'obstétrique »** : Louis Dubrisay, Cyrille Jeannin. Librairie Lamare, Paris 1946 Pages3.
19. Faculté de Médecine Necker-enfants malades : Obstétrique module2 2002/2003 P : 83.
20. **MSF, Baladur O, Bizieau O.** Obstétrique en situation d'isolement ; 1ère éd. Paris : Hatier, 1992 Pages 22
21. **Samaké AK dit Z.** : Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le centre de sante de référence de Bougouni. Thèse de médecine 2007-2008.M245. 54 pages.
22. Procédure en sante de la reproduction volume 1, 2013, p12.
23. **Coulibaly OT.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales au CS Réf de la commune I du district de Bamako, thèse de médecine (2012)
24. **Kouamé K.** Évaluation de la qualité des consultations prénatales à partir du carnet de santé. Mémoire Abidjan 2002-2003 P64

25. **Kouassy M.** Évaluation de la dernière CPN dans une maternité urbaine d'Abidjan, th Med ; Abidjan 2005, n°2652/01
26. **Vangeenderhuyen CH, Banos JP, Amadou I.A.** Hypertension artérielle au cours du troisième trimestre de la grossesse. Etude des facteurs de risque aisément identifiables à la première consultation prénatale au Niger. Rev. Gynecol. Obstét. 1999, 94, 5, 369-373.
27. **Maïga D.** Evaluation de la qualité des CPN au CS Réf Commune I, Bamako, 2007-2008
28. **Munoz MN, Lehingue Y, Béranger PJC.** Le réseau sentinelle des maternités AUDIPOG. Evolution des pratiques et les résultats 1994-1997. J. gynécol ; Obstét, Biol reprod 1998, 27 : 375-383
29. **Lichere F.** la surveillance chez les femmes traditionnelles immigrées J. Gynéco. Obstét. bio reprod. 1991, 63-68
30. **Koffi NM, Coulibaly GS, Ake O, Angbo-Efi O. Kouame P, Diarra-Nama AJ, Delafosse R.** Le carnet de la santé dans la surveillance de la grossesse en côte d'ivoire. Médecine d'AFRIQUE NOIRE : 2000, 47
31. **Kpangni JC.** Evaluation de l'utilisation du carnet de santé mère-enfant par ses principaux usagers (Agent de santé et parents) th Med n°2557/01
32. **Langer B. Caneva M-P. Schlaeder G.** la surveillance prénatale de routine en Europe. Comparaison de l'expérience de 9 services de gynéco-obstétrique situé dans 8 pays différents. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1997. 26 ; 358-366
33. **Maïga MY.** Evaluation de la qualité de la consultation prénatale dans le centre de sante de référence de Nara en 2018. Thèse de médecine.
34. **Kanté Y.** Evaluation de la qualité des consultations prénatales au service de Gynécologie Obstétrique du C.H.U Gabriel Touré. Thèse de Médecine BKO, 2008, 84Pages

35. **Goïta N.** : évaluation de la qualité des consultations prénatales au service de gynécologie – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. Thèse de médecine 2006 ; M210 102 P.
36. **Kouassy Remi.** Evaluation de la dernière CPN dans une maternité urbaine d'Abidjan. Thèse méd. N 2652/01
37. **Kpangni JCA.** Évaluation de l'utilisation du carnet de santé mère-enfant par ses principaux usagers (Agents de santé et parents). Thèse Méd. N°2557/01.
38. **Diallo S, Camara YB, Daffe M.** Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE. Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (5).
39. **Thiam A,** Evaluation de la qualité des Consultations Prénatales au centre de santé de référence de la Commune II du District de Bamako. Th med Bamako 2011 N°00285
40. **Badiaga C.** Evaluation de la qualité des CPN a la Maternité du CS Réf de Kati, thèse de Médecine (2008).

# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

<b>Q1- Nom de la patiente.....</b>	
<b>Q2- prénom de la patiente.....</b>	
<b>Q3- Age de la patiente /___/</b>	1= Inf. ou égal à 15ans, 2= 15-19ans, 3= 20-24ans, 4= 25-29ans, 5= 30-34ans, 6= 35-39ans, 7= Sup ou égal à 40 ans
<b>Q4- Profession de la patiente /___/</b>	1= Ménagère, 2= Libérale, 3= Commerçante, 4= Elève /étudiante
<b>Q5-Adresse de la patiente /___/</b>	1= CI, 2= CII, 3= CIII, 4= CIV, 5= CV, 6= CVI, 7= Kati, 8= Hors Bamako
<b>Q6- Contact de la patiente /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q7- Niveau d'instruction /___/</b>	1= Aucun, 2= Primaire, 3= Secondaire, 4= Supérieure
<b><u>Profil obstétrical</u></b>	
<b>Q8- Parité /___/</b>	1= Nullipare, 2=Primipare, 3= Paucipare, 4= Multipare, 5= Grande multipare
<b>Q9- ATCD obstétricaux renseigné /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q10- ATCD médicaux renseigné /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q11- ATCD chirurgicaux /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q12- Renseignement sur grossesse antérieure /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q13- Nombre de cpn /___/</b>	1= Une seule cpn,

	2= 2Cpn, 3= 3Cpn, 4= Supérieur ou égal à 4Cpn
<b>Q14- AG à la 1ere cpn /___/</b>	1= 1à 3 mois, 2= 4mois, 3= 5mois, 4= 6mois, 5= 7mois, 6= 8mois, 7= 9mois
<b>Q15- Statut vaccinal /___/</b>	1= à jour, 2= Incomplet, 3= Non fait
<b>Q17- GRRH /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q18- Taux d'hémoglobine /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q19- Toxoplasmose /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q20- Rubéole /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q21- BW /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q22- Test d'Emmel /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q23- Glycémie à jeun /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q24- ECBU /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q25- Albumine sucre /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q26- Echographie du 1er trimestre /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q27- Ag HBS /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q28- SRV /___/</b>	1= Oui, 2= Non
<b>Q29- Praticien /___/</b>	1= Médecin, 2= Sage-femme
<b>Q30- Facteurs de risque au 1er trimestre /___/</b>	1= Utérus cicatriciel, 2= HTA, 3= Rhésus négatif, 4= Drépanocytose, 5= Béance cervico-isthmique, 6= Utérus polomyomateux, 7= RAS, 8= Grande multipare
<b>Q32- Facteurs de risque au 6<sup>ème</sup> mois /___/</b>	1= Grossesse gémellaire, 2= Utérus cicatriciel, 3= HTA, 4= RAS, 5= Grande multipare
<b>Q34- Facteurs de risque 8<sup>ème</sup> mois /___/</b>	1= HTA, 2= Utérus cicatriciel,

	<p>3= Myome utérin,                  4= HU excessive,                  5= Gémellité, 5= Pré éclampsie,                  6= Anémie,                  7= MAP, 8= RAS,                  9= Grande multipare</p>
<p><b>Q36- Facteurs de risque 9<sup>ème</sup> mois</b>                  /___/</p>	<p>1= HU excessive,                  2= HTA,                  3= Bassin limite,                  4= Présentation dystocique,                  5= Pré éclampsie,                  6= Utérus cicatriciel,                  7= Cervicite, 8= RAS,                  9= Grande multipare</p>
<p><b>Q37- Examen clinique</b> /___/</p>	<p>1= Complet,                  2= Incomplet</p>
<p><b>Q38- Dépistage de la pré éclampsie</b>                  /___/</p>	<p>1= Oui, 2= Non</p>
<p><b>Q39- Voie d'accouchement</b> /___/</p>	<p>1= Voie basse,                  2= Voie haute</p>
<p><b>Q40- Indication de la voie haute</b>                  /___/</p>	<p>1= Macrosomie,                  2= BGR,                  3= Pré éclampsie,                  4= PP,                  5= Rupture utérine,                  6= HRP,                  7= Présentation de siège, 8= SFA,                  9=DPF,                  10= Dépassement de terme, 11= Utérus cicatriciel sur bassin limite,                  12= Utérus bi cicatriciel, 13= Pré éclampsie,                  14= Présentation de l'épaule,                  15= Uterus tricatriciel</p>



## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** DRAME

**Prénom :** Drissa

**Date et lieu de naissance :** le 31/12/1994 à Kollonkan-Marka

**Nationale :** Malienne

**Titre :** Qualité de tenue du carnet de consultations prénatales dans le district sanitaire de la commune V de Bamako

**Année académique :** 2020 – 2021

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Onto-Stomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-obstétrique

**Résumé :** Nous avons colligé durant une période de 3 mois soit du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Mars 2020 dans le district sanitaire de la commune V de Bamako. Nous avons enregistré 1111 accouchements dont 222 n'ayant fait aucune consultation prénatale soit 19,98%. Sur les 889 patientes ayant fait la CPN, seules 300 avaient le carnet de santé mère-enfant (carnet de CPN). Notre étude a donc porté sur ces 300 patientes soit 27%. La moyenne d'âge était de  $27,6 \pm 6.8$  ans avec les extrêmes d'âge de 14 ans et 45ans. La tranche d'âge entre 20 ans - 34 ans était la plus représentée avec une fréquence de 66,67%.

77, 67% de nos patientes étaient des ménagères. Les multipares sont les plus nombreuses soit 39%. Les non instruits représentaient 46%. Dans notre étude la recherche des antécédents paraît très satisfaisante : médicaux avec 90,7% et obstétricaux avec 95.7% des cas. Près de 72% des gestantes ont effectués au moins les 4 consultations réglementaires. Il y'avait beaucoup de paramètres renseignés au 1<sup>er</sup> trimestre. Le nombre de bilan demandés et fait était de 285, mais la majorité de ces bilans ne sont pas mentionnés dans les carnets. Les soins préventifs étaient mentionnés dans les carnets. Au 6<sup>ème</sup> mois, les principaux

éléments mentionnés étaient la date de l'examen dans 216 cas soit 72%, l'âge gestationnel dans 86 cas soit 28.6%, le poids dans 84 cas soit 28%, la tension artérielle dans 89 cas soit 21 %, œdème des membres inférieurs dans 23.6%, mouvement actif du fœtus soit 30.3%, la hauteur utérine dans 32%. Au 9<sup>ème</sup> mois, les mêmes éléments étaient mentionnés dans les carnets.

La voie d'accouchement était la césarienne dans 53,7% des cas.

A la fin de cette étude nous avons fait des recommandations à l'endroit des praticiens, aux autorités sanitaires et politiques et aux gestantes.

**Mots clé :** Qualité, Tenue, CPN, Cs réf Commune V

## **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 reçu 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 !**