

Prise en charge et pronostic du mauvais suivi prénatal à la maternité du CHU Ignace Deen, Guinée

Management and prognosis of poor prenatal monitoring at the maternity unit of the Ignace Deen teaching hospital-, in Guinea

Bah IK^{1,2}, Diallo MC^{1,2}, Bah EM¹, Baldé AI^{1,2}, Barry AY^{1,2}, Diallo IG^{1,2}, Sy T^{1,2}

¹Faculté des sciences et techniques de la santé UGANC

²Maternité du CHU Ignace Deen

Correspondances : Dr Ibrahima Koussy BAH, Maître Assistant FSTS UGANC, Courriel : ibrahima.koussy@gmail.com, tel : +224621397777.

Reçu le 16 mars 2025 - Accepté le 21 mai 2025 - Publié le 2 juillet 2025

RESUME

Introduction : Les grossesses non suivies présentent une morbi-mortalité maternelle et fœtale importante. L'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic materno-fœtal des grossesses non suivies.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée du 1^{er} avril au 30 septembre 2023 à la maternité du CHU Ignace Deen. Deux groupes ont été constitués : patientes non suivies (< 4 CPN) et patientes bien suivies (≥ 4 CPN). Le pronostic materno-fœtal a été étudié. L'analyse a été effectuée avec SPSS 21.0.

Résultats : La fréquence du mauvais suivi prénatal était de 16,3 %. L'âge moyen 26 ± 6,01 ans (12–46 ans). La tranche 20–24 ans (29,1 % vs 31,4 %) professions libérales 20 % vs 19,9 % (p = 0,05) et non scolarisées 26,5 % vs 15,8 % (p = 0,00) plus concernés. La césarienne a été pratiquée dans 32 % vs 23,1 % (p = 0,05). Le mauvais suivi était associé à la pré-éclampsie sévère (OR = 1,71 ; p = 0,00), l'éclampsie (OR = 1,82 ; p = 0,00), l'hématome rétro-placentaire (OR = 1,93 ; p = 0,00) et l'anémie (OR = 1,76 ; p = 0,00). Le risque de décès maternel était deux fois plus élevé (0,1 % vs 0,0 %). Le risque de faible poids de naissance (12,8 % vs 3,1 % ; OR = 1,81 ; p = 0,02) et de mort-né (8 % vs 1,2 % ; OR = 1,88 ; p = 0,001) étaient significatifs.

Conclusion : Le non suivi prénatal est associé à une morbidité et mortalité maternelle et périnatale dans notre service.

Mots-clés : prise en charge, pronostic, mauvais suivi prénatal, CHU Ignace Deen

SUMMARY

Introduction: Unmonitored pregnancies present significant maternal and fetal morbidity and mortality. The objective of this study was to assess the maternal-fetal prognosis of unmonitored pregnancies.

Methodology: This was a case-control study conducted from April 1 to September 30, 2023, at the maternity ward of Ignace Deen University Hospital. Women who had given birth and agreed to participate were included. Two groups were formed: unmonitored patients (< 4 ANC) and well-monitored patients (≥ 4 ANC). Maternal-fetal prognosis was studied. Analysis was performed using SPSS 21.0.

Results: The frequency of poor prenatal follow-up was 16.3%. The mean age was 26 ± 6.01 years (12–46 years). The dominant age group was 20–24 years (29.1% vs 31.4%). The liberal professions 20% vs 19.9% (p = 0.05) and educated women 26.5% vs 15.8% (p = 0.00). Caesarean section was performed in 32% vs 23.1% (p = 0.05). Poor follow-up was associated with severe preeclampsia (OR = 1.71; p = 0.00), eclampsia (OR = 1.82; p = 0.00), retroplacental hematoma (OR = 1.93; p = 0.00), and anemia (OR = 1.76; p = 0.00). The risk of maternal death was twice as high (0.1% vs. 0.0%). The risk of low birth weight (12.8% vs. 3.1%; OR = 1.81; p = 0.02) and stillbirth (8% vs. 1.2%; OR = 1.88; p = 0.001) was significantly higher.

Conclusion: Lack of prenatal follow-up is associated with high maternal and perinatal morbidity and mortality in our department.

Keywords: care, prognosis, poor prenatal monitoring, Ignace Deen University Hospital.

INTRODUCTION

L'amélioration des résultats maternels et néonataux est une priorité mondiale, et des soins prénatals (SPN) de haute qualité constituent un aspect clé de cette quête..

Il est largement reconnu que des soins prénatals (SPN) de haute qualité sont un élément crucial des soins de santé maternelle. Ils contribuent de manière significative à réduire la mortalité et la morbidité périnatales et maternelles en identifiant les grossesses à haut risque et en intervenant précocement dans les cas de complications.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la couverture prénatale est estimée à 98% chez les femmes enceintes dans les pays développés et moins de 70% dans la plupart des pays d'Afrique, en Inde et dans les pays asiatiques arabes [2].

Après qu'un examen des politiques fondé sur des preuves en 2015 a montré un risque accru de décès périnatal avec les CPN par rapport aux modèles à huit visites, l'OMS a mis à jour son nombre minimum recommandé de visites de CPN de quatre à huit.

La vision de l'OMS pour les femmes enceintes et les nouveau-nés est centrée sur la fourniture d'interventions vitales établies par le biais de soins de qualité et rapides afin de réduire efficacement les principales causes de mortalité et de morbidité dans le monde. La disponibilité des soins prénatals (CPN) et la participation ultérieure des femmes enceintes aux CPN ont une influence sur l'issue de la grossesse. Les CPN améliorent la survie de la mère et du nouveau-né, elles réduisent le risque d'accouchement prématuré et de mortalité périnatale (MP) grâce à une évaluation et un suivi individuels des risques.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2018 en Guinée le pourcentage des femmes ayant effectué quatre consultations prénatales a connu une baisse ; passant de 57 % en 2012 à 35 % en 2018 et le taux de mortalité maternelle se situait à 550 pour 100 000 naissances vivantes en 2018 .

En Guinée il y a une faible utilisation des services de soins prénatals adéquates et l'absence d'étude antérieure par rapport à ce sujet.

Ainsi plusieurs gestantes manquent l'opportunité de dépister les facteurs de risque et de déceler les complications éventuelles durant leurs grossesses.

Nous nous sommes fixé comme objectifs de ce travail de comparer les pronostics maternels et fœtaux des grossesses non suivie à celles bien suivie.

METHODOLOGIE : Il s'agissait d'une étude prospective et analytique type cas témoins de 6 mois allant du 1^{er} Avril au 30 Septembre 2023, réalisée à la maternité du CHU de Conakry). Elle portait sur les pronostics maternels et fœtaux des grossesses non suivie. Etaient inclus toutes les patientes ayant accouché dans ledit hôpital et qui ont accepté de participer à l'étude.

Ont été inclus les patientes ayant accouché durant la période d'étude

Ces patientes étaient réparties en deux groupes :

Groupe 1 : regroupait les patientes non suivie (moins de 4 CPN) ;

Groupe 2 : était constitué des patientes ayant bénéficié d'un bon suivie prénatale (4 CPN ou plus) présentant les mêmes caractéristiques que celles non suivie.

Les variables d'études étaient : l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, la parité, le terme de la grossesse, les complications du post partum, le statut matrimonial, le mode d'accouchement, ainsi que le pronostic maternel et fœtal.

Nous avons fait un recrutement exhaustif des femmes qui ont fait un mauvais suivi prénatal et ensuite nous avons recruté systématiquement celles qui ont fait un bon suivi qui venaient juste après. Nous les avons observés ensemble pendant l'accouchement jusqu'à la suite des couches.

Le logiciel SPSS dans sa version 21.0 a été utilisé pour le traitement, la visualisation et l'analyse des données d'enquête ; et les logiciels du Pack Office 2016 (Word, Excel) pour la saisie, la conception des tableaux et figures. Pour l'analyse des variables, nous avons utilisé le test Khi-Carré de Pearson avec un seuil de significativité avec P value < 0,05.

RESULTATS

1. La fréquence : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 2637 accouchements parmi lesquels 430 ayant un mauvais suivie prénatal, soit une fréquence de 16,3%.

Tableau I : Relation entre le suivi prénatal et les variables sociodémographiques

Variables	Suivi Prénatal		P.value
	Non Suivi	Bon Suivi	
Age maternel			0,042
<15ans	0 (0, 0%)	2 (0, 5%)	
15-19ans	66 (15, 3%)	60 (14, 0%)	
20-24ans	125 (29, 1%)	135(31,4%)	
25-29ans	118 (27, 4%)	102(23,7%)	
30-34ans	66 (15, 3%)	93 (21,6%)	
≥35ans	55 (12, 8%)	38 (8,8%)	
Profession			0,05
Elève/Etudiante	87 (10,1)	104 (12,1)	
Ménagère	113 (13,1)	83 (9,7)	
Salariée	58 (6,7)	72 (8,4)	
Libérale	172 (20,0)	171 (19,9)	
Statut matrimonial			0,03
Célibataire	11 (1,3)	3 (0,3)	
Mariée	419 (48,7)	427 (49,7)	
Résidence			0,12
Hors Conakry	14 (1,6)	7 (0,8)	
Conakry	416 (48,4)	423 (49,2)	
Niveau d'instruction			0
Non scolarisé	228 (26,5)	136 (15,8)	
Primaire	26 (3,0)	16 (1,9)	
Sécondaire	84 (9,8)	171 (19,9)	
Supérieur	92 (10,7)	107 (12,4)	
Age gestationnel			0
Prématuré	86 (10,0)	12 (1,4)	
Terme	334 (38,8)	414 (48,1)	
Post-terme	10 (1,2)	4 (0,5)	
Mode d'accouchement			0
Voie basse	155 (18,0)	231 (26,9)	
Voie Haute	275 (32,0)	199 (23,1)	

2. Caractéristiques socio démographiques

La tranche d'âge de 20 à 24 ans était la plus concernée dans le deux groupes (29,1%) non suivi versus (31,4%) bon suivi avec une moyenne de 26 ans ± 6,01, des extrêmes de 12 et 44 ans.

La profession libérale était la plus représentée dans le groupe des grossesses non suivie 20% versus pour les bons suivie 19,9%.

Les mariées étaient les plus représentées dans les deux groupes 48,7% versus 49,7%.

Les femmes ayant des grossesses non suivie 48,4% vivaient à Conakry contre 49,2% pour le bon suivi.

La majorité des gestantes non suivie étaient non scolarisées 26,5 % versus 15,8 % bon suivi.

38,8 % des gestantes non suivie avaient des grossesses à terme versus 48,1% des gestantes bien suivie.

Dans le groupe des femmes ayant des grossesses non suivie 32% avaient accouchées par voie haute

contre 23,1% dans le groupe des femmes ayant des grossesses avec un bien suivie.

Tableau II : Relation entre le suivi prénatal et le pronostic maternel

Pronostic maternel	Suivi Prénatal		P. Value	OR	I.C
	Non Suivi	Bien Suivi			
Rupture utérine					
Oui	6 (0,7)	1 (0,1)	0,058	1,72	[1,26-2,35]
Non	424 (49,3)	429 (49,9)			
Eclampsie					
Oui	23 (2,7)	3 (0,3)	0	1,82	[1,55-2,11]
Non	407 (47,3)	427 (49,7)			
HRP					
Oui	38 (4,4)	3 (0,3)	0	1,93	[1,73-2,16]
Non	392 (45,6)	427 (49,7)			
Pré-éclampsie Sévère					
Oui	52 (6,0)	12 (1,4)	0	1,71	[1,48-1,96]
Non	378 (44,0)	418 (48,6)			
RPM					
Oui	46 (5,3)	15 (1,7)	0	1,56	[1,33-1,84]
Non	384 (44,7)	415 (48,3)			
Anémie					
Oui	7 (0,8)	1 (0,1)	0,033	1,76	[1,34-2,30]
Non	423 (49,2)	429 (49,9)			
Issue maternelle					
Décédée	1 (0,1)	0 (0,0)	0,317	2	[1,87-2,14]
Vivante	429 (49,9)	430 (50,0)			

3. Pronostic maternel

Les grossesses non suivie avaient 1,72 fois plus de risque faire une rupture utérine soit 0,70 % versus 0,10 % bien suivi. P=0,05 IC [1,26-2,35].

Les patientes avaient 1,82 fois plus de risque de faire une éclampsie soit 2,70 % versus 0, 3 %. P=0,00 IC [1,55-2,11].

Il y avait 1,93 fois plus de risque de faire un hématome retro placentaire soit 4,4 % non suivi versus 0, 3 % bon suivi. P=0,00 IC [1,73-2,16].

Les grossesses non suivie avaient 1,72 fois plus de risque de faire une pré éclampsie sévère que les bon suivie 6 % versus 1,4% P=0,00 ; IC [1,48-1,96].

Il y avait 1,56 fois plus de risque faire une rupture prématuré des membranes soit 5,3 % non suivi versus 1,7 % bon suivi. P=0,00 IC [1,33-1,84].

Dans le groupe des femmes ayant des grossesses non suivie il y avait 1,76 fois plus de risque d'avoir une anémie soit 0,80 % non suivi versus 0,10 % bon suivi. P=0,03 IC [1,34-2,30].

Il n'y avait pas de liens entre le non suivi et le décès maternel soit 0,1% non suivi versus 0,0 bon suivi OR=2 IC [1,87-2,14] P=0,31.

Tableau III : Relation entre le suivi prénatal et le pronostic néonatal.

Pronostic neonatal	Suivi prénatal		P.value	OR	I.C
	Non suivi	Bon suivi			
Faible poids de naissance					
Oui	110 (12,8)	27 (3,1)	0	1,81	[1,61-2,03]
Non	320 (37,2)	403 (46,9)			
Malformations congénitales					
Oui	1 (0,1)	0 (0,0)	0,003	2	[1,87-2,14]
Non	429 (49,9)	430 (50,0)			
Mort foetale per -partum					
Oui	2 (0,2)	1 (0,1)	0,563	1,33	[0,59-2,97]
Non	428 (49,8)	429 (49,9)			
Prématurité					
Oui	93 (10,8)	17 (2,0)	0	1,88	[1,68-2,10]
Non	337 (39,2)	413 (48,0)			
Post-terme					
Oui	10 (1,2)	4 (0,5)	0,010	1,43	[1,02-2,01]
Non	420 (48,8)	426 (49,5)			
SFA					
Oui	45 (5,2)	9 (1,0)	0	1,74	[1,51-2,00]
Non	385 (44,8)	421 (49,0)			
APGAR 1ère minute					
<7	122 (14,2)	20 (2,3)	0	2	[1,79-2,23]
=7	308 (35,8)	410 (47,7)			
APGAR 5ème minute					
<10	70 (8,1)	8 (0,9)	0	1,94	[1,75-2,16]
10	360 (41,9)	422 (49,1)			
Réanimé					
Oui	102 (11,9)	35 (4,1)	0	1,64	[1,44-1,86]
Non	328 (38,1)	395 (45,8)			
Transfere					
Oui	18 (2,1)	4 (0,5)	0,002	1,66	[1,35-2,05]
Non	412 (47,9)	426 (49,5)			
Issue foetale					
Mort-Né	69 (8,0)	10 (1,2)	0,0014	1,88	[1,68-2,11]
Vivant	361 (42,0)	420 (48,8)			
Poids du Nouveau-ne					
<2500g	110 (12,8)	27 (3,1)	0,021	1,81	[1,61-2,03]
2500_3999g	320 (37,2)	403 (46,9)			

4. Pronostic neonatal Dans le groupe des grossesses non suivi il y avait 2 fois plus de risque d'avoir des malformations congénitales soit 0,10 % non suivi versus 0,0 % bon suivie. (OR=2 IC [1,87-2,14] P=0,003).

Les grossesses non suivies avaient 1,4 fois plus risque d'être dans le post terme soit (1,20 %) non suivi versus (0,50 %) pour celles ayant un bon suivi. P=0,010 IC [1,02-2,01].

Il y avait 1,66 fois plus de risque que les nouveaux nés issu des grossesses non suivie soient transférés en néonatalogie soit (2,1%) contre (0,50 %) des

nouveaux nés issus des grossesses avec un bon suivie. P=0,002 IC [1,35-2,05].

Les grossesses non suivies il y avait 1,72 fois plus risque de faire une rupture utérine soit (0,70 %) non suivi versus (0,10 %) bon suivi. P=0,05 IC [1,26-2,35].

Il y avait 1,88 fois plus de risque d'avoir des mort-nés lorsque les grossesses étaient non suivie soit (08 %) que par rapport à celles ayant des grossesses bien suivie soit (1,2%). P=0,001 IC [1,38-2,11].

Le faible poids de naissance était plus élevé dans le groupe des grossesses non suivie soit 12,8 % contre 3,1 % pour bon suivie, et il y avait un risque de survenu de 1,81. P=0,021 IC [1,61-2,03].

DISCUSSION :

Durant notre étude nous avons trouvé une fréquence de 16,3% de mauvais suivi prénatal, notre série était supérieure à celle de **Mian et coll.** en côte d'ivoire [7] et **Samaké A et coll.** au Mali [8] avaient enregistré des fréquences respectives de 7,35% et 9,7%.

Des fréquences nettement inférieures ont été notées par Breton et coll et **Friedman et coll.** [9] avec respectivement 0,2% en France et 0,7% à Cleveland aux Etats Unis. Par contre notre étude était inférieure à celles d'Amani M et coll au Congo [10] **Brown et coll.** au Kenya [11] et **Sepou et coll.** en Centrafrique [12] qui ont rapporté des fréquences respectives de 21,23%, 32, et 38 % de grossesses non suivies ou mal suivies.

En république de Guinée selon l'enquête démographique et de santé 11-37 % des femmes ont un mauvais suivi prénatal [6]. Cette différence des proportions pourrait s'expliquer par le milieu d'étude. En effet nous avons mené notre étude dans un milieu urbain et de ce fait les femmes étaient moins exposées aux difficultés comme la distance des structures sanitaires et l'absence de personnel.

La majorité des patientes était de la tranche d'âge de 20-24 ans dans les 2 populations soit 29,1% versus 31,4%. La moyenne était de 26,6 ans \pm 6,01 et des extrêmes de 12 et 44 ans. La différence était statistiquement significative (p=0,0042).

Notre résultat était supérieur à celui de **Traore Y et coll.** au Mali [13] qui ont rapporté un âge moyen de 23 ans. Par contre il est proche de celui de **Foumsou L et coll.** à N'Djamena qui ont rapporté une moyenne de 25,2 ans \pm 1,2ans avec des extrêmes de 14 à 43 ans. La profession libérale était la plus retrouvée chez les patientes qui ont eu à faire un mauvais suivi versus bon suivi avec les proportions respectives de 20% et 19,9%.

Nos données sont différentes de celles de **Samaké A et coll.** au Mali [8] qui avaient trouvé dans leur étude

que les aides ménagères ont représenté 13% des cas avec une différence statistiquement significative (P=10-7; OR=14,79, IC [6,87-36,37]).

Les célibataires avaient 1,58 fois plus de risques de faire un mauvais suivi prénatal par rapport aux mariées et le statut matrimonial était significatif au mauvais suivi prénatal avec une p-value de 0,031.

Dao et coll. au Mali [15] ont trouvé que le célibat constituait un facteur d'absence de suivi de la grossesse dans leur étude (P=0,018 ; OR=2,16) **Samaké A et coll.** au Mali [8] et **Amani M et coll.** au Congo [10] ont rapporté les mêmes faits.

Le niveau d'instruction était statistiquement significatif au mauvais suivi avec une P value de 0,000. Le même constat a été établi par **Foumsou L et coll.** à N'Djamena qui ont noté un lien statistiquement significatif avec une p-value de 0,03. Pour **Amani M et coll.** au Congo [10], l'absence de suivi prénatal était 4,08 fois plus élevée chez les femmes de bas niveau de scolarité (analphabète ou primaire). La prédominance des patientes non scolarisées pourrait s'expliquer par la méconnaissance des risques liés à la grossesse et de l'importance des CPNR [3].

Concernant le mode d'accouchement, les femmes ayant fait un mauvais suivi étaient plus exposées à faire un accouchement par voie haute soit 32% versus 23,1% chez les femmes qui ont eu un bon suivi. Cette différence était statistiquement significative avec une P.value 0,000. Notre résultat diffère de celui de Traore Y et coll au Mali [13] qui avaient trouvé une p-value de 0,094.

Dans notre cohorte les femmes qui avaient un mauvais suivi prénatal avaient plus de risques d'avoir des complications telles que : la rupture utérine (OR=1,72 IC=[1,26-2,95] ; P=0,058) ; l'éclampsie (OR=1,82 [1,55-2,11] ; P=0,058) ; l'hématome rétro-placentaire (OR=1,93 IC= [1,73-2,16] ; P=0,00); la Pré-éclampsie sévère (OR=1,71 IC= [1,48-1,96] ; P=0,00) ; la rupture prématurée des membranes (OR=1,56 IC= [1,33-1,84] ; P=0,00) et l'Anémie par rapport à celles qui ont eu un bon suivi prénatal (OR=1, IC= [1,34-2,30] ; P=0,033).

Amani M et coll en RDC [10] ont constaté que les femmes n'ayant pas suivi de consultations prénatales présentaient un risque élevé d'évacuation obstétricale (OR=1,90 [1,26-2,95]), de rupture prématurée des membranes à l'admission (OR=1,31 [1,02-1,68]), de mauvaise présentation fœtale (OR=1,89 [1,03-3,44]), d'accouchement par césarienne (OR=1,78 [1,21-2,63]), d'éclampsie (OR=3,00 [1,09-8,70]), de rupture utérine (OR=4,76 [1,00-47,19]) et d'anémie

(OR=2,33 [1,06-5,13]).

Foumsou L et coll. à N'Djamena [14] ont trouvé que les complications du post - partum immédiat étaient plus rapportées chez les patientes qui ont fait un mauvais suivi soit 41,5%) que les patientes qui ont eu un bon suivi soit 16,9%. Cette différence était statistiquement significative (OR = 3,25 ; IC = 12,84 à 26,15 ; Khi²=17,4 ; P value = 0,000). La complication dominante dans le groupe d'étude était l'hémorragie de la délivrance (15,1%) suivie de la déchirure des parties molles (9,4%). Ces résultats corroborent ceux d'autres auteurs [4,9] qui soulignent également la prédominance de l'hémorragie du post - partum immédiat chez les femmes non suivies.

Concernant l'issue fœtale, selon certains auteurs, elle pourrait être liée à l'absence de prévention et de dépistage de certaines pathologies survenant au cours de la grossesse telles que l'hypertension artérielle, l'anémie et le paludisme qui peuvent aggraver l'état de la santé de la femme et entraîner une mortalité maternelle par leurs complications.

Samaké A et coll au Mali [8] estimaient que le risque de complication était multiplié par 3,55 chez les patientes non suivies en prénatal (P=10-7; OR= 3,55 ; IC [2,52-5,01]).

Les femmes qui ont fait un mauvais suivi prénatal avaient 1,76 fois plus de risques d'exposer leurs Nouveau-nés à une mauvaise issue en particulier : le faible poids à la naissance (OR=1,81 IC= [1,61-2,03] ; P=0,00); la prématurité (OR=1,88 IC= [1,68-2,10] ; P=0,00) ; la souffrance fœtale aigüe (OR=1,74 IC= [1,51-2,00] ; P=0,00) ; le mauvais score d'APGAR (OR=2 IC= [1,79-2,23] ; P=0,00); la réanimation (OR=1,64 IC= [1,44-1,86] ; P=0,00); et le transfert des Nouveau-nés en Néonatalogie par rapport à celles qui ont fait un bon suivi (OR=1,66 IC= [1,35-2,05] ; P=0,002).

Léticée N et coll en Guadeloupe [17] avaient trouvé que les femmes « peu ou pas suivies » exposaient leurs enfants à un risque élevé de mauvaises issues : de décès périnatal (OR= 7,85 ; IC= [2,80-22,02]) et de prématurité (OR= 3,39 ; IC= [2,32-4,96]).

Concernant le faible poids à la naissance nos résultats étaient comparables à ceux de **Foumsou L et coll à N'Djamena** [14] qui ont retrouvé un faible poids chez 13 enfants nés (12,2%) de mères non suivies versus 8 cas (7,5%) chez ceux dont les mères avaient bénéficié des consultations prénatales.

Ching et coll au Taiwan [18] avaient trouvé un faible poids de naissance chez la plupart des nouveaux-nés soit 44,0%.

Ce taux élevé du petit poids à la naissance chez les nouveau-nés des femmes non suivies s'expliquerait par la fréquence élevée des pathologies

pourvoyeuses de retard de croissance intra-utérine telles que la pré-éclampsie et le paludisme qui n'ont pas bénéficié de prise en précoce et adéquate [4].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que seule les CPN de bonne qualité permettent le dépistage des formes graves de pré-éclampsie et leur prise en charge adéquate.

En ce qui concerne le score d'Apgar nos résultats sont semblables à ceux de

Dao et coll. au Mali [15] qui ont noté que l'Apgar des nouveau-nés était supérieur à 7 chez 82,2% des nouveaux nés à la première minute et 92,5% à la 5^e minute.

CONCLUSION

L'absence de CPNR influe énormément sur le pronostic maternel et périnatal. Le taux de mauvais suivi était élevé.

Pour éviter les décès maternels et néonataux nous devons prêter une attention particulière aux complications obstétricales qui peuvent être observées au cours de la grossesse ou de l'accouchement. Il ressort de cette étude que les parturientes non suivies au cours de la grossesse avaient présenté plus de complications que celles qui avaient bénéficié d'un bon suivi prénatal.

Par ailleurs, une étude multicentrique permettrait de mieux cerner ce phénomène et d'améliorer le pronostic maternel et fœtal dans notre pays.

REFERENCES

1. **Gaur BPS, Vasudevan J, Pegu B.** Group antenatal care: à paradigm shift to explore for positive impacts in resource-poor settings. *J Prev Med Public Health.* 2021;54(1):81-84.
2. **Organisation mondiale de la Santé.** Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève: OMS; 2016:4-13.
3. **Organisation mondiale de la Santé.** Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève: OMS; 2005 :2-4.
4. **Organisation mondiale de la Santé.** Rapport mondial de lutte contre le paludisme 2017. Genève: OMS; 2017:6-4.
5. **Manjavidze T, Rylander C, Skjeldestad FE, Kazakhashvili N, Anda EE.** Unattended pregnancies and perinatal mortality in Georgia. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:313-321.
6. **Enquête démographique et de santé 2018 -** Ministère du Plan et du Développement Économique, Institut National de la Statistique

(Guinée). *Conakry: INS;* 2018;12-24.

7. **Mian DB, Koffi S, Oko R, Kouakou F, Nguessan KLP, Abauleth Y, et al.** Issues néonatales précoces des grossesses insuffisamment suivies à la maternité du CHU de Cocody Abidjan. *Santé publique Afr.* 2014;19(2):13-17.

8. **Samaké A, Traore SO, Keita M, Albachar H.** Grossesses non suivies: pronostic maternel et périnatal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. *Health Sci Dis.* 2020;21(5):74-77.

9. **Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M.** Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(2):174-181.

10. **Maleya A, Kakudji YK, Mwazaz RM, Nsambi JB, Ngwej HI, Mukuku O, et al.** Issues materno-fœtales des grossesses non suivies à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J.* 2019;33:66.

11. **Brown CA, Sohani SB, Khan K, Mukhwana W.** Antenatal care and perinatal outcomes in Kwale district, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:2.

12. **Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Bangamingo JP, Nali MN.** Les consultations prénatales en zone semi-urbaine centrafricaine: fréquence, facteurs influençant, pronostic maternel et néonatal. *Med Trop (Mars).* 2000;60(3):257-261.

13. **Traore Y, Tegete I, Thera AT, Mulbah JK, Mounkoro N, Diarra I, et al.** Aspects socio-démographiques et pronostic des grossesses non suivies chez les patientes admises dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré. *Open J Obstet Gynecol.* 2020;10(8):1089-1101.

14. **Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Moalloumtarda O, Njiki DR.** Le pronostic materno-fœtal des parturientes avec grossesse non suivie. *J SAGO.* 2017;18:1221-1227.

15. **Dao SZ, Traoré BA, Sidibé K, Konaté S, Togo E, Coulibaly A.** Problématique des grossesses non suivies en commune II de Bamako, Mali. *J Afr Cas Clin Rev.* 2020 ;4:186-192.

16. **Léticée N, Vendittelli F, Janky E.** Valeur pronostique de la qualité du suivi prénatal sur les issues périnatales en Guadeloupe. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2004;33(1):80-81.

17. **Liu CM, Chang SD, Cheng PJ.** Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2012;51(4):576-582.