

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université
Kankou Moussa

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

UKM

Année universitaire : 2022 - 2023

THEME

Thèse N° :/.....

**ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A
RISQUE DANS LE CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT
DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 23 /05 / 2023 devant la Faculté de Médecine et
d'odonto-Stomatologie.

Par

Mme. Kacou Marie Ariane Cécilia

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Président : Pr Hamadoun SANGHO

Membre : Pr Housseini DOLO

Co-directeur : Dr Cheick Abou COULIBALY

Directeur de thèse : Pr Oumar SANGHO

UNIVERSITE KANKOU MOUSSA

(Faculté des Sciences de la Santé)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

Administration

RECTEUR : Pr Siné BAYO

Doyen : Pr Dapa A DIALLO

PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE ET PEDAGOGIQUE : Pr Hamar Alassane Traoré

SECRETAIRE PRINCIPAL : Mr Amougnon DOLO

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

Mr Alhousseini AG MOHAMED

Mr Sambou SOUMARE

Mr Amadou I DOLO

Mr Aly Douro TEMBELY

Mr Nouhoun ONGOIBA

générale

Mr Youssouf COULIBALY

Mr Djibo Mahamane DJANGO

Mr Sadio YENA

Mr Zimogo Zié SANOGO

Mr Drissa KANIKOMO

Mr Adégné Pierre TOGO

Mr Alassane TRAORE

Mr Bakary Tientigui DEMBELE

Mr Youssouf TRAORE

Mr Niani MOUNKORO

Mme Dombia Kadiatou SINGARE

Mr Seydou TOGO

Vasculaire

Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA

Mr Birama TOGOLA

Mr Soumaïla KEITA

ORL

Chirurgie générale

Gynéco-Obstétrique

Urologie

Anatomie et chirurgie

Anesthésie et Réanimation

Anesthésie et Réanimation

Chirurgie cardio-thoracique

Chirurgie générale

Neurochirurgie

Chirurgie générale

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Gynéco-Obstétrique

Gynéco-Obstétrique

ORL

Chirurgie Thoracique et Cardio

Chirurgie Thoracique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ibrahim TEGUETE

Mr Abdoulaye DIARRA

Mr Amadou TRAORE

Gynéco-Obstétrique

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A RISQUE DANS UN CSRef ; CAS DU CSRef DE LA COMMUNE III DE BAMAKO

Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
Mr Hamady COULIBALY	Stomatologie
Mr Sékou KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Madani DIOP	Anesthésie Réanimation
Mr Almoustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Traumatologie
Mr Mamadou NDIAYE	Radiologie

4- MAITRES ASSISTANTS

5-Assistant :

Mr Zakary SAYE	Oncologie Chirurgicale
----------------	------------------------

D.E.R SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Siné BAYO	Anatomie pathologie – Histo-embryologie
Mr Bakary CISSE	Biochimie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Mahamadou Ali THERA	Parasitologie Mycologie
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Abdoulaye DJIMDE	Parasitologie Mycologie
Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Parasitologie
Mr Issiaka SAGARA	Math-Bio-Statistique

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Boureïma KOURIBA	Immunologie
Mr Aboulaye KONE	Parasitologie

3-MAITRES DE CONFERENCES/MAITRES DE RECHERCHES

Mr Amadou KONE	Biologie Moléculaire
Mr Mahamadou Z SISSOKO	Méthodologie de la Recherche
Mr Karim TRAORE	Méthodologie de la Recherche
Mr Bourama COULIBALY	Histo-embryo et anapath
Mr Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mr Mohamed M'BAYE	Physiologie
Mr Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mr Laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie

4-MAITRES ASSISTANTS

**ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A RISQUE DANS UN CSRef ; CAS DU CSRef DE
LA COMMUNE III DE BAMAKO**

Mr Souleymane SANOGO
Mr Charles ARAMA

Physique
Immunologie

5-ASSISTANTS

Mr Abdoulaye FAROTA
Mr Aboudou DOUMBIA

Chimie Physique-Chimie Générale
Chimie Générale

D.E.R MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Toumani SIDIBE
Mr Mamadou Marouf KEITA
Mr Saharé FONGORO
Mr Baba KOUMARE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Hamar Allassane TRAORE
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Boubacar TOGO
Mr Daouda K MINTA
Mr Youssoufa M MAIGA
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Mariam SYLLA
Mme TRAORE Fatoumata DICKO
Mr Souleymane COULIBALY
Mme Kaya Assétou SOUKHO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE

Pédiatrie
Pédiatrie
Néphrologie
Psychiatrie
Hématologie
Médecine Interne
Endocrinologie
Imagerie Médicale
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Maladies Infectieuses
Neurologie
Pneumologie
Pédiatrie
Pédiatrie et génétique Médicale
Psychologie
Médecine Interne
Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Adama DICKO
Mr Koniba DIABATE
Mme Menta Djénébou TRAORE

Dermatologie
Biophysique
Médecine Interne

3- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mody CAMARA
Mr Djibril SY
Mme SOW Djénébou SYLLA

Imagerie Médicale
Médecine Interne
Endocrinologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou N'DIAYE
Mr Issiaka DIARRA

Imagerie Médicale
Anglais

5- ASSISTANTS

Mme DEMBELE Maimouna SIDIBE
Mr Bah TRAORE
Mr Modibo MARIKO

Rhumatologie
Endocrinologie
Endocrinologie

-CHARGES DE COURS :

**ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A RISQUE DANS UN CSRef ; CAS DU CSRef DE
LA COMMUNE III DE BAMAKO**

Mr Madani LY

Oncologie Médicale

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

Mr Hammadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO

Informatique Médicale

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Oumar SANGHO

Santé Communautaire

3-Maître de Conférences

Mr Aldiouma KODIO

Anglais

4-MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdramane COULIBALY

Anthropologie Médicale

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

Mr Cheick Abou COULIBALY

Santé Publique

5-CHARGES DE COURS :

Mr Birama DIAKITE

Economie de la Santé

Mr Mahamane KONE

Santé au travail

Mr Ali WELE

Management

Mr Cheick Tidiane TANDIA

Santé Publique

D.E.R SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHES

Mr Saibou MAIGA	Legislation
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique
Mr Ousmane DOUMBIA	Chimie Thérapeutique
Mr Aboulaye DABO	Zoologie
Mr Moussa SAMAKE	Botanique
Mr Benoit Yaranga KOUMARE	Chimie Inorganique
Mr Ababacar MAÏGA	Toxicologie
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Biologie Cellulaire
Mr Cheick Oumar BAGAYOGO	Informatique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie
Mr Alhassane TRAORE	Anatomie
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Anatomie
Mr Siaka SIDIBE	Biophysique
Mr Abdoulaye DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
Mr Daouda Kassoum MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Satigui SIDIBE	Pharmacie Vétérinaire
Mr Mahamadou Ali THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie de la Recherche
Mr Daba SOGODOGO	Physiologie Humaine
Mr Mme DOUMBO Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Mr Issaka SAGARA	Maths-Bio-Statistiques

2- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES/MAITRES DE CONFERENCES/MAÎTRES DE RECHERCHES

Mr Ousmane SACKO	Cryptogamie
Mr Bourèma KOURIBA	Immunologie
Mr Abdoulaye KONE	Méthodologie de la recherche
Mr Drissa TRAORE	Soins Infirmiers
Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME	Biochimie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie-Embryologie
Mr Mahamane HAIDARA	Pharmacognosie
Mr Abdoul K MOUSSA	Anatomie
Mr Madiassa KONATE	Anatomie
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bourama COULIBALY	Biologie Cellulaire
Mr Mohamed MBAYE	Physiologie
Mr Koniba DIABATE	Biophysique
Mr Souleymane DAMA	Parasitologie-Mycologie
Mr Laurent DEMBELE	Parasitologie-Mycologie
Mr Amadou NIANGALY	Parasitologie-Mycologie
Mme MINTA Djénébou TRAORE	Sémiologie Médicale
Mr Hamadoun Abba TOURE	Bromatologie
Mr Lossény BENGALY	Pharmacie Hospitalière

**ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A RISQUE DANS UN CSRef ; CAS DU CSRef DE
LA COMMUNE III DE BAMAKO**

Mr Tidiane DIALLO	Toxicologie
Mr Ibrahima GUINDO	Bactériologie-Virologie
Mr Housseini DOLO	Santé Publique
Mr Oumar SANGHO	Santé Publique

4-MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHES

Mr Dominique ARAMA	Chimie Thérapeutique
Mr Yaya GOÏTA	Biochimie
Mr Aboubacar DOUMBIA	Bactériologie-Virologie
Mr Mohamed Ag BARAÏKA	Bactériologie-virologie
Mr Yaya COULIBALY	Droit et éthique
Mr Hamma MAIGA	Législation-Galénique
Mr Bakary Moussa CISSE	Galénique Législation
Mr Boubacar ZIBEROU	Physique
Mr Hamadoun DIALLO	Anatomie
Mr Aboudou DOUMBIA	Chimie Générale
Mr Souleymane SANOGO	Biophysique
Mr Diakardia SANOGO	Biophysique
Mr Charles ARAMA	Immunologie
Mr Issiaka DIARRA	Anglais
Mme Aïssata MARIKO	Cosmétologie
Mr Boubacar Tiètiè BISSAN	Analyse Biomédicale
Mr Issa COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
Mme Salimata MAÏGA	Bactériologie-Virologie

5-ASSISTANTS :

Mr Dougoutigui TANGARA	Chimie Minérale
Mr Abdourhamane DIARA	Hydrologie
Mme SAYE Bernadette COULIBALY	Chimie Minérale
Mr Abdoulaye KATILE	Math-Bio-statistique
Mr Aboubacar SANGHO	Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Mme Traoré Assitan KALOGA	Droit-Ethique -Législation Pharmaceutique
Mr Mamadou BALLO	Pharmacologie
Mr Abdoulaye GUINDO	Pharmacologie
Mr Bah TRAORE	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition
Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie-Métabolisme-Nutrition

5-CHARGES DE COURS

Mr Birama DIAKITE	Economie de la Santé
Mr Mahamane KONE	Santé au Travail
Mr Maman YOSSO	Technique d'expression et de
communication	
Mr Amassagou DOUGNON	Biophysique
Mr Abdoulaye FAROTA	Chimie Physique

DEDICACES

DEDICACES

Honneur et Gloire à **Dieu le Père Tout Puissant**, Créateur du ciel et de la terre, et en **son Fils Unique Jésus-Christ** mon Seigneur, mon Rempart, mon Appui, mon Sauveur, et en **son Esprit Saint** mon Sanctificateur, mon Guide, ma Sentinelle : Oh **Sainte Trinité**, ce travail n'aurait jamais pu être accompli que par votre Grace infinie et votre Miséricorde sans faille. Merci infiniment de m'avoir donné force et courage, puis orienté tout au long de mes études ; merci d'avoir guidé mes pas jusqu'à l'accomplissement de ce travail. Soit magnifié en tout temps et en tout lieu. Daignez bénir ma carrière et continuer votre œuvre dans ma vie comme vous l'aviez si bien commencé.

Honneur et reconnaissance à toi oh Reine des Anges, Mère de Dieu, Secours des opprimés, Refuge des accablés, Belle comme la lune, Eclatante comme le soleil, Terrible comme une armée rangée en bataille, Celle-là même qui a écrasé la tête du serpent, Bienheureuse Merveille du ciel, merci infiniment Vierge Marie, l'Immaculée Conception d'être ma mère et mon Avocate auprès de ton fils, tu as été avec moi depuis ma naissance et ma soutenue tout au long de mon parcours scolaire et universitaire et dans tous les autres aspects de ma vie. Je te dédicace ce travail oh mon Homonyme, ma Sainte Patronne, afin que par ton intercession, la Protection, la Grace Divine et la Bénédiction m'accompagnent dans tous les domaines, tous les jours de ma vie, AMEN !

A mon père feu KACOU AFFROUMOU LUCIEN : mon premier amour, les mots me manquent pour te dire à quel point ton absence a créé un grand vide dans mon cœur, que j'ai maintes fois essayé de combler par tous les moyens sans succès, il faut bien être forcé de reconnaître que tu es irremplaçable dans ma vie, dans mes pensées et dans mon fort intérieur. Tu es unique en ton genre, ce que je tiens de toi bien sûr. Tu fus très courageux, persévérant, et un modèle de gentillesse vraie et sincère. Tu fus plein d'amour et de tendresse incommensurables pour tes enfants, si bien que même la mort, n'a pas pu t'empêcher de choisir le prénom (entre griffe) de ta deuxième fille chérie, ton homonyme KACOU AFFROUMOU "JOELLE" BENEDICTE, celle-là même qui est le merveilleux cadeau que tu nous a laissé à maman et à moi avant ton départ . Pourtant, je sais que malgré ton absence physique, tu veilles toujours sur nous tes filles chéries, et tu es aussi pour nous, tu es comme notre ange gardien, c'est pourquoi, malgré que tu ne sois plus parmi nous, nous n'avons pas ce besoin absolu de père dans notre vie, car nous savons que nous pouvons toujours compter sur toi du paradis Céleste dans lequel tu te trouves.

Je sais qu'aujourd'hui, tu es fière de tes deux trésors que tu as laissé à ta merveilleuse épouse qui est notre mère. Réjouit toi aujourd'hui de l'accomplissement de tes prières dans notre vie, et sois en rassuré, nous nous hâterons de faire toujours notre maximum pour vous rendre fière maman et toi.
Je t'aime papa, tu demeures le ROI de mon cœur.

A ma mère NAOUA GNOUTO AGATHE : ma Reine, mon Etoile, ma Sentinelle, Femme Unique, Femme de Valeur, Femme Digne, Femme Battante et Courageuse, les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude envers toi ; merci infiniment de nous avoir donné la vie ma sœur et moi et d'avoir veillée sur nous comme la prunelle de tes yeux. Ce moment de ma soutenance est le fruit de dur labeur et de tant de sacrifice de ta part ! Tu as été à la foi notre père et notre mère en nous donnant la plus belle des éducations dans la foi chrétienne, et même aujourd'hui encore, nous continuons à bénéficier de tes conseils, de ton appui dans tous les domaines. Sois en chaleureusement remerciée **oh mère admirable et trésor du monde !**

Je te demande pardon pour toutes les fois où je n'ai pas pu être à la hauteur de tes attentes, pour toutes les fois où j'ai fait saigner ton cœur de mère par mon insouciance ; Là encore, une fois de plus, tu as pris sur toi, et essuyé toutes mes fautes, tu es resté ma plus belle certitude lorsque tout risquait de s'effondrer, tu étais là : plus forte que jamais, inébranlable, ma consolatrice, mon réconfort, indulgente, bienveillante, patiente et compréhensible, puis m'a relevé afin que je puisse être là où je suis aujourd'hui. Je prie sans cesse pour que notre Seigneur Jésus Christ te bénisse au-delà de tes espérances, et qu'il t'accorde longévité, afin que nous puissions avoir le temps de te rendre plus que fière ! **Je t'aime**

A ma maman NAHOUA GOUROU IREMINE : toi mon modèle de toujours, mon soutien, ma confidente, mère et à la fois meilleur amie, tu as toujours été ma source d'inspiration, mon ange gardien ; je rêvais de te ressembler d'être comme toi .mon choix pour la médecine n'était pas anodin car même si tu ne le savais pas encore t'avoir dans ma vie a beaucoup influencé ma manière d'être, mes goûts et mes choix pour l'avenir. Ton grand cœur et ton immense gentillesse m'ont le plus souvent contaminés (de ce qui se dit de moi dans la plupart de mon entourage) tu as toujours été, tu es et tu resteras ma référence et mon guide. Merci infiniment pour tant d'amours et de soutiens tant moral, matériel et financière, car je n'aurai pas pu atteindre ce niveau sans ton concours ! Tu reflètes et incarne un modèle admirable de réussite et de grande générosité absolue pour moi. Je promets de te rendre fière tout au long de ma

carrière professionnelle. Que le Seigneur te bénisse abondamment et te comble de sa grâce infinie, car tu es une mère "en Or" ! **Je t'aime ma Mamounette**

A mes Mamans, Mme NAHOUA OBOU HELENE Epse BROU et Mme NAHOUA BAYORO NATHALIE Epse GALATY et A ma grand-mère Mme YEHOU AZIE DELPHINE Epse BAYORO : Tous les mots de la terre ne suffiront pas pour vous exprimer ma reconnaissance pour tout votre amour et votre soutien inconditionnel à mon égard, tant moral, financier et encore plus grâce à vos prières et à vos bénédictions. Malgré mes caprices, vous avez toujours été là pour moi, vous m'avez supporté puis éduqué, et n'avez cessé de contribuer et d'œuvrer toujours spontanément à ma réussite. Vous avez toujours été pour moi, un exemple de courage, de persévérance et de droiture dans tout ce que je fais. Ce travail est aussi le vôtre, c'est le résultat de votre amour et de vos sacrifices, soyez-en fière et digne, et continuez à porter votre fille et petite-fille que je suis en prière afin que notre Seigneur me guide tout au long de cette nouvelle carrière qui m'attend. Femmes Dignes, Femmes Aimantes, Femmes Battantes, Femmes Admirables, Femmes Généreuses, Femmes Joviales, loyales et sociables, Puisse Dieu tout puissant vous bénir dans tous les domaines de vos vies, et vous accorder encore de longs jours, afin de pouvoir bénéficier des fruits de ce que vous avez semé.

A mon père adoptif Mr SOUMAHORO CIRYL, et A mes parents paternels : Mr MEL RAYMOND M'BAOH et son épouse Mme NIAVA BRAH ANTOINETTE, mon mentor et papa Dr ALEBE GUY et son épouse Mme ADOU HELENE, Mr KOFFI KOMENAN FABRICE, Mr ARSENE PATRICE ALEBE, Mme M'BAOH CYNTHIA, Mr MBAOH MELESSE SERGE AUGUSTIN, ALLY AHIE NADINE ROSE, KOUADIO N'GUESSAN YVES CESAR, A tous les membres des familles KOFFI COPEHIN et AFFROUMOU KACOU GEORGES,

Vous m'avez adopté, aimé, soutenu, supporté et n'avez cessé de participer à ma réussite sociale, professionnelle et matrimoniale, tant par votre présence, vos conseils, vos encouragements, votre soutien matériel et financier, et vos prières. C'est grâce à vous que je suis aujourd'hui ce dont vous pouvez être fière, car c'est aussi votre fruit. Merci infiniment pour votre amour et dévouement, à jamais vous resterez chers à mon cœur. J'implore Notre Seigneur de déverser sur vous toutes Grâces et Bénédictions et vous accorde tous les désirs de vos cœurs selon sa volonté, qu'il vous accorde longévités, afin de pouvoir récolter tout le réconfort et le soulagement d'avoir fait de moi Plus qu'une Fierté. Puisse ce

modeste travail témoigner de tout **mon amour, mon admiration et mon profond respect pour vous.**

A ma première Princesse : KACOU AFFROUMOU JOELLE BENEDICTE, ma Prunelle, ma première fille, la Sage incarnée, Femme de Principe et de valeur, Femme Digne, influenceuse dans le positif, Forte et Courageuse, Femme de caractère et vertueuse, quel mot positif faudrait-il pas dire pour te qualifier ! Ta présence dans ma vie est une véritable bénédiction comme l'indique ton prénom. Tu forces mon admiration de par ta grandeur d'esprit, et ton intelligence sans faille ! Merci pour ton soutien, tes prières, tes conseils, et sache que tu es ma plus grande fierté. Que le seigneur Bénisse tes études, ta future carrière, et tous tes projets ; qu'il t'accorde longue vie afin de pouvoir pleinement profiter des fruits de notre dur labeur. **Je T'aime mon bébé**

A mes filles : GALATY MARIE GRACE COLOMBE et GALATY MARIE ANGE, mes Bébé, mes filles, mes trésors, je ne pouvais en aucune manière dédicacer ce travail sans penser à vous. Mes chéries d'amour, vous êtes des filles fabuleuses, un bonheur incontestable depuis le premier jour. Merci pour tout l'amour et la joie que vous m'avez apporté. Même étant loin de vous, je n'ai jamais cessé de penser à vous, je vous porte dans mon cœur pour toujours. Que la lumière du saint esprit vous éclaire et vous guide sur le chemin de la vie, afin de pouvoir grandir en toute sagesse selon l'éducation de vos parents. **Je vous aime mes Bonheurs**

A mon Prince et Fils : Feu PRINCE EMMANUEL RHYS MAEL KENGUELEWA, Mon Essentiel, ma Source d'Inspiration, avoir été ta mère, même en un court instant est une joie inestimable et sans nom. Tes yeux reflétaient la beauté d'un soleil couchant, et ton calme pouvait calmer une mer qui gronde, ton être tout entier reflétaient le Calme, la Tranquillité, la Douceur, l'Amour et la tendresse, tu fus et restera mon soleil le plus éclatant, il suffisait juste que je te prenne dans mes bras pour que naisse en moi la plus grande des joies et pour que mon bonheur soit complet ! Pas une seule fois je n'ai cessé de penser à toi. **Mon Trésor en Diamant devenu désormais Ange parmi les Anges de l'éternel, je t'aime et Infiniment je t'aimerai**

A mon petit frère chéri : SOUMAHORO ADAM ABDOUL LATIF SAMUEL, mon complice, mon confident, tu as toujours eu des mots justes pour me conseiller, tu es toujours disponible pur moi quel que soit ce que j'attends de toi, merci pour ta gentillesse et ta grande considération, cela me va droit au cœur

et me permet de te dédicacer aujourd'hui, ce modeste travail que tu as tant attendu, merci pour ton soutien inconditionnel. **Je t'aime mon Chéri**

A mes frères et sœurs : GEORGE PATRICK KACOU , SYNTHIA M'BAOH, MAMIE, BROU ANGE FREDERIC, ERIC, BROU SEPHORA VANESSA, BROU THIERY JONATHAN (mon jumeau), SERGE M'BAOH, N'DRAMAN CARLA MARIE ARMELLE (petite sœur chérie), URIELLE BROU, LAURENCIA BOLLOU (ma petite dernière), et mes neveux et nièces respectifs(ves) : je n'oublierai jamais nos moments passés ensemble et la chaleur familiale que vous m'avez apporté, merci pour votre soutien et pour tant d'amour fraternelle, je prie pour que le Seigneur vous bénisse tous autant que vous êtes dans tous vos projets et toutes vos entreprises.
Je vous aime

Au père de mon feu fils Mr AAMASIAS HEBRAIM KENGUELEWA : tu as joué un grand rôle dans ma vie en m'offrant le cadeau le plus précieux, notre Prince restera à jamais dans notre cœur et dans notre esprit. Tu étais là dans les bons comme les mauvais moments, tu m'a soutenu et surtout élevé au rang de Reine devant les tiens, je ne te remercierai jamais assez pour tant de considération et d'amour. On a traversé tellement de haut et bas que cela nous serve désormais de leçons de vies, afin que chacun de nous prenne acte de ne plus retomber dans les mêmes erreurs. Que le Dieu d'Abraham, d'Isaac et de Jacob te bénisse et t'assiste dans la réalisation de toutes tes entreprises.

A mes parents d'accueils de Bamako : L'abbé JUSTIN, Maman ADAM SANGARE, Mr et Mme ALLA, les prêtres de la paroisse de badalabougou, les Sœurs Religieuses de tomikorobougou : Vous m'avez adopté et fait de moi votre fille, vous m'avez donné un toit (ou dormir), vous m'avez nourri, soutenu et aidé du mieux que vous avez pu. Merci du fond du cœur pour votre grande gentillesse à mon égard, ce travail n'est autre que le résultat de votre bienveillance. Que Dieu tout puissant vous Bénisse et Surabonde sur vous sa Grâce infini. **Je vous aime**

A ma maman de cœur chérie : Mme KOUASSI AMENAN CLEMENTINE, Ma Dame de Fer, Femme Battante et Capable, à la foi Douce et Rigoureuse quand il le faut, Mère admirable, Femme Vertueuse, Meilleur Conseillère, Femme au grand cœur (Serviable, Disponible), Bienheureuse servante du Christ, Femme Véridique et Sincère, tous les mots et toutes les plus belles qualifications de la terre ne suffiront pas te Décrire, car tes vertus se hissent au-delà même des

mots ! Tu m'as adopté, aimé, chérie, nourri, conseillé, consolé, encouragé, etc...Tu as fait de moi un membre de ta magnifique famille, tu m'as aimé et continue de m'aimer d'un amour inconditionnel, comme une mère aime sa propre fille, je suis devenu Tienne et j'en suis plus que Fièrè, Car tu es la Meilleur ! Que le Seigneur des Seigneurs, l'Epoux des veuves et le Père des orphelins Déverse sa bénédiction sur ta vie, celle de tes enfants (mes Adorables frères et sœurs) et sur toute ta famille ! Que l'Eternel accomplisse tous les désirs de ton cœur selon sa volonté et te comble de ses Bienfaits. **Je T'aime maman Chérie**

A mes Frères et sœurs de Cœurs : Mr EMMANUEL KOUASSI, MME FATIMA MARIE ANNE , MLLE ENGEL CYNTHIA DOUDOU, vous m'avez accepté, toléré et chéri, chacun et chacune à votre manière, vous m'avez apporté une chaleur familiale des plus agréable, et aidez à chaque fois que j'étais dans le besoin selon vos possibilités ; soyez-en remercié de tout mon cœur. Je suis si fière du lien amical et fraternel que j'ai pu tisser avec chacun de vous ! Vous resterez toujours dans mon cœur. **Je vous aime**

A ma grande sœur de cœur et meilleur amie : Mme MARCELINE TCHUENKAM, tu as été et tu es une grande amie et une véritable sœur. Peu importe les obstacles, tu m'a toujours supporté sur tous les plans ; je n'aurai pas pu arriver jusqu'à ce niveau sans tes prières, pour cela, je t'en serai éternellement reconnaissante. Femme Loyale et Fidèle, Chantre de l'Eternel, Canal du Saint Esprit, Instrument du Tout Puissant, Cœur d'Or, Véritable Conseillère, Amie Vraie et Sincère, merci pour ta présence dans ma vie, merci pour ton soutien, merci pour tant d'Amour à mon égard. Que le Seigneur se Souvienne de sa Promesse envers toi, comme il s'est Souvenu de sa Promesse à Abraham, Sarah, et de son Alliance avec Israël à travers Moïse ! Qu'il te Comble de Merveilles au-delà de tes attentes, et que ta vie reste un Témoignage pour toi, ta famille et ton entourage. **Je t'aime très fort ma moitié**

A mon Ami et Frère POUNABA AURELIEN FREDDY DARIUS : Tu as été et tu restes pour moi plus qu'un Frère ; tu as apporté beaucoup de ton énergie, de ton temps, de ta patiente, de tes conseils, de tes prières, etc... pour ma réussite ; tu as été comme une lumière qui guide mes sentiers, ami productif, gentil, soucier, consolateur, conseillé, soucieux de ceux qui sont dans le besoin, etc... Tu fais partie intégrante de mon histoire avec ses hauts et ses bas, que tu as marqué beaucoup plus positivement, car le Bien triomphe toujours. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, et que tu continueras de faire ; merci pour ta

considération, ton encadrement et ta disponibilité, car ce résultat est aussi le fruit de ta rigueur dans l'encadrement dont tu m'as fait bénéficier, de tes enseignements et conseils, de ton souci pour ma réussite ! Je prie pour que notre Seigneur Multiplie ses Grâces sur toi, et te Comble de Bienfaits au-delà de tes expériences ! **Que Dieu te Bénisse**

A mes meilleurs amies et sœurs : Mme MARIKO RAMATA DIAKITE (ma fille de l'internat), Mme DIALLO FATOUMATA BOCOUM, Mlle FATIM CISSE, Mlle IMELGA DAPHNE MOUSSAVOU, Mme BAGA SALIMATA DOUMBIA, Mme NANA SACKO, Mme MARIEM MOUBARACK (ma fille de l'internat)), Mlle KHADIDJATE BINTA TRAORE (ma petite maman) Mlle ASHTA ALI HAMAT ; à mes frères : MAHMOUD CISSE, ABDEL LIAWAL OLAMIDE, ELISE FAUPA ; et à mon fils LANDRY BEGOTO, vous m'avez montré votre amour, votre attachement et votre grande considération à mon endroit. Merci pour cette chaleur fraternelle que vous m'apporté, merci pour tant de bonté et votre soutien, merci de faire partie de ma vie ; Jamais je ne vous oublierai ! Que Dieu vous Bénisse tous et vous Guide tout au long de vos carrières professionnelles.
Je vous aime les Amis

A une personne "très spéciale" et cher à mon cœur : Mr JOSEPH MOHAMED, ma source actuelle de joie et de bonheur ; tu as été mon rayon de soleil dans le tunnel, un Trésor inestimable, Porteur d'Espoir qui m'a fait Revivre, mon Héros, mon Guide, Meilleur conseillé, Educateur rigoureux, Dévouement et Perfection dans le travail, Homme Ambitieux, Homme de Mérite, Porteur d'Allégresse incommensurable, Homme de Parole, Homme de Principe, Gentillesse et Disponibilité sans faille à l'endroit de ceux qui te sont cher, dont je suis plus que comblé de pouvoir en faire partie ! Je ne te remercierai jamais assez du grand cadeau que tu me fais de par ta présence dans ma vie ; Tu as été et tu continues d'être un grand secours pour moi, ma force caché, mon Secret de Réussite ! Tel un Ange envoyé par Dieu, tu es venu me relevé de la fosse dans laquelle j'étais tombée, tu m'as redonné confiance en moi, et Tiré vers le Haut en m'incitant toujours à viser le sommet, la perfection, tout en me comblant de bonheur ! Car tu as toujours su de quoi j'avais réellement besoin pour être heureuse ; Tu te hâte toujours à tout faire pour mon bien. Merci du Fond du cœur pour tant d'amour et de générosité, merci pour ta Patientie, ta Tolérance, ta Tendresse, ta Sagesse. Que le Dieu de Marie et de Joseph Bénisse ton Travail, tes Projets, tes Ambitions au-delà de ton

entendement ! Qu'il fasse de toi la Tête dans tous les domaines de ta vie, et que ta Réussite sans faille à tous les niveaux soit Témoignage pour Toi, ta Famille et ton Entourage. **Je t'aime mon Ange Gardien**

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

A mon Pays d'accueil le Mali : Merci à toi Terre Hospitalière, et à tes habitants, merci d'avoir fait de moi l'une des votre ; cela m'a été d'une très grande aide pour la réussite de mon cursus. **Que Dieu Bénisse le Mali**

Au groupe Diapason au grand complet : Mr ARSENE NUASI, Mr JULIEN GBONFOUN, Mme MARCELINE TCHUENKAM, Mr PIERRE OBEGUI, Mr MATHIEU LAGNIN, Dr AURELIEN FREDDY DARIUS POUNABA, Mr TED POUNABA, vous m'avez accueilli et fait de moi l'une des votre, vous avez été là pour moi lors que j'étais au plus bas, vous m'avez sauvé, soutenu et conseillé. Merci infiniment pour cette chaleur familiale que vous m'avez apporté ; dans toutes les familles, il y a eu des hauts et des bas, mais je suis sûr que notre unité finira par triompher de tout ça comme ça là toujours été. Ce modeste travail est le résultat final de votre aide, de vos conseils, de votre considération. Merci pour Tout ! Que le Seigneur vous bénisse tous et vous comble de Bonheurs et de prospérité dans toutes vos entreprises ! **Je vous porterai toujours dans mon cœur**

A Toute ma communauté chrétienne plus particulièrement à ma Chorale : DON BOSCO, le temps passé auprès de vous fut pour la plupart du temps très agréables ; Merci pour ce lien fraternel qui s'est créé entre nous, pour tous les bons moments passé ensemble à louer et à célébrer notre Dieu. Chanter, c'est prier 2 fois et avec vous, mon action de grâce fut agréable aux yeux de l'éternel, Celui-ci m'a guidé jusqu'à aujourd'hui et continue de m'assister grâce à vos prières. Que notre Dieu de Gloire Déploie sa Main puissante sur la vie de chacun d'entre vous, afin que la réalisation de Ses Projets sur vous soit Témoignage pour vous et votre entourage! **Que Dieu vous Bénisse**

A mes parents de la chorale : Papa BERTIN, Papa DOMINIQUE ET Maman JUDITH, Papa LUCIANO et Maman NATHALIE, Vous m'avez adopté, aimé et conseillé et soutenu durant mon cursus universitaire, que ce soit moralement, financièrement ou matériellement ! Merci D'avoir participé à ma formation, merci pour vos encouragements, et pour votre disponibilité à chaque fois que j'ai besoin de votre soutien ! Ce travail est aussi le Votre. Que Dieu dans son Immense bonté vous comble de sa Grâce sans fin et Bénisse toutes vos entreprises et projets respectifs. **Je vous aime**

A toute la 6eme, la 7eme et la 8eme Promotion de l'UKM : Toutes ces années passées ensemble ont fait de nous une famille ; Merci pour tant d'amour et de joie partagé ensemble ! **Je ne vous oublierai jamais**

A tous mes Fils de l'UKM et à toutes mes Filles et maman de l'internat : Merci pour votre considération, votre respect et votre soutien durant tout mon parcours universitaire au sein de l'UKM. Tout ce temps passé à vivre ensemble et/ou à se côtoyer à fait de nous une famille ; Nous avons passé d'agréables moment inoubliables ensemble ! Vous restera à jamais dans mon cœur. **Je vous aime**

A toutes l'Administration, et Professeurs de l'UKM : Merci de m'avoir Formé et Supporté durant toutes ses années. Ce travail n'aurais pas pu voir le jour sans votre concours, il est donc le vôtre ! Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. **Que Dieu vous Bénisse**

A mes Maitres, Formateurs et Mentors à la foi : Pr HAMADOUN SANGHO, Pr TEGUETE, Dr HAMADY SISSOKO, Vous avez été mes parfaits modèles de réussite, ma source d'inspiration, mes guides, mes conseillés. Merci infiniment pour le rôle que vous avez jouez dans la réalisation de ce travail ; Cet accomplissement est donc le vôtre, vous pouvez en être plus que fière ! Je vous promets de continuer à m'améliorer et à continuer à me donner au travail, afin de vous rendre encore plus fière. **Je vous porterai toujours dans mon cœur**

A Tous les Gynécologues, les Médecins, Les Sages-Femmes, les Infirmières Obstétriciennes, A la major du service et à tous les autres membres du personnel de mon service : On a toujours dit que le service de gynécologie du CSRef CIII est une famille, et vous me l'avez bien démontré ! Merci d'avoir participé à ma formation tout en m'acceptant dans cette famille affectueuse et chaleureuse. **Que Dieu Vous Bénisse**

Aux Thésards de mon service et les Thésards du service de pédiatrie CSRef CIII : J'ai été ravi de travailler avec vous. Merci de m'avoir donné cette chaleur fraternelle, d'avoir aussi participé à ma formation et de m'avoir supporté. **Vous serai à jamais dans mon cœur.**

A mes filles, Stagiaire de mon équipe : les 2 AMI, NUMOUSSO, DALLA, DIAKITE, AYA, J'ai été si fière de votre disponibilité et dévouement au

travail ! Continuez sur cette lancée et rendez vos parents fiers. Que le Dieu vous guide tout au long de votre cursus. **Je vous aime mes Bébés**

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Pr HAMADOUN SANGHO

- **Professeur titulaire de santé publique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS),**
- **Ex-Directeur général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant(CREDOS),**
- **Chef du DER de santé publique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie(FMOS).**

Cher maitre,

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect.

Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre compétence, votre dévouement sans limite sont des qualités que nous nous efforçons d'approcher.

Vous Avez été donc pour nous, à la foi notre Mentor, Conseiller, et Guide.

Nous sommes si fiers d'avoir pu bénéficier de votre grande gentillesse et de votre soutien infailible.

Nous apprécions à sa juste valeur vos qualités humaines, votre souci du travail bien fait et votre rigueur scientifique qui témoignent votre grande disponibilité à l'endroit des étudiants.

Cher maître pour la patience dont vous avez faite preuve à notre égard durant tout notre séjour. Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie de vous connaître et d'être votre éternel disciple.

Nous avons été touchés par la patience dont vous avez faite preuve à notre égard durant tout notre séjour, votre simplicité et votre disponibilité. Veuillez accepter cher maitre, tous nos remerciements et profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY,

Pr HOUSSEINI DOLO

- **MD, MSc, Ph.D. Santé publique, Contrôle de la maladie, Epidémiologie, Bioéthique**
- **Enseignant-chercheur, Maitre de Conférence Agrégé en Epidémiologie à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie**
- **Chercheur à l’Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN)**
- **Coordinateur du Master de Santé option Recherche Ethique**
- **Co-coordonateur du Master de Santé publique en Recherche de Mise en Œuvre**

Cher maitre

Nous sommes très sensibles à l’honneur que vous nous avez fait en acceptant de participer à ce jury et nous vous exprimons toute notre reconnaissance pour l’intérêt porté à ce modeste travail.

Merci pour votre sympathie, votre gentillesse et votre disponibilité.

Que ce travail soit le témoignage de notre estime.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Dr CHEICK ABOU COULIBALY

- **Médecin, Master en Médecine communautaire et en Santé Publique**
- **Diplôme d'Etudes Spécialisées en épidémiologie**
- **Maitre-Assistant Agrégé en Epidémiologie à la FMPOS**
- **Agent d'appui à la Technique à l'INSP/DOUSP**

Cher maitre,

Nous sommes heureux que vous ayez accepté de codiriger ce travail qui n'est autre que le vôtre.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités scientifiques, votre quête obstinée du devoir et du travail bien fait font de vous un maitre admiré par ses élèves.

Nous avons beaucoup appris auprès de vous, acceptez cher maitre ces quelques mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Dr OUMAR SANGHO (MD, MPH, PhD.)

- **Epidemiology DIU 3è Cycle en <<Organisation et management des Systèmes Publics de prévention vaccinale dans les pays en Développement>> ; Certificat de promotion de la Santé**
- **Maitre de conférence agrégé , Département d'Enseignement et de recherche en Santé Publique et Spécialiste (DERSP), Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS) / Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)**
- **Chef de Section Planification et Etudes à l'Agence Nationale de Télésanté et d'Informatique Médicale (ANTIM), Bamako**

Cher maitre,

C'est un plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail, et nous vous en sommes sincèrement reconnaissants.

C'est une occasion opportune pour nous de louer vos excellentes qualités scientifiques et humaines. Soyez rassurer cher maître de notre profonde admiration.

Votre disponibilité, votre qualité intellectuelle, votre simplicité et votre souci pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté. Cher maître recevez ici notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des abréviations :

ATCD : Antécédents

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVP : Accident de la Voie Publique

CBV : Coups et Blessures Volontaires

Cm : centimètre

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CRP : Protéine C-Réactive

CPN : Consultation Prénatale

FAF : Fer Acide Folique

HRP : Hématome Retro Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IC : Intervalle de Confiance

IgG : Immunoglobuline G

IgM : Immunoglobuline M

IST : infection Sexuellement Transmissible

IMC : Indice de Masse Corporelle

MFIU : Mort Fœtale In Utéro

NFS : Numération Formule Sanguine

OAP : Œdème Aigu du Poumon

OMI : Œdème des Membres Inférieurs

OMS : Organisation Mondial de la Santé

ORa : Odds Ratio Ajusté

OR : Odds Ratio

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

TA : Tension Artérielle

TV : Touché Vaginal

TR : Touché Rectal

TCMH : Teneur Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine

Tx d'Hb : Taux d'Hémoglobine

VGM : Volume Globulaire Moyen

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Liste des figures

Figure 1 : table gynécologique	14
Figure 2 : Mètre ruban.....	14
Figure 3 : Pèse-personne	14
Figure 4 : Escabeau	14
Figure 5 : Test HIV	26
Figure 6 : Mesure de la hauteur utérine	29
Figure 7 : Manœuvre de Budin [14]	32
Figure 8 : signe de FARABEUF.....	33
Figure 9 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	45
Figure 10 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	47
Figure 11 : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse	50
Figure 12 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement	55

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Affections maternelles et risques potentiels [19].	18
Tableau 2 : Risques potentiels des antécédents gynécologiques [19].	19
Tableau 3 : Facteurs de risques et complications materno-fœtales	23
Tableau 4 : Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel Interprétation de la hauteur utérine.	29
Tableau 5 : Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine	31
3.7. Quatrième consultation prénatale ou consultation du 9 ^{ème} mois	35
Tableau 6 : Répartition des patientes selon leurs professions	46
Tableau 7 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	46
Tableau 8 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux	47
Tableau 9 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	48
Tableau 10 : Répartition des patientes selon les Antécédents obstétricaux	48
Tableau 11 : répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique en mois	49
Tableau 12 : répartition des patientes selon les antécédents gynécologique des épisodes infectieux	49
Tableau 13 : Répartition des patients selon le nombre de CPN	50
Tableau 15 : Répartition des patientes selon le bilan prénatal	51
Tableau 16 : Répartition des patientes selon la chimio-prophylaxie	52
Tableau 17 : Répartition des patientes selon les facteurs de risques prénatals	53
Tableau 18 : Répartition des patients selon les médicaments utilisés au cours de la grossesse	54
Tableau 19 : Répartition des patientes selon le devenir de la grossesse	55
Tableau 20 : Répartition des patientes selon le lieu de CPN	56
Tableau 21 : Répartition des patientes selon le pronostic	56
Tableau 22 : Répartition des patientes selon la délivrance	57
Tableau 23 : répartition des patientes selon les complications maternelles	57
Tableau 24 : répartition des patientes selon le traitement reçu en cas de complications	58
Tableau 25 : Répartition des patientes selon le nombre de nouveaux nés vivants à la naissance	59

Tableau 26 : répartition des nouveau-nés selon leur Apgar à la première minute puis a la cinquième minute	59
Tableau 27 : Répartition des patientes selon le poids du ou des Nouveaux nés en gramme	60
Tableau 28 : Répartition des patientes selon la taille de ou des Nouveaux en Cm	60
Tableau 29 : répartition des patientes selon le Périmètre cranien de ou des Nouveaux nés en Cm	61
Tableau 30 : répartition des patientes selon le Périmètre thoracique de ou des Nouveaux nés en Cm	61
Tableau 31 : répartition des patientes selon leur nouveau-né réanimé.....	62
Tableau 32 : répartition des patientes selon leur nouveau-né malformé.....	62
Tableau 33 : répartition des causes du décès néo-natal	63
Tableau 34 : répartition des patientes selon la planification familiale	63
Tableau 35 : répartition des patientes selon le counseling PF	64
Tableau 36 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial en fonction du nombre de Consultation prénatal	65
Tableau 37 : Répartition des patientes selon le devenir de la grossesse en fonction des auteurs de la CPN.....	66

Table des matières

I- INTRODUCTION	1
II- OBJECTIFS :.....	4
1. Objectif général :.....	4
2. Objectifs spécifiques :.....	4
III- GENERALITES	6
1- Définitions des concepts.....	6
2- Facteurs de risques [17,18].....	8
2.1 Facteurs de risque selon le terrain.....	8
2.2 Facteurs de risque selon les antécédents obstétricaux . Error! Bookmark not defined.	
2.3 Facteurs de risque selon les antécédents médicaux	9
2.4 Facteurs de risque selon les antécédents familiaux	9
3- Dépistage des grossesses à risque [19,20]	10
3.1. Objectifs de la CPN [19,20].....	11
3.2. Avantages.....	11
3.3. Nombre de consultations prénatales [19,20]	12
3.4. Première consultation prénatale [22]	15
3.5. Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre [19,32].....	28
3.6. Troisième consultation prénatale ou consultation du 8ème mois : [19 ,32]	30
IV- METHODOLOGIE.....	37
V- RESULTATS.....	45
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	68
VII- CONCLUSION.....	76
VIII- RECOMMANDATIONS	77
IX- REFERENCES	79
ANNEXE.....	84

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

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

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) environ 15 % des femmes enceintes développeront une complication susceptible de mettre leur vie ou celle du fœtus en danger, ce qui nécessite la prestation de soins par un personnel qualifié et, dans certains cas, une intervention obstétricale majeure. [2] La grossesse à risque est définie par l'apparition d'un risque obstétrical, fœtal et ou maternel en début de grossesse, au cours de celle-ci ou au moment de l'accouchement. Ce type de grossesse nécessite une prise en charge spécifique et un suivi accru. Ce risque se concrétise par un avortement spontané (précoce), un avortement tardif (expulsion du « produit de conception »), un retard de croissance intra utérin ou une maladie congénitale, voir la mort fœtale et pour la mère par l'aggravation ou l'apparition d'une pathologie maternelle pouvant aller jusqu'au décès [3,4]. La mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest est l'une des plus élevées de par le monde, due aux différents risques encourus par la grossesse avec respectivement 700 pour 100.000 naissances vivantes et 83 pour 1000 naissances vivantes [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 [7]. Dans le but de prévenir les risques liés à l'accouchement, un suivi de la grossesse est recommandé et se fait en particulier par les consultations prénatales.

Les consultations prénatales (CPN) sont l'ensemble des mesures destinées à la femme enceinte pour minimiser les risques. D'après l'OMS, l'augmentation de la fréquence des CPN dans le système de santé est associée à une probabilité plus faible de survenue de mortinaissances, car ces consultations offrent plus d'occasions de détecter et de prendre en charge d'éventuels problèmes. Plus de 800 femmes meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse, 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement [8]. En dépit de tous ces efforts qui sont réalisés dans le monde pour réduire cette mortalité, la situation reste encore préoccupante en Afrique, plus particulièrement en Afrique sub-saharienne où en 2015 on a enregistré 201 000 décès maternels soit 66% de tous les décès [9].

Au Mali, la couverture en soins prénatals est meilleure en milieu urbain avec 93% contre 76% en milieu rural. [10].

Dans le souci d'évaluer le devenir de ces grossesses à travers les suivis prénatals au Mali, et si possible, apporter des solutions, que nous avons décidés d'étudier le cas du CS Réf de la commune III de Bamako.

Nos objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

II- OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les issues des grossesses à risques au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer le profil sociodémographique des gestantes et la fréquence des grossesses à risque dans le centre de santé de référence e la commune III
- ✓ Identifier les risques liés à ces grossesses et décrire les caractéristiques cliniques
- ✓ Rapporter le pronostic materno-fœtale et néonatal
- ✓ Analyser le devenir des grossesses à risques au CS Réf. Commune III

GENERALITES

III- GENERALITES

1- Définitions des concepts

➤ Grossesse [11]

C'est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire, portant un embryon ou un fœtus humain, en principe au sein de l'utérus, qui est dit gravide. Elle débute à partir de la fécondation (fusion d'un ovule et d'un spermatozoïde) ; ou de la nidation (implantation de l'embryon dans l'utérus) et se déroule jusqu'à l'expulsion de l'organisme engendré. Elle constitue une expérience de vie unique. Il s'agit d'un évènement naturel, mais lourd de sens, qui amène les futurs parents à réfléchir à leur nouveau statut et leurs nouvelles responsabilités.

➤ Consultation prénatale (CPN) [12]

La consultation prénatale est l'ensemble des actes qui permettent de maintenir et promouvoir la santé de la mère, dépister et prendre en charge une maladie au cours de la grossesse, dépister aussi les facteurs de risques pour la suite de la grossesse et l'accouchement et déterminer les conditions de l'accouchement et son issue.

➤ Le suivi de la grossesse [13]

Le concept de la surveillance prénatale est actuellement admis par tous. Les statistiques mondiales en sont la preuve. En effet la mortalité et la morbidité maternelle, fœtale et néonatale, ainsi que le nombre des handicapés psychomoteurs se trouvent considérablement réduit quand la grossesse est surveillée, et l'accouchement bien pris en charge.

Le rythme des surveillances est fixé par l'OMS à une consultation par trimestre au minimum chez les femmes ne présentant aucune maladie ou antécédent pathologique connu, alors que pour toutes les autres ainsi que pour celles présentant une grossesse à risque connue ou diagnostiquée lors de la surveillance prénatale, le rythme devient plus serré à raison d'une consultation par mois, voire plus.

➤ **Accouchement :**

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où elle a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée). [14]

➤ **Césarienne :**

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

➤ **Mort maternelle :**

C'est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 45 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite. [15]

➤ **Mortalité néonatale :**

Est celle qui frappe les nouveaux nés ayant respiré, jusqu'à 28 jours révolus. La mortalité néonatale précoce concerne les décès de la naissance à 7 jours, la mortalité néonatale tardive de 8 à 28 jours. [15]

➤ **Grossesse normale**

Une grossesse est dite « normale » si son évolution ne présente aucun trouble pathologique ni pour la mère ni pour l'enfant. [16]

➤ **Grossesse pathologique**

Une grossesse est dite « pathologique » lorsqu'au cours de cette grossesse il survient un évènement qui comporte un risque soit pour la mère soit pour l'enfant voire pour les deux. Elle peut concerner toutes les femmes enceintes même si elle est plus fréquente chez celles ayant des antécédents de problèmes de santé ou ayant eu des complications lors des grossesses précédentes. [16]

2- Facteurs de risques [17,18].

Une grossesse est dite « à risque » si un ou plusieurs facteurs de risque l'accompagnent et la rendent pathologique. Ces derniers sont nombreux et la liste n'est pas exhaustive. Néanmoins, on peut les classer en six grandes catégories : les facteurs de risque selon l'âge, la taille, le poids, le terrain, selon les antécédents (médicaux, familiaux, chirurgicaux, obstétricaux) et enfin selon les évènements au cours de la grossesse.

2.1 Facteurs de risque selon :

➤ Age maternel

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

➤ Poids maternel

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

➤ Taille maternelle

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

➤ Facteurs de risque liés au terrain

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

- Les maladies génétiques (la trisomie 21, l'hémophilie...)

- Alcoolisme,
- Toxicomanie / Le tabagisme
- Immuno-dépression maternelle

2.2 Facteurs de risque selon les antécédents médicaux

Certaines maladies générales augmentent le risque de complications liées à la grossesse. Les plus redoutables sont :

- L'HTA
- Les troubles neuropsychiatriques (épilepsie, psychose...)
- Le diabète,
- L'hépatite
- VIH
- La cardiopathie
- La néphropathie
- L'asthme
- L'anémie
- La Tuberculose

2.3 Facteurs de risque selon les antécédents familiaux

- Asthme
- Drépanocytose
- HTA
- Diabète

2.4 Facteurs de risque selon les antécédents chirurgicaux

- Césarienne
- Myomectomie
- Laparotomie (GEU)
- Plastie Tubaire
- Péritonite

2.5 Facteurs de risque selon les antécédents Obstétricaux

- Multiparité / Grande multiparité
- ATCD de décès néo-natale / Mort-né / Mort fœtale in utéro
- ATCD d'accouchement prématuré
- ATCD d'hémorragie du post-partum
- Grossesse multiple
- Intervalle inter-génésique
- Multiparité / Grande multiparité
- Nombre d'avortement(s) / Mode d'avortement 5(IVG, spontané)
- Travail / Accouchement dystocique

2.6 Facteurs de risque selon les antécédents Gynécologique

- Pathologie de l'utérus
- Episodes Infectieux

2.7 Facteurs de risque selon les évènements au cours de la grossesse

- Paludisme
- Menace d'avortement / Menace d'accouchement prématuré
- Infections uro-génitales
- Anémie
- Accidents (domestiques ; de la voie publique)
- Circulaire du cordon ombilical
- Retard de croissance intra-utérin
- Anomalie du liquide amniotique : Oligo-amnios / hydramnios

3- Dépistage des grossesses à risque [19,20]

Il est réalisé lors des consultations prénatales.

La consultation prénatale est une consultation clinique au cours de la grossesse visant à veiller au bon déroulement de celle-ci, puis de la santé materno-fœtale.

Elle permet donc une prise en charge globale de la femme enceinte et du fœtus par un personnel qualifié.

3.1. Objectifs de la CPN [19,20]

3.1.1. Objectif général

Accompagner les femmes enceintes, dépister les risques précocement lors des différentes consultations afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale ainsi que le handicap lié à une pathologie de la grossesse ou de l'accouchement.

3.1.2. Objectifs spécifiques

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

3.2. Avantages

- Surveillance de l'évolution de la grossesse.
- Recherche et traitement des maladies qui ont une influence sur la gestante, la grossesse et l'accouchement.
- Dépistage des grossesses à risque en vue de les prendre en charge et ou de les orienter vers un centre de référence.
- Prévention :
 - Du tétanos par la vaccination antitétanique ;
 - Du VIH par le dépistage et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
 - Des carences par les apports en fer et en acide folique.

- Education de la femme sur les signes d'alarme et les signes d'entrée en travail
- Promotion de l'accouchement en milieu surveillé.
- Conseils sur tout ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et le postpartum pour la mère et l'enfant.
- Conseil sur la planification familiale.

3.3. Nombre de consultations prénatales [19,20]

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

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

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

Les 8 contacts selon OMS : [21]

- **Au premier trimestre**

- Contact 1 : jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

- **Au deuxième trimestre**

- Contact 2 : 20 semaines d'aménorrhée.
- Contact 3 : 26 semaines d'aménorrhée.

- **Au troisième trimestre**

- Contact 4 : 30 semaines d'aménorrhée.
- Contact 5 : 34 semaines d'aménorrhée.
- Contact 6 : 36 semaines d'aménorrhée.

- Contact 7 : 38 semaines d'aménorrhée.
- Contact 8 : 40 semaines d'aménorrhée.

La femme doit revenir pour l'accouchement à 41 SA si l'enfant n'est pas encore né.

a. Matériels de CPN

La consultation prénatale se déroule dans un endroit éclairé en 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 un pèse-personne
- ❖ Un mètre ruban
- ❖ Un Sceau contenant une solution désinfectante



Figure 1 : La table gynécologique

Figure 2 : Mètre ruban



Figure 3 : Pèse-personne



Figure4 : Escabeau

b. Les soins préventifs (chimio-prophylaxie)

- **Vacciner la femme contre le tétanos**
- **Prescrire du FAF dès la 4^e SA jusqu'à la 10^e SA, puis une supplémentation de fer après la 10^e SA**
- **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 mortalités et de morbidités périnatales.

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

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

3.4. Première consultation prénatale [22]

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

- Confirmer l'état de la grossesse

- Préciser le terme
- Dépister les complications précoces
- Prévoir un plan de surveillance de la grossesse
- Réaliser les examens complémentaires indispensables.
- Prodiguer des conseils.

3.4.1. Déroulement

La consultation prénatale doit se dérouler dans un cadre humanisé. L'accueil et l'entretien devront constituer une étape importante de la consultation prénatale. En effet, l'histoire sociale, médicale et obstétricale de la femme aide à définir le contexte de la grossesse et à en établir le pronostic.

a. Anamnèse [15]

• Datation

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

La connaissance de l'âge gestationnel permet de :

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

Les signes biologiques de grossesse sont représentés par :

- L'Hormone Chorionique Gonadotrophine (HCG)

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

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

La sous-unité β HCG est détectable avant même la nidation et est exclusivement produite par le syncytiotrophoblaste, ce qui permet d'éviter les réactions

croisées avec d'autres hormones. Il s'agit de la méthode de diagnostic de grossesse la plus précoce et la plus sensible.

b. Examen clinique

- **Pesée**

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

- **Tension artérielle**

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

- **Evaluer les facteurs de risques [23,32]**

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

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

La présence de pathologies maternelles préexistantes à la grossesse peut entraîner un risque d'aggravation en termes de morbidité et de mortalité périnatale et /ou maternelle : allergies, trouble de l'hémostase, troubles vasculaires, pathologies endocriniennes, cardiopathies, néphropathies, neuropathies...

Tableau 1 : Affections maternelles et risques potentiels [19].

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

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

▪ **Antécédents gynécologiques [19]**

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

Tableau 2 : Risques potentiels des antécédents gynécologiques [19].

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

▪ **Prise de médicaments [15]**

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

▪ **Facteurs individuels et sociaux**

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

▪ **Habitudes de vie [24]**

Tabac, Alcool

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

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

- Un retard de croissance harmonieux (dans 80 % des cas) qui est le principal critère diagnostique du SAF.
 - Une dysmorphie crânio-faciale qui est considérée comme spécifique de l'exposition à l'alcool in utero
 - Des malformations congénitales (10 à 30 %)
 - Des atteintes neuro comportementales de l'enfant.
 - La débilité mentale, qualifiée le plus souvent de légère à modérée.
 - Plus tard, l'instabilité, les troubles de l'attention, la faible efficacité intellectuelle interdisent une scolarité normale et une intégration correcte dans la société.
- **Evaluation du risque fœtal [24]**

L'atteinte fœtale est difficile à prévoir mais on connaît plusieurs variables corrélées aux risques d'atteintes fœtales :

- La dose ingérée
- Le terme et la durée d'exposition
- La façon de boire.

Un verre d'alcool, quelle que soit la boisson, contient 10 grammes d'alcool pur. À partir de 30 grammes par jour, et probablement moins, le risque d'atteinte fœtale existe.

La consommation du premier trimestre de la grossesse est corrélée aux risques malformatifs et à la dysmorphie, celle des deuxièmes et troisièmes trimestres aux atteintes neurocomportementales.

- **Infections alimentaires [25]**

- **Listériose**

Elle est une maladie infectieuse provoquée par une bactérie, la *Listeria monocytogènes*. Cette bactérie est loin d'être rare. On la trouve dans l'eau, la terre, les fruits et légumes, mais aussi le lait, la viande crue et les fruits de mer.

En revanche, chez les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les personnes âgées ou malades et les nouveau-nés elle peut avoir de graves conséquences.

- **Toxoplasmose**

- ✓ **Mode de contamination**

La contamination peut se faire aussi en mangeant de la viande insuffisamment cuite contenant des kystes.

Chez la femme enceinte, une primo-infection peut être à l'origine d'une toxoplasmose congénitale. Le risque de transmission materno-fœtale, estimé à 29 %, augmente avec l'âge de la grossesse.

- ✓ **Diagnostic chez la femme enceinte [26]**

Le premier objectif de la sérologie toxoplasmique pratiquée chez la femme en début de grossesse est d'identifier les femmes enceintes non immunisées pour qu'elles bénéficient de conseils de prévention afin d'éviter une contamination lors de la grossesse.

Le second objectif est de surveiller, de façon régulière, la sérologie des femmes non immunes, afin de dépister une séroconversion le plus rapidement possible.

Cette surveillance sérologique repose sur la mise en évidence et le dosage des anticorps spécifiques, tous les mois.

Une séroconversion est manifeste lors du passage d'une sérologie négative à une sérologie positive et elle est évoquée lors de l'ascension significative des titres d'IgG, associée à la présence d'IgM, dosés sur deux prélèvements réalisés à 2 - 3 semaines d'intervalle.

Le titrage doit être effectué dans le même laboratoire, selon la même technique et avec la même série de tests. En cas de doute sur la date de la séroconversion, on peut utiliser le test d'avidité.

● **Examen général**

Durant chaque consultation prénatale, un certain nombre d'examens doit être réalisé systématiquement notamment la prise des constantes (tension artérielle, pouls, température), Enfin de surveiller l'état général de la patiente.

En cas de résultats anormaux, des examens complémentaires devront être prescrits.

Un dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisé avant chaque entretien. L'apparition de protéines et de sucre dans les urines doit faire l'objet d'investigations plus approfondies telles que, une protéinurie des 24 heures ou un test selon l'OMS.

Poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) doivent toujours être pris en considération, en pré-gestationnelle ainsi qu'au cours de la grossesse. En effet, certaines complications materno-fœtales telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale sont liées au surpoids et à l'obésité.

Tableau 3 : Facteurs de risques et complications materno-fœtales.

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

- **Examen cardiovasculaire et pleuro-pulmonaire**

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

- **Examen des seins**

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

- ✓ Une anomalie du mamelon (mamelon ombiliqué, écoulement mamelonnaire)
- ✓ Un nodule avec ou sans adénopathie au niveau du creux axillaire.

▪ Examen gynécologique

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

● Auscultation des bruits du cœur

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

- Une palpation de l'utérus.
- Une inspection de la vulve à l'œil nu.
- L'examen au spéculum est fait systématiquement :
 - En début de grossesse,
 - En cas de leucorrhées pathologiques, d'un écoulement de liquide ou de métrorragies.

▪ Diagnostic différentiel d'une grossesse :

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

c. Biologiques

● Groupage ABO et phénotypes Rhésus : [27]

La détermination des groupes sanguins ABO et phénotypes rhésus complet et Kell (Deux prélèvements sont nécessaires en l'absence de carte de groupe sanguin complète) ainsi que la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) sont

nécessaires chez les femmes enceintes pour déterminer le risque d'avoir une incompatibilité Rhésus entre la mère et le fœtus.

- **VIH [27]**

- **Définitions :** Le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus infectant l'humain et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes.

- **Modes de transmission VIH**

- Des rapports sexuels non protégés par un préservatif s'il y a pénétration vaginale, anale ou buccale
- Un contact important avec du sang contaminé lors de partage de matériel d'injection ou en cas d'accident d'exposition (pour les soignants),
- Il y a un risque de contamination de la mère séropositive à son enfant :
 - Durant la grossesse (contamination par voie sanguine)
 - L'accouchement (par voie sanguine et par les sécrétions vaginales)
 - L'allaitement (par le lait maternel).

Heureusement, aujourd'hui, grâce à un accompagnement médical adapté et la prise d'un traitement, les mères séropositives peuvent donner naissance à un enfant non contaminé.



Figure 5 : Test HIV

- **Hépatite B [28,29]**

La majorité des infections chroniques par le virus de l'hépatite B sont acquises à la naissance par une transmission dite "verticale". Il s'agit de la transmission du virus B par la mère à son enfant au moment de l'accouchement secondaire aux micro-transfusions mère-enfant pendant les contractions et le contact avec les sécrétions vaginales infectées. Le risque est très important car les enfants contaminés deviennent porteurs chroniques du virus B dans 90% des cas. Il est donc recommandé de rechercher systématiquement la présence de l'antigène Hbs (AgHBs) chez toutes les femmes enceintes au cours du sixième mois.

- **Hépatite virale C [29]**

Une sérologie de l'hépatite C n'est pas systématique car il n'y a pas d'élément en faveur d'un rapport coût-efficacité favorable, sauf chez les populations à risque (personnes toxicomanes ou transfusées).

- **Herpès génital [23]**

Le diagnostic et le traitement de l'herpès génital sont urgents en raison de la gravité du pronostic foetal. L'interrogatoire doit systématiquement rechercher les antécédents de lésions génitales évocatrices d'herpès chez la femme enceinte et son partenaire.

Les signes cliniques doivent être recherchés systématiquement en particulier au dernier mois de grossesse. Lors des poussées, il est impératif de prouver

l'herpès génital par des examens virologiques directs : à tout moment si l'infection n'a jamais été démontrée par un examen virologique antérieur et au cours du dernier mois de grossesse.

- **Anémie, drépanocytose et thalassémie [23]**

Le dépistage de l'anémie peut se faire au début de la grossesse (à la première consultation en cas de facteurs de risque) et est prescrit obligatoirement lors de la consultation du 6^e mois. Une éventuelle anémie est alors à explorer et à traiter sans retard. Une recherche d'hémoglobine anormale est effectuée pour les populations à risque originaires d'Afrique, du bassin méditerranéen, des Antilles et/ou ayant des antécédents familiaux.

- **Diabète gestationnel [30]**

Ce diabète touche 3 à 20 % des femmes enceintes. Il se manifeste par une augmentation de la glycémie vers la fin du 2^e et au 3^e trimestre de la grossesse.

Dans la majorité des cas, il disparaît après l'accouchement, mais la mère devient à risque de développer le diabète de type 2 dans les années qui suivent.

- **Les risques et complications possibles [31]**

Les risques sont nombreux lorsque le diabète de grossesse n'est pas bien contrôlé et que le taux de sucre dans le sang demeure élevé :

- **Pour la mère**

- Surplus de liquide amniotique, augmentant le risque d'un accouchement prématuré
- Risque d'un accouchement par césarienne ou d'un accouchement vaginal plus difficile
- Hypertension de grossesse ou pré-éclampsie
- Risque plus élevé de rester diabétique après l'accouchement ou de développer à long terme un diabète de type 2

- **Pour le bébé**

- Bébé plus gros que la normale à la naissance
- Hypoglycémie à la naissance
- Risque de dystocie des épaules
- Risque d’être obèse et de présenter une intolérance au glucose au début de l’âge adulte

3.5. Deuxième consultation prénatale ou consultation du deuxième trimestre [19,32]

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

3.5.1. Déroulement

d. Anamnèse

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

e. Examen clinique

- **Pesée**

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

- **Tension artérielle**

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

● **Mesure de la hauteur utérine**

Technique de mesure de la hauteur utérine :

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

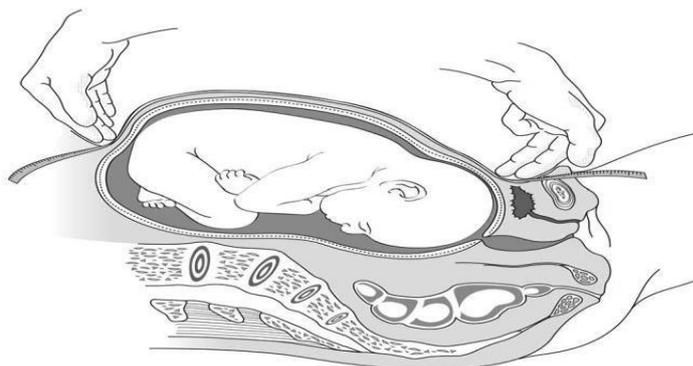


Figure 6 : Mesure de la hauteur utérine

Tableau 4 : Évolution de la hauteur utérine en fonction de l'âge gestationnel
Interprétation de la hauteur utérine.

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

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

- Erreur de datation.
- Macrosomie.
- Grossesse multiple.
- Hydramnios.

Si la hauteur utérine est diminuée par rapport à l'âge gestationnel, il peut s'agir d'une :

- Erreur de datation.
- Arrêt de grossesse.
- Retard de croissance intra-utérine.

● **Palpation abdominale**

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

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

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

● **Toucher vaginal**

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

3.6. Troisième consultation prénatale ou consultation du 8ème mois : [19,32]

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

3.6.1. Déroulement

a. Anamnèse

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

b. Examen clinique

● Examen général

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

● Hauteur utérine

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

Tableau 5 : Age probable de la grossesse en fonction de la hauteur utérine

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

● Palpation abdominale

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

- D'étudier la consistance, la souplesse ou la tension (relâchement/ contraction) et la sensibilité de l'utérus à la mobilisation.

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

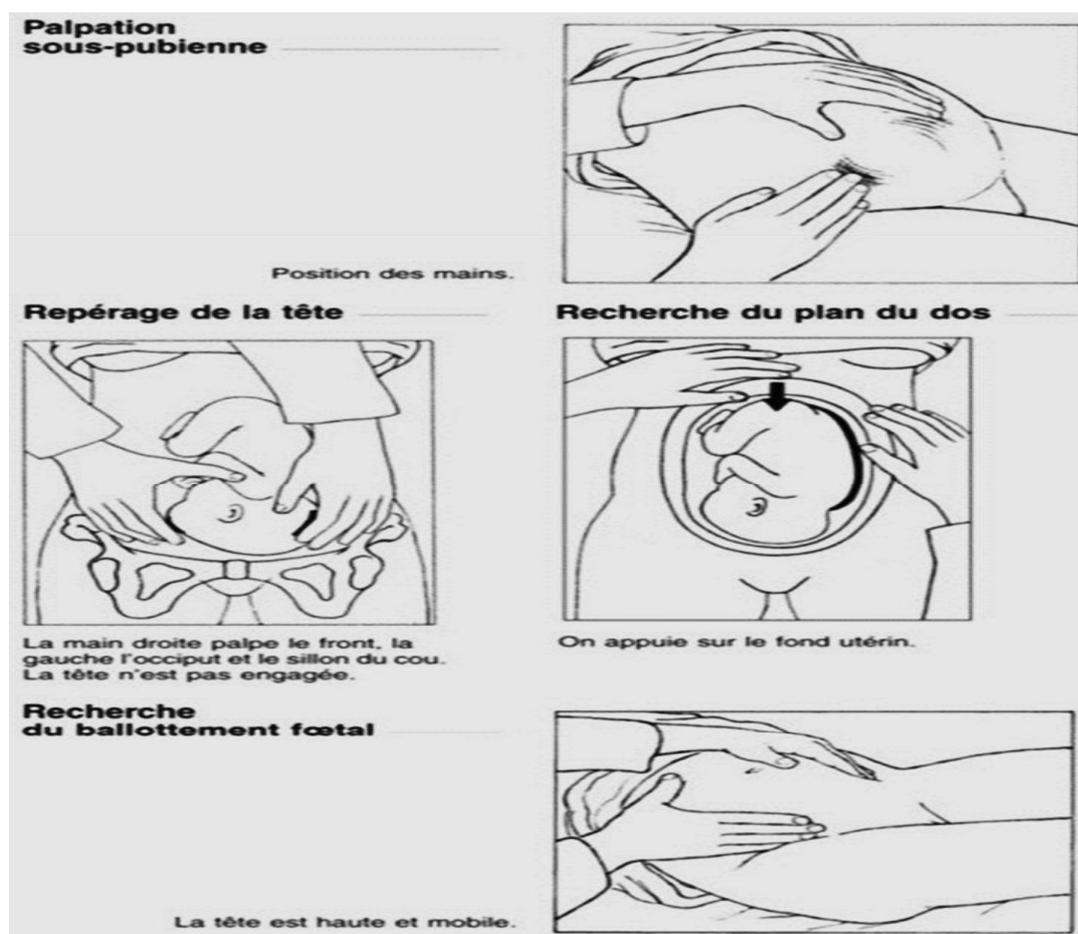


Figure 7 : Manœuvre de Budin [14]

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

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

- **Toucher vaginal**

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

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

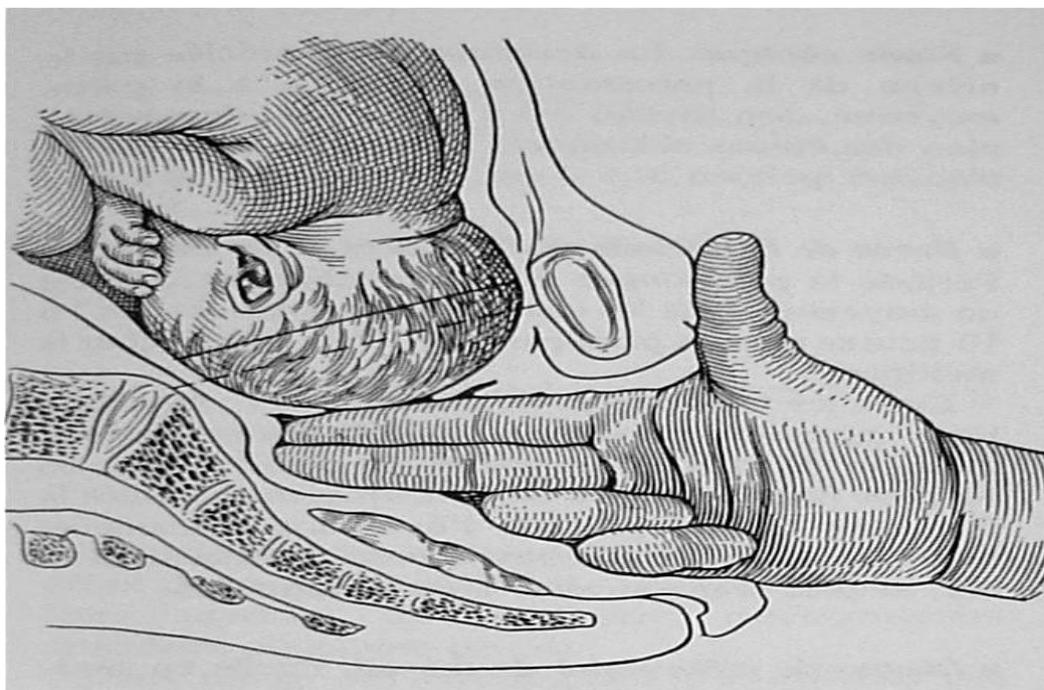


Figure 8 : Le signe de FARABEUF
I.3.6.2. Pronostic de l'accouchement

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

- Le fœtus (nombre, volume et présentation).
- Le bassin (normal, limite ou chirurgical).
- L'utérus (normal ou cicatriciel, multiparité).

- L'état de la mère (HTA, cardiopathie, ...).
- Les annexes (placenta prævia...).

Au total trois situations se présentent :

a. Voie basse est acceptée en cas de

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

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

b. Voie basse est discutable en cas de

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

c. Accouchement par césarienne est obligatoire en cas d'un

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

3.6.3. Conseils

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

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

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

3.7.1. Déroulement

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

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

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

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1- Type d'étude

Notre étude était longitudinale descriptive à recrutement prospectif sur une période de treize mois (allant du 1er Aout 2021 au 31 Aout 2022) chez les femmes ayant des grossesses à risque reçues dans le CSRef CIII

Suivies en ambulatoire et/ou en hospitalisation.

2- Cadre et lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune III (CSRef CIII) du District de Bamako.

➤ Présentation de la CIII :

A l'instar des autres communes du district de Bamako, la commune III a été créée par ordonnance n° 78/32/CMLN du 18 Août 1978 fixant le statut du district de Bamako. Cette ordonnance est complétée par les lois :

- N° 93-008 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriale modifiée par la loi n° 96 056 du 16 octobre 1996.
- N° 95-034 AN-RM du 12 avril 1995 du code des collectivités territoriales
- N° 96-025 du 25 février 1996 portant statut particulier du district de Bamako (19).

La commune III couvre une superficie d'environ 23 km² soit 7% de la superficie de Bamako avec une population de 119 287 habitants répartis entre 20 quartiers et est limitée :

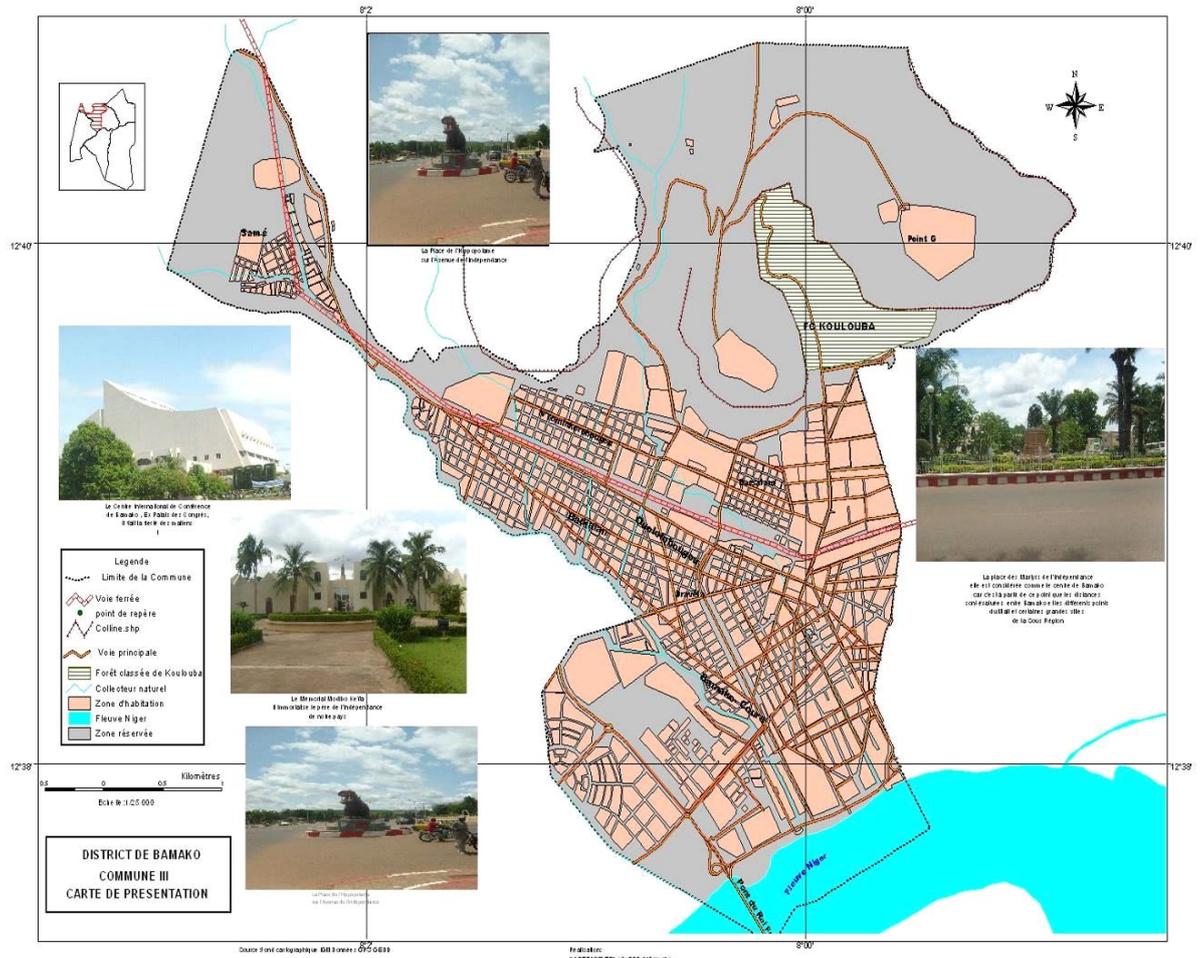
- Au nord par le cercle de Kati
- A l'est par le boulevard du peuple qui la sépare de la commune II

- Au sud par la portion du fleuve Niger comprise entre le pont des martyrs et le Motel de Bamako.
- A l'ouest par la commune IV en suivant la rivière Farako à partir du Lido, par l'avenue des grottes devenue Cheick Zayed El Mahyan Ben Sultan qui enjambe ladite rivière et enfin la route de l'ancien aéroport dite route ACI 2000 passant derrière le cimetière de Hamdallaye pour rejoindre la zone du Motel [33].

Dans le cadre de la réorganisation territoriale pour la création des Collectivités Territoriales, les villages de Koulouninko et Sirakoro-dounfing ont été rattachés à la commune III sur demande expresse.

La commune III comporte 20 quartiers : Badialan1, Badialan2, Badialan3, Bamako-coura, Bamako-coura-Bolibana, Darsalam, Centre commerciale, N'tomikorobougou, Dravela-Bolibana, Dravela, Kodabougou, Koulouba village, Niomirambougou, Wôlôfôbougou, Wôlôfôbougou-Bolibana, Sokonafing-Minkoungo, Point G, Koulininko, Sirakorodounfing, et Samè.

ISSUES OU DEVENIR DES GROSSESSES A RISQUE DANS UN CSRef ; CAS DU CSRef DE LA COMMUNE III DE BAMAKO



Le centre de santé a été créé avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes. Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en Centre de Santé de Référence (CSRef.) en 2013.

Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de Gynécologie-obstétrique.

➤ Composition :

Le centre de santé de référence se trouve à Bamako Coura. Il comporte plusieurs services :

- L'administration ;
- La pharmacie ;
- Le service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) ;
- Le service d'ophtalmologie ;

- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de Gastro-entérologie;
- Le service d'urologie ;
- Le service de traumatologie ;
- Le service de cardiologie ;
- Le service de dermatologie ;
- Le service de Diabétologie ;
- Le service social ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service de rhumatologie
- Le service de chirurgie générale ;
- L'unité d'imagerie générale ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- Le bloc opératoire ;
- La brigade d'hygiène ;
- L'USAC (L'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils) ;
- Le service d'anesthésie réanimation du bloc opératoire ;
- La morgue.
- Le service de gynéco-obstétrique ;

Elle abrite une diversité de services de santé : publics, parapublics, privés, communautaire et militaires. A noter aussi que dans son CSREF et ses huit (8) CSCOM, 408 personnels de santé sont dénombrés qui sont répartis entre les professions suivantes : médecins (64) ; pharmaciens (2) ; ingénieurs sanitaires (0) ; assistants médicaux (24) ; techniciens supérieurs biologie médicale (9) ; sages-femmes (69) ; techniciens supérieurs radio (2) ; techniciens supérieurs kiné (1) ; techniciens supérieurs ORL (1) ; techniciens supérieurs assainissement (2) ; infirmiers d'état (31) ; infirmières obstétriciennes (42) ; techniciens en

laboratoire (6) ; infirmiers 1er cycle (22) ; matrones (7) ; aides-soignants (29) ; autres (97).

➤ **Présentation du service Gynéco-Obstétrique et du CSRef CIII**

Le service de gynécologie obstétrique se trouve à l'Ouest du centre. Il comporte

- Une salle d'accouchement avec quatre (4) tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suites de couches immédiates avec 4 lits ;
- Une salle pour les infirmières et l'aide-soignante ;
- Un bureau pour chaque gynécologue obstétrique
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une unité prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (P.F) et Post-natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de suivi de grossesse pathologique et de consultation gynécologique
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Une unité pour le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Une unité de soins après avortement (SAA) ;
- Cinq (5) salles d'hospitalisation avec dix (17) lits ;
- Une toilette externe pour le personnel ;

- Le personnel comprend : Trois spécialistes en Gynécologie obstétrique ; Deux (2) médecins généralistes ; Trois (3) Assistants médicaux en anesthésie et réanimation ; Vingt-neuf (29) sages-femmes parmi lesquelles une sage-femme maîtresse ; Quinze infirmières obstétriciennes ; Une (1) aide-soignante ; Dix-sept (18) étudiants faisant fonction d'interne ; Neuf (9) manœuvres ;

- Fonctionnement du service : Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24heures sur 24 Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine. Les autres jours, elles sont assurées par les médecins

généralistes Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et une seule aide-soignante.

Un staff se tient tous les jours à partir de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc.). Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres ; d'un médecin généraliste et d'un gynécologue-obstétricien. La visite quotidienne des patientes hospitalisées se fait également à partir de 10 heures. Le CSRef de la commune III est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé à l'instar de l'UKM.

➤ **Fonctionnement du service :**

Le service dispose d'une seule salle d'accouchement qui fonctionne 24heures sur 24

Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens, trois (3) jours par semaine.

Les autres jours, elles sont assurées par les médecins généralistes

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages-femmes avec l'appui des infirmières et une seule aide-soignante.

Un staff se tient tous les jours à partir de 8 H 15 min à 9 H 30 min pour discuter de la prise en charge des patientes, et les événements survenus lors de la garde (évacuations etc.).

Une équipe de garde quotidienne travaille 24 heures sur 24. Elle est composée des internes, d'une sage-femme, une infirmière obstétricienne, d'une aide-

soignante, d'un chauffeur, de deux (2) manœuvres ; d'un médecin généraliste et d'un gynécologue-obstétricien.

La visite quotidienne des patientes hospitalisées se fait également à partir de 10 heures. Le CSRef de la commune III est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, les étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

3- Population d'étude

Notre étude portait sur toutes les femmes ayant des grossesses à risque reçues et pris en charge dans le service de gynécologie-obstétrique du CSRef CIII.

➤ Critères d'inclusion

- Ont participé à notre étude les patientes ayant des grossesses à risque reçues dans le CSRef CIII, et ayant acceptées de participer à l'étude.

➤ Critères de non inclusion

- Patientes ayant les grossesses extra utérines
- Patientes ayant une grossesse normale sans pathologie associé
- Patientes non consentantes à l'étude

4- Saisie et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS version 22.0 qui ont ensuite été saisies par Microsoft Office World 2019.

5- Aspects éthiques

Les informations recueillies ne seront accessibles qu'aux personnes impliquées dans l'étude. Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion, seront au préalable informés de l'objectif de l'étude et des modalités de recueil des données ; et auront donné leur consentement avant d'être inclus. La confidentialité des données recueillies sera garantie pour chaque patiente par l'attribution d'un identifiant à chacune d'elles, ce qui permettra de sécuriser les données recueillies.

RESULTATS

V- RESULTATS

1- Fréquence

Nous avons enregistré **102** cas de grossesses à risque sur **2357** cas de grossesses enregistrées pendant la période d'étude, soit une fréquence d'environ **4,3%** de grossesse à risque.

2- Caractéristiques socio démographiques

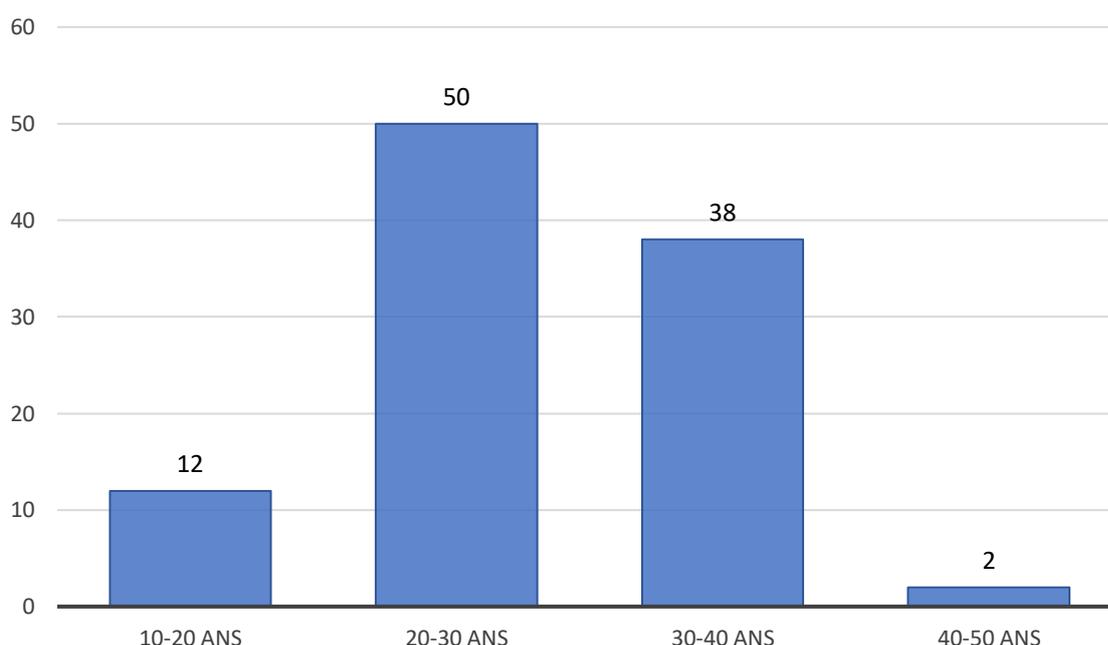


Figure 9 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentée avec un taux de 49%.

L'âge moyen des patientes était $27,43 \pm 6,22$ ans avec des extrêmes de 15 à 41 ans.

Tableau 6 : Répartition des patientes selon leurs professions

Profession	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	20	19,6
Commerçante	10	9,8
Agent comptable	6	5,9
Ménagères	40	39,2
Elève/Etudiante	16	15,7
Vendeuse	8	7,8
Total	102	100,0

Les ménagères avaient représenté 39,2% des professions de notre étude.

Tableau 7 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	26	25,5
Niveau primaire	16	15,7
Niveau secondaire	30	29,4
Niveau Supérieur	30	29,4
Total	102	100,0

Près de 29,4% de nos patientes avaient un niveau d'instruction secondaire et supérieur respectivement

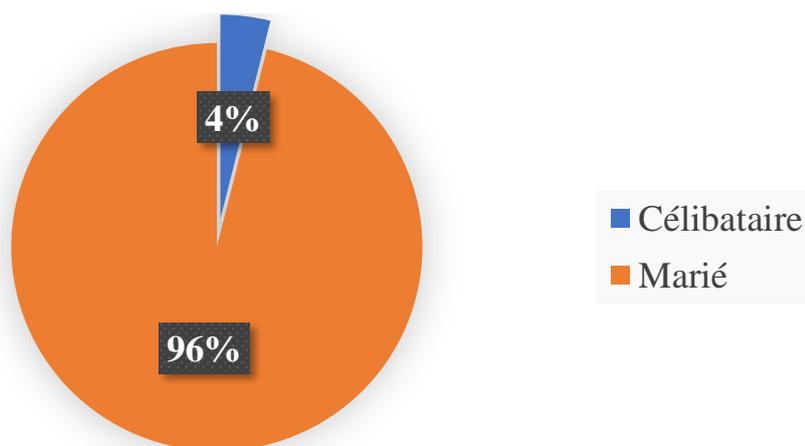


Figure 10 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

La quasi-totalité des patientes étaient mariées, soit 96%.

3- Antécédents

Tableau 8 : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

ATCD Médicaux	Fréquence (N=102)	Pourcentage
HTA	80	78,4
Asthme	30	29,4
Diabète	25	24,5
Anémie	70	68,6
Drépanocytose	7	6,9
Hépatite	30	29,4
Séropositive VIH	26	25,5

L'HTA était l'antécédent médical le plus retrouvé, soit dans 78,4% des cas.

Tableau 9 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Césarienne	16	15,7
Appendicectomie	2	2,0
Kystérectomie	2	2,0
Aucun	82	80,4
Total	102	100,0

Environ 15,7% de nos patients avaient subi une césarienne.

Tableau 10 : Répartition des patientes selon les Antécédents obstétricaux

ATCD obstétricaux	Fréquence	Pourcentage
Primigeste Nullipare	18	17,6
Paucigeste Nullipare	2	2,0
Paucigeste primipare	14	13,7
Paucigeste Paucipare	16	15,7
Multigeste Primipare	2	2,0
Multigeste Paucipare	14	13,7
Multigeste Multipare	6	5,9
Grande Multigeste Paucipare	6	5,9
Grande Multigeste Primipare	10	9,8
Grande Multigeste Grande Multipare	14	13,7
Total	102	100,0

Les primigestes nullipares ont représenté 17,6% des cas.

Tableau 11 : répartition des patientes selon l'intervalle inter gènesique en mois

Intervalle inter gènesique en mois	Fréquence	Pourcentage
Inferieure a 12	2	2,0
12-24	22	21,6
24-48	38	37,3
Plus de 48	40	39,3
Total	102	100,0

Près de 39.3% des patientes se situe dans plus de 48 mois entre deux naissances vivantes consécutives

Tableau 12 : répartition des patientes selon les antécédents gynécologique des épisodes infectieux

Antécédent gynécologique	Fréquence	Pourcentage
Episodes Infectieux		
Oui	48	47,0
Non	54	53,0
Total	102	100,0

Près de 53.% des patientes n'ont pas d'antécédent gynécologique des épisodes infectieux

4- Caractéristiques et suivi de la grossesse

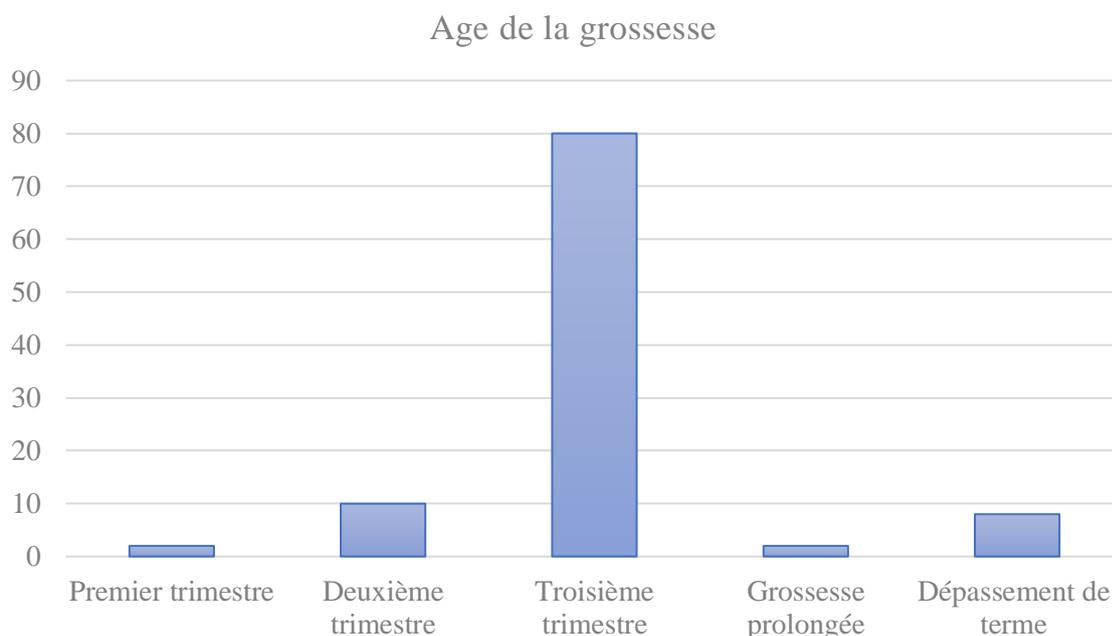


Figure 11 : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Chez 78,4% de nos patientes, l'âge de la grossesse se situait au 3^e trimestre.

Tableau 13 : Répartition des patients selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Fréquence	Pourcentage
0	5	4,9
1	8	7,8
2-3	33	32,9
4	14	13,7
4-6	32	31,4
Plus de 6	10	9,8
Total	102	100,0

Les CPN avaient été réalisés dans 32,9% des cas, 2 à 3 fois.

Tableau 14 : Répartition des patients selon l'auteur de la CPN

Auteur de la CPN	Fréquence	Pourcentage
Gynécologue	22	21,6
Infirmière	2	2,0
DES en Gynécologie	34	33,3
Sage femmes	38	37,3
Pas de CPN	6	5,9
Total	102	100,0

La majorité des CPN avaient été réalisés par des sages-femmes, avec un taux de 37,3%

Tableau 15 : Répartition des patientes selon le bilan prénatal

Bilan prénatal réalisée	Fréquence	Pourcentage
Aucun	20	19,6
Réalisés partiellement	70	68,6
Complètement réalisé	12	11,8
Total	102	100,0

Près de 68,6% des patientes avaient réalisé partiellement les bilans prénataux

Tableau 16 : Répartition des patientes selon la chimio-prophylaxie

Chimio-prophylaxie	Fréquence	Pourcentage
Anti Anémique + Anti Paludique	2	2,0
Anti paludique + Antitétanique	2	2,0
Anti Anémique + Anti Paludique + Antitétanique	92	90,2
Non réalisé	6	5,9
Total	102	100,0

La chimio-prophylaxie à base de : Anti Anémique + Anti Paludique +
Antitétanique a été utilisés dans 90,2% des cas.

Tableau 17 : Répartition des patientes selon les facteurs de risques prénatals

Facteurs de risques prénatals	Fréquence	Pourcentage
ATCD de césarienne	8	7,8
ATCD de MFIU	2	2,0
ATCD de travail Dystocique	4	3,9
Anémie	40	39,2
Asthme	55	53,9
Boiterie	6	5,8
Grossesses multiple	8	7,8
VIH	10	2,9
Diabète	25	25,5
Paludisme	90	88,2

Le paludisme était le facteur de risque le plus représenté avec n taux de 88,2%

Tableau 18 : Répartition des patients selon les médicaments utilisés au cours de la grossesse

Médicaments utilisés au cours

de la grossesse

	Fréquence	Pourcentage
AVK	10	9,8
Antihypertenseurs	60	58,8
Antalgiques	90	88,2
Anti acide	40	39,2
Anti parasitaires	80	80,4
Anti spasmodiques	70	68,6
Anti Diabétiques	56	54,9
Antiagrégants plaquettaire	25	24,5
Antibiotiques	77	75,5
Bêtamimétiques	15	14,7

Les antalgiques étaient le traitement reçu majoritairement au cours de la grossesse, soit un taux de 88,2%.

5- Devenir de la grossesse

Tableau 19 : Répartition des patientes selon le devenir de la grossesse

Devenir de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Avortement	4	3,9
Accouchement prématuré	32	31,4
Accouchement à terme	56	54,9
Accouchement dans un contexte de grossesse prolongée	2	2,0
Accouchement dans un contexte de Dépassement de terme	8	7,8
Total	102	100,0

Dans 54,9% des cas, l'accouchement était à terme.

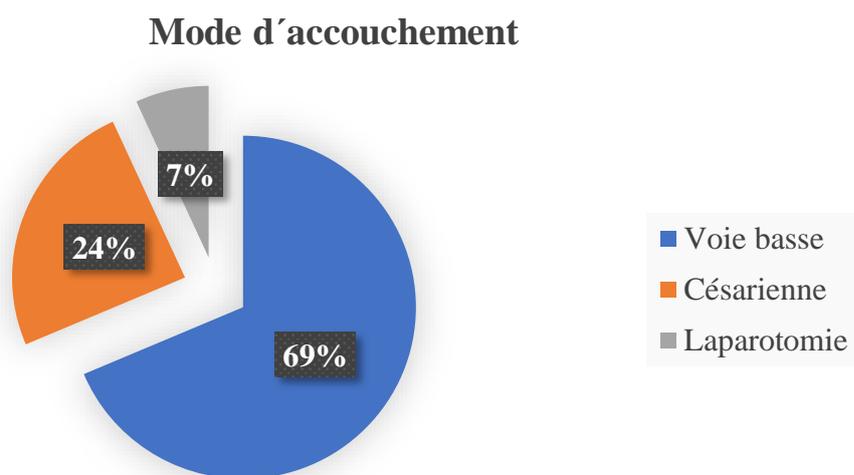


Figure 12 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

La voie basse était le mode d'accouchement le plus retrouvé dans 68,6%.

Tableau 20 : Répartition des patientes selon le lieu de CPN

Lieu d'accouchement	Fréquence	Pourcentage
Domicile	5	4,9
CSCOM	28	27,5
CSREF	46	45,1
Hôpital	15	14,7
Structure privée	8	7,8
Total	102	100,0

Près de 45,1% des grossesses se déroulaient au CSREF dans 45,1% des cas.

Tableau 21 : Répartition des patientes selon le pronostic

Pronostic	Fréquence	Pourcentage
Naissance prématurée	12	11,8
Naissance d'un nouveau née à terme	90	88,2
Total	102	100,0

La naissance d'un nouveau née à terme a été retrouvée dans 88,2% des cas.

Tableau 22 : Répartition des patientes selon la délivrance

Délivrance	Fréquence	Pourcentage
Artificielle	82	78,4
Naturelle	10	9,8
Active	12	11,7
Total	102	100,0

Dans 78,4% des cas, la délivrance était artificielle.

6- Santé maternelle après l'accouchement

Tableau 23 : répartition des patientes selon les complications maternelles

Complications Maternelle	Fréquence	Pourcentage
Hémorragie du post-partum et Anémie du post-partum (modérée)	2	2,0
Hémorragie du post-partum et Anémie du post-partum (Sévère)	4	3,9
Anémie du post-partum (Légère)	2	2,0
Anémie du post-partum (Sévère)	10	9,8
Suppuration pariétale	2	2,0
IRA	4	3,9
Non	78	76,5
Total	102	100,0

Près de 76.5% des patientes n'ont pas de complication

Tableau 24 : répartition des patientes selon le traitement reçu en cas de complications

Traitement reçu en cas de complications	Fréquence	Pourcentage
Autre	2	2,0
Utéro-Toniques	68	66,7
Utéro-Toniques et Sulfate de magnésium	8	7,8
Antidiabétiques	10	9,3
Utéro-Toniques ; Sulfate de magnésium, et misoprostol	2	2,0
Utéro-Toniques et antibiotiques	20	19,6
Fer	20	19,6
Transfusion sanguine	10	9,3
Sulfate de Magnésium	2	2,0

Près de 66.7% des patientes ont utilisé des utero-toniques durant le travail d'accouchement.

7- Etats des nouveaux nés

Tableau 25 : Répartition des patientes selon le nombre de nouveaux nés vivants à la naissance

Nombre de nouveaux nés vivants à la naissance	Fréquence (N =98)	Pourcentage
1	84	82,4
2	12	11,8
3	2	2,0
Total	102	100,0

Dans 82,4% des cas, le nombre de nouveaux nés était de 1.

Tableau 26 : répartition des nouveau-nés selon leur Apgar à la première minute puis a la cinquième minute

Apgar à la première minute puis a la cinquième minute	Fréquence	Pourcentage
7-8/10 et 7-9/10	22	21,6
8/10 et 9-10/10	12	11,8
8/10 et 9-10/10 (J1), <7/10 et <7-8/10 (J2)	2	2,0
9/10 et 10/10	50	49,0
8/10 et 9-10/10 (jumeaux/Triplés)	2	2,0
9/10 et 10/10 (jumeaux/Triplés)	10	9,8
00	4	3,9
Total	102	100,0

Près de 49,0% des nouveau-nés ont leur Apgar à la première minute puis à la cinquième minute comprise entre 9/10 et 10/10

Tableau 27 : Répartition des patientes selon le poids du ou des Nouveaux nés en gramme

Poids du ou des Nouveaux nés en gramme	Fréquence	Pourcentage
Inférieure à 2500	34	33,3
Compris entre 2500-3999	64	62,7
Produit de conception non pesé	4	3,9
Total	102	100,0

Près de 62.7% des patientes ont des nouveaux nés dont le poids se situe entre 2500-3999 gramme

Tableau 28 : Répartition des patientes selon la taille de ou des Nouveaux en Cm

Taille de ou des enfants en Cm	Fréquence	Pourcentage
Inférieure à 45	32	31,4
Compris entre 45-55	66	64,7
Produit de conception non mesuré	4	3,9
Total	102	100,0

Près de 64.7% des patientes ont des nouveaux nés dont la taille se situe entre 45-55 Cm

Tableau 29 : répartition des patientes selon le Périmètre crânien de ou des Nouveaux nés en Cm

Périmètre crânien de ou des

Nouveaux nés en Cm	Fréquence	Pourcentage
Inférieure à 30	28	27,5
Compris entre 30-36	70	68,6
Produit de conception non mesuré	4	3,9
Total	102	100,0

Près de 68.6% des patientes ont des nouveaux nés dont le périmètre crânien se situe entre 30-36 Cm

Tableau 30 : répartition des patientes selon le Périmètre thoracique de ou des Nouveaux nés en Cm

Périmètre thoracique de ou

des Nouveaux nés en Cm	Fréquence	Pourcentage
Inférieure à 30	30	29,4
Compris entre 30-36	68	66,7
Produit de conception non mesuré	4	3,9
Total	102	100,0

Près de 66.7% des patientes ont des nouveaux nés dont le périmètre thoracique se situe entre 30-36 Cm

Tableau 31 : répartition des patientes selon leur nouveau-né réanimé

Nouveau-Né Réanimé	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	23,5
Avortement	2	2,0
Non	70	68,7
Produit de conception	6	5,9
Total	102	100,0

Près de 68.7% des patientes ont un nouveau-né n'ayant pas été réanimé.

Tableau 32 : répartition des patientes selon leur nouveau-né malformé

Nouveau-Né Malformé	Fréquence	Pourcentage
Oui	2	2,0
Avortement	2	2,0
Non	92	90,2
Produit de conception	6	5,9
Total	102	100,0

Près de 90.2% des patientes ont un nouveau-né n'ayant pas de malformation

Tableau 33 : répartition des causes du décès néo-natal

Causes du décès néo-natal	Fréquence	Pourcentage
Avortement tardif	6	50
Hypotrophie	3	25
Prématurité	2	16,6
Souffrance néo-natale	1	8,3
Total	12	100,0

Les décès néonataux étaient dû à 50% a un avortement tardif

Tableau 34 : répartition des patientes selon la planification familiale

Planification familiale	Fréquence	Pourcentage
Non fait	28	25,7
Elle opte pour le DIU	38	37,3
Elle opte pour le dépôt S/C	20	19,6
Elle pour la voie orale	16	15,7
Total	102	100,0

Près de 37,3% opte pour le DIU

Tableau 35 : répartition des patientes selon le counseling PF

Counseling PF	Fréquence	Pourcentage
N'a pas été juge nécessaire	24	23,6
Fait, mais la patiente refuse	6	5,9
Fait, la patiente veut réfléchir avec son mari, puis accepte au visite poste natal	20	19,6
Fait, la patiente se concerte avec son mari et accepte tout de suite	50	49,0
Fait, elle accepte tout de suite	2	2,0
Total	102	100,0

Près de 49.0% de nos patientes se concertent avec leur mari et accepte
immédiatement la contraception.

Tableau 36 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial en fonction du nombre de Consultation prénatal

Nombre de CPN	Statut matrimonial		Total
	Célibataire	Marié	
0	4	2	6
1	0	8	8
2-3	0	32	32
4	0	14	14
4-6	0	32	32
Plus de 6	0	10	10
Total	4	98	102

Test exact de Fisher=21,195 ddl=5 P=0,000

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le statut matrimonial et le nombre de CPN (P=0,000)

Tableau 37 : Répartition des patientes selon le devenir de la grossesse en fonction des auteurs de la CPN

Auteurs de la CPN	Devenir de la grossesse					Total
	Avortement	Prématuré	à terme	Grossesse prolongée	Dépasse ment de terme	
Gynécologue	0	8	14	0	0	22
Infirmière	0	2	0	0	0	2
DES en Gynécologie	0	12	18	0	4	34
Sage femmes	4	8	20	2	4	38
Pas de CPN	0	2	4	0	0	6
Total	4	32	56	2	8	102

Test exact de Fisher= 18,456 dll=16 P=0,256

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le devenir de la grossesse et les auteurs de CPN (P=0,000)

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Les limites de l'étude

Notre travail se situe dans le cadre d'une étude descriptive et longitudinale sur l'étude des issues ou devenir des grossesses à risque au centre de santé de référence de la commune III.

Nous avons été confrontés au cours de notre étude à des problèmes tels que le manque d'information dans certains dossiers des patientes. Mais cette insuffisance n'entame pas la qualité des données.

2- La fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 2357 grossesses dont 102 cas de grossesses à risque, soit une fréquence de 4,3%.

3- Profil sociodémographique

➤ L'âge maternel

Dans notre étude, la tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus représentée avec un taux de 49%. Nos résultats montrent qu'une bonne partie des parturientes étaient constituée de jeunes adultes. Ceci pourrait s'expliquer par la survenue de plus en plus de grossesses chez les jeunes adultes mariées ou non. La pression de l'entourage envers ces jeunes gestantes qui sont moralement fragiles, l'esprit de la majorité des familles maliennes qui préfèrent garder leurs jeunes mères célibataires loin des regards et des commentaires indiscrets du voisinage, pourrait avoir des impacts négatifs sur leur motivation à bien prendre soin de leurs grossesses.

Notre résultat est comparable à celui de Mariam Traoré [34] et de Amani Maleya et al [35] qui ont observé respectivement une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 25 ans avec un taux de 56,3% et une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 34 ans avec un taux de 74,8%.

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-il de l'immaturation des vaisseaux utérins [36]. 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 [36].

➤ **Statut matrimonial**

Dans notre étude les célibataires représentaient 4% des cas. Le célibat est un 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 un déshonneur à la famille. En outre, ces accouchées célibataires manquent de ressources pour assurer le suivi prénatal. Dans la même lancée Mariam Traoré rapportait un taux de célibat à 11,6%.

➤ **Profession de la femme**

Les ménagères ont représenté 39,2% des professions de notre étude. Ce résultat est similaire à celui de Amani Maleya et al [34] qui avait un taux de sans profession à 89,1% également NIAREA [37], au CSRef CII a obtenu un taux de 73% en faveur des ménagères. Cette prédominance des ménagères s'explique d'une part par leurs faibles revenus et d'autre part, par leurs occupations domiciliaires importantes ; laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal.

➤ **Niveau d'étude**

Dans notre étude, 25,5% des patientes étaient des non scolarisés. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par SY I. [36] 89,5% des cas.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que le niveau d'instruction constitue un facteur de risque d'exposition aux grossesses à risque

4- Données cliniques

➤ Le mode d'admission

Dans notre étude, les femmes venues d'elle-même étaient majoritaires avec 80,4% contre 19,8% des patientes adressées par d'autres structures à savoir soit par un médecin ou par un CSCOM. Ce taux est similaire à celui de DEMBELE.B.D en 2013 au CSRef de la commune II avec un taux 86,5% en faveur des femmes venues d'elle-même [38].

➤ Antécédents médicaux et chirurgicaux

Dans notre étude, les antécédents familiaux étaient dominés par l'HTA, l'Anémie et l'asthme avec respectivement 78,4%, 68,6% et 29,4% des cas. Parmi les antécédents chirurgicaux, la majorité des parturientes n'en n'avaient pas dans 80,4% des cas. On notait tout de même une césarienne dans 15,7% des cas.

➤ Antécédents obstétricaux

Les primigestes nullipare étaient les plus représentées avec un taux de 17,6% des cas, ce résultat est différent de celui Mariam Traoré [34] et Dembélé BD [38] avec respectivement un taux de Primipares a 49,2% et 52%.

➤ Caractéristiques de la grossesse

A l'examen, 78,4% des patientes ont été admises avec une grossesse à terme dans 78,4%. Selon CAMARA B, [39] la fréquence des grossesses à terme était de 60%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ces femmes ont reçu l'explication sur les signes du travail d'accouchement (plan d'accouchement) au cours des CPN.

Concernant les consultations pré natales, uniquement 4,9% des patientes n'avaient fait aucune consultation contre 95,1% qui avait réalisés les connotations pré natales avec une prédominance pour une réalisation de 2 à 3 fois. La majorité des CPN avaient été réalisés par des sages-femmes, avec un taux de 37,3%

Lors d'une étude réalisée au CSREF de la commune II par Mohammed Doura [40], la majorité des CPN étaient effectuée par des sages-femmes dans 72% des cas. Dans le système sanitaire du Mali, la CPN est confiée à une équipe de santé dirigée par une sage-femme, les autres intervenants étant les infirmières obstétriciennes et les matrones. [41]

Près de 68,6% des patientes avaient réalisé partiellement les bilans prénataux

L'anémie est classée comme la troisième cause de décès maternel dans les pays en voie de développement après les hémorragies et les infections [42]

La chimio-prophylaxie à base de : Anti Anémique + Anti Paludique + Antitétanique a été utilisés dans 90,2% des cas. Mohamed Dourra [40] rapportait que la totalité de son effectif avait bénéficié de la prescription de FAF et le VAT a été administré chez 96,1% des gestantes. C'est dire à quel point la chimio-prophylaxie joue un rôle capital dans la prévention de la survenue des complications au cours de la grossesse.

Le paludisme était le facteur de risque le plus représenté avec un taux de 88,2% cette observation pourrait s'expliquer par le fait que la Mali est une zone endémique du paludisme.

5- Devenir de la grossesse

Concernant le mode d'accouchement, la voie basse était le mode d'accouchement le plus retrouvé dans 68,6% suivi de la césarienne dans 24% des cas. Ce résultat est similaire à celui de Mariam Traoré [34] qui a obtenu une voie basse dans 88,1% des cas et la césarienne dans 9,5% des cas. Ce taux faible de césarienne peut s'expliquer par la fréquence élevée des parturientes ayant des bassins normaux.

Dans notre étude, l'issue de la grossesse était un accouchement à terme dans 54,9% des cas, près de 45,1% des grossesses se déroulaient au CSREF dans 45,1% des cas. Dans 78,4% des cas, la délivrance était artificielle.

6- Pronostic maternel :

➤ Les complications obstétricales

Nos résultats ont montré que les complications obstétricales ont été dominées par l'anémie du Post-partum sévère dans 9,8% des cas suivie de l'IRA et de l'hémorragie du post-partum sur anémie du post-partum sévère dans 3,9% des cas respectivement. L'étude de SANOGO S. a rapporté : l'HTA et ses conséquences qui ont représenté 46,8% suivies de l'hémorragie 20,7% et la procidence du cordon 14,3% [43]. La différence entre les taux d'hémorragie de la délivrance pourrait s'expliquer aisément par le fait que ses parturientes multipares étaient supérieures aux nôtres. Ces complications peuvent être prévenus et/ou prise en charge au cours des CPN et après l'accouchement.

➤ Traitement reçu

Au cours de notre étude, la majorité des parturientes avaient reçu un Utéro-tonique dans 66,7% des cas, contre 19,6% ayant reçu un utéro-tonique et antibiotiques.

➤ Pronostic vital de mère

Le non suivi des grossesses est un facteur de risque important pouvant exposer la femme à de nombreuses complications. Cependant nous n'avons pas enregistré de cas de décès maternel.

7- Pronostic fœtal

➤ Score d'Apgar

Près de 49.0% des patientes ont leur Apgar à la première minute puis à la cinquième minute comprise entre 9/10 et 10/10. Les morts nés ont représenté 3,9% des nouveaux nés.

➤ **Morbidité fœtale**

La morbidité fœtale a été dominée par un avortement tardif à travers l'expulsion de produit de conception avec 5,9% des cas, suivi de l'avortement spontané et la prématurité dans 3,9 et 2,9% des cas respectivement. Selon EDSM III [2] la majorité des grossesses non suivies aboutissent à un taux élevé de prématurité avec un mauvais score d'Apgar.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous notons que la grossesse tel que nous la connaissons est susceptible de courir des risques de complications aussi bien pour la mère que pour le fœtus. Ces complications maternelles étaient surtout l'anémie et l'hypertension artérielle sévère. Le devenir de ces grossesses était dominé par l'avortement tardif, la prématurité et hypotrophie. Cela est surtout due au non suivi efficace des CPN et la négligence des facteurs de risques potentiels. Chaque grossesse diagnostiqué à risque doit être donc immédiatement confié à un gynécologue pour un bon suivi ; ce qui permettra de réduire le taux de morbidité et de mortalité materno-fœtale qui reste encore un problème de santé publique au Mali.

VIII- RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, quelques recommandations nous paraissent nécessaires dans le cadre de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle après césarienne. Celles-ci à l'adressent :

A l'administration du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako :

- ✓ La formation et suivi des personnels sur la prévention et le control des infections aussi bien de la mère que de lenfant.
- ✓ Mettre dans le kit de césarienne, tout le matériel nécessaire à une bonne intervention chirurgicale et à une bonne PEC post-opératoire .

Aux personnels socio-sanitaires :

- ✓ Référer à temps toutes les grossesses à risque et systématiquement tous les nouveau-nés à la pédiatrie (au service de néonatalogie), à temps, que ceux-ci soit issus des grossesses préalablement diagnostiquées à risque ou non.
- ✓ Améliorer ou renforcer la prévention et contrôle des infections au cours du travail, au bloc opératoire et en hospitalisation.
- ✓ Faire les CPN effectifs qui répondre le but de prévenir les complications materno-fœtales.
- ✓ Informer les gestantes sur les signes d'alertes au cours de la grossesse et dans les suites de couche ;
- ✓ Informer les gestantes sur les facteurs de risque maternelle des complications de césarienne ;
- ✓ Planifier les grossesses et faire correctement la consultation prénatale.

Aux agents de santé communautaire :

- ✓ Sensibiliser sur l'importance du suivi de grossesse dans un centre de santé afin qu'ils puissent répercuter cette sensibilisation dans leur milieu de vie et lieu de service ;

Aux lidrs religieux :

- ✓ Sensibiliser sur l'éducation des jeunes filles et le non rejet des filles-mères

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX- REFERENCES

1. Mali Enquête Démographique et de Santé (EDSM-III) 2001 (FR134) disponible sur <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR134/FR134-ML01.pdf>
2. MATHAI, Matthews. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: guide destiné à la sage-femme et au médecin. World Health Organization, 2004.
3. Bondeau A S G, Descamps P. Grossesses à risque, orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, Recommandations de bonne pratique, HAS, décembre 2009. Mis à jour le 28 novembre 2017.
4. Mame S K. Impact de la consultation des grossesses à risque sur les modalités d'accouchement et les résultats néonataux (exemple du DDT et du diabète et grossesse). Thèse de Med Rabat 2013 ; N° 173 ; 5-31p.
5. OMS, (1985), La mesure de la mortalité maternelle. Rapport du secrétariat. Réunion interrégionale sur la prévention de la mortalité maternelle, Genève, 14p.
6. Direction Nationale de la Santé (1990), Normes et procédures pour la surveillance prénatale, vol 2.
7. Edsm v Mali. (2012-2013). Disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr286/fr286.pdf>
8. Yatabary T A. La santé des femmes en Afrique : enjeu majeur des nouveaux ODD. Med Santé Trop 2017 ; vol.27 ; N° 2 ;119-121p
9. Biakabuswa M. Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Mémoire de Mster2 en Santé publique et environnement Spécialité : Intervention en promotion de la santé : Septembre 2016, 56p.

10. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF). Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ; 160p.
11. Bennani D. « SUIVI DE GROSSESSE, » Newdev Maroc, 2007. [En ligne]. Available : <http://drilhambennani.com>.
12. GANDZIEN P.C. Les grossesses non suivies : Pronostic obstétrical et néonatal Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54 (3) : 166-168.
13. PC Chraïbi, « Santé : La grossesse doit être surveillée, » Aujourd'hui le Maroc, 16 - 01 - 2004.
14. Précis d'obstétrique, R.Merger, J.Levy, J.Melchior. Soins en obstétrique 6ème édition Masson.135p
15. M. Flory, « Suivez-vous les grossesses ? » LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE., vol. TOME 20, n°1 N ° 740/741, 12 SEPTEMBRE 2006.
16. Mouyeaux V. Parturientes à « bas risque » : quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? Disponible sur le site : <http://www.scd.uhpncancy.fr/docnum/SCDMED MESF 2009 MOUYEAU X VIRGINIE.pdf>.
17. Lansac J, Gerger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. Paris : SIMEP SA, 2ème édition, 1990 : 8.
18. Fenomanana MS, Randriambololona DMA, Randaoharison PG ET AL : La mort fœtale in utero au service de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana en 2009.
19. Surveillance de la grossesse et du post partum, Manuela l'usage des professionnels de santé : Royaume du Maroc, 2011.
20. Guide de consultation prénatale, Belgique,2000.
21. Unicef, la situation des enfants dans le monde 2009,2018 : la santé maternelle et néonatale

22. S. Brandin., Consultation prénatale du premier trimestre : Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal.
23. HAS, Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005.
24. CNGOF, Prévention des risques fœtaux – Alcool et grossesse, Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011.
25. S. Fleury, « Listériose et grossesse, » Au Féminin Maroc, 2017.
26. Gras L, « Duration of the IgM response in women acquiring Toxoplasma gondii during pregnancy: implications for clinical practice and cross-sectional incidence studies, » Epidemiol Infect, n° 1541-8, p. 132, 2004.
27. P. Dieusaert, Guide pratique des analyses médicales, Editions Maloine, avril 2015.
28. J HepatoI, Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection : Significance of maternal viral load and strategies for intervention, 2013 Jul.
29. P. Sogni, Viral hepatitis and pregnancy, Paris : Hôpital Cochin, Service d'hépatologie, Université Paris Descartes, 2013.
30. Québec, Diabète et grossesse, juillet 2018.
31. Feig D, Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Diabetes and Pregnancy, Can J Diabetes 2018, S255-S282.
32. L.Mandelbrot, Surveillance de la grossesse normale, Service de gynécologieobstétrique, AP-HP, hôpital Louis Mourier, Colombes et Université Paris VII, Paris, France, 2006.
33. GEDD-SARL. Monographie commune III - Rapport final - Octobre 2007.
34. TRAORÉ, Mariam. Etude des grossesses non suivies au centre de santé de référence de Kalaban-Koro. 2019. Thèse de doctorat. USTTB.
35. MALEYA, Amani, KAKUDJI, Yves Kalume, MWAZAZ, Roger Munan, et al. Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à

- Lubumbashi, République Démocratique du Congo. The Pan African Medical Journal, 2019, vol. 33.
36. Sy I. pronostic maternel et périnatal des grossesses non suivies au CSRéf commune V (Bamako) Thèse de Médecine, 2012- M- 97.
 37. Niaré A. Evacuations obstétricales au CS Réf de la Commune II. Thèse de Médecine(Bamako) FMPOS, 2009.
 38. . Dembélé .B.D. Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2013.
 39. Camara B. Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au CSRéf Commune II du district de Bamako. Thèse de Médecine 2009-M -15.
 40. DOURRA, Mohamed. Influence de la qualité des consultations prénatales sur l'issue de la grossesse dans le CSREF de la commune II du district de Bamako. 2014.
 41. Fomba, D. D. Relation entre consultation prénatale, devenir de grossesse et l'accouchement: étude portant sur 1296 cas. Diss. Thèse de doctorat en médecine]. Bamako: Université de Bamako Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie, 2009.
 42. 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
 43. Sanogo S. Pronostic materno-foetal des grossesses non suivies au CSRéf de la Commune VI. Thèse de médecine(Bamako) FMPOS, 2009.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

(ENTOURER LA BONNE REPONSE ET COMPLETER LES POINTILLER)

NATURE DU

RISQUE:/.....
.....
...../

I. IDENTITE DE LA PATIENTE

Nom : Prénom :
..... Age : Ethnie :
..... Numéro de téléphone : Quartier :
..... Date : Heure d'entrée :
N. du Dossier :

II. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. PROFESSION

/..... /

2. NIVEAU D'INSTRUCTION

- a. Non scolarisée
- b. Niveau primaire
- c. Niveau secondaire
- d. Niveau supérieur

3. STATUT MATRIMONIAL CONJOINT

/...../

- a. Célibataire
- b. Mariée (nbre de coépouse :.....)
- c. Divorcée
- d. Veuve

4. MODE DE VIE (Addiction ?)

- a. Oui (lesquelles ?)

/...../

- b. non

III. RENSEIGNEMENT SUR L'ADMISSION

1. MODE D'ADMISSIONMOTIF :
 - a. Venue d'elle-même
 - b. Amenée par les parents
 - c. Référence
 - d. Evacuation
2. PROVENANCE
 - a. Domicile
 - b. Structure privée
 - c. Cskom
 - d. Csref
 - e. Hôpital
 - f. Ailleurs : Précisez
/...../
3. MOYEN DE TRANSPORT
 - a. Véhicule personnel (préciser : vélo ? moto ? voiture ?)
 - b. Transport commun
 - c. Ambulance
 - d. A pied
4. DELAI DE TRANSFERT
 - a. <15mn
 - b. 15-30mn
 - c. 30mn-1h
 - d. 1h-2h
 - e. Au-delà de 2h
5. ASPECT CLINIQUE (à l'admission)
/...../
...../
...../

IV. ANTECEDENTS

1. ANTECEDENTS MEDICAUX (entourez à gauche la lettre correspondante) /
FAMILIAUX (précisez la lettre correspondante à droite)
 - a. HTA
 - b. Diabète
 - c. Cardiopathie
 - d. Néphropathie
 - e. Insuffisance veineuse
 - f. Asthme
 - g. Anémie
 - h. Drépanocytose
 - i. Hépatite
 - j. Séropositive au VIH
 - k. Tuberculose
 - l. Autres (préciser) : /...../
2. ANTECEDENTS CHIRURGICAUX
 - a. Césarienne
 - b. Myomectomie
 - c. Salpingectomie

- d. Appendicectomie
 - e. GEU
 - f. Plastic tubaire
 - g. Péritonite
 - h. Autres (préciser) : /..... /
3. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX
- a. Gestité
 - Primigeste
 - Pauci geste
 - Multi geste
 - Grande multigeste
 - b. Parité
 - Primipare
 - Pauci pare
 - Multipare
 - Grande multipare
 - c. Enfant(s) vivant(s)
 - /..... /
 - d. Enfant(s) décédé(s)
 - /..... /
 - e. Avortement(s) : Nombre /..... /
 - Oui (si oui, préciser : 1= provoquer ; 2= spontané)
 - Non
 - f. Curetage
 - Oui (si oui, préciser si : 1= curage digital ou 2= instrumentale)
 - Non
 - g. Accouchement prématuré
 - Oui (Nombre : /..... /)
 - Non
 - h. Mort-nés
 - Oui (Nombre : /..... /)
 - Non
 - i. ATCD d'hémorragie du post-partum
 - Oui
 - Non
 - j. Intervalle inter-génésique
 - <12mois
 - 12mois
 - 12mois-24mois
 - Plus de 24 mois
4. ANTECEDENT GYNECOLOGIQUE
- a. Contraception
 - Oui
 - Non
 - b. Pathologie(s) de l'utérus

.....
...../

6. PROPHYLAXIES A JOUR

- A=Anti anémique
- B=Anti paludique
- C=Anti tétanique

7. FACTEURS DE RISQUES PRENATALS / PATHOLOGIES AU COURS DE LA GROSSESSE

- Paludisme : a=Oui ; b=Non
- Asthme : a=Oui ; b=Non
- VIH : a=Oui ; b=Non
- Placenta prævia : a=Oui ; b=Non
- Hydramnios : a=Oui ; b=Non
- Oligo-amnios : a=Oui ; b=Non
- HTA : a=Oui ; b=Non
- Diabète : a=Oui ; b=Non
- ATCD de césarienne : a=Oui ; b=Non
- ATCD de MFIU : a=Oui ; b=Non
- Boiteries : a=Oui ; b=Non
- ATCD de Travail dystocique : a=Oui ; b=Non
- Grossesses multiple : a=Oui ; b=Non
- Anémie : a=Oui ; b=Non
- Cardiopathie : a=Oui ; b=Non
- Autres (préciser si Oui) :

/.....
.....
...../

CAT du CSRef CIII Face aux Risques

PRENATAUX : /.....
.....
.....
...../

VI. LE DEVENIR DE LA GROSSESSE

1. AVORTEMENT

- Oui (a : spontané b : provoqué)
- Non

2. ACCOUCHEMENT DATE ET HEURE :

/...../

- Oui (a : prématuré b : a terme c : G.Prolongée d : dépassement de terme)
- Non

3. MODE D'ACCOUCHEMENT

- Voie basse (a=Simple ; b=Extraction instrumentale : Forceps ? Ventouse ? c=Episiotomie)

- Césarienne
- Laparotomie
- MEDICAMENTS UTILISES AU COUR DE LA GROSSESSE OU DU TRAVAIL : Antispasmodiques (a=Oui : préciser la nature : /..... / ; b=Non) ;
B-mimétiques (a=Oui : préciser la nature : /..... /b=Non) ;
Utero-tonique (a=Oui : préciser la nature : / /b=Non).
- DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT : Paramètres pendant le travail
a=Nombre de CU /...../ par 10min
b=Col (phase de latence : /...../ Cm de dilatation chaque 2h ; phase active : /...../ Cm de dilatation chaque 1h)
- Qualification de l'accoucheur (a=Gynécologue ; b=Médecin généraliste ; c=Sage-femme ; d=Matrone ; e=Autre ? préciser : /..... /)
- RENSEIGNEMENTS FŒTO-MATERNEL LE JOUR DE L'ACCOUCHEMENT : a= Hauteur utérine (cm) : ; b=Bruit du cœur fœtal : Oui ? (si Oui, préciser :batt/min) ; c=Rupture de la poche des eaux : Préciser si <12h ? Plus de 12h ? d=Mouvement actif fœtal : Préciser si Oui ? ou Non ? e=Etat général de la patiente : /..... / ; f=Conjonctives : /..... / ; g=Présentation : /..... / ; h=fièvre au cours du travail : Préciser si Oui ? ou Non ? i=Traitement antiagrégant plaquettaire : Oui ? (si Oui, préciser : /..... /) ou Non ?
- LIEU DE L'ACCOUCHEMENT : a=Domicile ; b=Cscom ; c=Csref ; d=Structure privée ; e=Hôpital ; f=Autre(s) ? (si oui, préciser : /...../)
- PRONOSTIC
 - NAISSANCE PREMATUREE
 - ✚ Oui (si Oui, préciser si a=Vivant ; b=Mort-né : Masséré ? Oui ou Non)
 - ✚ Non
 - NAISSANCE D'UN NOUVEAU-NE A TERME
 - ✚ Mort-né (Macéré ? Oui ou Non)
 - ✚ Vivant
- DELIVRANCE
 - DATE ET HEURE:/...../
 - Délivrance naturelle
 - Délivrance artificielle
 - Délivrance active
 - Poids du placenta / /g
 - Rétention placentaire : a=Oui (si Oui, préciser si : placenta entier ? placenta partiel ? débris placentaire ?) ; b=Non

- Anomalie d'insertion placentaire : a=Oui (si Oui, préciser si : placenta prævia ? placenta accreta ? autre ? si autre, préciser :)
- Hémorragie de la délivrance / /ml
- Utérus après la délivrance : a=inertie ; b=globe de sécurité
- Révision utérine : a=Oui (si Oui, préciser : digital ? ou instrumental ?) ; b=Non
- Déchirure du périnée : a=Oui (si Oui, préciser : incomplète ? complète ? compliqué ?) ; b=Non
- Déchirure vulvaire : a=Oui (si Oui, préciser : antérieur ? ou latéral étendu ?) ; b=Non
- Déchirure vaginale : a=Oui (si Oui, préciser : basse périnéo-vaginal ? haute ? partie moyenne ?)
- Déchirure du col : a=Oui ; b=Non
- Thrombus vulvaire : a=Oui ; b=Non

VII. SANTE MATERNELLE APRES L'ACCOUCHEMENT

1. COMPLICATION

- Oui ? (si Oui, préciser : a=Hémorragie du post-partum ; b=Anémie du post-partum ; c=Thrombophlébite ; d=Embolie pulmonaire ; e=Septicémie : si oui, préciser la cause /..... / ; f=Néphropathie fonctionnelle ; g=Coma : si oui, préciser le Glasgow ; h=Autre(s) ? si oui, préciser : /..... //
- PEC de la complication : a=Oui b=Non
- Non

2. ETAT DE LA MERE A LA SORTIE

- Décédé : Oui ? (si Oui, préciser la cause du décès : /..... /) ; Non ?
- Bien portante

VIII. LE(S) NOUVEAU(X) NE(S)

1. Nombre / /

Au-delà de deux nouveaux nés, préciser pour chacun les renseignements suivants :

2. Sexe : a=Masculin ; b=Féminin ; c=Hermaphrodite ; d=Né sans sexe
3. Apgar à la première minute :/10 ; Apgar à la cinquième minute :/10
4. Poids : / / g (si jumeaux, P1 / / ; P2 / /)
5. Taille : / / cm (si jumeaux, T1 / / ; T2 / /)
6. Périmètre crânien : / / cm
7. Périmètre thoracique : / / cm
8. Réanimé(s) : a=Oui ; b=Non

9. Malformation fœtale : a=Oui (si Oui, préciser :
.....) ; b=Non
10. ETAT DU NOUVEAUNE A LA SORTIE : Vivant : a=Oui ; b=Non
Décès : a=Oui (si Oui, préciser la période du décès : J0-J3 ? ou J4-J7 ? ou plus de
7 ? Puis, la cause du décès : /
..... /

IX. TRAITEMENT

1. MEDICAL : a=Oui (si Oui, préciser :
/.....
...../) ; b=Non
2. TRANSFUSION : a=Oui (si Oui, préciser le nombre de poche de sang :
/..... /) ; b=Non
3. MACROMOLECULES : a=Oui ; b=Non
4. CRISTALLOIDES : a=Oui ; b=Non
5. OCYTOCINE : a=Oui ; b=Non
6. ANTIBIOTIQUES : a=Oui ; b=Non
7. SUPPLEMENTATION EN FER : a=Oui ; b=Non
8. MASSAGE UTERIN : a=Oui ; b=Non
9. DELIVRANCE ARTIFICIELLE : a=Oui ; b=Non
10. REVISION UTERINE : a=Oui ; b=Non
11. CURAGE DIGITALE : a=Oui ; b=Non
12. CHIRURGICALE : a=Oui (si Oui, préciser : Suture de la brèche ? Hystérectomie
d'hémostase ? Ligature artérielle ? Embolisation partielle ? Autres ? si autres,
préciser :
/.....
..... /) ; b=Non
13. PRONOSTIC MATERNEL : a=Bon état ; b=Transfert ; c=Décédée
14. TRANSFERT : a=Oui (si Oui, préciser le lieu et le service ou la patiente a été
transférée : / /

X. SUIVI POST-NATAL

1. FAIT ? (si oui, préciser si particularité :
/.....
...../
2. NON FAIT ?

SERMENT DE MEDECIN

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le jure !

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KACOU

Prénom : Marie Ariane Cécilia

Pays d'origine : Cote d'Ivoire

Numéro de téléphone : +223 82 68 76 03

E-mail : kakouariane8@gmail.com

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'Université KANKOU MOUSSA

Année académique : 2022-2023

Titre de la thèse : Issues ou devenir des grossesses a risque dans un CSREF ;
cas du CSREF de la commune III de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Maternité, Pédiatrie.

Résumé :

Notre étude était descriptive et longitudinale à recrutement prospectif sur une période de douze mois (allant du 1er Aout 2021 au 31 Aout 2022) chez les femmes ayant des grossesses à risque reçues dans le CSRef CIII.

Le traitement et l'analyse des données statistiques ont été effectués grâce au logiciel SPSS version 22.0.

Durant notre étude, l'âge moyen des patientes étaient $27,43 \pm 6,22$ ans ; les ménagères avaient représenté 39,2% des professions de notre étude.

Dans 80,4% des cas, les patientes étaient venues d'elle-même et L'HTA était l'antécédent médical le plus retrouvé, soit dans 78,4% des cas. Les primigestes nullipares ont représenté 17,6% des cas. Pour 78,4% de nos patientes, l'âge de la grossesse se situait au 3^e trimestre

La majorité des CPN avait été réalisée par des sages-femmes, soit un taux de 37,3%. La chimioprophylaxie à base de : Anti Anémique + Anti Paludique + Antitétanique a été utilisée dans 90,2% des cas ; et dans 54,9% des cas, la grossesse était à terme, avec pour la plus-part, un accouchement par voie basse. Près de 76,5% des patientes n'ont pas de complication

Mots clés : Grossesse ; Risque ; Accouchement.

