

LISTE DES ABREVIATIONS

BDCF	Bruit Du Cœur Fœtal
BGR	Bassin Généralement Rétréci
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
Cm de Hg	Centimètre de mercure
CPN	Consultation Prénatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
EDSM	Enquête Démographique de Santé du Mali
FMOS	Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
GE	Goutte Epaisse
HRP	Hématome Retro-Placentaire
HTA	Hypertension Artérielle
HU	Hauteur Utérine
INF	Institut National de Formation en Science de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio

PAS	Pression Artérielle Systolique
PAD	Pression Artérielle Diastolique
SA	Semaine d' Aménorrhée
SOMAGO	Société Malienne de Gynéco-Obstétrique
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VIP	Very Important Personality

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	14
2. OBJECTIFS :.....	16
3. GENERALITES.....	17
4. METHODOLOGIE :.....	27
5. RESULTATS.....	36
6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :.....	50
7. CONCLUSION :.....	57
8. RECOMMANDATIONS :.....	58
9. REFERENCES :.....	59
10. ANNEXES	61

I. INTRODUCTION

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

Selon l'UNICEF en 2009, le taux des femmes en Afrique subsaharienne n'ayant pas fait l'objet de consultation prénatale s'élevait à 53%, ce taux était de 56% en Afrique de l'ouest et centrale. [2]

Au Mali les grossesses non suivies représentent 26% [3], elles s'observent surtout chez les paucipares, les célibataires et chez les femmes de bas niveau socio-économique. L'accouchement est généralement eutocique mais on observe un taux élevé de prématuré [4] avec un mauvais score d'Apgar. La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées de par le monde avec respectivement 700 pour 100.000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances [5,6].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale 34 pour 1000 naissances vivantes [3]. La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique. C'est dans ce contexte que la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale a été érigée au rang de priorité dans la politique nationale de santé. Elle s'intègre dans la stratégie de l'OMS vers une maternité à moindre risque à la quelle le Mali a adhéré.

Les consultations prénatales constituent l'un des actes prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale [7].

Elles permettent :

- ° De dépister les grossesses à risque (dès le premier trimestre de la grossesse),
- ° d'apprécier l'évolution de la grossesse et ses répercussions sur l'état maternel et fœtal (deuxième trimestre de la grossesse),
- ° de faire enfin le pronostic de l'accouchement (troisième trimestre de la grossesse).

A ce jour aucune étude n'a été réalisée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti sur la corrélation qui existerait entre l'absence de suivi de la grossesse (CPN=0) et le pronostic materno - fœtal.

Ce qui justifie la présente étude

Hypothèse de recherche :

- La fréquence des grossesses non suivies serait fortement associée à un faible niveau socioéconomique des parturientes (pauvreté, analphabétisme).
- Les taux de décès maternels et périnataux sont plus élevés dans le cas des grossesses non suivies que celui des grossesses suivies.
- La fréquence des complications obstétricales serait d'autant plus élevée que les femmes seraient porteuses de grossesses non suivies.

II. OBJECTIFS :

Objectif général :

-Etudier le pronostic des grossesses non suivies a l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Objectifs spécifiques :

- 1- Décrire le profil sociodémographique des femmes non suivies.
- 2- Déterminer la fréquence des grossesses non suivies dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.
- 3- Déterminer les complications maternelles au cours des grossesses non suivies.
- 4- Déterminer le pronostic foetal dans les grossesses non suivies.

III. GENERALITES

1. Définition de la CPN selon l'OMS : c'est une démarche permettant de garantir à chaque patient l'assortissement d'actes diagnostic et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément : au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogène pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, résultat et de contact humain. Par « **personnel de santé qualifié ou accoucheuse qualifiée** » on entend un ou des professionnels de santé tels qu'une sage-femme, un Médecin ou une infirmière qui ont les qualifications et les compétences nécessaires pour prendre en charge un accouchement normal et la période qui suit immédiatement la naissance, qui savent reconnaître les complications et au besoin dispenser des soins d'urgences et/ou adresser le cas à un niveau supérieur de soins de santé [8].

2. Historique de la consultation prénatale

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

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

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

3. La consultation prénatale

3.1. Les objectifs de la CPN :

Faire le diagnostic de la grossesse

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

Surveiller le développement du fœtus ;

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

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

Faire le pronostic de l'accouchement ;

Eduquer et informer les mères.

3.2. Calendrier de CPN :

Les normes et procédure recommandent au moins 4 CPN

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

2e CPN vers le 6e mois ;

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

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

3.3. Matériels de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé sans bruit et respectant l'intimité de la gestante.

Les matériels nécessaires sont :

Une table de consultation gynécologique

Une source lumineuse

Un appareil à tension, un stéthoscope médical

Une toise et une pèse personne

Un mètre ruban

Un stéthoscope obstétrical de pinard. Des spéculums



Des gants stériles

Matériel pour réaliser un frottis vaginal, Spatules d'Ayres

Lames fixatrices

Tubes stériles plus écouvillons pour des prélèvements bactériologiques

Verre à urine plus bandelettes pour la recherche de sucre, d'albumine de nitrite,

Solutions antiseptiques

Un Seau contenant une solution désinfectante

Les activités préventives:

La vaccination antitétanique

Le dépistage du VIH

La supplémentation martiale (fer)

La prophylaxie anti-paludique.

3.4. Le bilan prénatal:

➤ Les examens complémentaires indispensables sont:

Le groupe sanguin rhésus

Le test d'Emmel et/ou électrophorèse de l'Hémoglobine

Albuminurie, glycosurie

Le Bordet Wassermann (BW)

Numération formule sanguine (taux d'hémoglobine)

L'échographie obstétricale.

Il est recommandé de faire trois échographies :

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

Une deuxième échographie qui apprécie la morphologie et le développement du fœtus et de ses annexes, recherche les malformations fœtales(deuxième trimestres) ;

Une échographie du troisième trimestre qui permet d'estimer le poids fœtal, de préciser le type de présentation et éventuellement le degré de flexion de la tête fœtale, de calculer le diamètre bipariétal (BIP, qui doit être inférieur ou

égale à 95 millimètres) ; cette dernière échographie combinée à l'examen clinique permet de faire le pronostic de l'accouchement.

➤ **Les examens complémentaires non indispensables:**

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

4. La consultation prénatale recentrée

4.1. 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.

4.2. Principes de la C.P.N recentrée

- La détection et le traitement précoce des problèmes et complications ;
- La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- Le traitement préventif intermittent à la sulfadoxine et pyriméthamine ;
- La préparation à l'accouchement.

4.3. Les étapes de la C.P.N recentrée

❖ **préparer la C.P.N**

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

❖ **Accueillir la femme avec respect et amabilité :**

- ~ saluer chaleureusement la femme;
- ~ souhaiter la bien venue;
- ~ Offrir un siège;
- ~ se présenter à la femme;
- ~ demander son nom;
- ~ assurer la confidentialité (le prestataire qui examine la femme doit remplir les supports).

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

❖ **Procéder à l'interrogatoire / Enregistrement**

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

❖ **Procéder à l'examen :**

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

❖ **Demande des examens complémentaires.**

- A la première consultation :
 - . Demande le groupe sanguin rhésus
 - . Demande le test d'Emmel, le taux d'hémoglobine le BW (titrage)

- . Albumine / sucre dans les urines
- . Demande de faire le test VIH après counseling
- Les autres consultations :
- . Demande Albumine / sucre dans les urines et les examens complémentaires orientés par l'examen de la gestante peut nécessiter.

❖ **Prescrire les soins Préventifs :**

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

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

- ✚ Prescrire au moins trois doses de sulfadoxine Pyriméthamine (SP) à la femme enceinte à partir du quatrième mois (ou hauteur utérine à 16 cm plus sensation de mouvement fœtal) jusqu'à l'accouchement.

- Prescrire le fer acide folique

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

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

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

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

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

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

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

❖ Prescrire le traitement curatif, si nécessaire :

Expliquer à la femme la prise des médicaments prescrits.

Identifier un prestataire compétent.

❖ Préparer un plan pour l'accouchement avec la gestante et sa famille

Identifier un prestataire compétent

Identifier 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 utérines régulières et douloureuses

Glaire 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 troubles ; vertige, les bourdonnements d'oreille

Convulsion / Pertes de conscience

Douleur de l'accouchement avant 37ème semaine d'aménorrhée

Douleurs dans la région lombaire rayonnant du fond de l'utérus

Pertes ensanglantées

Rupture prématurée des membranes (Pertes liquidiennes)

❖ **Donner le prochain rendez-vous :**

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

+ Une au 1er trimestre

+ Une au 2er trimestre

+ Deux au 3er trimestre

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

❖ **Raccompagner la gestante après l'avoir remercié**

❖ **Consultation Périnatale de suivi :**

- En plus des gestes de la CPN initiale,

- Recherche les signes de danger :

+ Symptômes et signes de maladies

+ Identifier une Présentation vicieuse

+ Problèmes / changement depuis la dernière consultation

Sensibiliser la gestante sur les mesures préventives

Sensibiliser la gestante sur la planification familiale

Ajuster ou maintenir le plan de l'accouchement

Raccompagner la femme après l'avoir remercié.

4.4. Prise en charge des pathologies et des complications.

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

Aspects cliniques de la CPN

4.5. L'examen clinique obstétrical en début de grossesse

Il est nécessaire avant 14 SA ; ayant comme objectifs :

- Confirmer l'état de grossesse et préciser la date de son début, donc le terme probable
- Evaluer les facteurs de risque et connaître la gestante: environnement social, familial et professionnel.

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

- Déclarer légalement la grossesse selon un formulaire remis à la gestante avec la prescription d'examens biologiques obligatoires;
- Etablir un plan de surveillance avec notamment les rendez- vous des prochaines consultations et des examens Echographiques;
- Formuler des conseils.

IV. METHODOLOGIE :

4.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

❖ Description du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Sominé dolo de Mopti :

Il gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ Un (1) bloc opératoire avec vestiaire et une douche
- ✓ Un (1) bureau pour chaque médecin (gynécologue)
- ✓ Un (1) Bureau de consultation externe des médecins
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 2 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ Une (1) salle de garde pour les sages femmes ventilée, climatisée
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins
- ✓ Une (1) salle de garde des internes du service
- ✓ une salle (1) de CPN ventilée et climatisée ;

- ✓ Une (1) salle d'accouchement ayant trois (3) box, 2 bouches d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box
- ✓ Une (1) salle de travail ayant deux (2) lits, deux(2) bouches d'oxygène et d'aspirateur
- ✓ Une (1) salle de suites de couches physiologiques ayant deux (2) lits deux (2) bouches d'oxygène et aspirateur
- ✓ Une (1) salle de soins nouveaux nés ayant trois (3) bouches d'oxygène et aspirateur climatisée et ventilée
- ✓ une (1) unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants
- ✓ deux (2) Magasins ;
- ✓ Six (6) Salles d'hospitalisation comprenant :

Deux (2) Salles d'hospitalisation ayant 4 lits chacune et ventilées ;

Quatre (4) salles à 2 lits ventilées.

Une (1) Salle VIP ayant un (1) lit, ventilé, climatisée avec une armoire et douche interne.

- ✓ Deux(2) toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- ✓ Deux(2) bureaux d'accueil maternité

Le personnel est composé de :

- *Trois (3) Spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- *Six (6) Sages femmes ;
- * Deux (3) Infirmières obstétriciennes ;
- *trois (3) Manœuvres.

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des sages femmes et faisant fonction d'interne. Les mercredis et Jeudi sont les jours d'intervention programmée. Les visites des malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8 heures.

La consultation prénatale se fait du lundi au vendredi par les sages femmes de façon rotatoire.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage femme, une infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CS Réf des cercles.

4.2. Matériels et méthodes :

4.2.1. Type d'étude :

IL s'agit d'une étude cas/témoins.

4.2.2. Période d'étude :

L'étude a été effectuée sur douze (12) mois allant du 1^{er} Janvier 2014 au 31 Décembre 2014.

4.2.3. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché à la maternité de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti au cours de la période d'étude.

4.2.4. Echantillonnage:

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur tous les cas n'ayant fait aucune consultation prénatale (CPN=0) et qui ont été enregistrés dans le service

au cours de la période d'étude. Les cas et les témoins ont été choisis par appariement. Les critères d'appariement ont été : l'âge et la parité.

- Taille de l'échantillon :

Notre étude a porté sur 250 cas de grossesses non suivies et 500 témoins parmi les grossesses suivies ; soit un cas pour deux témoins.

4.2.5-Critères d'inclusion :

- pour les cas :

*Ont été incluses dans notre étude, les femmes ayant accouché dans le service et n'ayant effectué aucune consultation prénatale.

- pour les témoins :

*Il s'agit de femmes ayant accouché juste avant ou juste après les cas, ayant réalisé au moins trois CPN et ayant le même âge et la même parité.

4.2.6- Critères de non inclusion :

- pour les cas:

Il s'agit de:

* Femmes ayant effectué au moins une consultation pour une raison liée à la grossesse par un personnel qualifié en soins obstétricaux,

* Femmes ayant accouché dans une autre structure sanitaire,

* Âge gestationnel inférieur à 28SA (6mois) et /ou poids du fœtus inférieur à 500 g.

- pour les témoins :

Il s'agit de :

* Femmes ayant effectué au moins trois consultations prénatales absentes au moment de l'étude,

* Femmes ayant effectué au moins trois consultations prénatales et qui ont refusé de participer à l'étude.

4.2.7-La collecte des données :

❖ Supports des données :

Nous avons utilisé :

- une fiche individuelle servant de questionnaire ;
- Registre d'accouchement ;
- Dossiers d'hospitalisations ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Carnet.

❖ **Technique de collecte des données :**

La technique a consisté en une lecture des dossiers d'hospitalisations et leur consignation sur une fiche préétablie. Les autres supports de données ont été exploités chaque fois que cela était nécessaire pour préciser ou compléter les données recueillies dans les dossiers d'hospitalisations

❖ **Déroulement de l'enquête :**

Le questionnaire comprend quatre pages avec 31 questions pour les cas et témoins.

L'enquête a duré 12mois. Un pré-test du questionnaire a été réalisé a partir de plusieurs dossiers avant la saisie des données.

❖ **Les Variables étudiées :**

Statut socio démographique

- le statut matrimonial ;
- la profession de la femme ;
- le niveau d'étude de la femme ;
- la profession du conjoint ;

Antécédents Médicaux

- HTA
- Cardiopathie
- Drépanocytose
- Diabète
- Asthme

Antécédents chirurgicaux

- Césarienne

-Myomectomie

-Salpingectomie

Antécédents obstétricaux

-Gestité

-Parité

-Nombre mort né

-Nombre vivant

-Nombre Avortement

-Nombre Décédé

-Intervalle inter-génésique ;

Admission

-le mode d'admission ;

-motif d'admission

Examen général

-état général

-coloration des conjonctives

- tension artérielle

-température

-œdème

-taille

-poids

Examen obstétrical

-hauteur utérine

-bruits du cœur fœtal

- âge présumé de la grossesse

- dilatation du col à l'admission

-l'œdème des membres inférieurs;

-le poids de la femme à l'admission ;

-la température corporelle ;

- la coloration des conjonctives ;
- la hauteur utérine (HU) à l'admission ;
- les bruits du cœur fœtal à l'admission ;
- la présentation du fœtus ;
- l'état du bassin
- les membranes ;

Bilan

- taux d'hémoglobine
- groupage rhésus
- protéinurie
- glycosurie

Accouchement

- le mode d'accouchement ;
- l'épisiotomie ;
- le mode de délivrance ;

-les complications obstétricales à l'entrée

- Hémorragie
- HTA sévère
- infection amniotique
- procidence du cordon

Les complications obstétricales au cours du travail

- rupture utérine
- placenta prævia
- éclampsie
- HRP
- toxémie gravidique
- procidence du cordon

Les suites de couche

- simples
- anémie
- suppuration pariétale
- endométrite
- éviscération
- pelvis-péritonite
- éclampsie
- septicémie
- paludisme
- hémorragie du post partum immédiat

Pronostique maternel

- vivante
- décédé

Pronostic fœtal

- le score d'Apgar ;
- la morbidité fœtale ;
- fœtus

4.2.8-Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur EPI-DATA, Microsoft Word et Excel 2007 puis analysées par le logiciel SPSS VERSION 21.0. Le test statistique utilisé était l'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance (IC) pour étudier les associations entre les variables. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Un $OR < 1$ était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un $OR \geq 2$ était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

4.2.9-Définitions opératoires :

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

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

-Grossesses non suivies : absence de soins liés à la grossesse.

-Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.

-Nullipare : zéro accouchement

-Primipare : un accouchement

-Pauci pare : deux à trois accouchements

-Multipare : quatre à cinq accouchements

-Grande multipare : supérieur et/ou égal à six accouchements

-Apgar :

0 : mort-né

1 à 3 : état de mort apparente

4 à 7 : état morbide

≥ 8 : bon Apgar

-Gestité :

-Primigeste : première grossesse

-Pauci geste : deux à trois grossesses

-Multi geste : quatre à cinq grossesses

-Grande multi geste : supérieur et /ou égal à six grossesses

V. RESULTATS

5.1. Fréquence des grossesses non suivies :

Nous avons enregistré 871 accouchements dont 250 parturientes n'ayant fait aucune consultation prénatale, soit une fréquence de 28,7%.

5.2. Description du profil sociodémographique des femmes

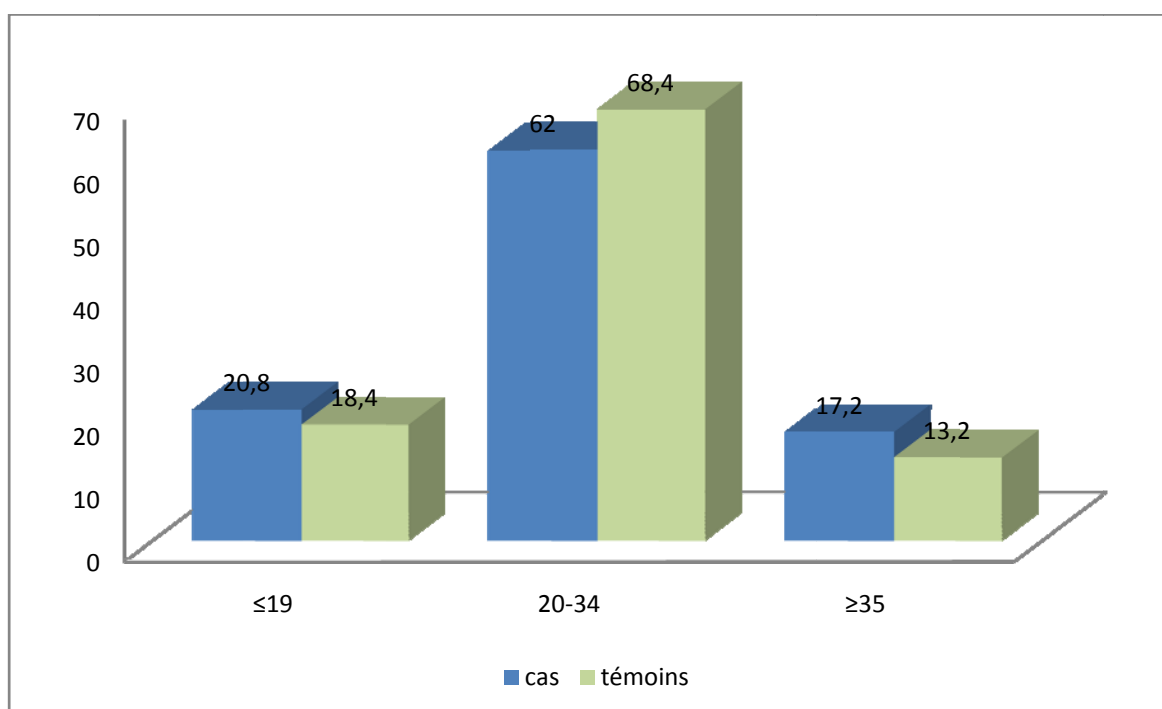


Figure1 : Répartition des patientes selon l'âge

La tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée, soit 62% chez les cas et 68,4% chez les témoins (**P>0,05**).

Tableau I : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Temoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Nullipare	76	30,4	154	30,8	0,9108	0,98[0,69-1,38]
Primipare	29	11,6	72	14,4	0,2896	0,78[0,47-1,26]
Paucipare	53	21,2	122	24,4	0,3286	0,83[0,57-1,22]
Multipare	45	18,0	82	16,4	0,5818	1,12[0,73-1,70]
Grande Multipare	47	18,8	70	14,0	0,0876	1,42[0,93-2,17]
Total	250	100,0	500	100,0		

Les nullipares ont largement dominé notre échantillon sans différence statistiquement significative.

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession

Profession de la femme	Cas		Temoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Ménagère	242	96,8	376	75,2	10 ⁻⁷	9,98[4,78-24,00]
Secrétaire/Employée de Bureau	4	1,6	28	5,6	0,0106	0,27[0,07-0,80]
Commerçante	0	0,0	4	0,8	0,1561	0,00[0,00-3,03]
Elèves/Étudiantes	3	1,2	42	8,4	0,00009	0,13[0,03-0,42]
Enseignante	0	0,0	24	4,8	0,00043	0,00[0,00-0,32]
Vendeuse	1	0,4	0	0,0	0,1570	-
Autres	0	0,0	26	5,2		
Total	250	100,0	500	100,0		

Presque la totalité des grossesses non suivies était des ménagères tandis que ce taux était très faible pour les autres professions. Différence statistiquement significative observée.

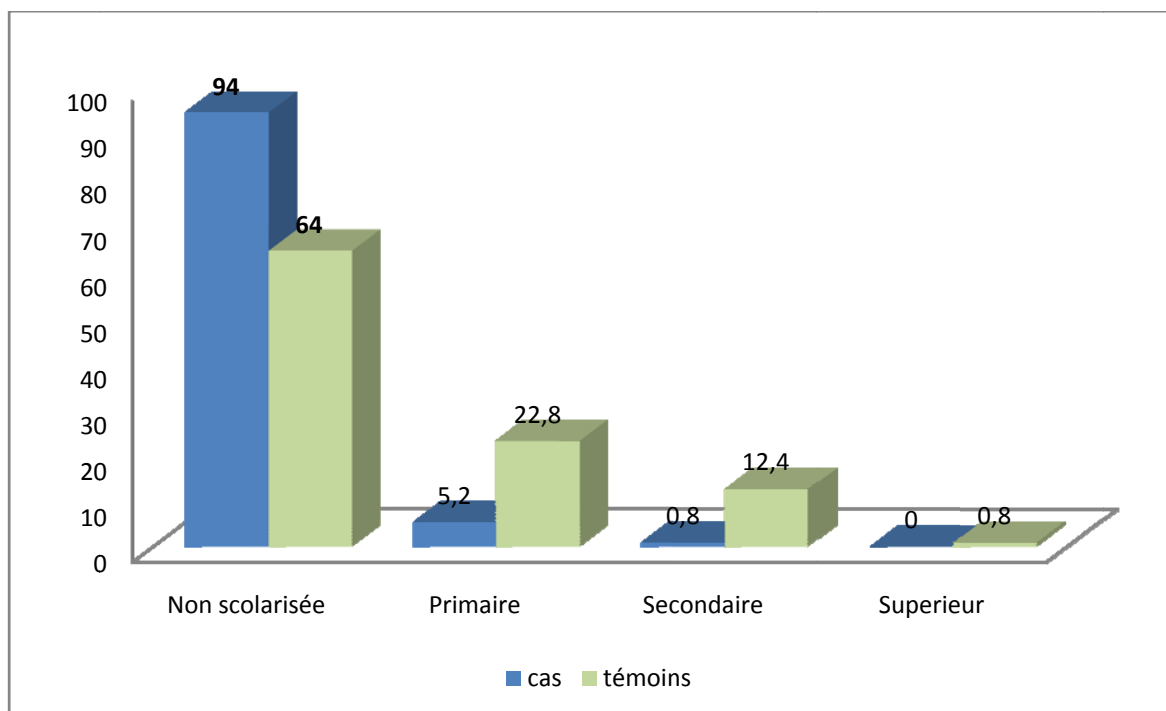


Figure2 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Dans les deux groupes, la majorité des patientes n'était pas instruite soit (94,0%) pour les cas contre (64,0%) pour les témoins (**p<0,05**).

Tableau III : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Mariée	239	95,6	490	98,0	0,0603	0,44[0,17-1,17]
Célibataire	10	4,0	10	2,0	0,1090	2,04[0,75-5,54]
Divorcée	1	0,4	0	0,0	-	-
Total	250	100,0	500	100,0		

Les mariées étaient les plus représentées dans notre échantillon soit (95,6%) chez les cas et (98%) chez les témoins (**P>0,05**).

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du Conjoint	Cas		Témoins		p	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Cultivateur	122	48,8	146	29,2	0,0000001	2,31[1,67-3,20]
Commerçant	27	10,8	116	23,2	0,00004	0,40[0,25-0,64]
Enseignant	4	1,6	46	9,2	0,00008	0,16[0,04-0,45]
Elèves /Etudiants	1	0,4	4	0,8	0,5257	0,50[0,01-5,07]
Ouvrier	2	0,8	2	0,4	0,4783	2,01[0,14-27-83]
Autres	94	37,6	186	37,2	-	
Total	250	100,0	500	100,0		

Les cultivateurs étaient statistiquement significatifs en faveur des cas par contre les enseignants dominaient les témoins.

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

Mode d'admission	Cas		Témoins		p	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Référée	163	65,2	184	36,8	10 ⁻⁷	3,22[2,31-4,38]
Evacuée	9	3,6	2	0,4	0,00035	9,30[1,90-18,83]
Venue d'elle même	78	31,2	314	62,8	10 ⁻⁷	0,27[0,19-0,38]
Total	250	100,0	500	100,0		

La grossesse non suivie était statistiquement significative chez les cas évacués et un risque plus élevé dans ce groupe.

5.3. Données cliniques :

Tableau VI : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Terme de la grossesse	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
A terme	221	88,4	480	96,0	0,000071	0,32[0,17-0,60]
Non à terme	29	11,6	20	4,0	0,000071	3,15[1,68-6,00]
Total	250	100,0	500	100,0		

Le risque des grossesses non à terme était statistiquement plus élevé dans le groupe des cas par rapport aux témoins.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la température corporelle

Température corporelle	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Normale	191	76,4	452	90,4	0,0000002	0,37[0,22-0,53]
Hyperthermie	15	6	24	4,8	0,1594	1,61[0,77-3,27]
Fièvre	44	17,6	24	4,8	10 ⁻⁷	4,24[2,44-7,47]
Total	250	100	500	100		

Nous avons noté plus de fièvre chez les cas (17,6%) que chez les témoins (4,8%) avec une différence statistiquement significative.

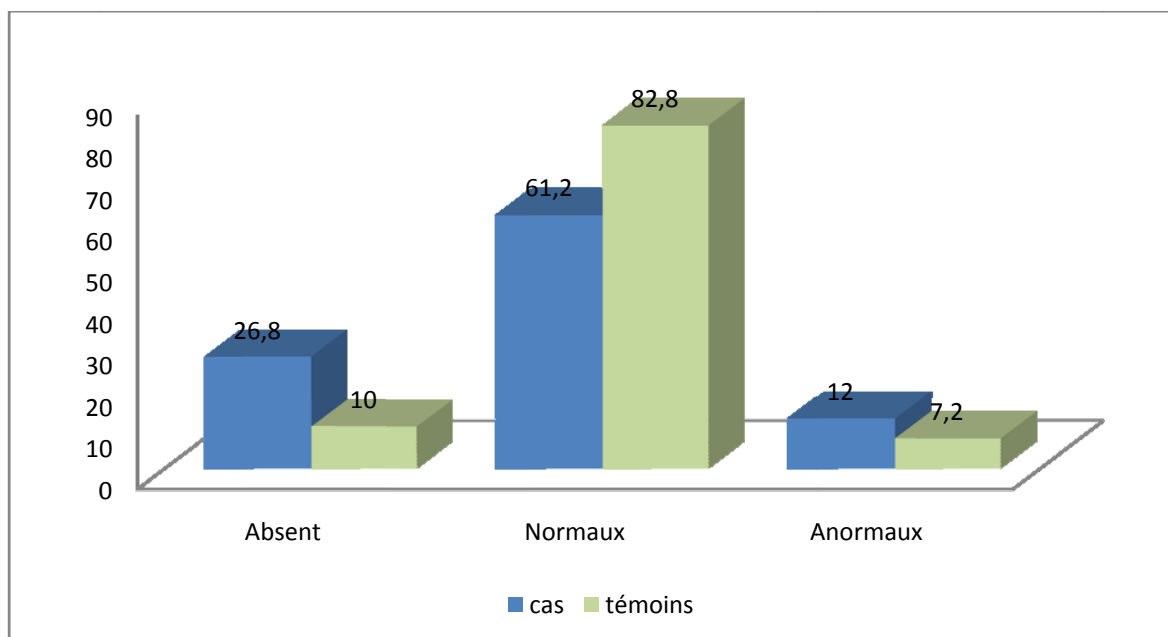


Figure 3 : Répartition des patientes selon la mort fœtale in utero.

Les BCF étaient absents dans (26,8%) chez les cas contre (10%) chez les témoins ($p < 0,05$).

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission

Etat des membranes	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Membranes intactes	128	51,2	294	58,8	0,0479	0,74[0,54-1,01]
Membranes rompues	122	48,8	206	41,2	0,0479	1,36[0,99-1,87]
Total	250	100,0	500	100,0		

Les membranes étaient rompues dans (48,8%) chez les cas et chez (41,2%) des témoins, la différence n'était pas statistiquement significative.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le délai de rupture de la poche des eaux

Délai de rupture de la poche des eaux	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
<6heures	9	7,4	46	22,3	0,00050	0,28[0,12-0,61]
6 et 12heures	43	35,5	70	34,0	0,7750	1,07[0,65-1,76]
>12heures	69	57,1	90	43,7	0,0198	1,76[1,06-2,76]
Total	121	100,0	206	100,0		

Le délai de rupture des membranes supérieur à 12h était plus fréquent chez les cas (57,1%) que chez les témoins (43,7%) (***P*<0,05**).

5.4. Accouchement :

Tableau X : Répartition des patientes selon la voie d'accouchement

Mode d'accouchement	Cas		Témoins		<i>P</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Voie basse simple	127	50,8	290	58	0,0613	0,75[0,50-1,03]
Ventouse ou Forceps	41	16,4	46	9,2	0,0036	1,94[1,20-3,12]
Césarienne	75	30,0	162	32,4	0,5051	0,89[0,63-1,26]
Laparotomie	7	2,8	2	0,4	0,0044	7,17[1,35-17,08]
Total	250	100,0	500	100,0		

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse simple avec (50,8%) des cas contre (58%) des témoins, nous avons eu recours à la césarienne chez (30%) des cas contre (32,4%) des témoins (différence statistiquement significative).

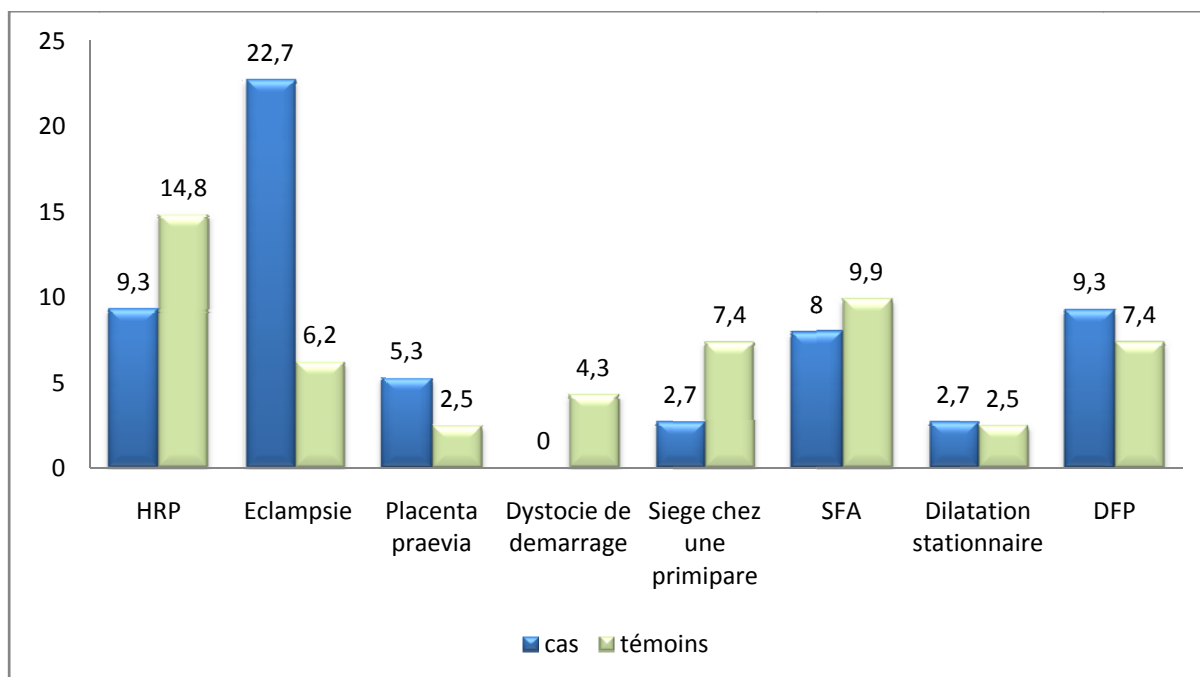


Figure 4 : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

L'indication de césarienne pour l'éclampsie était 4 fois plus élevée chez les cas que chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($P < 0,05$).

Tableau XI : Répartition des patientes selon le type de délivrance

Type de délivrance	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Artificielle	80	32,0	162	32,4	0,9120	0,98[0,70-1,37]
Active Dirigée	170	68,0	338	67,6	0,9120	1,02[0,73-1,43]
Total	250	100,0	500	100,0		

La délivrance active dirigée était plus effectuée mais sans différence significative.

5.5. Pronostic:

5.5.1. Pronostic maternel :

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'existence des complications obstétricales au cours de l'accouchement.

Complications obstétricales	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Oui	109	43,6	120	24,0	10-7	2,45[1,75-3,43]
Non	141	56,4	380	76,0	10-7	0,41[0,29-0,57]
Total	250	100,0	500	100,0		

Les complications obstétricales étaient plus retrouvées chez les cas (43,6%) que chez les témoins (24,0%) (**P<0,05**).

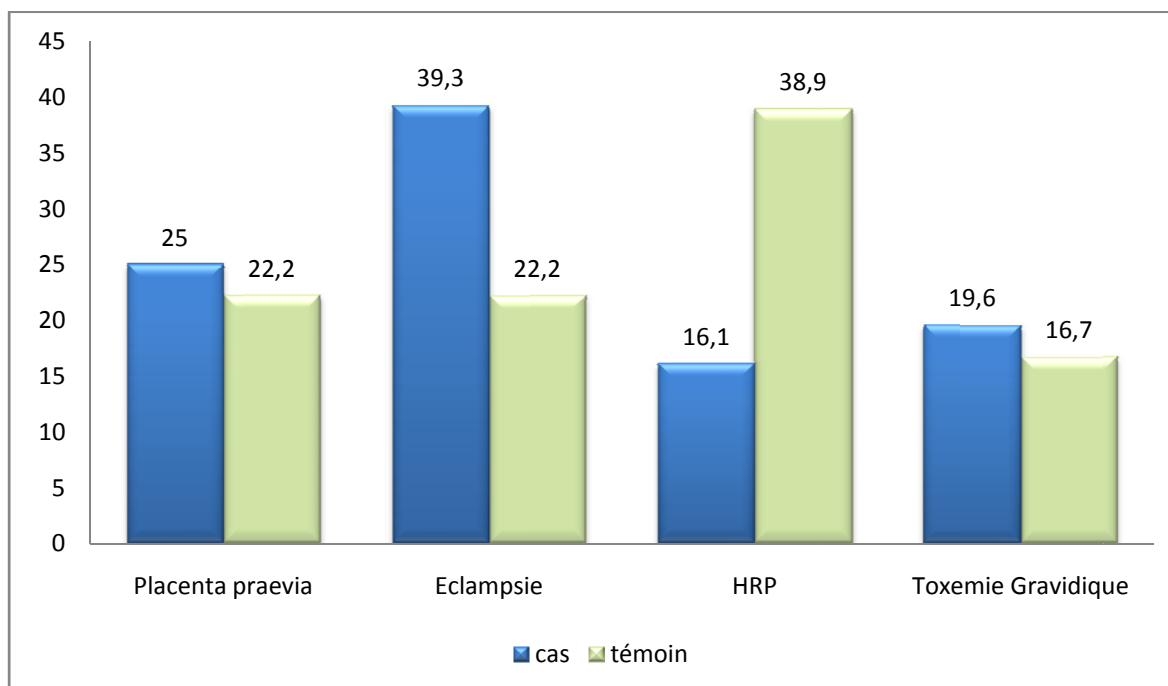


Figure5 : Répartition des patientes selon le type de complications obstétricales

Le risque était plus retrouvé chez les cas dans l'HRP et l'éclampsie (différence statistiquement significative).

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les suites de couches

Suites de couches	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Simple	201	80,4	432	86,4	0,0014	0,54[0,36-0,81]
Complicées	59	23,6	68	13,6	0,0014	1,86[1,24-2,79]
Total	250	100,0	500	100,0		

Les suites de couches compliquées étaient plus retrouvées chez les cas (23,6%) que chez les témoins (13,6%), avec une différence statistiquement significative.

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le type de complications dans les suites de couches

Type de complications	Cas		Témoins		p	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Anémies	54	91,5	60	88,2	0,5418	1,44[0,39-5,93]
Hémorragie du post partum	4	6,8	8	11,8	0,3381	0,55[0,11-2,18]
Paludisme	1	1,7	0	00,0	-	
Total	59	100,0	68	100,0		

L'anémie était la plus rencontrée (91,5%) pour les cas et (88,2%) chez les témoins, alors que l'hémorragie du post partum était plus représentée chez les témoins que chez les cas avec respectivement (11,8%) et (6,8%). Différence significative observée

Tableau XV : Répartition des patientes selon le pronostic vital maternel

Pronostic vital maternel	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Vivante	241	96,4	500	100	<i>0,000019</i>	<i>0,00[0,00-0,25]</i>
Décédée	9	3,6	0	0,0	<i>0,000019</i>	-
Total	250	100,0	500	100,0		

Les décès maternels étaient retrouvés chez les cas 3,6%, avec une différence statistiquement significative par rapport aux témoins.

5.5.2 Pronostic Foetal :

Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés selon le Score d'Apgar

Score d'APGAR	Cas		Témoins		<i>P</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
0	62	24,8	50	10	<i>0,0000001</i>	<i>2,97[1,93-4,57]</i>
1-3	4	1,6	6	1,2	<i>0,6480</i>	<i>1,34[0,28-5,73]</i>
4-7	40	16,0	44	8,8	<i>0,0032</i>	<i>1,97[1,21-3,20]</i>
≥8	144	57,6	400	80,0	<i>10⁻⁷</i>	<i>0,34[0,24-0,48]</i>
Total	250	100,0	500	100,0		

Le score d'Apgar était à 0 dans (24,8%) chez les cas contre (10%) chez les témoins, la différence est significative.

Le score d'Apgar supérieur ou égal à 8 était la plus représenté chez les témoins par rapport aux cas. La différence est significative.

Tableau XVII : Répartition des nouveau-nés selon le type de morbidité.

Type de morbidité	Cas		Témoins		P	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Prématurité	24	60,0	40	58,8	0,9043	1,05[0,44-2,53]
Infection néonatale	1	2,5	4	5,9	0,4191	0,41[0,01-4,37]
Macrosomie fœtale	2	5,0	8	11,8	0,2415	0,39[0,04-2,14]
Hypotrophie fœtale	13	32,5	14	20,6	0,1674	1,86[0,69-4,92]
Malformation	0	00,0	2	2,9	0,2735	0,00[0,00-9,07]
Total	40	100,0	68	100,0		

La prématurité était légèrement plus représentée chez les cas avec (60,0%) que chez les témoins, de même l'hypotrophie fœtale était plus représentée chez les cas avec (32,5%). Par contre l'infection néonatale était très peu représenté On n'observe pas de différence statistiquement significative.

Tableau XVIII : Répartition selon la référence des nouveau-nés en pédiatrie.

Référence du nouveau-né	Cas		Témoins		p	OR-IC
	Eff	%	Eff	%		
Oui	74	29,6	110	22,0	0,0225	1,49[1,04-2,13]
Non	176	70,4	390	78,0	0,0225	0,67[0,47-0,96]
Total	250	100,0	500	100,0		

Les nouveau-nés référés étaient moins représentatifs avec une différence significative.

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le motif de référence en néonatalogie

Motif de référence des nouveau-nés	Cas		Témoins		<i>P</i>	<i>OR-IC</i>
	Eff	%	Eff	%		
Souffrance néo-natale	29	40,3	34	31,5	0,2254	1,47[0,75-2,86]
Macrosomie fœtale	2	2,8	10	9,3	0,0876	0,28[0,03-1,38]
Prématurité	22	30,6	40	37,0	0,3699	0,75[0,37-1,48]
Hypotrophie fœtale	10	13,9	10	9,3	0,3329	1,58[0,55-4,49]
Dépassement de Terme	0	0,0	2	1,9	0,2455	0,00[0,00-7,99]
Détresse Respiratoire	9	12,5	12	11,0	0,7761	1,14[0,40-3,15]
Total	72	100,0	108	100,0		

La souffrance néonatale était la cause de référence la plus fréquente chez les cas (40,3%) contre (31,5%) chez les témoins, sans différence statistiquement significative.

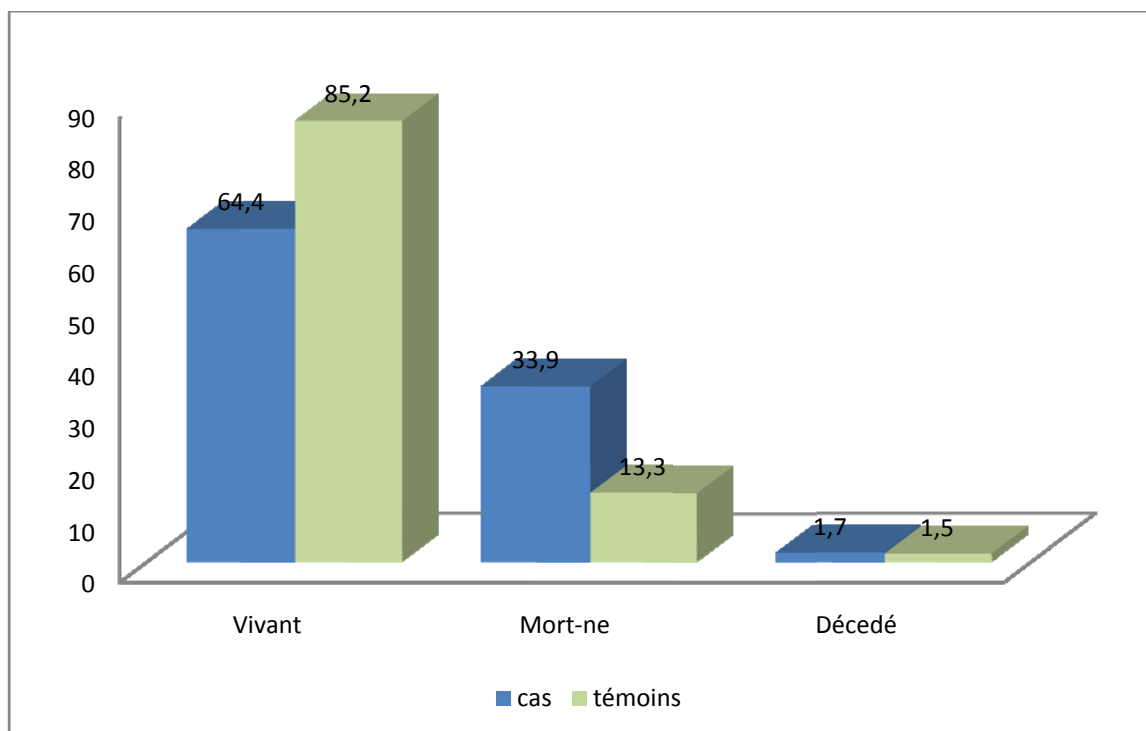


Figure6 : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic vital

Le taux de mort-né était statistiquement significatif chez les cas (33,9%) contre (13,3%) chez les témoins (**P<0,05**).



VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

6.1. Fréquence :

Dans notre étude la fréquence des grossesses non suivies a été de 28,7%. Cette fréquence retrouvée par notre étude est supérieure à celle rapportée respectivement par THIERO. M. [12] (21,3%) en 1995, de THIAM. H. D. [13] (33,3%) en 2000 et celle de Rakotomalala H.P.[14] (9,76) au centre hospitalier de Soavinandriana en 2012. Cette différence pourrait être expliquée par le type et la période d'étude.

6.2. Caractère sociodémographique :

➤ Age :

Dans notre étude les adolescentes ont représenté 19,6%. Dans la littérature, les âges inférieurs à 15ans et supérieurs à 35ans constituent un facteur de risque; en effet la procréation à un âge précoce expose à plusieurs risques dont le syndrome vasculo-rénal cause semble t-il de l'immaturation des vaisseaux utérins [15].

Après 35 ans, la grossesse peut s'associer à certaines complications maternelles comme le placenta prævia, les ruptures utérines et les hémorragies du post partum immédiat. Quant aux risques fœtaux on peut énumérer le retard de la croissance, la prématurité et certaines malformations [15].

Les parturientes de 20 à 34 ans ont représenté 65,2%. Ce résultat est inférieur à celui de SY I. [15] qui trouve en 2012 dans le district de Bamako la même tranche d'âge avec un taux de 77%. Par contre en 1998 Talibo A. [16] trouve à Bamako une tranche d'âge de 20-25 ans soit une prévalence de 64,4%. Ces différences de taux avec notre série s'expliquent par la spécificité de ces études (consultation prénatale, mortalité maternelle) d'une part et d'autre part les tranches d'âge retenues dans notre étude étaient différentes de celles de ces

auteurs, même si dans tous les cas il s'agit globalement de parturientes en âge de procréer.

➤ Statut matrimonial :

L'accès aux soins prénatals est directement lié au statut matrimonial de la patiente. Ainsi dans les deux groupes (cas et témoins) nous n'avons pas une différence statistiquement significative ($p \geq 0,05$) ; les patientes célibataires avaient 2,04 fois de risque de ne pas faire la CPN.

Le célibat est facteur de risque de non recours aux soins prénatals, car ces filles mères sont le plus souvent rejetées par leurs familles qui considèrent la grossesse hors mariage comme étant une honte sociale. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressource pour assurer le suivi prénatal.

➤ Profession de la femme :

Elles sont majoritairement ménagères avec 96,8 % chez les cas et 75,2% pour les témoins. Notre taux de gestante ménagère est supérieur à celui de CAMARA.B [17] (43%) et à celui observé par BAGAYOKO N. [18] 67,8% des cas contre 67,5% pour les témoins. Cette prédominance des ménagères s'expliquerait par leurs faibles revenus d'une part, les occupations domiciliaires importantes d'autre part, laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal.

➤ Niveau d'étude :

Dans notre étude 94,0% des cas contre 64,0% des témoins étaient des non scolarisés ($p=10^{-7}$; OR=8,81 ; IC= 5,02-16,47. Nous n'avons par ailleurs observé aucun cas de grossesse non suivie chez les femmes de niveau supérieur. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par SY I. [15] 89,5% des cas contre 60,5% des témoins et également supérieur à celui de BAGAYOKO N. [18](62,9% des non scolarisés). Cette différence peut s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction constitue un facteur de risque d'exposition aux

grossesses non suivies, mais dans tous les cas les non scolarisées sont majoritaires.

➤ Profession du conjoint :

Dans une société où la plupart des femmes sont financièrement dépendantes de leurs maris, il est tout à fait compréhensible que l'occupation du conjoint ait une influence sur la qualité de suivi prénatal. Ainsi avons nous remarqué que l'activité des conjoints cultivateurs a une influence négative sur la qualité de suivi prénatal, alors que celles de commerçants et enseignants protégeraient contre ce phénomène.

➤ Mode d'admission :

Dans notre étude les femmes venues d'elles-mêmes étaient majoritaires avec 31,2% des cas contre 62,8% chez les témoins. CAMARA Ben 2009 [17], a aussi obtenu une proportion plus élevée des patientes venues d'elles-mêmes soit 58,7% pour les cas contre 73,3% chez les témoins. La similarité de ces taux serait liée aux méthodes d'études adoptées.

6.3. Données cliniques :

➤ Terme de la grossesse :

A l'examen obstétrical, 11,6% des femmes ont été admises avec une grossesse Non à terme. Selon CAMARA B [17], la fréquence des grossesses non à terme était de 40%. Ces différences de taux par rapport au nôtre seraient liées à notre méthodologie qui excluait les grossesses de moins de 28SA et/ou de poids fœtal inférieur à 500 Grammes.

➤ Mort fœtal in utero a l'admission :

L'auscultation des BDCF a été faite au stéthoscope de Pinard à l'admission de la parturiente. Les BDCF n'étaient pas perçus chez 26,8% des cas contre 10% chez les témoins avec une différence statistiquement significative, ils étaient supérieurs à 160 battements par minute chez 12% des cas contre 7,2% pour les témoins. L'étude menée par SY I. [15] trouve un taux de BDCF non perçus dans 11,5% chez les cas contre 4% pour les témoins qui sont tous inférieurs aux taux de notre étude.

➤ Mode d'accouchement :

Le mode d'accouchement le plus fréquent a été la voie basse avec 50,8% des cas contre 58% chez les témoins. Ces taux sont comparables à ceux de SY I. [15] qui rapporte un taux d'accouchement par voie basse de 69,5% chez les cas contre 76,5% chez les témoins, et à ceux de CAMARA B. [17] (78% des cas contre 89,3% des témoins).

6.4. Pronostics:

6.4.1. Pronostic maternel :

➤ Les complications obstétricales au cours du travail :

Les complications obstétricales ont été deux fois plus fréquentes chez les patientes non suivies par rapport aux témoins, soit respectivement 43,6% contre 24% ($p=0,0000001$; $OR=2,45$; $IC= [1,75-3,43]$). SY I. [15] trouve 3 fois plus de complications obstétricales chez les non suivies que chez les suivies avec des taux respectifs de 25,5% contre 9,5%.

➤ Suites de couches et ses complications :

Les suites de couches étaient simples chez 80,4% des patientes non suivies contre 86,4% chez les témoins avec une différence statistiquement significative ($p=0,0014$; $OR=0,54$; $IC= [0,36-0,81]$). Les suites de couches ont été compliquées chez 23,6% des cas contre 13,6% chez les témoins avec une différence significative ($p=0,0014$; $OR=1,86$; $IC= [1,24-2,79]$). En effet, en l'absence de suivi prénatal, les facteurs de risque de la grossesse ne seront pas mis en œuvre. Ceci expose la patiente à des risques potentiels de complications au cours de la parturition et ou dans le postpartum. Notre taux est inférieur à celui de TALIBO A. [16] qui trouve 99,3% des patientes ayant présenté des suites de couches simples contre 0,7% de suites de couches compliquées. La principale complication observée dans les suites de couches a été l'Anémie 91,5% chez les cas contre 88,2% chez les témoins.

➤ Décès maternel :

Dans notre série nous avons enregistré 9 décès maternels parmi les parturientes non suivies soit 3,6% ($p=0,000019$).

L'étiologie le plus incriminée dans les décès maternels a été le choc hémorragique des suites d'HRP et l'éclampsie.

L'HRP est un accident paroxystique du dernier trimestre de la grossesse. Cependant certains facteurs tels que l'HTA et l'anémie pourraient l'annoncer.

Les CPN bien faite pourraient dans certains cas permettre d'identifier les grossesses à risque d'HRP.

Qu'elles soient anté ou post-partum, les hémorragies constituent des urgences médicales majeures.

Maguiraga M [19] a rapporté les taux suivants : 41,7% de décès maternels dus à l'hémorragie ; l'infection dans 19,2% des cas et l'HTA et ses complications dans 9,2% des décès maternels.

L'un des facteurs favorisant de ces décès maternels dans notre étude était l'évacuation tardive des patientes.

6.4.2. Pronostic fœtal :

➤ Score d'Apgar :

La majorité des nouveau-nés dans notre série avaient un score d'Apgar ≥ 8 ils ont constitué respectivement 57,6% chez les cas contre 80% chez les témoins ($p=0,0000001$; OR=0,34 ; IC= [0,24-0,48]). Les mort-nés et les nouveau-nés en état de mort apparent ont représenté respectivement : 24,8% chez les cas contre 10% chez les témoins ($p=0,0000001$; OR=2,97 ; IC= [1,93-4,57]) ; 1,6% chez les cas contre 1,2% chez les témoins ($p=0,6480$; OR=1,34 ; IC= [0,28-5,73]). L'étude faite par SY I. [15] rapporte respectivement 73,8% des nouveau-nés ayant un score d'Apgar ≥ 8 chez les cas contre 85,1% chez les témoins. Les mort-nés ont représenté respectivement (11,2% et 3,2%) ($p=0,0000005$; OR=3,14 ; IC= [1,92-3,18]).

➤ Morbidité fœtale :

La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 60% chez les cas contre 58,8% chez les témoins ($p=0,9043$; OR=1,05 ; IC= [0,44-2,53]). SY I. [1] rapporte 13,1% de prématurité chez les cas contre 7,1% chez les témoins. Selon EDSM III [1] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais Apgar.

➤ Pronostic vital fœtal :

Chez la majorité de nos parturientes les nouveau-nés étaient vivants soit 64,4% chez les cas contre 85,2% chez les témoins ($p=0,0000001$; OR=0,31 ; IC= [0,20-0,49]). Les mort-nés représentaient 33,9% chez les cas contre 13,3% chez les témoins ($p=0,0000001$; OR=3,35 ; IC= [2,24-5,25]). Une étude multicentrique à Kolondiéba et Bamako effectuée par Thiam D. [13] rapporte un taux de 86,66% de nouveau-nés vivants.

➤ Causes de références des nouveau-nés :

Nous avons référé 29,6% des nouveau-nés issus des grossesses non suivies en néonatalogie contre 22% chez les témoins ($p=0,0225$ OR=1,49 IC= [1,04-2,13]). Les causes de références des nouveau-nés en néonatalogie ont été dominées par la souffrance néonatale et la prématurité avec respectivement : 40,3% chez les cas contre 31,5% chez les témoins et 30,6% chez les cas contre 37% chez les témoins.

Dans une étude multicentrique à Kolondiéba et Bamako effectuée par Thiam D [13] a rapporté 6,66% de nouveau-nés référés en néonatalogie. La souffrance néonatale a été la cause de référence dans 100% des cas.

Cette grande différence de taux de référence en néonatalogie est due au cadre d'étude mais également à l'insuffisance des néonatalogistes au CSRef CV.

VII. CONCLUSION :

Les grossesses non suivies constituent un phénomène fréquent à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti. L'absence de consultation prénatale entraîne des complications obstétricales graves aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Le renforcement de la politique nationale d'information et d'éducation des populations cibles s'impose pour l'amélioration du pronostic des gestantes.

VIII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

-Proposer des mesures incitatives pour amener les femmes à Consulter, les structures de santé pour tout problème obstétrical par exemple : Une fois accouchée dans un centre de santé, que les consultations prénatales et les accouchements soient faits de façon gratuite.

Aux parents et à l'entourage :

-Permettre une plus grande scolarisation des filles afin qu'elles comprennent l'importance des consultations prénatales.

-Accompagner les gestantes durant toute la grossesse en les encourageant à aller vers les structures de santé pour faire la CPN et pour accoucher dans les structures de sante

Aux femmes :

- Faire systématiquement une consultation devant tout retard de règle (aménorrhée) afin de faire le diagnostic précoce d'une éventuelle grossesse et d'en assurer une prise en charge efficace.

- Suivre régulièrement les consultations prénatales afin de réduire les risques liés à l'absence de celles-ci.

Aux conjoints :

-Encourager les femmes à utiliser les services de santé de la reproduction (suivi prénatal et planification familiale).

Aux personnels de santé :

- Informer, sensibiliser, éduquer régulièrement les femmes en âge de procréer sur l'importance de la CPN et les risques inhérents à l'absence de suivi prénatal et l'importance de l'espacement des naissances (CPN recentrée).

IX. REFERENCES:

1. **Edsm iii Mali.** (2000-2001).
2. **Unicef.** Situation des Enfants dans le monde 2009, 12p.
3. **Edsm v Mali.** (2012-2013).
4. **Akpadza K, Kotor KT, Baeta S, Hodonou AKS.**
Les ruptures utérines au cours du travail au centre hospitalier régional de Sogodé (Togo). Médecine d'Afrique Noire 1994;41(11) :604-607.
5. **Anonyme.** La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat de l'OMS. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle. Genève, 1985: 14p.
6. **Anonyme.** Normes et procédures pour la surveillance prénatale. Ministère de la santé et des affaires sociales de la République du Mali ; vol 2,1990.
7. **Programme de santé familiale.** Plan quinquennal 1988_1992, Mali, Décembre 1987.
8. **World Health Organization. The World Report 2005.** Attending to 136 million births, every year 2005, Make every mother and child count. GENEVA: The World Health Organization, 2005; P: 61.
9. **Division santé de la reproduction.** Procédure en santé de la reproduction, soins prénatals recentrés, soins prénatals, soins post natals, soins après avortement, pathologies génitales et dysfonctionnement sexuel chez la femme Juin 2005, 219P.
10. **Coulibaly E.** Etude des causes de la mortalité maternelle à Bamako à propos de 25 études de cas clinique. Thèse de Médecine , Bamako 1995- M - 40.
11. **Précis d'obstétrique, R. Merger, J. Levy, J. Melchior.** Soins en Obstétrique 6eme édition Masson. 755 P



12. Thiéro M. Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Toure. Thèse de médecine ; Bamako 1995- M-17.

13. Thiam H. D. Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondièba. Thèse de médecine 2000- M- 62.

14. Rakotomalala H.P. Absence de consultation Prénatale au Centre Hospitalier de Soavinandriana : facteurs favorisants et complications Materno-Fœtales lors de l'accouchement, Thèse de Médecine d'Antananarivo 2012- N- 8508.

15. Sy I. pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CS Réf commune V (Bamako) Thèse de Médecine, 2012- M- 97.

16. Talibo A. Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse de médecine, 1998- M- 29.

17. Camara B. Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies au CS Réf commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2009-M -15.

18. Bakayoko N. pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Médecine, Bamako, 2004- M- 39.

19. Maguiraga M. Etude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse, médecine, 2000- M-110.

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTITE DE LA FEMME

Q1 Date d'entrée : /__ / __ / __ / __ / __ / __ /

Q2 Numéro du Dossier : /__ / __ / __ /

Q3 Nom

&

Prénom :

Q4 Age : /__ / __ / ans

Q5 Tel :

II. STATUT SOCIODEMOGRAPHIQUE

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

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

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

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

III. ANTECEDENTS

3.1. Antécédents médicaux :

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

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

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

Q13 Diabète : /__ / 1= oui ; 2= non

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

Q15 Autres : /__ / 1= à préciser..... ; 2= non

3.2. Antécédents chirurgicaux :

Q16 Césarienne : /__ / 1= oui ; 2= non

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

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

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

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

Q21 Si oui, à préciser.....

3.3. Antécédents obstétricaux :

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

Q23 Intervalle inter génésique : / __ / mois.

IV. ADMISSION

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

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

Q26 Motif d'admission:

.....
.....
.....

V. DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

4.1. Examen Clinique

Q27 Examen général :

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

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

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

Q27.4. Température : / __ / __ / °C

Q27.5. Œdèmes : / __ / 1= oui ; 2= non

Q27.6. Taille : / __ / __ / __ / cm

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

Q28 Examen obstétrical :

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

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

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

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

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

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

Q28.7. Membranes : / __ / 1= intactes ; 2= rompues

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

Coloration du liquide amniotique :

4.2. Bilan

- Q29 Taux d'hémoglobine : /__/_/ g/dl
- Q30 Groupage/Rhésus : /_____/
- Q31 Protéinurie significative : /__/_/ 1=oui ; 2= non
- Q32 Glycosurie : /__/_/ 1= oui ; 2= non
- Q33 Autres : /__/_/ 1= non ; 2=oui
- Q34 Si oui, préciser.....

4.3. Accouchement :

- Q35 Mode d'accouchement : /__/_/ 1= voie basse simple ; 2= ventouse ou forceps ; 4= Césarienne
- Q35.1. si césarienne, indication :.....
- Q35.2. si ventouse ou forceps, indication.....
- Q36 Épisiotomie : /__/_/ 1= oui ; 2= non
- Q37 Si épisiotomie, indication:
- Q38 Délivrance : /__/_/ 1= artificielle ; 2= active dirigée (GATPA) ; 3= naturelle

4.4. Complications

- Q39 Complications obstétricale à l'entrée : /__/_/ 1= hémorragie ; 2= HTA sévère ; 3= infection amniotique ; 4= procidence du cordon ; 5= autres.....
- Q40 Complications obstétricales au cours du travail : /__/_/ 1= rupture utérine ; 2= placenta prævia ; 3= éclampsie ; 4= HRP ; 5= toxémie gravidique ; 6= procidence du cordon ; 7= déchirure du périnée simple ; 8= déchirure du périnée compliquée ; 9= déchirure du col ; 10= déchirure du vagin ; 11 = autres.....
- Q41 Suites de couche : /__/_/ 1= simples ; 2= anémie ; 3= suppuration pariétale ; 4= endométrite ; 5= éviscération ; 6= pelvipéritonite ; 7= péritonite ; 8= éclampsie ; 9= septicémie ; 10= paludisme ; 11= hémorragie du post-partum immédiat ; 12= autres.....

4.5. Traitement

- Q42 Traitement médicaux : /__/_/ 1= utero toniques ; 2= antibiotique ; 3= antipaludéens ; 4= fer ; 5= anti hypertenseurs ; 6= transfusion/macromolécules ; 7= autres.....
- Q43 Traitement chirurgicaux :
- Q43.1. Césarienne : /__/_/ 1= oui ; 2= non

Q43.2. Si Oui,
 indication :

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

Q43.4. Si Oui,
 indication :

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

Q43.6. Si Oui, indication :

VI. PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

6.1. Pronostic maternel :

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

6.2. Pronostic fœtal :

Q45 Score d'Apgar : /__/ 1= 0 (mort-né) ; 2= 1-3 (mort apparent) ; 3= 4-6 (morbide) ; 4= ≥ 7 (bon score)

Q46 Morbidité fœtale : /__/ 1= prématurité ; 2= infection néonatale précoce ; 3= macrosomie fœtale ; 4= hypotrophie fœtale ; 5= malformation ; 6= autres.....

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

Q47.1. Si référé, cause :

Q47.2. si décédé, cause :

Fiche signalétique

Nom : SANGALA

Prénom : Moïse

Titre de thèse :

Pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies à propos d'une étude Cas-témoins dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Pays d'origine : République du Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique et Pédiatrie.

Résumé de thèse :

Nôtre étude de type cas-témoins effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti sur une période de 12 mois et portant sur les grossesses non suivies a donné les résultats suivants :

-La prévalence des grossesses non suivies au cours de la période d'étude a été de 28,7%.

-Les facteurs de risque ont été l'analphabétisme de la femme avec 94% des cas ($p=10^{-7}$ et $OR=8,81$) ; la profession du conjoint avec 48,8% des cultivateurs ($p=10^{-7}$ et $OR=2,31$).

-Les complications obstétricales étaient deux fois plus fréquentes chez les cas par rapport aux témoins ($p=0,0000001$ et $OR=2,45$). Elles ont été dominées par

les accidents paroxystiques de l'HTA à savoir l'éclampsie 39,3% suivies de placenta prævia 25% et de Pré éclampsie 19,6%.

-La morbidité fœtale a été dominée par la prématurité avec 60% ($p=0,9043$ et $OR=1,05$).

-Le score d'Apgar à la première minute était inférieur à 8 dans 42,4% des cas.

-Nous avons observé 9 décès maternels soit 3,6 % des cas.

Mots clés : Consultation prénatale, grossesses non suivies, pronostic, décès maternels.

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 !