

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

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



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

**THESE**

**EVACUATIONS SANITAIRES OBSTETRIQUES :  
PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PRONOSTIC  
MATERNO-FŒTAL AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT  
DE BAMAKO  
(A propos de 4280 cas)**

Présentée et soutenue publiquement le 03/07/2019 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontologie.

**Par M. Wally CAMARA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président : Pr SAMBA DIOP**

**Membre : Dr TRAORE SOUMANA OUMAR**

**Co-directeur: Dr HAMIDOU ALBACHAR**

**Directeur : Pr BOUBACAR MAIGA**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

**Je dédie ce travail :**

A mon père : **Mamadou CAMARA** et à ma mère **Assitan SYLLA**

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

## REMERCIEMENTS

**Je remercie mes frères et sœurs.**

**BOURAMA, BAMADY, HAMET, SORY, TATA, PAYITOURE ET HAWA**

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

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

A ma belle famille

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

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

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

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

A ma fille **BADIALO CAMARA** : ce travail est le tien. Que DIEU te donne l'heureuse opportunité de jouir de ses fruits. Que DIEU te donne longue vie, santé, et prospérité pour que tu puisses t'occuper si tendrement de ta mère qui s'est sacrifiée pour toi.

A mes grands frères : Waly et Sory camara,

Je vous dis merci. Qu'ALLAH vous bénisse.

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

A mon ami, mon Co chambrier Mohamed Tapily:

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

A la famille Sacko

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

A mes chers maitres et formateurs

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

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

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

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

Dr Traoré O M, Dr Traoré S O, Dr Tall Saoudatou, Dr Albachar Hamidou, Dr Koné Joseph : Merci chers maitres pour l'enseignement de qualité et vos conseils qui nous accompagneront durant toute notre carrière.

A toute l'équipe du bloc opératoire.

A tous les anciens internes du Csréf CV

A mes amis médecins et internes du Csréf CV

A toutes les équipes d'internes :

-En commençant par mon équipe : Adama Sissoko, Ousmane Sissoko, Djéneba Gano, Rokia Keita, Malaki Kamaté, Kassim Bagayoko

-Souleymane Sogoba et équipe,

-Modibo Mallé et équipe,

-Patouma Koné et équipe

-Siaka Bagayoko et équipe

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

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

A tout le personnel de l'ADASCO

A tout le personnel de la clinique Lafia de Banankabougou

A tout le personnel de la clinique ALHAMDOULILAH de Sokorodji

Je vous dis merci.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et président du jury**

**Professeur Samba DIOP,**

- **Professeur d'anthropologie médicale et d'éthique en santé**
- **Enseignant-chercheur en écologie humaine, anthropologie et éthique en santé au DER de santé publique de la FMOS**
- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique SEREFO-VIH-SIDA FMOS**
- **Membre du comité d'éthique institutionnel et national du Mali**

Cher Maître,

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique et pratique. Votre méthodologie et votre rigueur dans le travail ont été pour nous de bons exemples. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Merci infiniment cher Maître.



## **A notre Maître et Juge**

### **Docteur Soumana Oumar TRAORE**

- **Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako**

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Votre abord facile, votre simplicité et votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés. Votre simplicité, votre disponibilité et votre amour pour la médecine sont autant de qualités que vous incarnez. Ces dispositions naturelles couplées à vos qualités de clinicien pétri d'expérience font de vous un médecin exceptionnel. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

**A notre Maitre et codirecteur de thèse,**

**Docteur Albachar Hamidou**

- **Gynécologue-obstétricien,**
- **Médecin chercheur au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire sur la santé de la précarité maternelle et périnatale à l'université Paris DECARTES en France ;**
- **Actuellement Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Kayes**

Cher Maître,

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir. Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Boubacar MAIGA**

- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chef adjoint de DER des sciences fondamentales de la FMOS**
- **Médecin chercheur au Malaria Research and Training Center (MRTC) et au Département d'Epidémiologie des affections parasitaires (DEAP)**
- **PhD en Immunologie à l'université de Stockholm en Suède**

Cher maître,

C'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique, votre compétence professionnelle, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux. Egaleme nt nous apprécions en vous l'homme de science modeste qui reste un espoir pour nous, la jeune génération. Votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile joint à vos connaissances scientifiques font de vous un maître hautement respecté.

Trouver ici l'expression de notre plus haute considération.

# **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

SACO : association de santé communautaire

ATCD : antécédent

CHU : centre hospitalier et universitaire

Cm : centimètre

Cm Hg : centimètre de mercure

CNTS : centre national de transfusion sanguine

CPN : consultation prénatale

CSCCom : centre de santé communautaire

CSRéf CV : centre de santé de référence de la commune V

DES : diplôme d'études spécialisées

EDSMV : enquête démographique et de santé du Mali V

FIGO : fédération internationale de la gynécologie et obstétrique

HTA : hypertension artérielle

HPPI : hémorragie du post partum immédiat

IMCM : institut malienne de conseil en management

Kg : kilogramme

MII : moustiquaire imprégné d'insecticide

Min : minute

OMS : organisation mondiale de la santé

PDSC : plan de développement socio-sanitaire de la commune

PEV : programme élargie de vaccination

PMA : paquet minimum d'activité

PSSP : politique sectorielle de santé et de la population

PTME : prévention de la transmission mère-enfant du VIH

RAS : rien à signaler

RGPH : recensement général de la population et de l'habitat

SAA : soins après avortement

SIS : système d'information sanitaire

SOU : soins obstétricaux d'urgence

SP : sulfadoxine pyriméthamine

SSP : soins de santé primaire

TA : tension artérielle

USAC : unité de soins, d'accompagnement et de conseil

VAT : vaccin anti tétanique

# TABLE DES MATIERES

## **Table des matières**

INTRODUCTION .....	1
II- Cadre conceptuel.....	5
2.1- Revues critique de la littérature scientifique :.....	5
2.2- Justification de l'étude .....	7
III.OBJECTIFS .....	9
Objectif général :.....	9
Objectifs spécifiques :.....	9
IV. MÉTHODOLOGIE.....	11
Cadre d'étude :.....	11
2- Type d'étude :.....	16
3- Période d'étude : .....	16
4- Population d'étude : .....	17
5- Échantillon :.....	17
<b>RESULTATS</b> .....	21
COMMENTAIRES.....	47
DISCUSSION.....	47
VII. CONCLUSION .....	54
VIII. SUGGESTIONS.....	56
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58
X. ANNEXES .....	63
10.1 Fiche d'enquête .....	63
10.2 FICHE SIGNALETIQUE.....	67
SERMENT D'HYPPOCRATE .....	68



## Liste des tableaux

Tableau I: Les éléments et la cotation du score infectieux[23].....	20
Tableau II: Répartition des patientes selon la tranche d'âge. ....	23
Tableau III: Répartition des patientes selon la profession .....	23
Tableau IV: Répartition des patientes selon le régime matrimonial .....	24
Tableau V: Répartition des patientes selon la profession du mari. ....	25
Tableau VI: Répartition des patientes selon la Gestité. ....	27
Tableau VII: Répartition des patientes selon la Parité.....	27
Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'existence des Complications avant évacuation.....	28
Tableau IX: Répartition des patientes selon la présence de supports d'évacuation.....	29
Tableau X: Répartition des patientes selon le nombre de patientes ayant effectué la consultation prénatale .....	30
Tableau XI: répartition des patientes selon la qualification de l'agent de santé ayant réalisé la consultation prénatale. ....	30
Tableau XII: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan prénatal ...	31
Tableau XIII: Répartition des patientes selon la pathologie découverte ou survenue au cours l'évolution de la grossesse.....	31
Tableau XIV: Répartition des patientes selon le moyen de transport. ....	32
Tableau XV: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation. ....	32
Tableau XVI: Répartition des patientes selon le score de Glasgow à l'admission. .....	33
Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives à l'admission.....	33
Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la TA à l'admission.....	34
Tableau XIX: Répartition des patientes selon la température à l'admission. ....	34
Tableau XX: Répartition des patientes selon le pouls à l'admission. ....	35
Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission. .....	35
Tableau XXII: Répartition des patientes selon la présentation du fœtus à l'admission.....	36

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'engagement de la présentation à l'admission.....	36
Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission.....	37
Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'odeur du liquide amniotique à l'admission.....	37
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CS RéfCV.....	38
Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la pertinence des évacuations.	39
Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la concordance des diagnostics .....	39
Tableau XXIX: Répartition des patientes selon que l'évacuation soit opportune .....	39
Tableau XXX: Répartition des patientes selon le motif d'évacuation et la concordance .....	40
Tableau XXXI: Répartition des patientes selon que la rétro-information soit faite.....	41
Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la voie et modalité d'accouchement .....	41
Tableau XXXIII: répartition des patientes selon les indications de césarienne.	42
Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le score infectieux. ....	42
Tableau XXXV: Répartition des patientes selon l'Etat du nouveau né à la naissance.....	43
Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 1ère min. ....	43
Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 5ème min.....	44
Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon la référence nouveau-né. ...	44
Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né avant J8 .....	44
Tableau XL: Répartition des patientes selon la morbidité maternelle. ....	45
Tableau XLI: Répartition des patientes selon la mortalité maternelle .....	45
Tableau XLII: Répartition des patientes selon les causes de la mortalité maternelle. ....	46

## Liste des figures

Figure 1: Répartition des patientes selon la fréquence globale.....	22
Figure 2: Répartition des patientes selon la fréquence annuelle .....	22
Figure 3: Répartition des patientes selon le statut matrimonial .....	24
Figure 4: Répartition des patientes selon la notion d’instruction.....	25
Figure 5: la répartition des patientes selon les Antécédents médicaux. ....	26
Figure 6: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux. ....	26
Figure 7: Répartition des patientes selon la provenance.....	28
Figure 8: Répartition des patientes selon la qualification des agents qui accompagnent les patientes .....	29

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

L'évacuation sanitaire d'une manière générale se caractérise par la nécessité du transfert rapide d'un malade d'un centre médical vers un autre plus équipé ou mieux spécialisé [1].

Les urgences obstétricales sont des causes multiples de décès maternels et néonataux et s'expriment par des tableaux cliniques divers qui ont en commun l'urgence thérapeutique [2]. Elles ont toujours posés des problèmes de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, tant par leur ampleur que par leur prise en charge. Chaque minute une femme meurt des complications imputables à la grossesse, à l'accouchement et à la période du post-partum. Cependant, 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement [2].

La mortalité maternelle peut être maîtrisée si les complications de la grossesse sont prises en charge correctement et en temps opportun. La solution du problème de la mortalité est aussi d'ordre organisationnel [2].

Ainsi en 1978, à Alma Ata, les pays en développement ont opté pour un système de prestation de soins de type pyramidal pour mettre à la disposition des populations des soins de base et de proximité.

La liaison entre les différents niveaux des soins est un élément essentiel depuis le début des soins de santé primaire (SSP).

Dans la plupart des pays en développement, l'accessibilité aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier reste préoccupante [3].

Selon le rapport mondial du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 1996, de tous les indicateurs de développement humains en matière de santé, ce sont les taux de mortalité maternelle et infantile qui témoignent des disparités les plus profondes entre pays industrialisés et pays en développement[3]. Aux Etats Unis, en France et dans d'autres pays européens, l'indice de la mortalité maternelle varie de 1 à 10 pour 100.000 naissances vivantes [3], alors qu'il va de 500 à 2000 pour 100.000 naissances vivantes dans plusieurs pays en développement de l'Afrique sub-saharienne [4].

La présente étude a pour but d'étudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

# CADRE CONCEPTUEL

## II- Cadre conceptuel

### 2.1- Revues critique de la littérature scientifique :

Chaque minute dans le monde aujourd'hui, 380 femmes débutent une nouvelle grossesse et pour 190 d'entre elles, cette grossesse est non désirée ou non planifiée, 110 femmes vivent une grossesse compliquée, 40 femmes subissent un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité et une femme décède d'une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement [5].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO), la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ; ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé ; mais ni accidentelle ni fortuite » [6].

Au Mali le système de Référence/Evacuation a été instauré en 1993 dans le cadre de la politique sectorielle de la santé [7].

Ce système de Référence/Evacuation intègre deux niveaux de Référence :

- Du 1<sup>er</sup> contact au CS Réf
- Du CS Réf aux Hôpitaux

Depuis le lancement du système de Référence/Evacuation le suivi se fait à travers l'exploitation des rapports des différents centres de santé [7].

Le système de Référence/Evacuation a été conçu pour servir de complément au principe des SSP. Cette politique revient à traiter les patients à un premier niveau de soins aussi près que possible de leurs habitations avec toute la compétence nécessaire [8]. Ainsi : les niveaux de soins suivants ont été identifiés selon la pyramide sanitaire au Mali :

- Le premier niveau de contact de la population avec les services de santé est le centre de santé communautaire (CSCoM),
- Le deuxième niveau de contact ou premier niveau de Référence est le centre de santé de Référence (CSRéf),



- Le troisième niveau de contact est les Hôpitaux régionaux et nationaux ou deuxième niveau de référence.

Selon les données du 4<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) du Mali en 2009, les femmes représentent 51% de la population dont 23% en âge de procréer (15-49 ans) [9].

Selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali V (EDSMV), le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100.000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 35 pour 1000 et l'accessibilité des centres de santé communautaires est de 51% dans un rayon de 5Km et 76% dans un rayon de 15 Km (annuaire du système d'information sanitaire 2006) [10].

En 1963, Fendall a dit que le système de référence est la seule voie qui permette aux populations des pays à ressources limitées d'avoir accès à des soins de qualité [11].

Pour Adamson Peter [12] il est clair que la seule manière de réduire sensiblement la mortalité et la morbidité maternelle est d'identifier le plus tôt que possible les 15% des grossesses exigeant des soins obstétricaux modernes et de faire en sorte qu'ils soient donnés à temps.

Pour ce faire, une place importante est à accorder aux transferts des femmes vers les centres spécialisés, c'est-à-dire au problème de la référence/évacuation.

Dans les pays en voies de développement comme le nôtre, la fréquence des évacuations obstétricales est diversement appréciée comme le montre ces différents travaux :

- Au Mali, du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 30 juin 1999 soit 18 mois, 69,1% des urgences obstétricales admises au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national du « Point G » étaient des évacuées [13].
- Du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 30 Mai 2006 soit 17 mois, les patientes référées représentaient 38,77% des entrantes au service de gynécologique obstétrique du CHU Point G de Bamako [14].

- En 1992, 11,5% des patientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des évacuées [15], avec 7,5% de décès maternels.
- En 1993 au CHU Aristide Le Dantec de Dakar, 64,4% des décès maternels avaient été enregistrés parmi les patientes référées.
- En 2008, une étude réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako avait trouvé que les évacuations représentaient 24,6% [16] des admissions avec 31 décès maternels et 985 décès périnataux. Dans cette étude, les motifs d'évacuations étaient dominés par les dystocies (52,84%), suivi des hémorragies (13,13%).
- En 2010, dans la même structure, les évacuations ont représenté 13,38% des admissions [7].
- En 2014, une autre étude réalisée dans la même structure avait trouvé que les évacuations représentaient 17% des admissions [17]. Dans cette dernière étude, les dystocies étaient le motif le plus rencontré (45,6%) et 138 décès périnataux (dont 59 morts nés et 79 décès néonatal) pour 9 décès maternels enregistrés.
- En 2000, les évacuées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes [18].

Pour Diarra M [19], la réduction de la mortalité maternelle dépend en grande partie de l'accès des femmes au service délivrant les soins obstétricaux d'urgence et de la rapidité dans la prise en charge des urgences obstétricales.

## 2.2- Justification de l'étude

Depuis 2014 aucune étude n'a été menée sur l'évacuation sanitaire obstétricale au CSRéf CV d'où l'intérêt de la présente étude qui vise à faire un état de lieu de la situation ou du problème.

## 2.3- Hypothèse

La rétro information n'est pas bien assurée dans le District sanitaire de la commune V

# OBJECTIFS

### **III.OBJECTIFS**

#### **Objectif général :**

Étudier les évacuations sanitaires obstétricales au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

#### **Objectifs spécifiques :**

Déterminer la fréquence des évacuations sanitaires obstétricales ;

Déterminer le profil socio-épidémiologique des patientes évacuées ;

Préciser les motifs des évacuations sanitaires obstétricales les plus fréquemment rencontrés ;

Evaluer la qualité des évacuations sanitaires obstétricales ;

Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

# METHODOLOGIE

## **IV. MÉTHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude :**

#### **1.1-) Lieu d'étude :**

Cette étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

#### **Situation géographique et service :**

La commune V couvre une superficie de 41,59 Km<sup>2</sup> soit environ 18% de la superficie totale du district de Bamako.

#### **Elle est limitée :**

Au nord par le fleuve Niger.

Au Sud –Ouest par Kalaban-coro dans le cercle de Kati.

A l'Est par la Commune 6 du district de Bamako.

La Commune V du district de Bamako comporte 8 quartiers (Badalabougou, Quartier Mali, Torokorobougou, Daoudabougou, Kalaban-coura, Baco-djicoroni, Sabalibougou, Garantiguibougou).

Le centre de santé se trouve au Quartier Mali

#### **Description de l'aire de santé du centre de santé de référence de la commune V :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la Commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

Trois aires de santé à Daoudabougou disposant chacune d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO et ASCODA) ;

Trois aires de santé à Sabalibougou possédant chacune un CSCCom avec un PMA complet (ASCOSAB I, ASACOSAB II et ASACOSAB III)

Trois aires de santé à Kalaban coura dont une seule a un CSCCom avec PMA complet (ASACOKAL) ;

Une seule aire de santé à Garantiguibougou disposant d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOGA) ;

Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali disposant d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;

Deux aires de santé à Bacodjicoroni dont une seule a un CSCCom avec un PMA complet (ASCOMBACODJI) ;

Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCCom.

**Trois Associations de Santé Communautaire disposent d'un Centre de Santé Communautaire** en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKOLKO.

Les CSCCom de l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKALKO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOBACODJI-ACI ne disposent pas de CSCCom.

La population de la commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

Le Centre de Santé Communautaire de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la commune ;

Le Centre de Santé Communautaire du Quartier Mali/ Torokorobougou couvre 12% ;

Les trois Centres de Santé Communautaire de Daoudabougou qui couvrent 22% ;

Les Centres de Santé Communautaire de Kalaban coura et Garantiguibougou couvre 19% ;

Les trois Centres de Santé Communautaire de Sabalibougou couvrent 23% de la population,

La population non couverte dans la Commune représente 9%

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'Institut Malienne de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999, le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Actuellement le CSRéf CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

L'administration

Le service de Pharmacie

Le service d'Oto-Rhino-Laryngologie

Le service d'Ophtalmologie

Le service de Médecine générale

Le service de Gynécologie Obstétrique

Le service d'Odontostomatologie

Le service de Pédiatrie

Le service du PEV (Programme Elargi de Vaccination)

Une unité de Radiographie et Echographie

USAC

Morgue



Cantine

Une unité de dépistage et tuberculose et lèpre

Une unité SIS (Système d'Information Sanitaire)

Unité laboratoire

Unité de nutrition

Unité ressources Humaines

Unité de brigades d'hygiènes

Une unité Urologie

Une unité Cardiologie

### **1.2-) Description du service gynécologie obstétrique du CSRéf CV :**

Il comporte :

Une salle de travail avec deux lits,

Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement

Une suite de couche avec cinq lits

Une salle de garde pour les sages-femmes

Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes

Un bureau pour la sage-femme maitresse

Une toilette externe pour les malades

Sept salles d'hospitalisations avec cinq lits et trois salles VIP

Une unité de consultation prénatale

Une salle de consultation pour les urgences (salle 14)

Une unité de planning familial

Une unité de suivi post-natal

Une unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)

Une unité technique bloc opératoire

Un hangar d'attente

Une unité de soins après avortement (SAA)

Le personnel comprend :

Un professeur en Gynécologie Obstétrique, qui est le chef de service

Cinq médecins gynécologues obstétriciens

Des sages-femmes

Deux médecins spécialisés en chirurgie générale

Un médecin anesthésiste

- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Des infirmiers d'états,
- Des infirmières obstétriciennes,
- Des aides-soignantes
- Des chauffeurs ambulances
- Des gardiens
- Des manœuvres
- Des instrumentistes
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spécialisée (DES), des étudiants en année de thèse et des élèves infirmiers

### **1.3-) Fonctionnement :**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours.

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

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

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

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

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

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

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

- un gynécologue
- deux à trois étudiants en spécialisation (DES)
- cinq étudiants en médecine faisant fonction d'Interne ;
- deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et son aide-soignante ;
- un infirmier anesthésiste ;
- une technicienne de laboratoire ;
- un instrumentiste ;
- un chauffeur d'ambulance ;
- deux techniciens de surface assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 5 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels et d'un stock de sang.

Il y a 5 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque mercredi après le staff.

## **2- Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive réalisée au centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako.

## **3- Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2017 (soit une période de 3 ans)

#### **4- Population d'étude :**

Il s'agissait des dossiers de l'ensemble des accouchées dans le service durant la période d'étude.

#### **5- Échantillon :**

##### **5.1- Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude, toutes les patientes évacuées admises dans le service durant la période d'étude et dont le mode d'admission était l'évacuation.

##### **5.2- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Toutes patientes évacuées pour cause obstétricale dont la prise en charge n'a pas été faite dans le service
- Les parturientes évacuées et qui ont accouché au cours de l'évacuation avant d'arriver dans le service.

##### **5.3- Supports et collecte des données :**

Ont été utilisés comme supports :

- La fiche d'enquête ;
- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre d'accouchement ;
- Le registre de références/évacuations reçues ;
- Le registre de césariennes ;
- Le registre de référence des Nouveau-nés ;
- Le registre de décès maternel ;
- Le registre de décès périnatal.

##### **5.4-Difficultés de l'étude :**

Les difficultés majeures rencontrées au cours de l'étude ont été le problème d'archivage et la complétude des informations.

## 5.5- Variables étudiées

### a- Variables qualitatifs

- la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le régime matrimonial,
- les antécédents médicaux et obstétricaux, la notion de CPN,
- le motif d'évacuation, la provenance
- la qualification de l'Agent de santé qui évacue
- le type d'accouchement,
- l'état à la naissance, le motif de référence des nouveaux nés à la néonatalogie,
- les causes de décès néonatal,
- les causes de décès maternel,
- la pertinence, l'adéquation et l'opportunité des diagnostics

**b- Variables quantitatifs :** l'âge, la gestité, la parité, le nombre de CPN, l'âge gestationnel, le score d'Apgar à la première minute et à la cinquième minute.

## 5.6- Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2007, analysées sur le logiciel SPSS version 16.0.

## 5.7- Définitions opératoires :

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- Gestité** : nombre de grossesse
- Primigeste** : 1 grossesse
- Paucigeste** : 2 à 3 grossesses
- Multigeste** :  $\geq$  à 4 grossesses
- Grande multigeste** :  $\geq$  à 6 grossesses
- Parité** : nombre d'accouchement
- Primipare** : 1 accouchement
- Paucipare** : 2 à 3 accouchements
- Multipare** : 4 à 5 accouchements

- Grande multipare** :  $\geq$  à 6 accouchements
- Personnels qualifiés** = les médecins, sages-femmes et les infirmières obstétriciennes
- Personnels non qualifiés** = les matrones et les aides-soignants
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adaptée sans notion d'une urgence.
- Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente ou d'une parturiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une prise en charge d'urgence.
- Evacuation obstétricale** : c'est le transfert d'une patiente ou d'une parturiente d'une structuré sanitaire à une autre plus spécialisée pour une complication obstétricale grave nécessitant une prise en charge d'urgence.
- L'évacuation est pertinente** : s'il n'y avait pas de moyens humains et matériels nécessaire pour satisfaire la prise en charge au centre de santé communautaire.
- L'évacuation est adéquate** : si les patientes avaient reçu un traitement correct au centre de santé communautaire et que les supports de référence étaient correctement remplis.
- L'évacuation est dite opportune** :si elle était réalisée à temps.
- Pronostic maternel et périnatal** : nous entendons par pronostic maternel et périnatal l'issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité.
- Césarienne en urgence** : césarienne faite dans un contexte d'urgence.
- Mort-né** : nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance (score d'Apgar=0) ;
- Score d'Apgar morbide** : nouveau-né ayant un score d'Apgar entre 1 et 7 aux cinq premières minutes;
- Profession rémunérée** : Profession génératrice de revenu: commerçantes/vendeuses, coiffeuses, secrétaires, enseignantes, infirmières.

**-Profession non rémunérée :** Profession non génératrice de revenu : ménagères.

**-Cicatrices des voies urogénitales :** cure de prolapsus.

**-Hémorragie antépartum :** hémorragie qui survient à de la deuxième moitié de la grossesse: hématome rétro placentaire(HRP), placenta praevia (PP), hémorragie de Benkiser.

**-Dystocies :** Toutes difficultés mécaniques ou dynamiques, de causes maternelle ou fœtale au cours du travail d'accouchement ;

**- Temps d'évacuation :** correspond au temps mis entre le départ du CSCoM et l'arrivée au CSRéf ;

**-Score infectieux :** C'est l'ensemble des paramètres cotés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne.

Tableau I: Les éléments et la cotation du score infectieux[23]

Cotation	0	1	2
Evacuation	Non, suivi dans le service	Oui, maternité de ville	Oui, maternité rurale
Etat des membranes à l'admission	Intactes	Rompues<12h	Rompues> 12h
Odeur du liquide	Non fétide (claire)		Fétide (purulent)
Température d'admission	<38 C	38<T>39	>39
Degré d'anémie	Muqueuse colorées		Muqueuses décolorées
Etat du segment inférieur du myomètre (en per opératoire)	Segment normal Utérus bien rétracté		Segment inférieur effiloché corps utérin mou œdémateux godet+

# RESULTATS



## V. RÉSULTATS

### Fréquence :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 28974 patientes dont 4280 cas d'évacuations soit une fréquence de 14,8%.

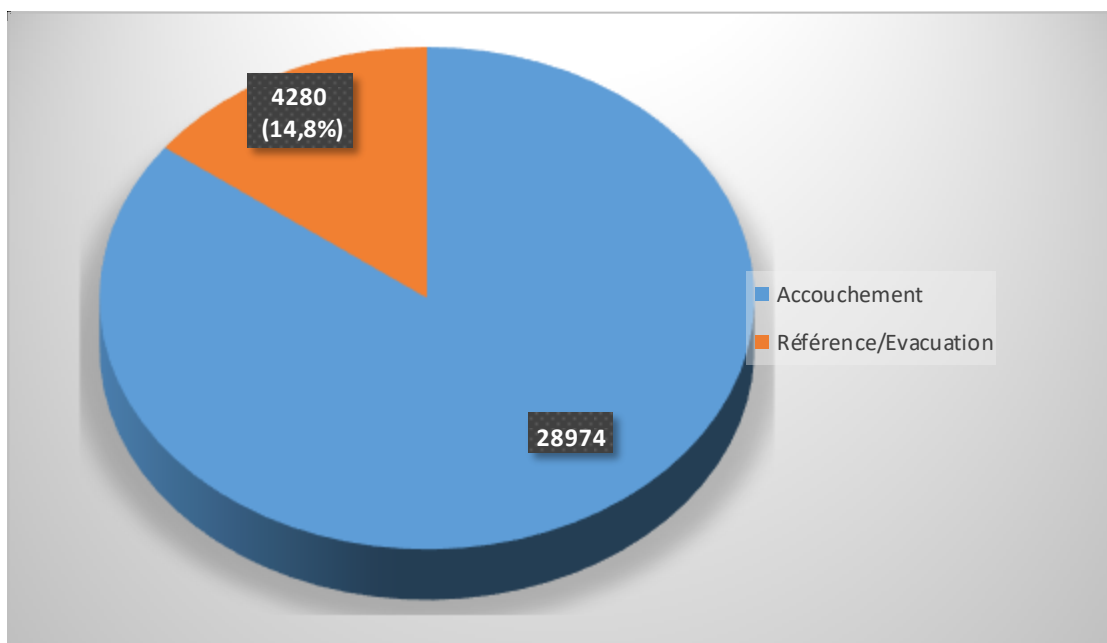


Figure 1: Répartition des patientes selon la fréquence globale.

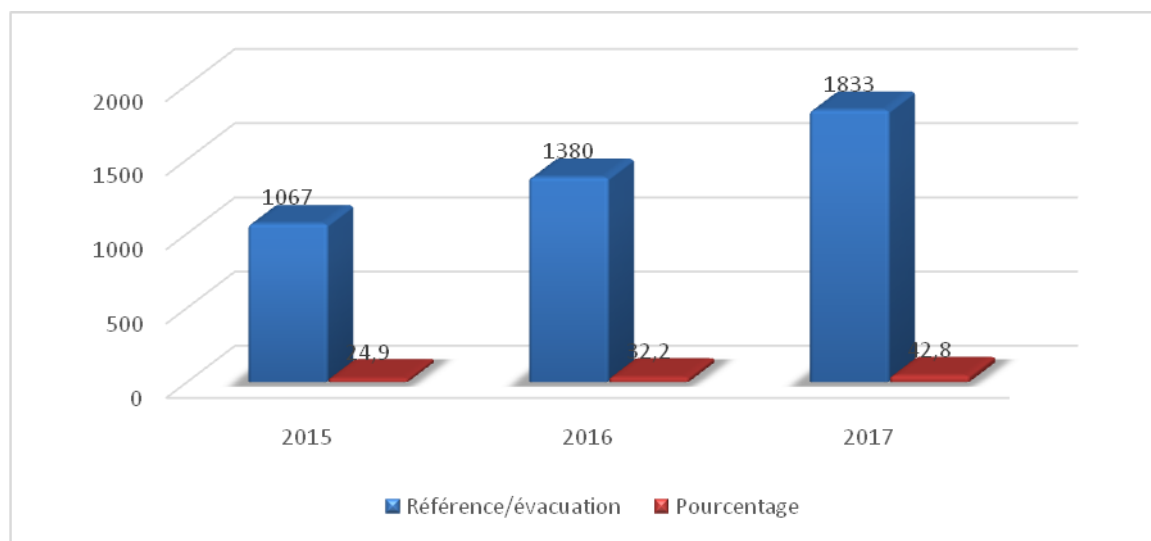


Figure 2: Répartition des patientes selon la fréquence annuelle

### Profil socio-épidémiologique :

Tableau II: Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤19ans	482	11,3
20-34ans	<b>3316</b>	<b>77,4</b>
≥35ans	482	11,3
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Âges extrêmes= 14 ans-47 ans ; âge moyen était de 26,17 ans ± 6,21

La tranche d'âge 20-34 était majoritaire avec 3316 cas soit 77,4%.

Tableau III: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
<b>Ménagères</b>	<b>2004</b>	<b>46,8</b>
Elèves/Étudiantes	290	6,8
Aides Ménagères	1149	26,8
Commerçantes	497	11,6
Enseignantes	193	4,5
Infirmières	109	2,5
Policières	30	0,7
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Les ménagères étaient les nombreuses avec 46,8%

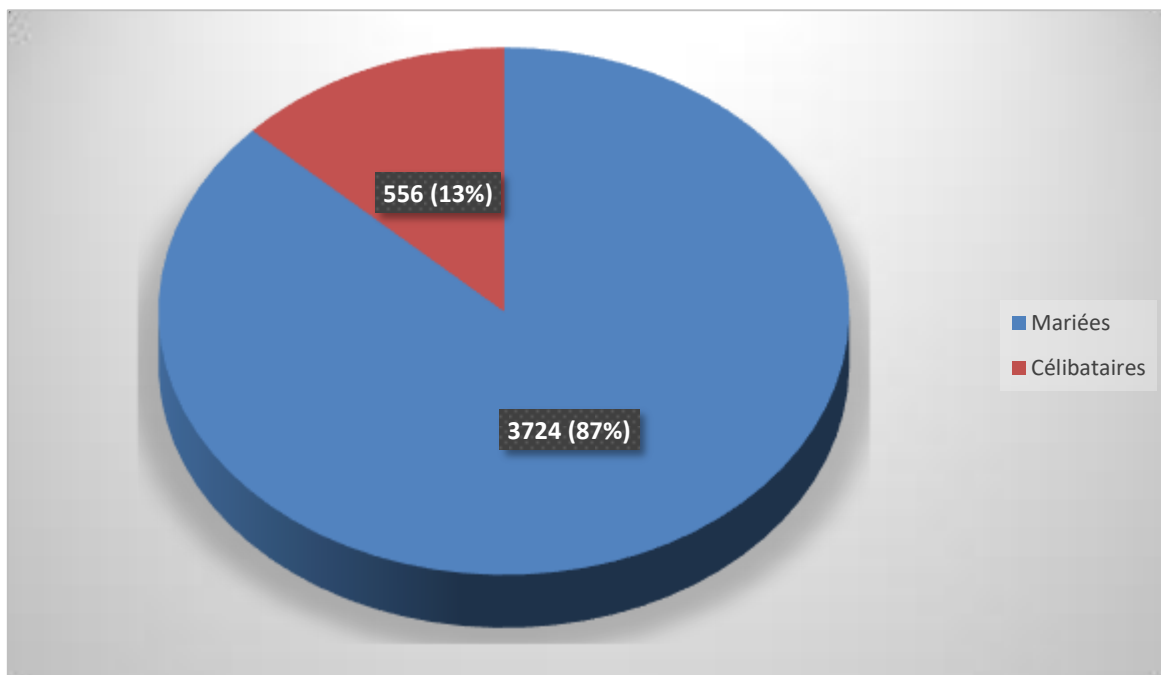


Figure 3: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Les femmes Mariées représentaient 87% (3724) de l'échantillon.

Tableau IV: Répartition des patientes selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Effectif	Pourcentage
Monogamie	557	15
Polygamie	3167	85
Total	3724	100

Les polygames représentent 85% de nos patientes mariées.

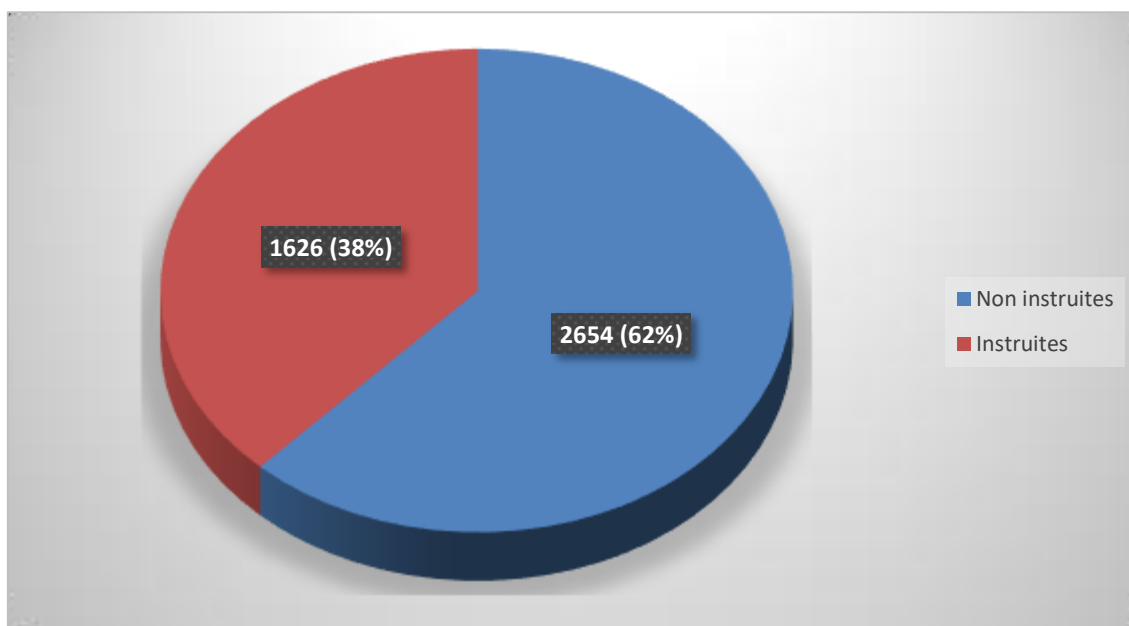


Figure 4: Répartition des patientes selon la notion d’instruction

Tableau V: Répartition des patientes selon la profession du mari.

Profession du mari	Effectif	Pourcentage
Non rémunérés	2451	57,3
Rémunérés	1284	30,0
Élève/Étudiant	545	12,7
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

La plupart des maris avaient un revenu insuffisant pour les besoins de la famille.

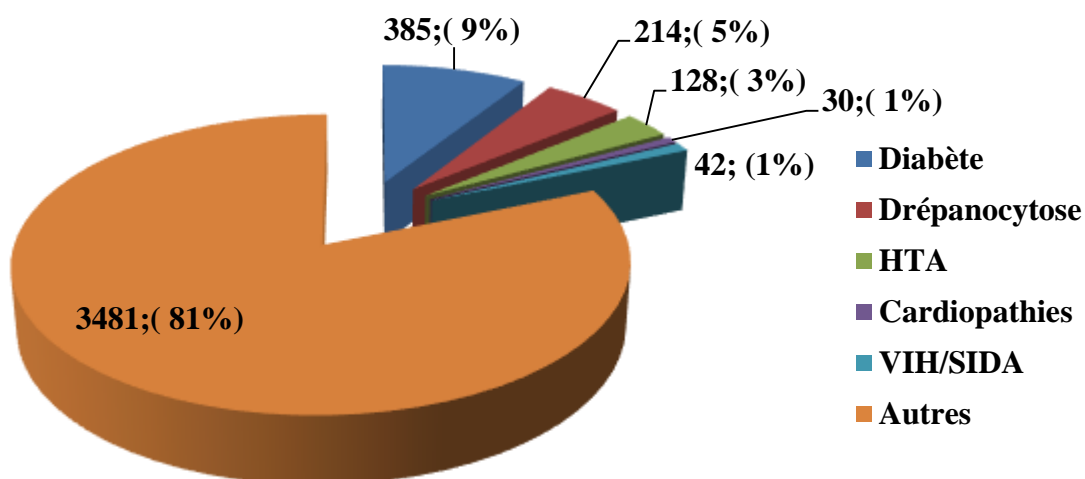


Figure 5: la répartition des patientes selon les Antécédents médicaux.

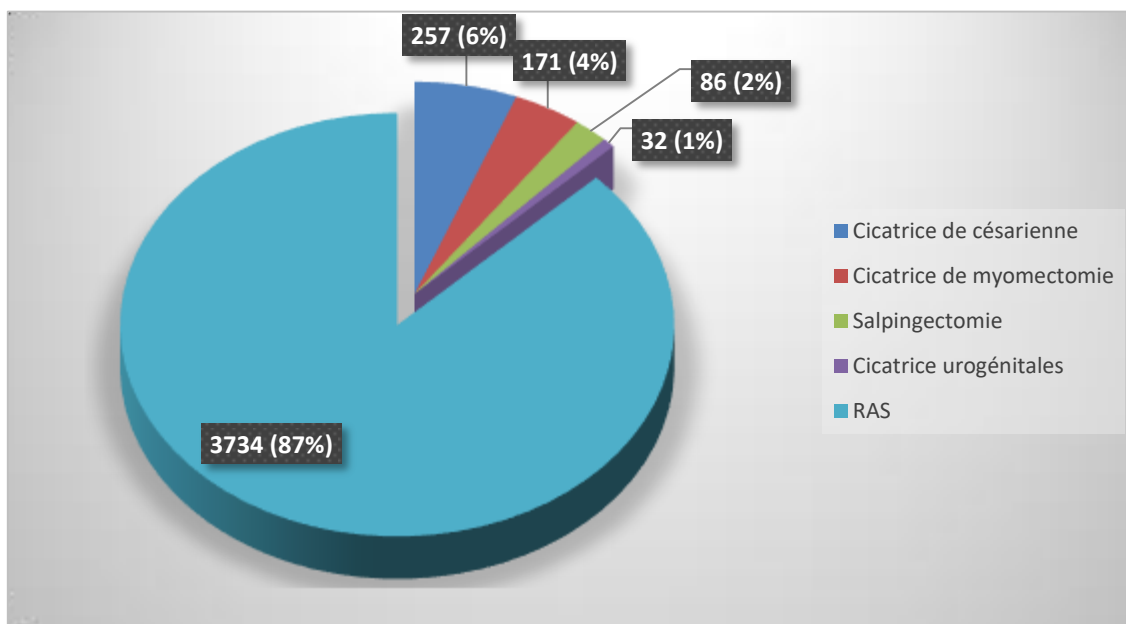


Figure 6: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Tableau VI: Répartition des patientes selon la Gestité.

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	1446	33,8
Pauci geste	1332	31,1
Multi geste	964	22,5
Grande multi geste	538	12,6
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Tableau VII: Répartition des patientes selon la Parité.

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	1531	35,8
Pauci pare	1389	32,5
Multipare	879	20,5
Grande multipare	481	11,2
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Les primipares étaient les plus représentées avec 35,8% de l'échantillon suivies des pauci pares 32,5%.

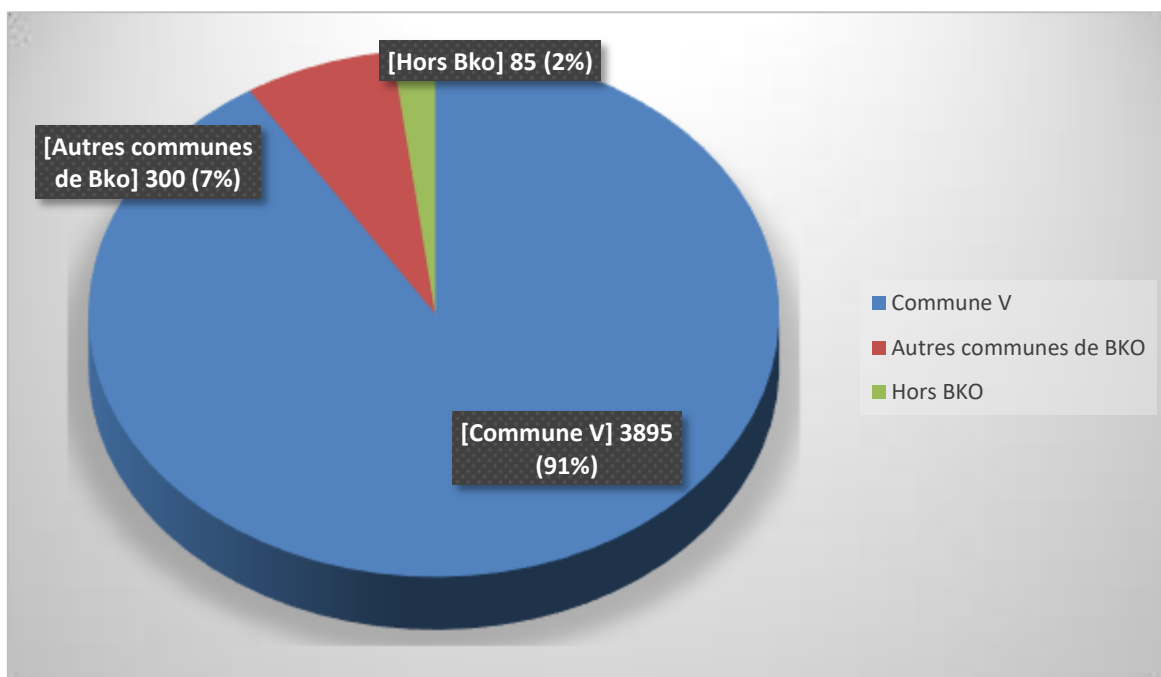


Figure 7: Répartition des patientes selon la provenance.

Presque la totalité de nos patientes provenaient de la commune CV du District de Bamako.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'existence des Complications avant évacuation.

Complications avant évacuation	Effectif	Pourcentage
Oui	2919	68,2
Non	1361	31,8
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Environ 70% des patientes avaient eu des complications avant l'évacuation.

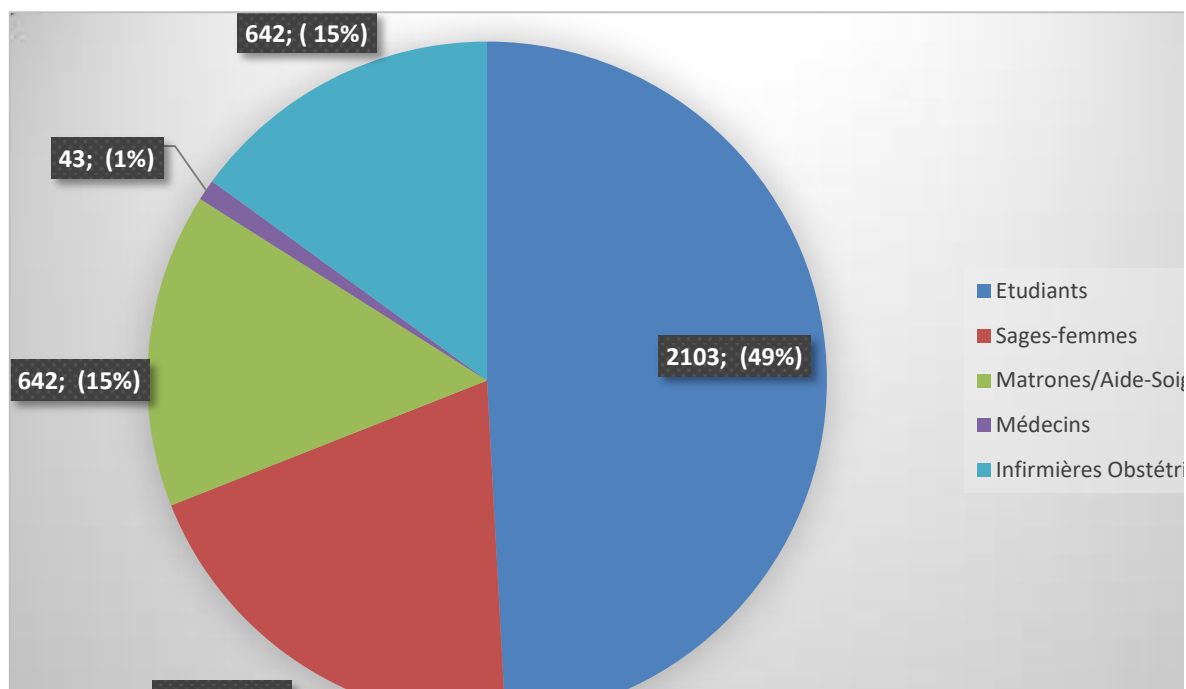


Figure 8: Répartition des patientes selon la qualification des agents qui accompagnent les patientes

Les étudiants ont accompagné 49% des patientes de notre étude.

Tableau IX: Répartition des patientes selon la présence de supports d'évacuation.

Supports	Effectif	Pourcentage
Oui	2313	54
Non	1967	46
Total	4280	100

Près de la moitié des patientes évacuées n'avaient pas de supports d'évacuation.



Tableau X: Répartition des patientes selon le nombre de patientes ayant effectué la consultation prénatale

<b>Consultation prénatale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1370	32,0
Non	2910	68,0
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

La plupart de nos patientes n'avaient pas fait de suivi prénatal soit 2910 (68,0%)

Tableau XI: répartition des patientes selon la qualification de l'agent de santé ayant réalisé la consultation prénatale.

<b>Auteur de la consultation prénatale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin	173	12,6
Sage-femme	1007	73,5
Infirmière obstétricienne	139	10,1
Matrones	51	3,7
<b>Total</b>	<b>1370</b>	<b>100,0</b>

**Les sages-femmes avaient réalisé 73,5% des suivis prénataux**

Tableau XII: Répartition des patientes selon la réalisation du bilan prénatal

<b>Bilan prénatal</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1370	32,0
Non	2910	68,0
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

**Plus de la moitié des patientes n'avaient pas fait de bilan prénatal.**

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la pathologie découverte ou survenue au cours l'évolution de la grossesse.

<b>Pathologies</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	121	12,9
Diabète	87	2,0
Anémie	58	1,4
Paludisme	30	0,7
RAS	3552	83,0
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

L'HTA a été la pathologie fréquemment découverte au cours de l'évolution des grossesses dans notre étude.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le moyen de transport.

<b>Moyen de transport</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ambulance	2313	54
Taxi	1449	33,9
Véhicule personnel/particulier	518	12,1
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

La plupart des patientes étaient évacuée par l'ambulance soit 54%.

### 3) Les motifs d'évacuations :

Tableau XV: Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation.

<b>Motifs d'évacuations</b>	<b>Effectif (n=4 280)</b>	<b>Pourcentage</b>
Dystocies	1 809	42,3
Hémorragies antépartum	549	12,8
HTA/Complications	423	9,9
RPM	263	6,1
Asphyxie fœtale	327	7,6
Femme rhésus négatif	142	3,3
CPN non faite	123	2,9
Femme non groupées	120	2,8
Procidence du cordon	110	2,6
Grossesse gémellaire	108	2,5
Grande multipare	103	2,4
Cicatrice utérines/voies urogénitales	93	2,2
Dépassement de terme	56	1,3
Refus de coopérer	36	0,8
ATCD de mort-né	18	0,4

Les dystocies étaient le motif le plus retrouvé soit 1809 cas (42,1%).

NB : Dystocies= dilatation stationnaire(629), manque d'effort expulsif(255), suspicion de gros fœtus (macrosomie) (170), travail prolongé(65), présentation du front(88), présentation de la face(122), présentation du siège (132), bassin limite (120), hypercinésie (150), taille < 1,50 m (35), enfants précieux(25), primipares âgées (18)

### L'examen dans le service :

Tableau XVI: Répartition des patientes selon le score de Glasgow à l'admission.

Score de Glasgow	Effectif	Pourcentage
[9 -12[	113	2,7
12 à 15	4 167	97,3
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

La plupart des patientes de notre étude avaient un bon score de Glasgow soit 97,3%.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives à l'admission.

Conjonctives	Effectif	Pourcentage
Colorés	3855	90,1
Pâles	425	9,9
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Presque la totalité des patientes avaient les conjonctives colorées soit 90,1%.

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la TA à l'admission.

<b>TA</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
>9/5 cm Hg	287	6,7
Entre 9/5-13/8 cm Hg	3447	80,5
>13/8 cm Hg	546	12,8
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patientes avaient des chiffres tensionnels compris entre 9/5 et 13/8 cm hg soit 80,5%.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la température à l'admission.

<b>Température</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<36°c	113	2,6
[36°c - 37,9°c]	4100	95,8
≥ 38°c	67	1,6
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Il y'avait une hyperthermie chez 1,6% des patientes à l'admission.

Tableau XX: Répartition des patientes selon le pouls à l'admission.

<b>Pouls</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 70 pul/min	57	1,3
Entre 70 et 90 pul/min	3940	92,1
Supérieur 90 pul/min	283	6,6
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Le pouls était normal chez plus de 90% des patientes à l'admission.

**NB** : pul= pulsation

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

<b>État des membranes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Intactes	2023	47,3
Rompues	2257	52,7
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Plus de la moitié des patientes avaient déjà rompu les membranes à l'admission soit 52,7%.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la présentation du fœtus à l'admission.

<b>Présentation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Sommet	3107	84,3
Siège	395	10,7
Face antérieur	61	1,7
Épaule	52	1,4
Face postérieure	39	1,1
Front	30	0,8
<b>Total</b>	<b>3684</b>	<b>100,0</b>

La présentation du sommet était majoritaire avec 84,3% (3107)

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon l'engagement de la présentation à l'admission.

<b>Engagement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	2112	57,3
Oui	1572	42,7
<b>Total</b>	<b>3684</b>	<b>100,0</b>

La présentation n'était pas engagée chez 57,3% à l'admission

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission.

<b>Aspect du liquide amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Clair	1828	42,7
Méconial	372	8,7
Sanguinolent	57	1,3
Membranes intactes	2023	47,3
<b>Total</b>	<b>4280</b>	<b>100,0</b>

Le liquide amniotique était clair chez 42,7% des patientes à l'admission.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon l'odeur du liquide amniotique à l'admission.

<b>Odeur du liquide amniotique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Fétide	74	1,1
Non fétide	2183	51,0
Membranes intactes	2023	47,3
<b>Total</b>	<b>4280</b>	<b>100,0</b>

Dans notre étude l'odeur du liquide amniotique était fétide chez 1,1% des patientes.



Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu au CS  
RéfCV.

Diagnostic retenu	Effectif (4280)	Pourcentage
Travail d'évolution normale	2007	46,9
Dystocies	774	18,1
Asphyxie fœtale	390	9,1
Hypertension Artérielle/Complications	374	8,7
Hémorragie antépartum	238	5,6
Rupture Prématurée des Membranes	158	3,7
Cicatrices utérines/Antécédent de cure de prolapsus	110	2,6
Présentation de l'épaule	90	2,1
Procidence du cordon	49	1,1
Dépassement de terme	90	2,1

Au moins la moitié des patientes avaient un travail d'évolution normale à l'admission soit 46,9%.

NB : Hémorragie antépartum= placenta praevia (86), hématome rétro placentaire (132), hémorragie de Benkiser (20)

HTA/COMPLICATIONS= HTA gestationnelle (63), pré éclampsie (190), pré éclampsie surajouté (74), HTA chronique (32), éclampsie (10), HELLP syndrome (5)

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la pertinence des évacuations.

<b>Pertinence des évacuations</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	934	21,8
Non	3346	78,2
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Les évacuations étaient pertinentes seulement dans 21,8%(934) des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon la concordance des diagnostics

Concordance des diagnostics	Fréquence	Pourcentage
Non	<b>1700</b>	<b>39,7</b>
Oui	<b>2580</b>	<b>60,3</b>
Total	<b>4280</b>	<b>100,0</b>

Les diagnostics étaient concordants dans 60,3% des cas.

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon que l'évacuation soit opportune

<b>Evacuation opportune</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	794	18,5
Non	3486	81,5
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Les évacuations étaient opportunes chez seulement 18,5% des évacuées

Tableau XXX: Répartition des patientes selon le motif d'évacuation et la concordance

Motifs d'évacuations	Concordance avec le		Total	P	OR
	diagnostic Oui (%)	Non (%)			
Dystocies	590 (32,6)	1 219 (67,4)	1 809	$10^{-9}$	0,1[0,1-0,1]
Hémorragies antépartum	262 (47,7)	287 (52,3)	549	$10^{-9}$	0,6[0,4-0,6]
HTA/Complications	335 (79,2)	88 (20,8)	423	$10^{-9}$	<b>2,7[2,1-3,5]</b>
RPM	149 (56,7)	114 (43,3)	263	<b>0,215</b>	0,9[0,7-1,1]
CPN non faite	243 (100)	0 (0)	243	$10^{-9}$	-
Asphyxie fœtale	288 (88,1)	39 (11,9)	327	$10^{-9}$	<b>5,2[3,5-7,8]</b>
Mère rhésus négatif	142 (100)	0 (0)	142	$10^{-9}$	-
Procidence du cordon	59 (53,6)	51 (46,4)	110	<b>0,149</b>	0,8[0,5-1,1]
Grossesse gémellaire	108 (100)	0 (0)	108	$10^{-9}$	-
Grande multipare	103 (100)	0 (0)	103	$10^{-9}$	-
Cicatrices utérines/voies urogénitales	93 (100)	0 (0)	93	$10^{-9}$	-
Dépassement de terme	30 (100)	0 (0)	56	$10^{-5}$	-
Refus de coopérer	0 (0)	36 (100)	36	$10^{-9}$	-
ATCD de mort-né	18 (100)	0 (0)	18	<b>0,0006</b>	-

L'asphyxie fœtale était le motif qui concordait le plus avec 88,1%

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon que la rétro-information soit faite.

<b>Retro-information</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	3870	90,4
Oui	410	9,6
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

**Dans 90,4% des cas il n'y avait pas de rétro-information**

5) Le pronostic materno-fœtal :

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la voie et modalité d'accouchement

<b>Voie d'accouchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Voie basse</b>	<b>2878</b>	<b>65,7</b>
Simple	1890	43,1
Accouchement instrumental	906	20,7
Manœuvres obstétricales	82	1,9
<b>voie haute</b>	<b>1502</b>	<b>34,3</b>
Césarienne	1400	32,0
Hystérorraphie pour rupture utérine	63	1,4
Hystérectomie pour rupture utérine	39	0,9
<b>Total</b>	<b>4 380</b>	<b>100,0</b>

**Plus de 50% des patientes de patientes ont accouché par voie basse soit 65,7%.**

Tableau XXXIII: répartition des patientes selon les indications de césarienne.

<b>Indications</b>	<b>Effectif (n=1 417)</b>	<b>Pourcentage</b>
Dystocies	778	54,9
HTA/complications	222	15,7
Hémorragie antépartum	196	13,8
Asphyxie fœtale aigue	137	9,6
Cicatrice utérine/Antécédent de cure de prolapsus	49	3,5
Procidence du cordon battant	35	2,5

**Les dystocies étaient les plus nombreuses avec 54,9%.**

Tableau XXXIV: répartition des patientes selon le score infectieux.

<b>Score infectieux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
00	00	00
01	528	37,3
02	579	40,9
03	289	20,4
04	21	1,4
<b>Total</b>	<b>1417</b>	<b>100,0</b>

Le score infectieux était coté à 1 chez 37,3% des patientes césarisées

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon l'Etat du nouveau né à la naissance

<b>Nouveau-né</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Vivant</b>	<b>4176</b>	<b>95,7</b>
<b>Mort-né</b>	<b>189</b>	<b>4,3</b>
Frais	102	2,3
Macéré	87	2,0
<b>Total</b>	<b>4 365</b>	<b>100,0</b>

NB : grossesses gémellaire= 85

Plus de 80% des nouveau-nés des patientes évacuées sont vivants.

Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 1ère min.

<b>Score d'Apgar 1<sup>ère</sup> min</b>	<b>Effectif (n=3 904)</b>	<b>Pourcentage</b>
1-7	309	7,9
8-10	3595	92,1

A la 1<sup>ère</sup> minute 7,9% des nouveaux nés avaient un score d'Apgar morbide.

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> min

Score d'Apgar 5 <sup>ème</sup> min	Effectif (n=3 774)	Pourcentage
1-7	685	23,3
8-10	3 089	76,7

Plus de 70% des nouveaux nés avaient un bon score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon la référence nouveau-né.

Référence nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Non	2949	68,4
Oui	1361	31,6
<b>Total</b>	<b>4 310</b>	<b>100,0</b>

**31,6% des nouveaux ont été référés en néonatalogie.**

Tableau XXXIX: Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né avant J8

État du nouveau-né avant J8	Effectif	Pourcentage
Décédé	193	4,4
Bon état	4187	95,6
<b>Total</b>	<b>4 380</b>	<b>100,0</b>

95,6% des nouveau-nés étaient en bon état de santé

Tableau XL: Répartition des patientes selon la morbidité maternelle.

<b>Morbidité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Paludisme	301	7,0
Endométrite du post-partum	252	5,9
<b>Anémie</b>	<b>1804</b>	<b>42,1</b>
<b>HTA et ses complications</b>	<b>661</b>	<b>15,4</b>
Transfusion sanguine	324	7,6
Thrombophlébite	13	0,3
Aucun	925	21,6
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

L'anémie était la morbidité majoritaire avec une fréquence de 42,1% suivi de l'HTA et ses complications 15,4%.

Tableau XLI: Répartition des patientes selon la mortalité maternelle

<b>État de la mère</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Décédée	35	0,8
Vivante	4245	99,2
<b>Total</b>	<b>4 280</b>	<b>100,0</b>

Nous avons enregistré 35 décès maternels soit 0,8%.



Tableau XLII: Répartition des patientes selon les causes de la mortalité maternelle.

<b>Causes de mortalité maternelle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hémorragie	21	0,5
Anémie	7	0,2
Infection	4	0,1
HTA/complications	3	0,1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

L'hémorragie du post-partum immédiat était la cause de la majorité des cas de décès maternel avec 21 cas sur les 35 cas de décès

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### Fréquence :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 28 974 admissions parmi lesquelles 4280 évacuations soit une fréquence de 14,8%.

Dembélé BS (2014)[17], Traoré AT (2010)[7], Doumbia S (2008)[16], Coulibaly AB (2006) [25], dans le même service avaient respectivement rapporté 17%, 13,38%, 24,6%, 10,4%.

**Baldé M. et al [26] en Guinée Conakry avaient trouvé une fréquence de 5,86% des évacuations, Sépou A. et al [26] à Bangui ont rapporté 17,3% des évacuations, Boni S. et al [28] et Camara S. [29] avaient trouvé à Abidjan une fréquence de plus de 55% des évacuations.**

Dans les pays développés, les évacuations sanitaires sont exceptionnelles car, il existe toujours dans les annexes à la maternité un plateau technique conséquent qui permet d'agir immédiatement en urgence[29].

### Caractéristiques socio démographiques :

#### Âge :

Dans notre échantillon, la tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 34 ans avec 77,4%. L'âge moyen a été de  $26,17 \pm 6,214$  ans avec des extrêmes allant de 14 à 47 ans. Dembélé BS[17] avait trouvé la même tranche d'âge dominante avec 72% et un âge moyen de  $24 \pm 9,22$  ans.

Sidibé M.[30] et de Diarra B.[31], trouvaient comme tranches d'âges majoritaires celles de 20-35 ans avec des fréquences respectives de 78,7% et 62%.

#### Notion d'instruction, profession et statut marital :

Les femmes non instruites ont été les plus représentées avec un effectif de 2 645(61,8%), les ménagères ont représenté la profession majoritaire avec 46,8% et une très grande proportion de nos femmes étaient mariées (87%).

Aussi 85% des patientes vivaient dans un régime matrimonial polygame.

Dembélé BS[17]. dans son étude dans le même service en 2014 avait trouvé 92% de femmes mariées et 65,8% de ménagères. Fall G[32] au Sénégal avait rapporté 92,8% de ménagères.

### **Antécédents :**

#### **ATCD médicaux et chirurgicaux :**

Le diabète a été l'antécédent médical le plus représenté chez nos patientes ; soit 9% suivi de la drépanocytose (5%) et l'HTA (3%).

La cicatrice de césarienne était la plus fréquente des antécédents chirurgicaux avec 6% de notre échantillon, suivie de la cicatrice de myomectomie à 4% et la salpingectomie à 2%.

Dembélé BS[17]. avait trouvé comme principal antécédent médical l'HTA (25,5%) et antécédents chirurgicaux la cicatrice de césarienne (2,2%) et la cicatrice de myomectomie (4%).

#### **Gestité et parité :**

Les Primigestes ont été les plus représentées dans notre étude avec un effectif de 1446 (33,8%). Ce qui pourrait expliquer la prédominance des primipares qui étaient de 1531 soit 35,8% de notre échantillon.

Cette prédominance des primigestes et primipares a également été rapportée par Dembélé BS[17]. avec respectivement 40,6% et 58% des cas.

#### **Evacuation :**

##### **La provenance :**

Les évacuées provenant des aires de santé de la commune V ont représenté 91% de la population d'étude soit 3895 cas.

Les évacuations hors de la commune V provenaient en majorité des autres communes du district de Bamako avec 7% (300 cas) et hors de Bamako avec 4% (85 cas). Cela pourrait s'expliquer par la facilité d'accès du centre de centre de santé de référence de la commune V.

##### **Qualification de l'agent qui accompagne les patientes :**

Dans notre étude 49% des évacuées étaient accompagnées par des étudiants, 20% par des sages-femmes, 15% par des infirmières obstétriciennes, 15% par

des matrones/aides-soignantes et 1% par des médecins. Cela s'explique par le fait que c'est les étudiants (internes) qui sont appelés par les ambulanciers pour aller chercher les évacuées dans les CSComs.

### **Mode et moyens de transport :**

Sur l'ensemble des évacuations, 54% soit 2313 cas étaient effectuées par l'ambulance accompagnée d'un agent de santé ; 33,9% soit 1449 cas par taxi sans assistance médicale et 12,1% soit 518 cas par véhicule personnel. Les patientes évacuées par ambulance avaient un support d'évacuation.

### **Les motifs d'évacuations :**

#### **Les motifs d'évacuations**

Dans notre étude, les dystocies ont représenté le principal motif d'évacuation avec 1809 cas (42,3% de nos patientes) suivies des hémorragies antépartum et des HTA et leurs complications avec respectivement 12,8% et 9,9%.

La fréquence élevée des dystocies dans notre étude pourrait être la résultante d'un déficit dans la prise en charge des patientes lors des consultations prénatales au niveau périphérique. Celle-ci pouvant s'expliquer en partie par le manque de dépistage précoce des facteurs de risque de l'accouchement au cours du dernier trimestre de la grossesse.

Une étude menée au CSRéf de la Commune IV rapportait 10% de dystocies et 7,2% des hémorragies [31], En 2014 Dembélé [17] avait rapporté dans son suivi (étude) 45,6% de dystocies ; 28,6% d'asphyxie fœtale, et 15,5% des hémorragies antépartum.

Par contre Sangaré I[35]. trouvait que les évacuations sanitaires étaient dominées par le retard à l'expulsion 13,6%, la disproportion fœto-pelvienne 12,9% et les hémorragies du troisième trimestre 11%.

### **Examen de la femme :**

#### **Diagnostiques retenus et concordance des diagnostics :**

Les motifs d'évacuations concordaient avec le diagnostic retenu dans 60,3%. Ces diagnostics ont été dominés par l'asphyxie fœtale (88,1%), l'HTA et ses complications (79,2%), et la rupture prématurée des membranes (56,7%).

Dans 39,7%, il y'avait une disconcordance entre le motif d'évacuation et le diagnostic retenu dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par le faible moyen de prise en charge des patientes au niveau des CSComs

Dembélé BS[17]. avait trouvé des diagnostics disconcordants dans 24,2% et ses principaux diagnostics retenus étaient les dystocies à 38%, l'asphyxie fœtale à 26,1% et les cicatrices utérines à 7, 8%.

Par contre Thiéro M[15]. rapportait une prédominance des présentations vicieuses avec 14,41% des cas suivies de la disproportion fœto-pelvienne (14,41%) et la dystocie osseuse (13,80)

### **Pertinence des motifs d'évacuations :**

**Les motifs d'évacuation des patientes ont été pertinents dans 60,3% des cas.**

**Les praticiens qui évacuaient connaissaient plus l'asphyxie fœtale ( $p=10^{-9}$  ; OR = 5,2), et l'HTA et ses complications ( $p=10^{-9}$  ; OR = 2,7).**

**Les dystocies étaient les diagnostics les plus disconcordants ( $p=10^{-9}$  ; OR = 0,1). (Dembélé BS en 2014[17]. avait rapporté une prédominance de la disconcordance des hémorragies antépartum avec 79%).**

Ce mauvais diagnostic des dystocies serait lié au manque de matériels adéquat et aussi de personnel qualifié.

Dans notre étude, les diagnostics se sont révélés pertinents dans 78,2% des cas. Dembélé BS. dans son étude faisait état de 81% de cas de pertinence.

Arifari B N. et al[37]ont montré lors d'une étude sur les évacuations vécues par les femmes en Afrique, que les évacuations non pertinentes étaient le résultat de la pression psychologique exercée par certaines patientes et leurs accompagnants pour être référées au niveau supérieur ; et également, le résultat de la sanction des patientes « récalcitrantes » ou des accompagnants jugés « envahissant » par le personnel de la santé.

### **Pronostic materno-fœtal :**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 2 778 (64,9%) accouchements par voie basse et 1 502 (35,1%) accouchements par voie haute. Des études ont

rapporté 46% d'accouchements par voie basse au CSRéf de la Commune IV et 55,4% de Commune I [33,34].

En 2014, Dembélé BS[17]. a rapporté 39,5% de cas de césarienne. Des études menées en Commune I et IV trouvaient respectivement 20,1% et 28,8% de cas de césariennes sur les évacuations [33,34].

Parmi les indications de césariennes, les dystocies ont été les plus nombreuses chez les évacuées avec 54,9% des cas suivies de l'HTA/Complications 15,7% et les hémorragies antépartum avec 13,8%.

Ce taux élevé de césariennes d'urgence pourrait être lié au fait qu'un très grand nombre (68%) de femmes évacuées dans notre étude n'avaient pas fait de suivi prénatal et aussi à la méconnaissance des facteurs de risque par les praticiens au niveau périphérique.

Aussi 3355 patientes avaient fait des complications soit 78,4% et l'anémie a représenté la complication la plus fréquente chez ces femmes évacuées avec 42,1% des cas suivi de l'HTA et ses complications avec 15,4%.

Dembélé BS[17]., avait quant à lui noté 30,3% de complications parmi lesquelles l'anémie chronique et les infections puerpérales étaient les plus représentées avec respectivement 18,5% et 6,7%.

Les décès maternels ont représenté 0,8% (35) de notre échantillon (4280). Dembélé BS[17]., Sidibé M[30]., Diarra B[31]., et Dougnon F[38]. ont rapporté respectivement 2%, 2,4%, 2,79% et 11,95% de décès maternelle. Parmi ces décès, l'hémorragie du post-partum immédiat en était la première cause.

### **Nouveau-né :**

Au cours de notre étude, nous avons dénombré 4191(95,6%) nouveau-nés vivants et 189(4,4%) mort-nés dont la majorité était des morts nés frais soit 54,0%.

23,9% des nouveau-nés étaient grevés de morbidité avec un score d'Apgar compris entre 1 et 7 et avaient fait l'objet d'une réanimation puis référés au service de néonatalogie.

# CONCLUSION



## VII. CONCLUSION

Au terme de notre étude, les évacuations ont représenté 14,8% (4280) des accouchements. Les motifs les plus évoqués étaient les dystocies, les hémorragies antépartum et l'HTA et ses complications.

Les dystocies, l'asphyxie fœtale, l'hypertension artérielle et ses complications étaient les diagnostics les plus souvent retenus au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako.

Il ressort de l'étude que ces évacuations constituent non seulement un problème médical mais aussi et surtout de santé publique à cause des taux élevés de morbidités et de mortalités maternelles, fœtales et néonatales qui sont liés à ces évacuations.

Les évacuations non pertinentes et le manque de retour d'information augmentent les charges du travail au centre de santé de référence et mettent en retard la prise en charge des urgences avérées.

# SUGGESTIONS

## **VIII. SUGGESTIONS**

### **AUX PERSONNELS SANITAIRES :**

Promouvoir les consultations prénatales recentrées avec le dépistage précoce des facteurs de risques liés à la grossesse,

Référer toutes les grossesses à risque vers les centres adaptés,

Veiller à l'utilisation systématique et correcte du partogramme chez toutes les patientes,

Evacuer précocement les patientes avec des supports (fiches, partogramme) et faire la rétro information systématique,

Sensibiliser les populations pour le don de sang.

### **AUX POPULATIONS :**

Fréquenter les centres de santé dès le début de la grossesse et pour l'accouchement,

Planifier les grossesses

### **AUX AUTORITES SANITAIRES :**

Promouvoir la formation continue du personnel,

Doter le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako d'ambulances médicalisées.

# REFERENCES

## **IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**SIDIBE BT.** Problématique des évacuations sanitaires au service des urgences du CHU Gabriel Touré (A propos de 352 cas de janvier à juin 2006). Thèse de médecine, Bamako 2008.

**OMS.** Réduire la mortalité maternelle – Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale. Genève.OMS.1999.

**Bouvier-Colle M.** Mortalité maternelle en France. Rev. prat.1995 ; 9 :45-9.

**OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale.** Mortalité maternelle en2005.

**Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.**

Cellule de planification et de statistique. Enquête démographique et de la santé du Mali 3<sup>ème</sup> édition, 2001.

**Macalou B.** Évacuations sanitaires obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes. Thèse médecine de Bamako 2002 ; numéro 142.

**Traoré AT.** Évaluation du système de référence/évacuations des urgences obstétricales dans le district sanitaire de la commune V. Thèse de médecine, Bamako 2010 ; numéro120.

**King M.** Medical Care in Developpement Countries. Oxford University Press, Oxford. 1996. WHO. 2004a.

**Ministère de l'administration territoriale et des collectivités locales du Mali.**

Recensement général de la population et de l'habitat, 2009.

**Ministère de la santé du Mali.** Enquête démographique et de la santé 5<sup>ème</sup> édition 2014.

**Organisation mondiale de la santé.** La mortalité, soustraire les femmes de l'engrenage fatal. Chronique OMS, 1986 ; 40(5) : 193-202.

**Adamson P.** Le monde est lourd. Le progrès des nations, 1996.

**Diarra O.** Les urgences obstétricales dans le service de gynéco -obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine, Bamako2000 ; numéro 17.

**Diarra MB.** Évacuation au service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G. Thèse de médecine, Bamako 2008.

**Thiero M.** Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'Hôpital Gabriel TOURE (À propos de 160 cas). Thèse de médecine, Bamako 1992 – 1993 ; numéro 17.

**Doumbia S.** Les évacuations sanitaires obstétricales : pronostic maternel et périnatal au CSRéf CV du district de Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2008 ; numéro 101.

**Dembélé BS.** Etude sur les évacuations sanitaires obstétricales du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2014 au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

**Dicko S.** Étude épidémiologique des urgences obstétricales à l'hôpital régional Fousseyni Daou de Kayes à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako, 2001 ; numéro 101.

**Diarra M dit B.** Évacuations obstétricales au service de gynécologie-obstétrique du CHU du point G à propos de 682 cas.

**Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 5<sup>ème</sup> édition Masson paris 1989.

**Horrier G, Solat J.** Mécanisme général de l'accouchement. Enc. Med. Paris Obstétrique, 1986 ; numéro 1 : 5017 C 10.

**Delecour M, Thoulon J M.** Conduite à tenir au cours d'une dystocie. Rapport du 27<sup>ème</sup> congrès de gynécologie et obstétrique de langue française. Rabat 21-24 mai 1978.

**Grall F.** Présentation du sommet. Enc. Med. Chir. Paris Obstétrique, 1977 ; numéro 6 : 5018, B10.

**Camara K.** césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtale au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. Thèse de médecine Bamako 2010

**Coulibaly AB.** Référence évacuation gynéco-obstétricale au CSRéf CV Bamako. Thèse de médecine, Bamako 2006 ; numéro 233.

**Balde MD, Bastet G.** Decrease in Uterine rupture in ConakryGuinea by improvements intransfer management. Int J Gynecol. Obstetric 1990; 31: 21-24

**Sepou A, Yanza M C, Nguembi E, Dotte G R, Nali M N.** Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui (Centrafrique). Cahier d'études et de recherches francophones ; 2000 ; 10 (6) : 399- 405.

**Boni S, Bokossa M, Abauleth Y, Kone N, Bohoussou K.**

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan des deux années d'études (1989-1990) dans le service de référence de la maternité du CHU de Cocody. Communication au 3<sup>ème</sup> Congrès de la SAGO, Yaoundé (Cameroun) 12 au 16/12/1994.

**Camara S.** Évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique. Bilan de 2 années d'études. Thèse de Médecine, Abidjan 1986 ; numéro 7:14.

**Sidibé M.** Évacuations sanitaires obstétricales au CSRéf de Bougouni étude prospective de 2005 à 2006 à propos de 329 cas.

**Diarra B.** Évaluation du système de référence évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro de Juillet 2005 à juin 2006. Thèse de Médecine, Bamako 2007 ; 67P ; numéro 153.

**Fall G.** Problème posé par les parturientes évacuées dans un CSRéf. Recours d'Afrique sub-saharienne. Étude prospective d'une année au CHU de Dakar, 1996. Thèse de Médecine, Dakar 1996.

**Statistique système d'information sanitaire.** Archives du Centre de Santé de Référence de la Commune IV. Archives 2004.

**Statistique système d'information sanitaire.** Archives du Centre de Santé de Référence de la Commune I. Archives 2004.

**Sangare I.** Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bko. Thèse de médecine, Bamako 2001 ; numéro 39 : 92.

**Barry A.** les références obstétricales au CMA du secteur de Ouagadougou. Thèse de médecine, Ouagadougou ; numéro 133.

**Arifari N B, Ouattara F, Gruenais M E, Vidal N L.** La référence vécue par les femmes. Unité de recherche R002 " Acteurs et systèmes de santé en Afrique " :

**Dougnon F.** Contribution à l'étude des urgences gynécologique et obstétricale à la maternité de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine Bamako, 1989 ; numéro 64.V.

**Merger R., Levy J., Melchoir J.** Précis d'obstétrique : Présentation du siège  
Masson 6e édition : P : 185-195

**Kane MM.** les urgences obstétricales dans le cadre de la référence/évacuation et contre référence au CS Réf C VI. Thèse de médecine Bamako 2009.



# ANNEXES

## X. ANNEXES

### 10.1 Fiche d'enquête

#### I-RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom/Prénom :

Q1-) Age : /.../ ans.

Q2-) Profession : /.../ a-) Non rémunérée ; b-) rémunérée ; c-) élève-) étudiante

Q3-) Provenance : /.../ a-) CScom CV ; b-) Clinique médicale CV ; c-) Cabinet médicale CV ; d-) Autres commune Bko ; e-) autres localités hors de Bko.

Q4-) Statut matrimonial : /.../ a-) célibataire ; b-) mariée ;

Q5-) Régime matrimonial : /.../ a-) Monogame ; b-) polygame

Q6-) Notion d'instruction : /.../ a-) Instruite ; b-) non instruite

Q7-) Ethnie.....

Q7-) Profession du mari : /.../ a-) Non rémunérée ; b-) rémunérée ;

c-) étudiant ; d-) élève

Q8-) Date/heure d'évacuation :

Q9-) Date/heure d'admission :

Q10-) Moyen de transport emprunté :

a-) Ambulance ; b-) taxi ; c-) moto ; d-) véhicule personnel/particulier ; e-) Transport en commun ; f-) autres à préciser-----

Q11-) Motif d'évacuation : -----

Q12-) Qualification de l'agent qui évacue : /...../

\*Qualifié : /.../ a-) Médecin ; b-) sage-femme ; c-) infirmière- obstétricienne

\*Non Qualifié : /.../ a-) Matrone ; b-) Aide-soignant

#### II- ANTÉCÉDENTS

Q13-) Médicaux : /.../ a-) Drépanocytose/autres hémopathies ; b-) diabète ; c-) cardiologique ; d-) HTA ; e)-VIH/SIDA ; f-) autre à préciser-----

Q14-) Chirurgicaux : /.../ a-) Cicatrice de césarienne ;

b-) cicatrice de myomectomie ; c-) GEU ; d-) Autre à préciser : -----

**Q15-) Obstétricaux :**

\*Gestité : /.../ a-) Primigeste (1); b-) pauci geste (2-3) ; c-) multi geste (4-5) ;  
d-) grande multi geste ( $\geq 6$ ).

\*Parité : /.../ a-) Primipare (1) ; b-) pauci pare (2-3) ; c-) multipare (4-5) ;  
d-) grande multipare ( $\geq 6$ )

\*Nombre d'enfant vivant : -----

\*Nombre de mort -né : -----

\*Nombre d'enfant décédé : -----

\*Nombre d'avortement : -----

**III- EXAMEN DE LA FEMME :**

**A-Examen général :**

Q17-) Score de Glasgow Liège : -----

Q18-) Conjonctives : -----

Q19-) TA : ...../.....

Q20-) Température : .....°C

Q21-) Pouls : .....

Q22-) Respiration :.....

Q23-) Histoire de la grossesse : .....

a-) grossesse suivi : /.../ 1. Oui ; 2. Non

Si oui nombre de CPN :..... Lieu :..... Auteur : .....

b-) Bilan prénatal réalisé : /.../ 1. Oui ; 2. Non

si oui les examens réalisés : .....

c-) Pathologies au cours de la grossesse

d-) soins curatifs : MII..... SP..... VAT.....

24-) Histoire du travail : /.../

a-) Surveillance du travail par le parthogramme :

b-) Date/ heure d'arrive à la structure sanitaire

c-) Date/heure du début du travail ;

d-) Complication avant l'évacuation : /...../ 1. Oui ; 2. Non

e-) 1<sup>er</sup> stade du travail (dilatation) ;

f-) 2<sup>ème</sup> stade du travail (accouchement) ; g-) 3<sup>ème</sup> stade du travail (délivrance) ;

25-) État des membranes : /.../ a-) Intactes ; b) -rompues ;

c-) si rompue depuis combien de temps

26-) Présentation : /.../

a-) Sommet ; front ; face postérieure ; céphalique face antérieure.

b-) Siège c-) épaule

27-) Engagement : /.../ 1. Oui ; 2. Non

28-) Etat du bassin : /.../ a-) Normal ; b-) rétréci

29-) Aspect du liquide amniotique : /.../ a-) Clair ; b-) méconial ;

c-) sanguinolent

30-) Odeur du liquide amniotique : /.../ a-) Fétide ; b-) non fétide

31-) Diagnostic retenu au CSREF CV : .....

#### **IV- CONDUITE À TENIR :**

32-) Voie d'accouchement proposée : /.../ a-) Voie basse simple ; b-) voie vaginale opératoire ; c-) manœuvre obstétrical

33-) Rupture utérine : /.../ a-) Hystérogaphie ;

b-) hystérogaphie avec ligature des trompes ; c-) hystérectomie

34-) Autres lésions suturées : /.../

a-) Vessie ; b-) vagin ; c-) col ; d-) autres a précisés

35-) Césarienne : /.../ 1. Oui ; 2. Non

36-) Indication : /.../ a-) Hémorragies ; b-) dystocies ; c-) HTA/complications ;

d-) pathologie funiculaire ; e-) cicatrice utérine/voie génito-urinaire ;

f-) autres à préciser

37-) Score infectieux : /.../ 1. Oui ; 2. Non

## V- ÉVOLUTION :

38-) Morbidité : /...../ 1. Vivant ; 2. Mort-né

Si Mort-né : /...../ a-) frais ; b-) macéré

39-) Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> minute : /...../

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

40-) Les nouveaux nés selon leur Indice d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute : /...../

1=0- 1 mort – né, 2=1-3 mort apparent, 3=4-7 morbide, 4=8-10 normal

41-) Référence nouveau-né ; /...../ 1. Oui ; 2. Non

42-) État du nouveau-né avant J8 : .....

43-) Pertinence des diagnostics : /...../ 1. Oui ; 2. Non

44-) **Concordance des diagnostics** : /...../ 1. Oui ; 2. Non

45-) Adéquation de l'évacuation : /...../ 1. Oui ; 2. Non

46-) Opportunité de l'évacuation : /...../ 1. Oui ; 2. Non

## 10.2 FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** CAMARA

**Prénom :** WALLY

**Date et lieu de naissance :** 18 Octobre 1991 à BAROUELI

**Nationalité :** Malienne

**Année universitaire :** 2018-2019

**Pays d'origine :** Mali

**Titre de la thèse :** Evacuations sanitaires obstétricales : Profil épidémiologique et pronostic materno-foetal au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

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

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie-obstétrique et Santé publique

### **Résumé :**

Le but de notre étude était d'étudier les motifs de références/évacuations au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Nous avons réalisé une étude descriptive avec recueil rétrospectif des données.

Au cours de notre étude menée pendant 3 ans, nous avons enregistré 4280 références/évacuations sur un total de 28974 admissions dans le service ; ce qui représente 14,8% des admissions au CSRéf CV.

L'âge moyen a été 26,17 avec un écart type=6,214, les extrêmes d'âge étaient 14 et 47 ans.

Les ménagères ont représenté 45,4% et les patientes non instruites 62%.

Les dystocies étaient le principal motif de référence/évacuation avec 41,1%.

Les motifs de références/évacuations étaient concordants dans 60,3% des cas.

Ces évacuations étaient pertinents dans 21,8% et opportunes dans 18,5%.

La mortinatalité a représenté 4,8% et la mortalité maternelle 0,8%.

**Mots clés :** CS Réf CV, référence/évacuation, morbidité, mortalité, patientes, pronostic materno-foetal.

## SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, 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.**